

# Nowy Rok

Od wielu lat środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych marzy o warunkach pozwalających godnie pracować i zarabiać tyle, by godnie żyć, rozwijać się zawodowo, mieć satysfakcję z wykonywanych zadań i cieszyć się prestiżem społecznym. Tymczasem mijają kolejne lata i miesiące a my pracujemy w organizacyjno-legislacyjnym chaosie, niepewni o nowy kształt organizacji ochrony zdrowia. Jest nas coraz mniej a średni wiek obecnie pracujących w zawodzie pielęgniarzek i położnych to 45 lat i wyżej. Wszystko to sprawia, że nasze środowisko targane jest konfliktami, wątpliwościami i obawami o przyszłość. Jesteśmy zmęczeni walką o normalność. Normalność, która mogłaby popłynąć krwioobiegiem polskiej polityki zdrowotnej przekładając się na lepsze warunki pracy, właściwą wycenę świadczeń i należyte wynagrodzenie. Dlatego tak ważne jest dla naszego środowiska wypracowanie wspólnej strategii działania, wytyczenie priorytetów, wzajemna akceptacja, zrozumienie i życzliwa komunikacja w pracy na rzecz zdrowia społeczeństwa, szczególnie człowieka chorego i potrzebującego. Tylko wzajemna partnerska współpraca w podejmowaniu tych działań przyczyni się do rozwoju pielęgniarstwa i przyniesie nam zadowolenie oraz sukcesy zawodowe.

Przed nami kolejny rok i wszystkim nam razem oraz każdemu z osobna powinno zależeć, aby nie był on podobny do lat poprzednich.

Z najlepszymi życzeniami  
Redaktor Naczelna

## w numerze:

Biuletyn 1/2010

1 stycznia 2010 roku

### Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Serwis informacyjny
- 3 Konferencje, szkolenia
- Sprawozdania**
- 4 „Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwa”  
A. WOJCIEROWSKA
- 5 „Ergonomia a ryzyko błędu medycznego”  
W. ORŁOWSKA
- 6 Rola kierownika w zespole resuscytacyjnym  
L. OKULSKA
- 8 Podziękowania
- 9 Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
- 10 Światowy Dzień Trędotatych  
M. BEDNAREK-SZYMAŃSKA
- Spotkania z rzecznikiem**
- 13 Wpływ występowania uzależnień na powstawanie wykroczeń zawodowych a rola i zadania samorządu pielęgniarek i położnych  
M. KOWALCZYK
- 16 Najlepiej się zagryźć?  
M. KRÓL
- 19 Dyskryminacja kwalifikacji polskich pielęgniarek  
I. SZYMAŃSKA
- 23 Cechy dorosłych dzieci alkoholików  
W. SAPIEJKA
- 25 Dziecko z astmą w środowisku szkolnym  
D. WOZNIAK
- Okiem psychologa**
- 28 Mity dotyczące związków  
J. KAŁUŻNA
- 30 Kącik biblioteczny
- Kącik emerytek**
- 30 Piękna nasza Polska!
- 30 Nasze spotkanie z Nordic Walking  
Z. KULESZA
- 32 Z żałobnej karty

**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, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

## Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia:

### ORPiP w dniu 25 listopada 2009 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 5 pielęgniarkom.
- Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 2 pielęgniarki.
- Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 1 pielęgniarkę.
- Wydłużono termin ważności zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie.
- Podjęto uchwałę w sprawie kontynuacji umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i zawodowej członków OIPiP w Łodzi na rok 2010.
- Podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia kosztów prenumeraty magazynu „Pielęgniarka i Położna” na rok 2010.
- Podjęto uchwałę w sprawie dofinansowania działalności Koła Emerytek przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- Przyjęto sprawozdanie Skarbnika pani Haliny Łuczak-Skowrońskiej z wykonania budżetu za trzy kwartały 2009.
- Przyznano dofinansowania w:
  - kursach kwalifikacyjnych: 9 osobom,
  - kursie specjalistycznym: 12 osobom,
  - konferencjach: 14 osobom,
- Odmówiono dofinansowania ze względów regulaminowych – wnioski złożone po terminie – 3 osobom,
  - W 5 przypadkach Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi postanowiła podtrzymać decyzje odmowne w sprawie dofinansowań.
  - Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie – 2 osobom.
  - Przyznano 3 osobom pomoc finansową z powodu trudnej sytuacji rodzinnej.

- Przyznano 5 osobom zapomogi bezzwrotne.
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

### Prezydium ORPiP w dniu 10 listopada 2009 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 4 pielęgniarkom i 4 położnym.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek i 2 pielęgniarki.
- Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 1 pielęgniarkę.
- Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie.
- Podjęto 3 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- Przyznano zapomogę bezzwrotną w wysokości 1500 zł: 1 osobie.
- Przyznano dofinansowania w:
  - kursach specjalistycznych: 31 osobom,
  - kursach dokształcających: 3 osobom,
  - konferencjach, zjazdach: 1 osobie.
- Nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry w dyplomie – 5 pielęgniarkom, 1 osobie odmówiono przyznania nagrody ze względów regulaminowych – wniosek złożony po terminie.
- Podjęto uchwałę w sprawie uzupełnienia zbiorów Biblioteki Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie 10/2009.
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

oprac. Anna Manes – sekretarz ORPiP w Łodzi

UWAGA

**Od 1 stycznia 2010 roku poniedziałek w Biurze OIPiP będzie dniem bez interesantów**



Kierunek Pielęgniarstwo AHE w Łodzi zaprasza na VII Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową

## „Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce. Kobieta podmiotem działań zespołu interdyscyplinarnego”

Konferencja odbędzie się w dniu **7 maja 2010 roku** w gmachu Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi przy ul. Rewolucji 1905 roku nr 52. Formularze uczestnictwa czynnego i biernego dostępne są na stronie internetowej [www.pielęgniarstwo.ahe.lodz.pl](http://www.pielęgniarstwo.ahe.lodz.pl)

Termin nadsyłania zgłoszeń uczestnictwa czynnego upływa 15.03.2010 roku

Termin nadsyłania zgłoszeń uczestnictwa biernego upływa 15.04.2010 roku

Formularze zgłoszeniowe prosimy przesyłać: e-mailem na adres: [malgorzataw@ahelodz.pl](mailto:malgorzataw@ahelodz.pl) lub [jszukalska@ahelodz.pl](mailto:jszukalska@ahelodz.pl), faksem pod numer: 42 29 95 674 lub pocztą na adres: Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, 90-222 Łódź, ul. Rewolucji 1905 roku nr 64 z dopiskiem „Konferencja – Pielęgniarstwo”. Koszt uczestnictwa w Konferencji wynosi 60 zł (w tym obiad, serwis kawowy, materiały konferencyjne). Wniesienie opłaty do 20.04.2010 roku 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 S.A. II O/Łódź 25 1090 1304 0000 0001 0104 4736

Prace prezentowane podczas Konferencji po uzyskaniu pozytywnej recenzji zostaną wydane w formie monografii.

ogłoszenie płatne



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

**ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE  
PRZEZ TELEFON  
042 630 95 59**

**LUB PRZEZ INTERNET  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)**

### ZAPRASZAMY NA KURSY



#### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

#### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

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

#### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych

#### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

#### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stonią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi • Żywienie enteralne i parenteralne

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

**!!! UWAGA NOWOŚĆ !!!**

**SEMINARIUM W ZAKRESIE EKG  
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH  
(8 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH)**

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku 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!

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

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

mgr Agata Wojcierowska

# „Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej”

II Rzeszowskie Dni Pielęgniarstwa (04.12.2009), o temacie zawartym w tytule tegoż sprawozdania, przebiegły w atmosferze zachwytów dla działań podejmowanych przez pielęgniarki.

**K**onferencja ta bowiem powiązana była z 5-leciem istnienia Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, w ramach struktur Uniwersytetu Rzeszowskiego. Przygotowana przez dr Monikę Binkowską-Bury prezentacja poświęcona historii, teraźniejszości i planom na przyszłość wspomnianego Instytutu zrobiła na zebranych nie małe wrażenie. Rzutki, zaangażowany zespół pracowników naukowo-dydaktycznych stworzył i tworzy silne centrum kształcenia pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów i ratowników medycznych w województwie podkarpackim. Wyrazem szacunku dla tego dzieła była obecność na inauguracji Konferencji i zabranie głosu przez przedstawicieli władz samorządowych (z Wojewodą Podkarpackim na czele), Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, ochrony zdrowia, Kościoła. Słowom uznania i życzeniom dalszych sukcesów nie było by końca, gdyby nie konieczność przejścia do meritum sprawy – sesji referatowych.

Część naukową rozpoczął prof. dr hab. n. med. Paweł Januszewicz ciekawym wykładem pt.: „Leki sfałszowane – o czym pielęgniarki powinny wiedzieć”. Siedemdziesiąt cztery prezentacje przygotowane przez przedstawicieli ośrodków naukowych z Rzeszowa, Wrocławia, Lublina, Łodzi, Gdańska, Katowic, Krakowa, Poznania, Sanoka, Białegostoku, Chełmna, Warszawy, Kielc, Jarosławia, Nowego Sącza zaprezentowane zostały w trakcie sesji tematycznych:

- I – Edukacja zdrowotna w pielęgniarstwie klinicznym,
- II – Edukacja zdrowotna w opiece nad ludźmi starymi,
- III – Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarki POZ,
- IV – Edukacja zdrowotna w opiece nad kobietą w różnych okresach jej życia,
- V – Podstawy edukacji zdrowotnej w praktyce pielęgniarskiej.

Wiele z prezentacji budziło żywe dyskusje dotyczące kwestii merytorycznych prowadzonych badań. Przebiegały one jednak w atmosferze wzajemnej życzliwości i zrozumienia.

Należy zaznaczyć, iż region łódzki był reprezentowany przez pracowników Zakładu Teorii Pielęgniarstwa i Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, którzy przedstawili aż pięć prac, wnosząc swój wkład w każdą z sesji. Były to: „Wpływ edukacji zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarkę w programie profilaktyki wczesnego wykrywania chorób układu krążenia na zachowania zdrowotne pacjentów”, „Poziom wiedzy na temat grzybicy stóp wśród osób skoszarowanych”, „Ocena stanu wiedzy osób opiekujących się chorymi na stwardnienie rozsiane”, „Wpływ ISO na edukację personelu medycznego”, „Udział pielęgniarki w przygotowaniu pacjentów z cukrzycą do samokontroli”. Trzy z wymienionych prac zostały skierowane do prezentacji w sesji multimedialnej (dostępnej dla całego Uniwersytetu Rzeszowskiego), mającej bardzo nowatorski przebieg i budzącej zainteresowanie wielu osób.

Organizatorzy oprócz stawy „duchowej” nie zapomnieli również o czymś dla ciała. Można było wzmocnić się pysznym tortem przygotowanym z okazji Jubileuszu Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, wyśmienitym obiadem. Przygotowaniem tego bogatego programu zajęli się Uniwersytet Rzeszowski Wydział Medyczny Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Zarząd Oddziału w Rzeszowie.

mgr Agata Wojcierowska  
Zakład Teorii Pielęgniarstwa  
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi



mgr Wiesława Orłowska

# „Ergonomia a ryzyko błędu medycznego”

Symposium odbyło się w Krakowie w dniach 20 –21.11.2009 roku, zorganizowane m.in. przez Zakład Ergonomii i Fizjologii Wysiłku Fizycznego, Instytutu Fizjoterapii, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum UJ, Zakład Architektury Miejsc Pracy Instytutu Projektowania Architektonicznego Politechniki Krakowskiej, Akademię Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

**S**ymposium zgromadziło wielu profesjonalistów ochrony zdrowia, ergonomistów, organizatorów służby zdrowia, prawników, inżynierów. Stworzyło platformę do szerokiej dyskusji, wymiany poglądów na temat znaczenia ergonomii w budowaniu jakości opieki zdrowotnej, w konsekwencji ograniczaniu lub zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym w medycynie (w tym błędom medycznym). Zdarzenie niepożądane to szkoda wywołana w trakcie lub w wyniku leczenia, nie związana z naturalnym procesem choroby lub stanem zdrowia pacjenta (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, USA). Istnieje wiele definicji błędu medycznego i zdarzenia niepożądanego, różniących się od siebie, dlatego dr med. Janusz Pokorski (Collegium Medicum UJ) proponuje definicję błędu medycznego warunkowanego ergonomicznie (BWE):

„Błąd medyczny uwarunkowany czynnikami ergonomicznymi to przesłanka do zaistnienia zdarzenia niepożądanego w systemie opieki zdrowotnej wynikająca z niedoskonałości ergonomicznej jakiegokolwiek ogniwa systemu”.

Powyższa definicja z przyczyn pragmatycznych obejmuje również okoliczności występujące poza systemem ochrony zdrowia. Zwraca ona uwagę (jak twierdzi dr J. Pokorski), że jest możliwość popełnienia istotnych dla pacjenta błędów nie tylko przez lekarza czy pielęgniarkę, ale przez:

- wytwórcę leków, aparatury i sprzętu medycznego,
- projektanta interfejsów, oprogramowania, procedur,
- projektantów obiektów służby zdrowia.

Przekładając to na język praktyczny, zdarzenia niepożądane mogą wynikać z używania różnych jednostek miar, zbyt podobnych nazw leków, nieoznakowania pacjenta przy przyjęciu do szpitala lub nieoznakowania strony ciała do zabiegu. Zdecydowanie zwiększa się ryzyko popełnienia błędu medycznego, jeśli przy ww. uwarunkowaniach ergonomicznych wystąpią sytuacje koincydencji kilku czynników, np.:

ostry dyżur + pora nocna + presja czasowa + sytuacja konfliktowa.

Aby rozwiązać powyższe problemy należy:

- stworzenie platformy porozumienia profesjonalistów, organizatorów i menedżerów ochrony zdrowia, ergonomistów, projektantów, wytwórców zaopatrujących system opieki zdrowotnej;
- wypracowanie akceptowanych przez środowisko medyczne form zgłaszania zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych, bez zagrożenia utratą pracy czy dobrego imienia;
- wprowadzenie zagadnień ergonomicznych do standardów akredytacyjnych;
- pogłębienie wiedzy menedżerów zoz w zakresie ergonomii.

# Rola kierownika w zespole

W szpitalach może funkcjonować tradycyjny zespół resuscytacyjny, który wzywa się w sytuacji wystąpienia zatrzymania krążenia lub zespół zajmujący się leczeniem stanów nagłych (MET), kiedy pomoc wzywana jest przed wystąpieniem nagłego zatrzymania krążenia (NZK).

**Z**espół resuscytacyjny musi spełniać kryteria wykonania skutecznych interwencji związanych z udrażnieniem dróg oddechowych włącznie z intubacją i użyciem alternatywnych metod zabezpieczających drożność dróg oddechowych. Uzyskanie dostępu do żylnego (w tym dostępu centralnego). Wykonanie defibrylacji z użyciem defibrylatora klinicznego lub z funkcją doradczą (AED), podaży leków oraz przeprowadzenie zaawansowanych procedur np. kardiostymulacji.

Kierownik zespołu to osoba przygotowana do koordynowania i kierowa-

nia specjalistycznymi działaniami w resuscytacji. Jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo zespołu w czasie prowadzenia RKO, dokumentowanie i analizę danych, kontakt z chorym lub jego rodziną. Kierownik podejmując decyzję szybko i pewnie, po ścisłym przydzieleniu zadań członkom zespołu pozwala zwiększyć skuteczność procesu leczenia. Informuje zespół o przewidywanych czynnościach utrzymując rzeczywisty poziom wykonywanych procedur medycznych. Pozwala to każdemu z członków zespołu resuscytacyjnego przewidzieć i przygotować się do

dalszego etapu leczenia bez zbędnych dyskusji. Omawiając istotę algorytmu zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych ALS (Advanced Life Support) można przedstawić zadania członków zespołu resuscytacyjnego w tym kierownika zespołu, którym może być lekarz, pielęgniarka lub ratownik medyczny.

## Etapy postępowania resuscytacyjnego:

I etap:

BLS – Basic Life Support

A. (Airway) – zapewnienie drożności dróg oddechowych.

B. (Breathing) – prowadzenie wentylacji mechanicznej płuc.

C. (Circulation) – prowadzenie pośredniego masażu serca.

II etap:

ALS – Advanced Life Support

D. (Drugs) – farmakoterapia.

E. (Electrocardiography) – monitorowanie czynności bioelektrycznej serca (EKG).

fot. 1



fot. 2



# resuscytacyjnym

mgr Lucyna Okulska

F. (Fibrillation treatment) – leczenie migotania komór – defibrylacja, szereg elektroterapii.

III etap

PLS – Prolonged Life Support

G. (Gauging) – ocena skuteczności postępowania resuscytacyjnego.

H. (Human mentation) – protekcja OUN.

I. (Intensive care) – terapia zachowawcza w celu wyrównania zaburzeń po resuscytacji.

## Utrzymanie podstawowych czynności życiowych (BLS)

Sekwencje:

1. Sprawdzenie czy poszkodowany i inni świadkowie zdarzenia oraz ratownicy są bezpieczni.

2. Sprawdzenie reakcji poszkodowanego – ocena stanu świadomości.

3. Głośne wezwanie o pomoc.

4. Ocena obecności prawidłowego oddechu wzrokiem, słuchem i dotykiem (utrzymując drożność dróg oddechowych).

5. Wezwanie pomocy lub pozyskanie innej osoby do wezwania pomocy.

6. Rozpoczęcie uciskania klatki piersiowej z wykonaniem oddechów ratowniczych (30 : 2).

## Zaawansowane metody utrzymania czynności życiowych (ALS)

Postępowanie u pacjentów z zatrzymaniem krążenia możemy podzielić na postępowanie w rytmach nie do defibrylacji (aktywność elektryczna bez tętna – PEA i asystolia) oraz w rytmach do defibrylacji (migotanie komór lub częstoskurcz komorowy bez tętna – VF/VT).

Do zadań kierownika zespołu resuscytacyjnego należy wydawanie poleceń i nadzór nad przebiegiem RKO.

Sekwencje postępowania u pacjentów z VF/VT:

1. Potwierdzenie braku tętna i oddechu (fot. nr 1).

2. Wykonanie defibrylacji o energii 150 – 200 J dla defibrylatorów dwu-

fazowych lub 360 J dla defibrylatorów jednofazowych. Jeśli brak defibrylatora – podjęcie i wykonanie RKO (uciskanie klatki piersiowej i wentylacja) (fot. nr 2).

3. Kontynuacja RKO przez 2 minuty rozpoczynając od uciśnień klatki piersiowej. W tym czasie należy chorego zaintubować (fot. nr 3).

4. Po 2 minutach przerwać RKO i krótko sprawdzić rytm na monitorze. Jeśli utrzymuje się VF/VT wykonać defibrylację o energii 150 – 200 J dla defibrylatorów dwufazowych i 360 J dla defibrylatorów jednofazowych (fot. nr 4 – s. 8). Niezwłocznie po wyładowaniu energii powrócić do RKO i kontynuować przez 2 minuty. W tym czasie choremu należy założyć wkłucie.

5. Po upływie 2 minut krótko sprawdzić rytm na monitorze. Jeśli utrzymuje się VF/VT wykonać drugą defibrylację wyładowaniem o energii 150 – 200 J dla defibrylatorów dwufazowych i 360 J dla defibrylatorów jednofazowych.

fot. 3



6. Niezwłocznie po drugim wyładowaniu powrócić do RKO i kontynuować przez 2 minuty.

7. Po upływie 2 minut przerwać RKO i krótko sprawdzić rytm na monitorze. Jeśli utrzymuje się VF/VT podaj 1 mg adrenaliny dożylnie i natychmiast wykonaj trzecie wyładowanie o energii 150 – 200 J dla defibrylatorów dwufazowych i 360 J dla defibrylatorów jednofazowych.

8. Podjąć RKO i kontynuować przez 2 minuty.

9. Po upływie 2 minut przerwać RKO i krótko sprawdzić rytm na monitorze. Jeśli utrzymuje się VF/VT podać 300 mg amiodaronu dożylnie i natychmiast po tym wykonać czwarte wyładowanie o energii 150 – 200 J dla defibrylatorów dwufazowych i 360 J dla defibrylatorów jednofazowych.

10. Podjąć natychmiast RKO i kontynuować przez 2 minuty. Po potwierdzeniu obecności VF/VT kolejne wyładowania wykonać po każdym z dwuminutowych okresów RKO.

Podać 1 mg adrenaliny przed co drugą defibrilacją (około 3 – 5 minut). Jeżeli na monitorze pojawi się uporządkowana aktywność elektryczna serca sprawdzić tętno na tętnicy szyjnej.

11. Jeśli jest obecne tętno rozpocząć opiekę poposuscytacyjną.

12. Jeśli brak tętna kontynuować RKO według algorytmu dla rytmów nie do defibrilacji.

Sekwencje postępowania u pacjentów w asystolii i PEA z wolnym rytmem (< 60/min.):

1. Rozpocznij i kontynuuj RKO 30:2 do czasu intubacji chorego. Po zabezpieczeniu dróg oddechowych prowadź uciskanie klatki piersiowej bez przerw na wentylację.

2. Po uzyskaniu dostępu do żyły podaj 1 mg adrenaliny i.v. oraz 3 mg atropiny i.v. (jeden raz).

3. Oceniaj rytm co 2 minuty i postępuj adekwatnie do oceny.

4. Podaj kolejne dawki adrenaliny 1 mg adrenaliny co 3 – 5 minut (co drugą pętlę).

5. Jeżeli pojawi się VF/VT postępuj jak w algorytmie do rytmów do defibrilacji.

6. Jeżeli podczas oceny rytmu obecny jest rytm agonalny lub asystolia:

- kontynuuj RKO,
- oceniaj rytm co 2 minuty,
- podaj kolejne dawki adrenaliny (1 mg i.v. co 3 – 5 minut) w drugiej pętli.

## podziękowania

Dziękujemy zespołowi terapeutycznemu Oddziału Ortopedii pod kierownictwem pana ordynatora dr. Sławomira Wierzbickiego i kierownikowi zespołu pielęgniarstwa – pani Halinie Łuczak-Skowrońskiej – za leczenie i troskliwą, fachową opiekę nad pacjentem Bernardem Gorzkiewiczem

Celina Gorzkiewicz

Dziękujemy zespołowi terapeutycznemu Oddziału Rehabilitacji pod kierownictwem pani ordynator Janiny Włodarczyk i kierownikowi zespołu pielęgniarstwa – pani Grażynie Noskiewicz – za rehabilitację, fizjoterapię, pielęgnację oraz serdeczną i miłą opiekę nad pacjentem Bernardem Gorzkiewiczem

Celina Gorzkiewicz

fot. 4







# Oddział PTP w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź

Koleżankom i Kolegom

dużo szczęścia, radości, sukcesów w życiu osobistym  
i zawodowym oraz wszelkiej pomyślności  
w Nowym Roku 2010

życzy

Zarząd Oddziału  
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi



Oddział Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi zaprasza na symposium nt.

**„ICNP-Międzynarodowa klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej  
– innowacja w pielęgniarstwie”**

Symposium odbędzie się w dniu 21 stycznia 2010 roku w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 o godz. 14.30 (II piętro, duża sala).

Symposium kierowane jest do pielęgniarskiej kadry kierowniczej i pielęgniarek praktyki. Prosimy o zgłoszenie 2 – 3 osób z poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej ze względu na ograniczoną ilość miejsc. Zgłoszenia należy kierować do 18 stycznia 2010 roku na adres Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych 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



# Światowy Dzień TRĘDOWATYCH

Słyszac słowo *trąd* najczęściej kojarzymy je z czytana literaturą.

Z jednej strony to dźwięk kołatek, pokutny strój, zakryte oblicze i okrzyki „jesteśmy nieczyści – nie zbliżać się”.

Z drugiej strony namalowany piórem Heleny Mniszkówny obraz „Trędowatej”.

**Z**arówno w jednym jak i drugim przypadku występuje stygmat odrzucenia. W sensie zarówno medycznym – bojaźni przed nieznaną i groźną chorobą, jak i społecznym – ludzi z klasy niższej stawianych na marginesie społeczeństwa. A może to właśnie tak silne odium nieznaney i strasznej choroby spowodowało podział nie tylko na chorych i zdrowych, ale także na tych, którzy są „panami” i tych, którzy zostali wykluczeni ze społeczeństwa.

Trąd jest chorobą, która towarzyszy ludzkości od czasów najdawniejszych. Pierwsze wzmianki o trądzie pochodzą z II – III tysiąclecia przed naszą erą. Późniejsze źródła podają, że na początku naszej ery była już rozpowszechniona w większej części Europy. Wraz ze wzrostem liczby zachorowań w IV wieku n.e. pojawiły się pierwsze leprozoria, czyli kolonie dla trędowatych, w których byli oni izolowani od reszty społeczeństwa. W ciągu następnych dwustu lat rozpowszechniły się one w całej Europie.

W średniowieczu trąd został uznany za karę za grzechy, a „odtrącenie” (stąd nazwa) trędowatych znacznie się pogłębiło. Chorzy zostali wykluczeni ze wspólnot, utracili większość praw – nie wolno im było zawierać związków małżeńskich, musieli opuścić swoje rodziny. Czasem nawet odprawiano się za nich msze jak za zmarłych. Osta-

tecznie zostali przymusowo umieszczeni w leprozoriach, których w samej tylko Francji w XIII wieku było około 2 tysięcy.

Sytuacja zmieniła się podczas epoki wypraw krzyżowych, w czasie których zachorowało wielu rycerzy. Jedną z jej ofiar był Baldwin IV Trędowaty – król Jerozolimy – noszący z powodu choroby srebrną maskę na twarzy.

Nastąpiła zmiana nastawienia do trędowatych. Pomoc chorym została nagle uznana za chrześcijański obowiązek. Zlikwidowano mszę za zmarłych i obowiązek rozvodu, a celem pomocy chorym został powołany Zakon Rycerzy św. Łazarza. Właśnie takim ludziom zniekształconym, okaleczonym, z deformacjami ciała – TRĘDOWATYM pomagają dzisiaj m.in.: Światowa Organizacja Zdrowia, Czerwony Krzyż, Caritas, Zakon Kawalerów Maltańskich i Fundacja Raoula Follereau.

Pierwsze przekazy sugerowały rozprzestrzenianie się trądu w czasie podbojów Aleksandra Wielkiego wraz z jego żołnierzami przemierzającymi szlaki z Indii na zachód, a także na wschód do Chin i Japonii. Jednak według badań grupy Monota<sup>1</sup> trąd rozpoczął swoje żniwo we wschodniej Afryce i rozprzestrzenił się wraz z wędrowną *homo sapiens*. W roku 2001 rozpoznano jego genom, natomiast w 2005 grupa kierowana przez wyżej

wspomnianego Monota, na podstawie badań DNA bakterii *Mycobacterium leprae*, odtworzyła prawdopodobny scenariusz rozprzestrzeniania się trądu na kuli ziemskiej. W trakcie badań próbek z 21 krajów świata wydzieleno jedynie 4 polimorfizmy (różnopostaciowość) różnicujące szczepy. Pierwszy najrzadszy szczep pojawia się w Etiopii, na Nowej Kaledonii i w Nepalu, drugi rozpowszechniony jest na pacyficznych wybrzeżach Azji i wschodniej Afryki (Madagaskarze i Mozambiku), trzeci w Europie i obu Amerykach, zaś czwarty na Karaibach i w Afryce Zachodniej. Ostatnie wielkie fale jego rozprzestrzeniania się miały nastąpić w okresie odkryć geograficznych, następującej po nim okresie kolonializmu i handlu niewolnikami.

Liczba chorych na trąd w Europie zmniejszyła się znacznie po epidemii „czarnej śmierci” (dżumy) w XIV wieku, podczas której zmarła większość zakażonych. W następnych stuleciach przypadki zachorowań zdarzały się stosunkowo rzadko.

Trąd (choroba Hansena) z łac. również *lepra* jest przewlekłą chorobą zakaźną, wywołaną przez bakterię *Mycobacterium leprae* – bakterię (spokrewnioną z prątkiem gruźlicy) odkrytą w 1873 roku przez norweskiego lekarza i naukowca Gerharda Henricka Armauera Hansena. Bakteria wnika do ustroju przez skórę lub błonę śluzową górnych dróg oddechowych, a następnie pokonawszy barierę układu chłonnego dostaje się do krwi i drogą rozsiewu powoduje powstanie swoistych zmian w miejscach typowych dla tej choroby: w skórze, nerwach obwodowych, błonach śluzowych nosa i krtani oraz drobnych kościach i chrząstkach dłoni i stóp. Wyłęganie się choroby trwa długo – od 9 miesięcy do 15 lat. W rekordowych przypadkach trąd ujawnia się nawet ponad 40 lat od zakażenia (!).

Trąd występuje w dwóch postaciach: lepromatycznej (lepra lepromatosa) i tuberkuloidowej (lepra tuberculoides).

Odmiana lepromatyczna jest bardziej zaraźliwa, a jej objawy to guzowate krosty podobne do występujących w innych infekcjach i alergiach. Postać tuberkuloidowa jest mniej zaraźliwa, ale bardziej groźna dla samego zarażonego. Początkowo pojawiają się plamy na skórze, stopniowo utrata czucia, szczególnie w palcach nóg i rąk, nieleczona prowadzi do zwyrodnień i utraty tkanki. Odkrycie w latach 30. XX wieku skutecznego lekařstwa przeciw trądowi – dapsonu – przyniosło skutek w postaci zdecydowanego ograniczenia liczby zachorowań. Jednak z czasem stosowanie tylko dapsonu przestało być skuteczne. Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała metodę skojarzonego leczenia chorych na trąd zwaną MDT (Multi – drug therapy). Polega ona na odpowiednim dawkowaniu przez 6 miesięcy (trąd mało bakteryjny) albo przez 24 miesiące (trąd wielobakteryjny), takich leków jak Dapson, Rifampicyna i Klofazymina. Obecnie wyleczenie trądu jest bardziej problemem psycho-medycznym niż finansowym. Skuteczna terapia, trwająca od pół roku do roku kosztuje niewiele – w tej chwili całkowite wyleczenie trądowego kosztuje około 300 dolarów, ale dla biednych krajów i ten wydatek jest zbyt wysoki.

Leczenie nie jest więc skomplikowane, chorzy przyjmują leki raz czy dwa razy dziennie. Poza najcięższymi, zakaźnymi przypadkami, może się odbywać w domu chorego. Bardzo dokładnej pielęgnacji wymagają natomiast chorzy z otwartymi ranami, którzy wymagają szczególnej troski, z powodu zaatakowanych chorobowo nerwów większość z nich nie odczuwa bólu i sami nieświadomie powodują powiększanie się ran poprzez wciąż nowe urazy. Potrzebna i nieodzowna jest rehabilitacja chorych nie tylko medyczna, ale także psychiczna i społeczna – odpowiednie obuwie i protezy, kształcenie i przyuczanie do zawodów. Nierzadko potrzebne są też operacje, których celem jest przywrócenie spra-

# DEKALOG

## CO TRZEBA WIEDZIEĆ O TRĄDZIE

1 To jedna z najstarszych chorób jaką zna ludzkość.

2 Trąd jest choroba występująca w najuboższych rejonach świata.

3 Od 1952 roku zastosowanie sulfonów pozwalało na łagodzenie rozwoju choroby

4 Od 1981 roku dzięki zastosowaniu polichemioterapii trąd stał się chorobą wyleczalną.

5 W ciągu ostatnich dwudziestu lat wyleczono skutecznie 15 milionów trądowatych.

6 Po roku 2000 liczba nowych przypadków trądu odkrywanych rocznie spadła poniżej miliona

7 Jak dotąd nie udało się opracować szczepionki, która pomogłaby zradykalizować walkę z trudnym do zdiagnozowania trądem.

8 Wśród wyleczonych z trądu na świecie żyje około 3 milionów ludzi okaleczonych przez przebytą chorobę, którzy nie są zdolni do samodzielnej egzystencji.

9 Trąd jest chorobą społeczną, mimo wyleczenia człowiek nadal pozostaje naznaczony piętnem trądowego na całe życie

10 Trąd jako choroba najbiedniejszych ma się dobrze dzięki trądowi egoizmu krajów bogatych.

wności funkcjonowania ścięgien, najczęściej dłoni, gdyż ulegają one przykurczom. Obecnie jeszcze nie wiadomo, czy wyleczenie z trądu daje trwałą odporność. Jest dużo nawrotów. Nie wiadomo też, czy jest to efekt niedoleczenia i ponownego uaktywnienia się bakterii przechowywanych w organizmie, czy jest to ponowne zarażenie osób szczególnie podatnych na trąd.

Do niedawna badania nad trądem były bardzo trudne, bowiem wywołującego go mikroba nie można hodować w warunkach laboratoryjnych. Odkryto jednak, że na trąd cierpią także amerykańskie pancerniki (ze względu na stosunkowo niską temperaturę ciała) i od tej pory zwierzęta te wykorzystuje się w doświadczeniach.

Jeszcze niedawno wydawało się, iż po opracowaniu metod skutecznego leczenia trądu będzie można wspólnym wysiłkiem całkowicie wyeliminować tę chorobę. Niestety, nadal przybywa nowych przypadków zachorowań. Co dwie minuty pojawia się gdzieś na świecie nowy przypadek tej choroby. Nie wystarczy bowiem opracować metody leczenia, wyprodukować odpowiednie leki, trzeba jeszcze wyzwolić ludzi z absurdu strachu przed tą chorobą oraz przed tymi, którzy zostali nią dotknięci. Choroba jest nadal najbardziej rozpowszechniona w ubogich częściach świata o klimacie tropikalnym i subtropikalnym, zwłaszcza w zachodniej Afryce i południowo-wschodniej Azji, a liczbę chorych szacuje się na kilkanaście milionów.

W krajach, w których od wieków występował trąd bardzo trudno jest zmienić nastawienie społeczności lokalnych do tej choroby i do chorych. Z tego powodu zbyt późno następuje zgłaszanie zachorowań, a przez to wydłuża się proces leczenia i zmniejsza się jego skuteczność.

Trąd zawsze przerażał – choroba bowiem powoli okalecza swoje ofiary. Ponieważ zaatakowane nerwy czynią chorych miejscowo niewrażliwymi na ból i dotyk, nie czują skaleczeń, urazów, co z czasem (przy braku lecze-

nia) prowadzi to do owrzodzeń i utraty całych fragmentów ciała a wygląd twarzy zgrubiałej i guzowatej przypomina tzw. „lwią twarz”. To w hołdzie dla „rozpadających się ludzi” obchodzimy Dzień Trędowatych.

Światowy Dzień Trędowatych ustanowił po raz pierwszy Raoul Follereau (1903 – 1977), francuski humanista, poeta, prawnik, dziennikarz i misjonarz – założyciel Światowej Akcji Pomocy dla Trędowatych. Zorganizował go w 1954 roku w ostatnią niedzielę stycznia jako święto radości w krajach misyjnych i dzień szczególnej mobilizacji w krajach zamożnych, zwłaszcza katolickich, gdzie każdego roku przed kościołami zbierane są tego dnia pieniądze dla trędowatych. W 1955 roku obchodzono go w 60 krajach, w 1961 – już w 116, a od 1997 roku także w Polsce.

Światowy Dzień Trędowatych jest wsparciem dla tych, którzy potrzebują opieki i pomocy. Zbierane przy tej okazji fundusze pozwalają na coraz skuteczniejszą walkę z wykluczeniem społecznym trędowatych, których można leczyć, zaopatrywać w protezy i dostosowane do ich możliwości narzędzia pracy. Innym ważnym wymiarem tych dni jest uświadamianie zdrowych, że trąd jest mało zaraźliwy, a wcześniej wykryty może być skutecznie wyleczony.

Dlatego też Fundacja Polska Raoula Follereau pod kierownictwem dr Kazimierza Szalata – Prezesa Fundacji Polskiej R.F. – Fundatora Międzynarodowej Unii Follereau – kieruje swój coroczny apel o wsparcie działań, rozrzuconych w najdalszych zakątkach świata, ośrodków dla trędowatych. Najczęściej są to ośrodki prowadzone przez katolickich misjonarzy, choć pracują w nich coraz częściej ludzie świeccy i to nie tylko katolicy ale też i protestanci i muzułmanie. Choć wyleczono już miliony chorych, niemal połowa z nich została trwale okaleczona i wymaga opieki. Fundacja jego imienia, w ramach której działają także polscy misjonarze, wspiera i opiekuje się chorymi, gromadzi

środki na ich leczenie i na budowę i urządzenie kolonii – domów dla chorych na trąd. Jedna trzecia wszystkich trędowatych na świecie pozostaje pod opieką stowarzyszeń i fundacji Follereau, które utrzymywane są z pieniędzy zbieranych na całym świecie pod kościołami w ostatnią niedzielę stycznia. Choroba ta pomimo wielu organizacji wspomagających wciąż jest wyrokiem skazującym ludzi na wyklęcie. Na dodatek trąd jest chorobą podstępą, trudną do zdiagnozowania bez specjalistycznych badań, co znaczy, że chory nie zdając sobie z tego sprawy może nawet przez wiele lat zarażać innych. Nie można zapominać, że trąd występuje w najuboższych regionach, pozbawionych jakichkolwiek struktur medycznych, dlatego też walka z najstraszniejszą chorobą, jaką zna ludzkość, wcale się nie skończyła. Ostatnie europejskie leprozorium mieści się w Rumunii na skraju mokradł delty Dunaju w osadzie Tichilesti. Natomiast w Bergen – norweskie miasto i gmina leżąca w regionie Hordaland – mieści się Muzeum Trądu (Lapramuseet). Położone jest w zabytkowym szpitalu Św. Jerzego, w którym w Armauer Hansen wyizolował prątek trądu.

Spójrzmy na trąd i ludzi nią okaleczonych jak Raoul Follereau, który był przez całe swoje życie optymistą. Wierzył, że mimo wszelkiego zła, miłość i mądrość w końcu zwycięży. Świadczenie życia Raoula Follereau to dla nas wielka lekcja antropologii miłosierdzia, pokazująca wielkość człowieka, który uwierzył w to, że Bóg nas kocha. Dzięki działalności Fundacji Raoula Follereau, znanej we wszystkich krajach misyjnych, otworzyły się nie tylko drzwi wielu leprozoriów, lecz przede wszystkim drzwi wielu serc, które nie pozostały obojętne na los najuboższych – „odrzuconych”.

---

1. Marc Monot członek Paryskiego Instytutu Pasteura

Literatura u autorki



Witam serdecznie!

Z okazji Nowego Roku pragnę złożyć Wszystkim Czytelnikom siły do codziennej pracy, odwagi do stawiania czoła temu co trudne i wymagające, zawodowej oraz życiowej satysfakcji i jak najwięcej ludzkiej życzliwości wokół, oraz przede wszystkim zdrowia.

Nawiązując do ostatniego artykułu w dziale Rzecznika, mam nadzieję iż w 2010 rok wspólnie wkraczymy na trzeźwo. W dalszym ciągu uważając problem uzależnień za trawiący nasze środowisko i chcąc zachęcić Państwa do aktywnej z nim walki, zapraszam do przeczytania artykułu Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych – mgr Marii Kowalczyk.

Jednocześnie zachęcam do głębokiej refleksji nad kondycją naszego środowiska, do jakiej w swoim artykule nakłania nas mgr psychologii – Marianna Król.

Jeszcze raz życzę Państwu pomyślnego roku i „oddaję Państwa w ręce” dalszej lektury.

Irena Król – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Maria Kowalczyk

## Wpływ występowania uzależnień na powstawanie wykroczeń zawodowych a rola i zadania samorządu pielęgniarek i położnych

### Uzależnienia

Lekomania, narkomania, alkoholizm i nikotynizm to choroby utajone, które są trudniej wykrywalne, gdyż osoby uzależnione często żyją w nieświadomości jej posiadania. Od lat pięćdziesiątych XX wieku najczęściej przyjmowanymi substancjami uzależniającymi stały się leki uspokajające, substancje lotne i przetwory konopi indyjskich. Leki są często łączone z alkoholem oraz opiatami (opium, morfina i heroina). W niektórych krajach sam fakt posiadania pewnych leków powodujących zależność lekowe jest wykroczeniem lub przestępstwem i podlega karze.

Objawy bywają często niezauważalne przez najbliższe otoczenie. Granica między kontrolowanym używaniem

a uzależnieniem jest trudna do wytyczenia. Bywają osoby, które charakteryzują się samotnym, potajemnym braniem środków uzależniających, czego osoby w najbliższym otoczeniu również nie są w stanie zauważyć.

Fizjologiczne konsekwencje spożycia alkoholu i brania narkotyków różnią się w zależności od rodzaju substancji. Większość z nich (alkohol, nikotyna, marihuana, inne narkotyki, środki halucynogenne) działają niemal natychmiast. Najczęściej zmieniają one poczucie rzeczywistości i jej ocenę oraz modyfikują doznania zmysłowe. Efekty działania jednych środków odurzających (np. alkoholu) odczuwane są przez kilka godzin i innych (marihuana) przez kilka dni. Wiele tragicznych wydarzeń, w tym wykroczeń za-

wodowych, to bezpośredni skutek spożywania środków odurzających. Przyczyny uzależnień są bardzo różne stąd należy przyjąć polietiologiczną genezę uzależnienia.

Do czynników najczęściej występujących należą:

- osobowość (nieodjrzała emocjonalnie, wrażliwa na urazy, frustracje, stresy, neurostyczna, agresywna),
- uzależnienie rodziców (chodzi tu o uczenie się nieprawidłowych wzorców zachowania),
- czynniki zawodowe (możliwość dostępu, stały kontakt z substancją np. praca związana ze sprzedażą, dystrybucją, produkcją),
- czynniki społeczne i kulturowe (obyczaje i tradycje grup społecznych, w których „oblewa się” zarówno suk-



ces, jak i niepowodzenie), szybkie tempo życia, dysproporcje między wymaganiami cywilizacji, podwyższonymi standardami dotyczącymi procesu pracy a możliwościami adaptacji do niej,

– czynniki emocjonalne m.in. nadmierna zależność, mała odporność na frustrację, stres, trudność w wyrażaniu uczuć, wysoki poziom niepokoju w relacjach interpersonalnych (międzyludzkich), poczucie izolacji, ucieczki od stresów i frustracji, niska samoocena bądź poczucie wielkości, perfekcjonizm, zmienny stosunek do autorytetów, poczucie winy itp.

Uzależnienie jest:

– wg Coopersmitha „wyciecznym sposobem radzenia sobie z przykrymi stanami uczuciowymi”,

– wg. Rollo May „osoby uzależnione nie są zdolne do znoszenia stanów napięcia, co wiąże się z poczuciem wyobcowania społecznego”.

Jest zrozumiałe, że im więcej nagromadzi się u jednego człowieka czynników sprzyjających, tym większe jest prawdopodobieństwo rozwoju uzależnienia. Aktualnie przyjmuje się, że mamy do czynienia z czynnikami społecznymi, psychologicznymi i duchowymi nakładającymi się na podłoże biologiczne.

## Objawy uzależnienia

Uzależnienie jest chorobą, która zaczyna się i rozwija podstępnie (bez świadomości zainteresowanej osoby np. niekontrolowane picie napojów alkoholowych).

Objawy choroby to przede wszystkim takie zjawiska, jak:

1. Zmiana tolerancji np. podwyższona, gdy wypicie tej samej ilości alkoholu co kiedyś powoduje słabsze niż poprzednio efekty lub obniżona, gdy przy dawkach alkoholu mniejszych niż poprzednio pojawiają się podobne efekty nietrzeźwości.

2. Objawy abstynencyjne, gdy pojawiają się bardzo przykre objawy – niepokój i drażliwość, dreszcze i drżenie kończyn, skurcze mięśniowe, poty, nudności, a nawet zaburzenia świadomości i majaczenia.

3. Subiektywne poczucie, np. pojawiają się nieprzyjemne doznania podobne do głodu i wewnętrznego przymusu wypicia/wzięcia, połączonego z poczuciem paniki.

4. Koncentracja życia wokół uzależnienia. Gdy uzależnienie w życiu codziennym staje się czymś bardzo ważnym, dużo uwagi i zabiegów jest skoncentrowanych wokół okazji i dostępności.

5. Utrata kontroli nad uzależnieniem, np. po wypiciu pierwszej porcji alkoholu ujawnia się niemożność skutecznego decydowania o ilości wypijanego alkoholu i o momencie przerwania picia.

6. Zaburzenia pamięci i świadomości, np. po wypiciu pojawiają się dziury pamięciowe, mimo próby obrony pozorów rozumności i ciągłości postępowania coraz więcej rzeczy dzieje się poza świadomością osoby uzależnionej.

7. Nawroty po próbach utrzymywania okresowej abstynencji. Dostrzeganie, że własna wola wymyka się spod kontroli a próby udowodnienia sobie i innym, że potrafi się nad tym zapanować, nie przynoszą powodzenia.

Uzależnienie prowadzi do chorób somatycznych, zakłóca funkcjonowanie komórek nerwowych i mózgu, powoduje zaburzenie pamięci, utrudnia przypomnienie sobie czegoś i zapamiętywanie nowych informacji, wywołuje zakłócenie równowagi, osłabia refleks, uniemożliwia koncentrację, utrudnia podejmowanie decyzji. Zakłóca działanie zmysłów tj. wzroku, słuchu, powonienia, smaku i dotyku, może wywołać halucynacje.

Nie istnieją żadne „cudowne” środki, żadne tabletki, które uwalniałyby człowieka od uzależnienia. Jak widać, musi to być długi i skomplikowany proces, w którym w dodatku konieczny jest świadomy i zaangażowany współudział samego uzależnionego oraz współudział innych ludzi/grup/institucji wspierających.

## Zawód a problem uzależnień

Zawód pielęgniarki i położnej są zawodami samodzielnymi, które po-

noszą odpowiedzialność zawodową za nienależyte wykonywanie zawodów. Od tych profesji wymaga się szczególnie profesjonalizmu, który opiera się na fachowości, kompetencji, wykonywanej rzetelnie pracy na najwyższym poziomie. Jesteśmy zawodami, których zadaniem jest promowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych w społeczeństwie, w tym przeciwdziałanie uzależnieniom.

Jesteśmy członkami społeczeństwa, w którym problem uzależnień występuje i dotyczy także członków naszego samorządu zawodowego a także jest jednym z uwarunkowań powstawania wykroczeń zawodowych wśród pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych.

Organ Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej prowadzi postępowania wyjaśniające w przypadkach nieprzestrzegania zasad etyki zawodowej pielęgniarek i położnych oraz naruszenia przepisów dotyczące wykonywania zawodu przez pielęgniarki/pielęgniarzy i położne będące członkami samorządu.

V Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych zobowiązał organy samorządu: Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych uwzględnienia w realizacji zadań samorządu zawodowego, zapewnienia swoim członkom m.in.:

– postępowania zgodnego z zasadami etyki zawodowej oraz przepisami dotyczącymi wykonywania zawodu (propagowania i wymagania znajomości oraz ich stosowania),

– niezbędnej ochrony prawnej oraz swobody i niezależności w wykonywaniu zawodu,

– zastosowania środków przewidzianych przepisami prawa tak, aby sprawca przewinienia zawodowego został ustalony i pociągnięty do odpowiedzialności, a osoba niewinna nie poniosła tej odpowiedzialności, przy jednoczesnym uwzględnieniu prawnie chronionych interesów pokrzywdzonego,

– troski i dbałości o jak najwyższy poziom prowadzonych postępowań wyjaśniających przez rzeczników odpo-



wiedzialności zawodowej oraz spraw rozpoznawanych przez sądy pielęgniarek i położnych,

– prowadzenia działalności prewencyjnej poprzez upowszechnianie zasad etyki zawodowej, przepisów i reguł wykonywania zawodu (wymagana znajomość i ich stosowanie).

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U.91.41.178 ze zm.) daje upoważnienie do reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów zawodów oraz w art. 4. określa zadania samorządu m.in.:

1) sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым wykonywaniem zawodu pielęgniarzki i położnej,

2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem,

3) ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy, zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, (...)

6) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych,

7) obrona godności zawodowej pielęgniarek i położnych,

8) reprezentowanie i ochrona zawodu pielęgniarzki i położnej,

9) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, (...)

13) organizowanie i prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla pielęgniarek, położnych i ich rodzin, (...)

6) orzekanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz sprawowanie sądownictwa polubownego.

Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarzki i położnej (Dz.U.01.57.602 ze zm.) zawód pielęgniarzki/pielęgniarza i położnej może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania za-

wodu, która m.in. posiada pełną zdolność do czynności prawnych i posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu.

Pielęgniarzki/pielęgniarze i położne, zgodnie z art. 16 niniejszej ustawy, podlegają w przypadku uzasadnionego podejrzenia o całkowitą albo częściową niezdolność do wykonywania zawodu, spowodowaną stanem zdrowia, w tym m.in. uzależnieniami, procedurze orzeczenia przez komisję lekarską (powołaną przez okręgową radę pielęgniarek i położnych) ocenie dotyczącej ustaleniu o niezdolności/zdolności do dalszego wykonywania zawodu.

Konsekwencją powyższego orzeczenia może być:

– dalsze wykonywanie zawodu (bez ograniczeń),

– ograniczone wykonywanie zawodu w zakresie ściśle określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności,

– zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres trwania niezdolności.

#### **Nurty procesu leczenia i pomagania:**

– leczenie szpitalne w pierwszej fazie uzależnienia pacjenta od uzależnienia fizycznego,

– leczenie ambulatoryjne jest kontynuacją szpitalnego po odzwyżajeniu fizycznym,

– profesjonalna terapia odwykowa, wspólnota Anonimowych Alkoholików, klubu abstynenta, grupy wsparcia (celem nadrzędnym jest trzeźwienie, wychodzenie z uzależnienia a pierwszym krokiem jest przyznanie się do źródła problemów, korzystając z doświadczeń i wsparcia innych abstynentów),

– terapia w zakresie nauki przeżywania swoich uczuć: rozeznawać się w nich, wytrzymać je i dawać im wyraz,

– integracja, przeciwdziałanie uczuciu samotności, wyizolowania wśród grupy ludzi, środowisku zawodowym koleżanek pielęgniarek i położnych oraz kolegów pielęgniarzy,

– przeciwdziałanie narastającym konfliktom z otoczeniem rodzinnym

i pracowniczym przyczyniając się do spadku materialnego i psychicznego komfortu życia,

– wspieranie leczenia uzależnienia jako choroby, spojrzenia prawdziwie w oczy, odkłamania zafałszowanego obrazu rzeczywistości i jasnego zobaczenia, jakie spustoszenia poczyniło uzależnienie.

Dodatkowe propozycje w prewencji uzależnień:

– kontynuowanie możliwości korzystania z porad psychologicznych w okręgowej izbie dla członków samorządu w zakresie także psychoprophylaktyki i psychoedukacji,

– utworzenie grupy wsparcia z pielęgniarek/pielęgniarzy mających wiedzę i umiejętności w zakresie terapii uzależnień dla koleżanek i kolegów uzależnionych,

– współpraca z zakładami, poradniami, komisjami, stowarzyszeniami, fundacjami w zakresie uzyskiwania pomocy dla uzależnionych członków samorządu i ich rodzin (współuzależnionych),

– pomoc i wsparcie w rozwiązywaniu problemów w zakresie uzależnień od koleżanek, kolegów, kadry kierowniczej w zakładzie pracy,

– wg potrzeb uruchomienie profesjonalnego telefonu zaufania dla osób uzależnionych, czatu, e-maila, forum dyskusyjnego,

Decyzja o wzięciu udziału w terapii jest ona tylko dla ludzi, którzy mają odwagę coś zmienić w swoim życiu, odwagę, aby wejść na nowe tory rozwoju osobistego.

**Człowiekiem być,  
to wielka sztuka!!!**

Ryszard Warmus

Literatura u autorki

mgr Maria Kowalczyk  
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności  
Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

**P**ielęgniarki i położne z racji wykonywania niezwykle szlachetnego zawodu przez większą część społeczeństwa są postrzegane jako łagodne i dobroduszne osoby. Wydawać by się mogło, że zespołowy charakter pracy oraz niezwykła jak na zawodowe warunki intensywność kontaktów powinna sprzyjać współpracy, poczuciu przynależności do wyjątkowej grupy zawodowej oraz życzliwości i trosce o najbliższych współpracowników. Tymczasem często bywa zupełnie inaczej. Zanim jednak przejdziemy do sedna, bardzo proszę o szczerą odpowiedź na poniższe pytania:

Jak często i kiedy po raz ostatni:

1. Postanowiłam/em się nie odzywać do współpracownika z kadry pielęgniarskiej lub położniczej?

2. Rozsiewałam/em plotki?

3. Dążyłam/em do upokorzenia współpracownika, umniejszając jego umiejętności zawodowe?

4. Nie wsparłam/em koleżanki lub kolegi, kiedy było to zasadne, tylko dlatego, że jej/jego nie lubię?

5. Wykluczyłam/em pielęgniarkę, pielęgniara lub położną ze wspólnych zawodowych lub pozazawodowych przedsięwzięć?

6. Powtarzałam/em wyrwane z kontekstu informacje przekazane mi przez współpracownika z kadry pielęgniarskiej lub położniczej w taki sposób, żeby źle świadczyły o tej osobie?

7. Przekazałam/em dalej informacje, które zostały mi przekazane przez współpracownika z prośbą o poufność?

8. Naśmiewałam/em się z wyglądu lub innych cech współpracownika z kadry pielęgniarskiej lub położniczej?

9. Odmówiłam/em przekazania konkretnych informacji współpracownikowi, mając świadomość, że może się to przyczynić do gorszego wykonania przez niego pracy?

10. Namawiałam/em inną pielęgniarkę, położną lub innego pielęgniara do zrobienia czegoś dla mnie?

11. Używałam/em mowy ciała (np. przewracanie oczami, wstrząsanie ra-

mionami, aby wyrazić niezadowolenie z przedstawianej przez kogoś opinii?

11. Powiedziałam/em coś nieprzyjemnego, a następnie udawałam/em, że to tylko żart?

12. Prowadziłam/em „kampanię oczerniania”, próbując postawić innych przeciwko konkretnemu współpracownikowi?

Domyślam się, że tak bezpośrednio zetknięcie z tymi pytaniami nie jest przyjemne. Zakładając szczerą Państwa odpowiedź, jestem gotowa się założyć, że większość z Państwa stosuje powyższe metody w celu poradzenia sobie z różnorodnymi trudnymi sytuacjami lub styka się z nimi w swojej codziennej pracy. I nie byłoby w tym nic dziwnego... gdybym akurat pisała artykuł o dzieciach w wieku szkolnym. Kiedy natomiast piszę do Biuletynu, mając „przed sobą” poważnych czytelników oraz świadomość, że w ten właśnie sposób, niejednokrotnie nieudolnie starają się oni rozwiązywać swoje problemy lub, bardziej trafnie, „rozgrywać swoje gierki”, jestem wielce zaniepokojona. Nie są to bowiem neutralne i niegroźne zachowania. Jest to tyranizowanie, które może doprowadzić do bardzo negatywnych konsekwencji. Oczywiście wśród wypunktowanych zachowań są mniej i bardziej groźne. Brak odwagi do jasnego wyrażenia swojej opinii i zastępowanie konkretnych uwag lekceważącym potrząśnięciem ramion być może nie zrobi nikomu krzywdy, a jedynie zrytuje osobę mówiącą. Jednak oczernianie współpracownika, ponieważ go nie lubimy, jest „niewygodny”, w naszej opinii nie pasuje do naszego zespołu, ponieważ jest za wyrwna/y i o wiele za szybko wykonuje swoją pracę pokazując, że można określone zadania zrealizować lepiej, szybciej itd., może doprowadzić do zniszczenia komuś życia – w dosłownym tych słów znaczeniu. Dopóki „oczernianie” pozostaje w „czterech ścianach” jednostki, może wydawać się nic nieznanym „obgadywaniem”. Niestety często bywa tak, że negatywne informacje, niezależnie od stopnia

mgr Marianna Król

# Najlepi

Oto rozpoczyna się Nowy Rok, pełen nowych wyzwań, oczekiwań, nadziei.

Kontynuując, po krótkiej przerwie, moją obecność na łamach Biuletynu, stawiam przed sobą oraz przed Państwem być może jedno z pierwszych wyzwań 2010 roku. W dotychczasowych artykułach starałam się poruszać kwestie, które z punktu widzenia psychologa, obserwatora

oraz uczestnika życia zawodowego i prywatnego pielęgniarek i położnych wydają się być istotne.

Jak wiele jeszcze takich zagadnień przed nami – pokaże życie. Z pewnością temat, którym dzisiaj pragnę się zająć jest jednym z nich.

I od razu uprzedzam – nie będzie łatwo... Jeżeli tytuł obecnego artykułu wydał się Państwu kontrowersyjny lub ostry – słusznie – taki właśnie miał być. Jeżeli natomiast nie zwrócił Państwa specjalnej uwagi, wierzę, że w dalszej części artykułu jeszcze to nadrobimy.

# ej się zagryźć?

prawdziwości, w zadziwiający sposób przedostają się na zewnątrz, stając się np. anonimowymi donosami. Często przecież „nikt nic nie powiedział”...

Zachowując „polityczną poprawność” kieruję ten artykuł zarówno do kobiet jak i mężczyzn. Potwierdzonym w badaniach faktem jest jednak, iż omawiane przeze mnie sposoby tyranizowania współpracowników są o wiele częstsze wśród kobiet. Podczas kiedy mężczyźni rozwiązują swoje problemy bezpośrednio konfrontując „przeciwnika”, kobiety stosują względną agresję, przybierając postawę udawanej przyjaźni oraz zapewniając o fałszywej trosce i oddaniu. Z tego też powodu Państwa jeszcze wciąż sfeminizowane środowisko, jest w ogromnym stopniu narażone na pasywną agresję.

Badania zajmujące się wspomnianymi różnicami międzyplciowymi odwołują się do kilku źródeł takiego stanu rzeczy. Nie jest to jednak najistotniejsze w tym momencie. To, co ważne, to umiejętność identyfikowania załączków pasywnej agresji w Państwa środowisku zawodowym oraz aktywne przeciwstawianie się jej zanim komuś stanie się krzywda. Aby było to możliwe, w dalszej części artykułu przedstawię najczęstsze „punkty zapalne – spusty” zachowań pasywno-agresywnych oraz najpopularniejsze wzorce. Na zakończenie

podam natomiast kilka kluczowych dla poradzenia sobie z tak niepożądanym zachowaniem informacji.

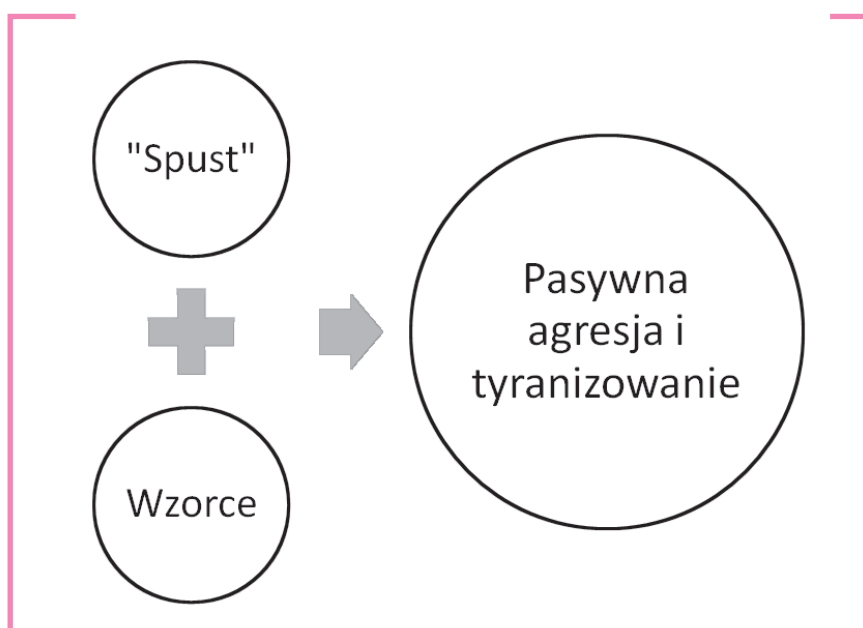
W przypadku tyranizowania „spustem”, który uruchamia całą maszynę są najczęściej wydarzenia i sytuacje obecne w życiu każdej jednostki ochrony zdrowia: przyjęcie do pracy nowej osoby, otrzymanie awansu lub wyróżnienia, które inni postrzegają jako niezastuzone, problemy w efektywnej pracy z resztą zespołu, „specjalne względy” u przedstawicieli innych grup zawodowych, np. lekarzy, braki personelu.

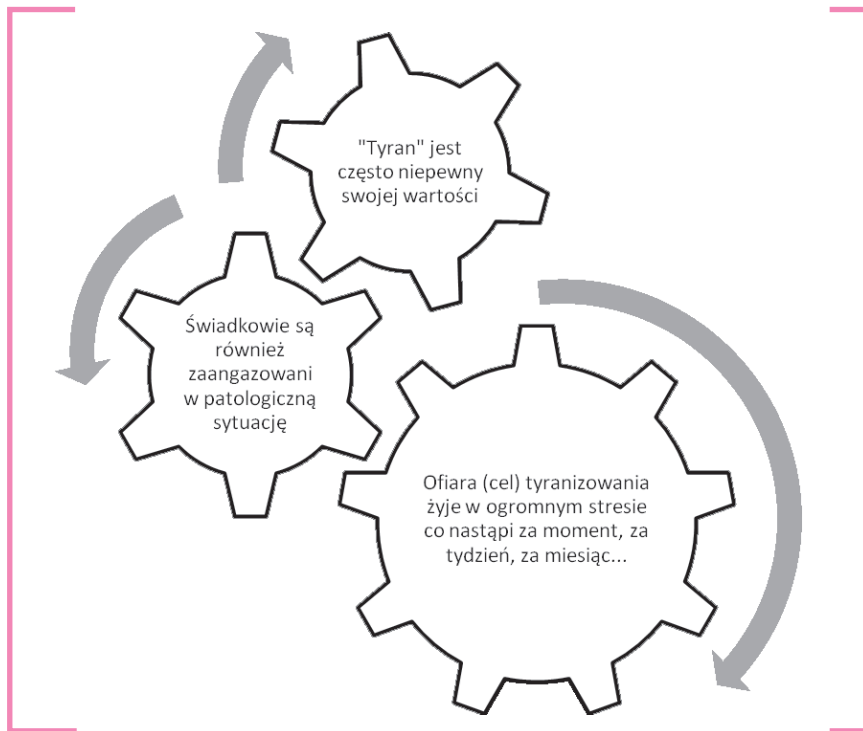
Niezależnie od wzorca pasywnej agresji jaki występuje w danej jed-

nostce, dostrzegająca ją część zespołu czuje się sfrustrowana i ma obniżoną satysfakcję z wykonywanej pracy, nawet jeżeli nie jest celem tejże agresji. Przytaczając za Cheryl A. Delasega najczęściej pojawiające się wzorce pasywnej agresji wśród pielęgniarek i położnych to:

1. Super pielęgniarka/położna. Osoba, która wszystko wie, wszystko widziała i na pewno jest w tym od Ciebie lepsza. Z pewnością również zadba o to, żeby wszyscy to wiedzieli. Może mieć duże doświadczenie, wyższe wykształcenie, specjalizację. Często wyraża swoje poczucie wyższości poprzez komentarze i mowę ciała: przewracanie oczami czy poirytowany wzrok. W wielu przypadkach „super pielęgniarka” jest przekonana, że jej komentarze i uwagi są pomocne. W pozostałych sytuacjach, stawiając się na wyższej pozycji, może rekompensować swoją niepewność. Często nie zdaje sobie sprawy jak uciążliwe jest dla innych jej zachowanie.

2. Urażona pielęgniarka/położna. Chowa swoje urazy i przechowuje je nawet przez lata, kiedy to wciąż nie jest gotowa zapomnieć czy wybaczyć, za to chętnie okazuje gorycz i złość wobec „winowajcy”. Będzie konkurować z daną osobą, namawiając przy tym innych, aby do niej dołączyli, aż w końcu duża część zespołu będzie zaangażowana w konflikt. Wrogość





wyrażana w ten sposób, niezależnie czy przez grupę czy jedną osobę, przenika całe środowisko i w wielu przypadkach osoba, w która ta wrogość jest wymierzona, rezygnuje z pracy.

3. PiP pielęgniarka/położna. Osoba, która używa plotek i pomówień jako „broni” przeciwko członkom zespołu. W stresujących sytuacjach, zamiast współpracować, przeciwstawia się. Nawet w rozluźnionej atmosferze potrafi sprawić, że przyjemna rozmowa staje się nieprzyjemna i krzywdząca dla innych. Wybrane cele ataku wydają się być losowe i często się zmieniają. Sama łatwo odczuwa urazę, nawet w obliczu neutralnej uwagi i szybko odpłaca pomówieniami i insynuacjami na temat autora uwagi. Możliwe jest, iż czasami intencją stojącą za uruchamianiem maszyny plotkarskiej paradoksalnie jest stworzenie więzi. Dzielenie przez dwie osoby negatywnej informacji o osobie trzeciej na pewien czas wytwarza poczucie bliskości. Poczucie to może być jednak bardzo złudne.

4. Pielęgniarka/położna atakująca od tyłu. Osoba zapewniająca o przyjaźni i przywiązaniu, które następnie zrywa. Używa informacji jako broni,

a jej wysiłki zmierzają do wzmocnienia swojej pozycji. Ta „podwójna twarz” znacznie ogranicza zaufanie i uniemożliwia pielęgniarkom i położnym efektywną współpracę. Ludzie, w obawie przed wykorzystaniem ich słów i czynów przeciwko nim samym, cenzurują wszystko co mówią i robią.

5. Pielęgniarka/położna zielona z zazdrości. Osoba pożądana, czego nie ma (może to dotyczyć wyglądu, rzeczy materialnych, statusu, cech charakteru). Znajduje kogoś, komu może zazdrościć i poprzez komentarze oraz niechęć do współpracy i inne zachowania wyraża wobec tej osoby cały swój żal. Pielęgniarka lub położna, której dana osoba zazdrości, często nie jest świadoma, że jest celem.

6. Pielęgniarka/położna tworząca „kliki”. Osoba używająca wykluczenia jako środka agresji. Kliki tworzą się, kiedy dwie lub więcej osób z zespołu łączy się i z jakiegoś powodu wyłączają pozostałych współpracowników ze swojej grupy. Naturalne jest, iż osoby ze sobą pracujące zaprzyjaźniają się z niektórymi osobami, pozostając z pozostałymi w koleżeńskich, zawodowych relacjach. Krzywdzące jest jednak stworzenie grupy w celu osiągnięcia konkretnych korzyści, separując od siebie resztę zespołu.

nięcia konkretnych korzyści, separując od siebie resztę zespołu.

\*

Sześć najbardziej popularnych wzorców pasywnej agresji, występujących w środowisku pielęgniarek i położnych z pewnością nie wyczerpuje jeszcze całej skali.

Czy dodalibyście Państwo coś jeszcze do tej listy? Które z tych zachowań pojawiają się w Waszym działaniu? Które z nich dostrzegacie w swoich jednostkach? Czy zauważacie niepokojące konsekwencje jakie mogą powodować dane działania? Mając tak zwiększoną świadomość zagrożeń wynikających z pasywnej agresji w Państwa środowisku, gorąco zachęcam do wzięcia pod uwagę następujących informacji.

Mając nadzieję, że wraz z początkiem nowego roku udało mi się nakłonić Państwa do niełatwych refleksji, do rozważki pozostawiam jeszcze kilka przemyśleń...

Czy „nie chcąc się narażać” i zachowując bierność wobec tyranizowania w moim środowisku i udając, że nie widzę problemu, mogę mieć pewność, że wkrótce nie obróci się to przeciwko mnie? W końcu skoro istnieje przyzwolenie środowiska na takie zachowania...

Czy stosując pasywną agresję mam świadomość, że mogę komuś zniszczyć życie? Czy naprawdę moim celem jest „zagryzienie”, spowodowanie, aby druga osoba, mój współpracownik bał się przychodzić do pracy, czuł się sfrustrowany, zestresowany i w konsekwencji być może stracił pracę?

Czy naprawdę bardziej zależy mi na „rozgrywaniu swoich gier” niż na tworzeniu profesjonalnego wizerunku pielęgniarek i położnych jako tych, które potrafią ze sobą efektywnie współpracować zarówno w sytuacjach kryzysowych jak i na co dzień?

Marianna Król  
mgr psychologii  
Master Practitioner of the Art  
and Science of Neuro-Linguistic  
Programming



# Dyskryminacja kwalifikacji polskich pielęgniarek

Niekorzystne ustalenia dla polskich pielęgniarek i położnych przy podpisaniu Traktatu Europejskiego zawarte w dyrektywie 2005/36/WE, nadal wzbudzają ogromne emocje i poczucie wielkiej krzywdy. Należy jednoznacznie stwierdzić, iż niedopuszczalne jest, aby jedynie wobec polskich pielęgniarek i położnych stosowano szczególne kryteria. Obowiązujące obecnie rozwiązanie prawne stanowi jawną dyskryminację obywateli Rzeczypospolitej Polskiej. Przedstawiciele pielęgniarek z OZZPiP nadal zabiegają w Brukseli o uznanie kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych, mimo nieugiętego stanowiska Komisji Europejskiej.



Discrimination of Polish nurses caused by wrongful assesment of their qulifications Disadvantageous settlements for polish nurses and midwives made during the signing of the European Treaty, contained in the directive 2005/36/WE still evoke emotions and feelings of hurt. It should be unanimously stated, that it is unacceptable, that certain criteria are used towards Polish nurses and midwives. The existing legal recourses, are an outright discrimination of the citizens of the Republic of Poland. The representatives of nurses from the All Polish Trade Union of Nurses and Midwives still struggle in Brussels for recognition of qualifications of the polish nurses and midwives, depite the unbreakable stance of the European Commission.

Keywords: qualifications, European Union. Polish nurses and midwives

**W**e wrześniu 2005 roku opublikowana została unijna dyrektywa 2005/36/WE dotycząca uznawania kwalifikacji zawodowych. Dyrektywa ta miała ujednoczyć zasady wzajemnego uznawania kwalifikacji, które do niedawna były określone odrębnymi przepisami. Zasady tzw. praw nabytych dotyczące kwalifikacji polskich pielęgniarek przed 1 maja 2004 w sposób znaczący różniły się od kwalifikacji pielęgniarek z pozostałych krajów Unii Europejskiej. Uzasadnieniem takich przepisu było „znaczące niedostosowanie” polskich programów kształcenia pielęgniarek do wymogów unijnych przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej.

Krzywdzące są ustalenia, które zostały zawarte w tzw. raporcie The Peer

Review. Mimo że inne nowe kraje Unii Europejskiej nie spełniały wymogów programowych, tylko polskie programy uznane zostały za „zdecydowanie niewystarczające”, pytanie pozostaje: skoro po 1989 roku polski system kształcenia pielęgniarek był zbliżony do systemów obowiązujących w innych krajach kandydackich, dlaczego tylko polskie programy zostały dyskryminowane. Wszystkie ustalenia zostały dokonane w toku przygotowania treści traktatu akcesyjnego i mimo że były niezgodne ze stanem faktycznym, polski rząd pozostał bierny. Ostateczny traktat akcesyjny wprowadził do dyrektywy sektorowej 1977/452/EWG zmiany oparte na błędnych ustaleniach, czego efektem było zastosowanie wobec polskich pielęgniarek za-



ostrzonych wymagań dotyczących uznawania ich kwalifikacji. Specjalny raport przygotowany przez Kancelarię Radców Prawnych Prokura sp.k. z Bydgoszczy na zlecenie Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych przedstawia omawiany problem w następujący sposób: „Różnice są znaczne. Zasada generalna, stosowana wobec pozostałych państw członkowskich, zawarta w art. 23 dyrektywy wskazuje, iż w przypadku, w którym dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji, uprawniający do podjęcia działalności zawodowej jako pielęgniarka opieki ogólnej, uzyskany przez obywatela Państwa Członkowskiego nie spełnia wszystkich wymogów w zakresie kształcenia określonych dyrektywą, każde Państwo Członkowskie uznaje ten dokument za wystarczający, o ile dokument ten poświadcza ukończenie kształcenia, które rozpoczęło się przed określonymi w dyrektywie datami oraz załączone jest do niego zaświadczenie, stwierdzające, że posiadacz danego dokumentu faktycznie i zgodnie z prawem wykonywał przedmiotowe rodzaje działalności nieprzerwanie przez co najmniej trzy lata w okresie pięciu lat poprzedzających wydanie zaświadczenia.

W odniesieniu do polskich pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną, wprowadzono jak wspomniano zasady znacznie obostrzone, określone w art. 33 ust. 2. Stwierdza on, iż w przypadku obywateli Państw Członkowskich, których dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną został wydany w Polsce przed 1 maja 2004 roku i którzy nie spełniają minimalnych wymogów w zakresie kształcenia określonych w art. 31, państwa Członkowskie uznają go jako potwierdzający posiadanie kwalifikacji pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, pod warunkiem dołączenia do niego zaświadczenia potwierdzającego, że dani obywatele Państw Członkowskich faktycznie i sposób zgodny z prawem wykonywali działalność pielęgniarek

odpowiedzialnych za opiekę ogólną w Polsce przez okres wyszczególniony poniżej:

a) w przypadku osób posiadających dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji pielęgniarki w stopniu licencjata (dyplom licencjata pielęgniarstwa) przez co najmniej trzy kolejne lata w okresie pięciu lat poprzedzających wydanie zaświadczenia;

b) w przypadku osób posiadających dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji pielęgniarki potwierdzający ukończenie kształcenia pomaturalnego w medycznych szkołach zawodowych (dyplom pielęgniarki albo pielęgniarki dyplomowanej): przez co najmniej pięć kolejnych lat w okresie siedmiu lat poprzedzających wydanie świadectwa.

Dodatkowo, dyrektywa wprowadza, w odniesieniu wyłącznie do polskich pielęgniarek opieki ogólnej, rozwiązanie niespotykane do tej pory w prawodawstwie wspólnotowym. Chodzi o postanowienia art. 33 ust. 3, które w sposób wiążący określają sposób przeprowadzenia i ukończenia szkoleń pomostowych (umożliwiających uzyskanie uznania kwalifikacji), odnosząc się wprost do konkretnych rozwiązań ustawowych państwa członkowskiego-Rzeczypospolitej Polskiej. W praktyce oznacza to konieczność zmian prawa wspólnotowego w przypadku zmian w prawie krajowym, a pośrednio więc akceptację Wspólnoty dla jakichkolwiek działań państwa polskiego w zakresie ustalania zakresu i trybu szkoleń pomostowych. Szkolenia pomostowe, które do tej pory były stosowane w państwach wspólnoty, charakteryzowały się swobodą uznania państwa członkowskiego w zakresie ich przedmiotu i trybu przeprowadzenia, umożliwiając ich dostosowanie do potrzeb lokalowych i zmieniającego się poziomu wiedzy fachowej. Wprowadzenie zapisu art. 33. ust. 3 dyrektywy, w praktyce pozbawia Państwo Polskie takich możliwości<sup>5</sup>.

Tak przygotowany materiał dawał możliwość polskiej stronie zaskarżenia do Europejskiego Trybunału Spra-

wiedliwości zapisów dyrektywy. Wskazywał on przede wszystkim dyskryminacyjny charakter kwestionowanych zapisów.

W październiku 2005 roku opinia prawna została przekazana premierowi RP. Rząd polski złożył skargę do ETS, ale jak się potem okazało, rząd nie zaskarżył zapisów dyrektywy dyskryminujących polskie pielęgniarki i położne ograniczając się jedynie do wskazania błędów proceduralnych.

W dniach 10 – 12 października 2006 roku grupa polskich pielęgniarek przebywała w Parlamencie Europejskim, próbując wesprzeć rząd RP w dążeniach do przekonania Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego do zmian krzywdzących postanowień dyrektywy 2005/36/WE.

Wizyta ta odbyła się dzięki pomocy Grupy Socjalistów Europejskich (PSE) – przedstawicieli drugiej co do wielkości frakcji politycznej w parlamencie europejskim, z inicjatywy posła Europarlamentu Bogdana Golika. Należy podkreślić, że Bogdan Golik i Genowefa Grabowska, jako jedyni eurodeputowani, zainteresowali się w 2005 rokiem problemem uznawania kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek i położnych, tzn. nierównym traktowaniem ich w tym zakresie w Unii Europejskiej.

11 października 2006 roku odbyło się kolejne spotkanie w ambasadzie polskiej w Brukseli. Po oficjalnych wystąpieniach liderki grupy, przeprowadzono z przedstawicielami ambasady rozmowy dotyczące uznawania w Unii Europejskiej kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych. Następnego dnia, w Parlamencie Europejskim, odbyło się spotkanie z przedstawicielami Komisji Europejskiej, pod przewodnictwem Pameli Brumtwer-Coret – dyrektora Departamentu Generalnego ds. Rynku Wewnętrznej Komisji Europejskiej. Trzeba zaznaczyć, iż sam fakt spotkania się przedstawicieli Komisji Europejskiej z delegacją polskich pielęgniarek, jako grupą obywateli Unii, był precedensem, albowiem przyjęło się, że Komisja rozmawia tylko z rządami państw członkow-

skich, nie zaś z obywatelami. Taki obrót sprawy niewątpliwie świadczy o wadze omawianego problemu, zaś słuszność argumentów polskich pielęgniarek potwierdza fakt, że spotkanie to odbyło się za zgodą przewodniczącego Jose Manuela Barosso. Na zakończenie dnia przeprowadzono rozmowy z eurodeputowanymi, którzy wykazali duże zainteresowanie problemem, obiecując swoją pomoc.

17 października 2006 roku na prośbę przewodniczącej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych – Doroty Gardias, odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie z udziałem Ministra Zdrowia – Zbigniewa Religi, Podsekretarza Stanu – Anny Gręziak i przedstawicieli Departamentów: Dialogu Społecznego, Pielęgniarek i Położnych oraz Współpracy Międzynarodowej. Dnia 1 listopada 2006 roku, na wniosek OZZPiP, minister Religa powołał Marię Brzezińską na eksperta do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w Unii Europejskiej.

Tytułem podsumowania należy jednoznacznie stwierdzić, iż niedopuszczalnym jest, aby jedynie wobec polskich pielęgniarek stosowano szczególne kryteria, które nie mają żadnego uzasadnienia w stanie faktycznym. Oburzenie wywołuje ocena polskiego systemu kształcenia pielęgniarek opieki ogólnej jako „poważnie niedostosowanego” do wymogów UE. Obowiązujące obecnie rozwiązanie prawne stanowi jawną dyskryminację obywateli Rzeczypospolitej Polskiej ze względu na narodowość. Oparte jest ono na błędnych ustaleniach i nie posiada żadnego uzasadnienia w faktach.

Wciąż otwarte pozostaje bardzo ważne pytanie: kto jest odpowiedzialny za ten skandaliczny stan prawny? Gdzie znajduje się źródło tak nieodpowiedzialnego zachowania rządu RP? Z perspektywy czasu i dzięki analizie dokumentów, do których udało się dotrzeć, można wnioskować, że rząd polski chcąc jak najszybciej zakończyć wszelkie procedury i negocjacje związane z akcesją Polski do Unii Europejskiej oraz w pogoni za szybkim sukce-

sem, zupełnie zbagatelizował, i to już na etapie przygotowawczym, sprawę pielęgniarek.

Z czyjej winy, większość polskich pielęgniarek, jest dziś skazana na etat asystentki pielęgniarki na unijnym rynku pracy? Okazuje się, że za obecną sytuację w największej mierze odpowiedzialni są głównie polscy negocjatorzy. Rząd polski, w trakcie prac nad dyrektywą, zobowiązany był przygotować odpowiednie dokumenty, umożliwiające określenie warunków uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek. Niestety, zadania tego nie wykonał w sposób należyty – działania urzędników cechuje szereg błędów, zaniedbań oraz rażących niekonsekwencji. Środowisko pielęgniarskie będzie się zatem stanowczo domagać rozliczenia konkretnych osób odpowiedzialnych za doprowadzenie do tej alarmującej sytuacji<sup>6</sup>.

W lipcowych wiadomościach (2007) zostały opublikowane informacje na które od dłuższego czasu czekały polskie pielęgniarki, a dotyczyły zaskarżenia dyrektywy z 2005 roku dotyczącej kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych do Trybunału Sprawiedliwości w Luksemburgu. Wyrok okazał się niekorzystny dla polskiej strony. Sędziowie tłumaczyli swą decyzję tym, że Polska zgodziła się na takie rozwiązania w trakcie negocjacji przed przystąpieniem Polski do Wspólnoty Europejskiej.

„Sędziowie Trybunału oddalili skargę rządu w Warszawie na unijną dyrektywę sprzed dwóch lat, która nie uznaje uprawnień większości polskich pielęgniarek.

Sporne przepisy podsumowują dorobek prawny dotyczący kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek i położnych. Stało się tak, bo do dyrektywy sprzed dwóch lat przepisano warunki, które Polska wynegocjowała jeszcze przed wejściem do Unii, a te rzeczywiście były niekorzystne. Jednak Warszawa argumentowała, że to nie uzasadnia, by zapisy traktatu akcesyjnego były utrzymane w nowej dyrektywie. Przedstawiciele polskiego rządu podkreślali, że nie ma powodu wąt-

pić w kwalifikacje polskich pielęgniarek, a przyjęte przed dwoma laty przepisy nazywali dyskryminującymi. Sędziowie Trybunału nie podzielili jednak argumentacji władz w Warszawie. Uznali, że dyrektywa nie proponuje nowych rozwiązań, tylko jest zbiorem wcześniejszych przepisów i oddali polską skargę.”

Swą decyzję Trybunał argumentował następująco: „Rząd polski był włączony w sposób ścisły do dyskusji i konsultacji poprzedzających przyjęcie dyrektywy, co może wskazywać, że w każdym razie znał dokładnie zarówno powody, które doprowadziły do początkowego przyjęcia, jak i powody późniejszego utrzymania odstępstw potwierdzających posiadanie kwalifikacji pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, jak i położnej”<sup>7</sup>.

Prawie 80 procent polskich pielęgniarek i położnych ma gorsze warunki zatrudnienia w krajach Unii Europejskiej. Polskie pielęgniarki i położne muszą wykazać się pięcioletnim nieprzerwanym doświadczeniem zawodowym nabytym w trakcie siedmiu lat poprzedzających złożenie wniosku o uznanie kwalifikacji, podczas gdy w odniesieniu do pielęgniarek i położnych z innych państw, dyrektywa wymaga jedynie trzech nieprzerwanych lat doświadczenia w zawodzie w trakcie pięciu lat poprzedzających złożenie wniosku.

Absolwentki liceów medycznych i szkół policealnych mogą albo ubiegać się o gorzej płatną pracę jako pomoce pielęgniarskie albo uzupełnić wykształcenie.

Zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji wśród polskich pielęgniarek i położnych jest ogromne, świadczy o tym chociażby fakt, że w roku akademickim 2007/2008 na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi chętnych na studia tzw „pomostowe” dzienne było 300 osób na 50 miejsc. Pocięszający jest również fakt, że polskie pielęgniarki i położne bezterminowo mogą uzupełniać wykształcenie do poziomu licencjata, a termin ostatniego naboru na studia pomostowe 2010/2011 został uchylony.

Jest jeszcze jedna istotna informacja, która zelektryzowała łódzkie środowisko pielęgniarskie, a mianowicie od roku akademickiego 2007/2008 studia „pomostowe” stacjonarne są finansowane ze środków unijnych, co nie jest bez znaczenia dla i tak słabo wynagradzanej grupy społecznej. Unia Europejska wymaga dostosowania wykształcenia do standardów unijnych w zamian oferując wsparcie finansowe, które środowiska uczelniane powinny skrupulatnie wykorzystać.

Ponownie we wrześniu 2008 roku delegacja 30 pielęgniarek z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zabiegała w Brukseli o uznanie kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych, które ukończyły licea medyczne lub szkoły policealne i pomaturalne. Stanowisko Komisji Europejskiej dotychczas pozostaje nieugięte, uznając jedynie studia licencjackie<sup>8</sup>.

Na stronie internetowej portalu pielęgniarek i położnych został zamieszczony tekst dotyczący oceny warunków realizacji studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych. Stwierdzono, że szczególnie dla absolwentów liceów medycznych są one niewspółmiernie długie w stosunku do posiadanej przez tę grupę pielęgniarek wiedzy, umiejętności i doświadczenia zawodowego.

Obecnie obowiązuje kształcenie w liczbie 1633 godzin dla osób, które rozpoczęły kształcenie po 1980 roku i 3000 godzin dla osób, które rozpoczęły kształcenie przed 1980 rokiem. Przyjęta liczba godzin kształcenia uzupełniającego powodowała w tej grupie zawodowej liczne komentarze, negatywne oceny i krytykę. Minister Zdrowia także dostrzegał problem w tym zakresie. W związku z powyższym podjęte zostały przez urząd działania zmierzające do wyjaśnienia liczby godzin kształcenia uzupełniającego dla absolwentów liceów medycznych. Skierowano do Komisji Europejskiej wnioski o skrócenie czasu kształcenia.

Procedura w tej sprawie wymagała licznych uzgodnień z Komisją Euro-

pejską. Po zaakceptowaniu przytoczonych przez Polskę argumentów sprawa została skierowana do rozpatrzenia przez Komitet do Spraw Uznawania Kwalifikacji Zawodowych, składający się z przedstawicieli wszystkich Państw Członkowskich, a następnie na posiedzenia Grupy Koordynatorów ds. Uznawania Kwalifikacji Zawodowych.

W trakcie rozpatrywania sprawy przez te gremia Niemcy, Austria, Wielka Brytania i Włochy zgłosiły wątpliwości do zasadności proponowanego rozwiązania. W związku z tym Komisja Europejska zaleciła tryb rozmów dwustronnych. Strona polska wywiązała się z tego zadania. Komisja Europejska wysoko oceniła sposób prowadzenia rozmów dwustronnych oraz wartość merytoryczną informacji i wyjaśnień udzielonych przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.

Kolejnym etapem postępowania było zarządzenie przez Komisję procedury pisemnej i zobowiązanie wszystkich Państw Członkowskich do przedstawienia stanowisk w tej sprawie. Następnie doszło do ostatecznego podsumowania uzgodnień i przyjęcia polskiej propozycji.

Informacja o pomyślnym efekcie rozmów została przekazana przez Komisję Europejską do Ministerstwa Zdrowia w dniu 19 listopada 2009 roku. Uzyskany rezultat to skrócenie kształcenia pomostowego do 1150 godzin w ciągu dwóch semestrów. W związku z dofinansowywaniem studiów pomostowych ze środków europejskich w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, skrócenie czasu kształcenia absolwentów liceów medycznych pozwoli na objęcie dofinansowaniem większej grupy pielęgniarek. Ze wstępnych analiz wynika, że może to być około 6000 osób. Ponadto zostały podjęte działania zmierzające do nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11 maja 2004 roku w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadec-

two dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 110, poz. 1170).

Wejście w życie znowelizowanego rozporządzenia planowane jest w lutym 2010 roku. Jednocześnie poinformowano, że przedmiotowe negocjacje nie dotyczyły pielęgniarek i położnych, będących absolwentkami dwuletnich, dwuipółletnich oraz trzyletnich medycznych szkół zawodowych. Należy zauważyć, że te grupy zawodowe, w odróżnieniu od licealistek, zostały uwzględnione w dyrektywie 2005/36/WE i uzyskały możliwość uznania ich kwalifikacji za zasadzie praw nabytych (art. 33 i art. 43). Studia pomostowe, w tym przypadku, stanowią wartość dodaną w postaci możliwości uzyskania tytułu licencjata.<sup>9</sup>

Reasumując: Znowelizowane rozporządzenie wejdzie w życie w lutym 2010 roku. Efektem skrócenia studiów pomostowych będzie możliwość skorzystania z dofinansowanych studiów nie przez 24 tysiące pielęgniarek lecz 30 tysięcy. Studia pomostowe dla absolwentów liceów medycznych będą trwały 2 semestry bez względu na rok ukończenia nauki.

Pozostaje tylko pytanie:dlaczego przy tak dużej presji do uzupełniania wykształcenia nie idą w parze motywacje finansowe i czy na jakiegokolwiek podwyżki ta grupa zawodowa może liczyć jedynie podejmując strajk i nagłaśniając całą sprawę medialnie?

<sup>5</sup> <http://www.ozzpip.org.pl/prawo/zaskarzenidyrektyw>.

<sup>6</sup> Paweł Maciąg Miesięcznik Forum Związków Zawodowych marzec 2007

<sup>7</sup> [www.wiadomosci.onet.pl/1573965-18.07.2007](http://www.wiadomosci.onet.pl/1573965-18.07.2007).

<sup>8</sup> Express Ilustrowany 25.IX.2008r doniesienia PAP.

<sup>9</sup> Piotr Olechno Ministerstwo Zdrowia-grudzień 2009 portal pielęgniarek i położnych.

mgr Iwona Szymańska  
Zakład Nauczania Pielęgniarstwa  
z Pracowniami Praktycznymi Katedry  
Nauczania Pielęgniarstwa Wydziału  
Pielęgniarstwa w Łodzi



W kolejnym artykule dotyczącym dorosłych dzieci alkoholików chciałbym odnieść się do następujących cech:

Dorośle dzieci alkoholików osądzają siebie bezlitośnie. Dorosłym dzieciom alkoholików trudno się bawić i przeżywać radość. Dorosłe dzieci alkoholików traktują siebie bardzo poważnie. Dorosłe dzieci alkoholików poszukują potwierdzenia i uznania.

Wiktor Sapiejka

# Cechy dorosłych dzieci alkoholików

**D**orośle dziecko alkoholika w dzieciństwie było bezustannie krytykowane i w związku z tym wciąż nie czuło się wystarczająco dobre. Wpiono mu, że w rodzinie lepiej by się

działo, gdyby go nie było.

Często rodzice (razem lub osobno – bez względu na to, które z nich było uzależnione od alkoholu) przekazywali mu słownie lub swoim zachowaniem następujący komunikat: „Gdybyś był inny (w domyśle: grzeczniejszy, zdolniejszy) to ja bym nie pił/mama/tata by nie pili”. Oczywiście to stwierdzenie nie było zgodne z prawdą – alkoholik lub osoba współuzależniona sama była odpowiedzialna za tę sytuację – w mniejszym lub większym stopniu. Na pewno

nie nosiło winy za tę sytuację. Niestety, tak często powtarzany komunikat zapadł głęboko w świadomość i sposób myślenia DDA, które zaczęło wierzyć i żyć zgodnie z tym przekazem. Te opinie wytworzyły w nim negatywne spojrzenie na siebie samego. Rodzice (domownicy) postawili DDA również bardzo wysokie wymagania. Cele te były często tak nierealistyczne i nieadekwatne do wieku, że DDA często nie udało się ich osiągnąć. Wytworzyło to w nim poczucie, że nie jest wystarczająco dobry. Bez względu na to jak bardzo się starał i tak to było za mało. Zawsze mógł być w czymś lepszy. U DDA w związku z tym wytworzył się pewien mechanizm. W sytuacji, kiedy udało mu się coś osiągnąć, to DDA traktuje jak szczęście, jako przypadek – coś się udało, było to łatwe i nie ma większego znaczenia. W przypadku odwrotnego zdarzenia, kiedy coś pójdzie nie tak, to wtedy DDA całą winę przypisuje sobie – że nie postarał się, że nie włożył w to wystarczająco dużo starań. Jest to wynik zniekształconej rzeczywistości – utrwalany przez wiele lat negatywny obraz siebie samego jest tym, co DDA zna i według tego



---

U dorosłego dziecka alkoholika, w wyniku doświadczeń związanych z dzieciństwem, wykształciło się również niskie poczucie własnej wartości, co skutkuje ciągłą potrzebą poszukiwania uznania i potwierdzenia, że jest się wartościowym.

---

żyje. Uznanie sytuacji, że coś mi się udało, że do czegoś jestem zdolny byłoby nie spójne z dotychczasowym postrzeganiem siebie i rzeczywistości, wymagałoby innego spojrzenia, zmiany, a DDA się tego boi (więcej o tej cesze DDA wspomnę w kolejnym artykule). DDA nie wierzy, że mógłby coś zrobić, coś osiągnąć, czegoś dokonać. Zmiana myślenia wymagałaby uznania, że ma prawo do błędu, że „zrobiłem ten błąd, jednak nie ja jestem błędem” – oddzielenia czynów od osoby. Jak już wspomniałem dla DDA jest to bardzo trudne i często bez pomocy z zewnątrz nie potrafi sobie z tym poradzić.

DDA traktuje siebie również beztrosko za to, że ma jakieś pragnienia, że czegoś chce. Musi robić wszystko, co sobie narzuci, ale nie powinno mieć oczekiwań i pragnień. Negatywnie ocenia swoje działania i zachowanie. Wszystko jest dobre albo złe – nie ma rzeczy pomiędzy. DDA jest mistrzem we własnej ocenie, ale niestety w tej negatywnej, która została mu wpojona od najwcześniejszych lat. W pewnym sensie DDA odczuwa w związku z tym pewnego rodzaju przyjemność czy pociechę.

Kolejne dwie cechy – dorosłym dzieciom alkoholików trudno się bawić i przeżywać radość oraz dorosłe dzieci alkoholików traktują siebie bardzo poważnie, są bardzo ze sobą związane. Wynika to z następującego powiązania: DDA trudno się bawić prawdopodobnie dlatego, iż traktuje siebie bardzo serio. Ma to swoją genezę oczywiście w dzieciństwie, które nie było wesołe ani radosne. Życie było

poważne i ponure. DDA nie miało czasu i nie mogło bawić się jako dziecko. Sytuacja nie sprzyjała beztrosce. Trzeba było jakoś radzić sobie w trudnej sytuacji. Nie było czasu na zabawę. Dziecięca spontaniczność została w dorosłych dzieciach alkoholików stłamszona. DDA, kiedy stał się człowiekiem dorosłym, zaczął traktować zabawę i ludzi bawiących się jako niepoważnych i głupich. Paradoxem jest to, że DDA tak naprawdę zazdrości innym ludziom tej radości, luzu i spontaniczności. Nie potrafi jednak pokonać w sobie tych wewnętrznych blokad, które uniemożliwiają mu takie zachowanie. Lęki i zachowanie wyuczone w dzieciństwie paraliżują go i ograniczają zachowanie. Obawa przed zrobieniem z siebie pośmiewiska jest silniejsza od pragnienia zabawy. W DDA ciągle toczy walkę stłumione dziecko, które chciałoby się śmiać, bawić się i być beztroskie z dorosłym, który uważa, że trzeba być poważnym i odpowiedzialnym.

U dorosłego dziecka alkoholika, w wyniku doświadczeń związanych z dzieciństwem, wykształciło się również niskie poczucie własnej wartości, co skutkuje ciągłą potrzebą poszukiwania uznania i potwierdzenia, że jest się wartościowym. W dzieciństwie rodzice (opiekunowie) nie okazywali mu bezwarunkowej miłości. Miłość zawsze zależała od czegoś – od zachowania, ocen w szkole, nastroju. Życie codzienne w domu doświadczonym przez alkoholizm, nacechowane było negatywnymi, czasami sprzecznymi komunikatami, oraz wszechobecną krytyką. Wywołało to zamęt w myśle-

niu o sobie i postrzeganiu swojej osoby. DDA nie doświadczał dowodów uznania. Nie był również chwalony za swoje postępy i sukcesy. Niezwykłą rzadkością były pozytywne słowa na jego temat. Jeśli już się zdarzały to były podawane z komunikatem „ale” – zawsze było jakieś „ale”. Dziecko nigdy nie było wystarczająco dobre i wystarczająco grzeczne. W atmosferze ciągłego niezadowolenia wykształciła się w nim ciągła potrzeba dążenia do bycia doskonałym, dążenia do zachowań idealnych – wtedy może zasłuży na miłość? DDA nie otrzymał w dzieciństwie miłości i wsparcia. Bardzo tego pragnie i w związku z tym „pozwała”, aby na jego poczucie własnej wartości w bardzo dużym stopniu wpływali inni ludzie oraz opinie wypowiedziane na jego temat. U innych szuka pozytywnych komunikatów dotyczących jego osoby, zachowania i postępowania. To ludzie z otoczenia DDA decydują o jego samopoczuciu i w pewien sposób wpływają na jego wybory.

W dorosłym życiu dorosłym dzieciom alkoholików trudno przyjąć i zaakceptować pozytywną opinię na swój temat, potrzebuje on uznania i potwierdzenia swojej wartości, ale rzadko potrafi te przejawy przyjąć.

#### Literatura:

1. Dodziuk A.: *Czy trudno jest łatwiej żyć?* Wydawnictwo Znak, Warszawa 2005.
2. Kucińska M.: *Samotni z lęku* [w] Żak P.: *Gdzie się podziało moje dzieciństwo? O dorosłych dzieciach alkoholików.* „Charaktery”, Kielce 2006.
3. Woititz J.: *Dorosłe dzieci alkoholików.* Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1994.



# DZIECKO Z ASTMĄ w środowisku szkolnym

---

Astma oskrzelowa jest najczęstszą przewlekłą chorobą układu oddechowego u dzieci. Astma to stan zapalny dróg oddechowych, w których dochodzi do nadwrażliwości drzewa oskrzelowego na pewne czynniki wyzwalające, zwężenia dróg oddechowych i ograniczenia przepływu powietrza.

---



## Objawy astmy

Jednym z podstawowych objawów astmy oskrzelowej jest duszność. Typowa dla astmy jest duszność występująca nagle, ale może także dochodzić do jej powolnego narastania. Zazwyczaj ma ona charakter wydechowy, co znaczy, że choremu jest znacznie łatwiej powietrze nabrać niż je wypuścić. Ważnym objawem, często towarzyszącym duszności, jest przyspieszenie oddechu.

W przypadku dzieci w wieku szkolnym niepokojące jest przyspieszenie częstości oddechów powyżej 40 na minutę. Z powodu trudności w oddychaniu dziecko uruchamia dodatkowe mięśnie oddechowe i w związku z tym porusza skrzydełkami nosa, widoczne są także często nadmierne ruchy oddechowe klatki

piersiowej. Konsekwencją zwężenia oskrzeli jest pojawienie się świszczącego oddechu. Podczas silnego napadu duszności, świszczący oddech może być słyszalny nawet z odległości kilku metrów. Świsty są bardzo ważnym objawem astmy i ich występowanie w określonych sytuacjach może mieć decydujące znaczenie dla rozpoznania astmy.

Częstym objawem astmy oskrzelowej jest kaszel. Najczęściej jest to kaszel suchy, napadowy, bardzo męczący. U niewielkiej grupy chorych na astmę dzieci kaszel może być jedynym objawem choroby.

Dzieci chore na astmę oskrzelową mogą skarżyć się na uczucie ucisku, ciężaru w klatce piersiowej. Charakterystyczne dla astmy jest występowanie objawów choroby w określonych

sytuacjach, po kontakcie z czynnikami prowokującymi skurcz oskrzeli.

Zaostrzenie astmy może być wywołane przez:

1. Kontakt z alergenami, na które uczulone jest dziecko. Są to najczęściej roztocza kurzu domowego, pleśń, sierść zwierząt, pierze, pyłki drzew i traw.

2. Kontakt z substancjami drażniącymi drogi oddechowe np. farby, lakiery, kleje itp.

3. Wysiłek fizyczny. Objawy astmy w postaci duszności, kaszlu, świszczącego oddechu czy ucisku w klatce piersiowej pojawiają się zwykle 5 – 10 minut po zakończeniu wysiłku fizycznego, rzadko w trakcie i często ustępują samoistnie po 30 – 45 minutach. Niestety nie zawsze. Zwykle dzieci z takimi objawami mają zaleco-

ne specjalne leki, powinny przyjąć je przed planowanym wysiłkiem.

4. Zimne powietrze. Jeśli kontakt z zimnym powietrzem pomimo prawidłowego leczenia astmy wywołuje u dziecka zaostrzenia, to powinno być ono zwalniane z lekcji wychowania fizycznego odbywających się w zimie na wolnym powietrzu.

5. Dym tytoniowy.

6. Infekcje.

### Leczenie astmy oskrzelowej

Dziecko z astmą oskrzelową wymaga zazwyczaj leczenia różnymi lekami w zależności od stopnia zaawansowania choroby. Astma jest chorobą związaną z toczącym się w oskrzelach przewlekłym procesem zapalnym, dzieci wymagają stałego, regularnego podawania leków.

Do grupy leków przeciwzapalnych należą przede wszystkim steroidy wziewne. Stanowią one najskuteczniejszą formę terapii astmy.

Do dostępnych w Polsce steroidów wziewnych należą: beklometazon, budezonid, flutikazon i cyklezonid, czyli: Flixotide (aerazol MDI i dysk), Pulmicort (turbuhaler), Neplit (Easyhaler), Cortare (Easy Breath Inhaler), Miflonide (aerolizer), Alvesco (aerosol MDI).

Drugą grupą leków inhalacyjnych, które dziecko może przyjmować na stałe, są beta-mimetyki długodziałające, takie jak salmeterol i formoterol, czyli: Serevent (aerazol MDI i dysk), Oxis (turbuhaler), Diffumax (Easyhaler), Forastmin, Foradil, Oxodil, Zafiron (aerolizer).

Do leków interwencyjnych (czyli przyjmowanych w czasie pogorszenia się kontroli choroby), z których dziecko chore na astmę korzysta doraźnie należą m.in. salbutamol, fenoterol i bromek ipratropium, czyli: Ventolin, Salbutamol, Velaspir, Buventol, Berotec 100 N, Berodual, Atrovent.

### Postępowanie w przypadku wystąpienia duszności u dziecka z astmą oskrzelową

W przypadku wystąpienia duszności należy podać dziecku wziewnie lek rozkurczający oskrzela zgodnie z pisem-

nym zaleceniem lekarza. Lekiem najszybciej działającym i najczęściej stosowanym jest salbutamol np. Ventolin (zawierający 100 mikrogramów salbutamolu w jednej dawce).

W przypadku objawów ciężkiej duszności należy podać jednocześnie dwie dawki leku w aerozolu w odstępie 10 – 20 sekund. Jeżeli duszność nie ustępuje pomimo prawidłowo wykonanej inhalacji, lek interwencyjny powinno się podać po raz drugi po 20 minutach. Po wykonaniu pierwszej inhalacji należy powiadomić rodziców dziecka o wystąpieniu zaostrzenia.

W przypadku duszności o dużym nasileniu powinno się wezwać pogotowie ratunkowe. W czasie oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia dziecko wymaga ciągłego nadzoru osoby dorosłej. Dodatkowo bardzo ważne jest zapewnienie dziecku spokoju oraz odizolowanie od osób trzecich.

### OBJAWY ASTMY

- męczący, suchy kaszel
- świszczący, głośny oddech
- przyspieszenie oddechu
- trudności w oddychaniu, uczucie ucisku w klatce piersiowej
- trudności w mówieniu z powodu skróconego oddechu
- poruszanie skrzydełkami nosa przy oddychaniu
- wciąganie dołka jarzmowego, nadmierne ruchy klatki piersiowej przy oddychaniu
- sine usta, paznokcie

Postępowanie:

- podaj dziecku 2 wdychy salbutamolu w odstępie 10 – 20 sekund,
- wezwij pogotowie ratunkowe,

– pozwól dziecku odpocząć i przyjąć dowolną pozycję ciała,

– nie zmuszaj dziecka do położenia się (w czasie napadu duszności zazwyczaj dziecko woli siedzieć i podpierać się rękami),

– zachowaj spokój i zachęcaj dziecko do spokojnego oddychania,

– uważnie obserwuj dziecko i nigdy nie pozostawiaj go bez opieki osoby dorosłej,

– skontaktuj się z rodzicami,

– co 10 minut oceniaj stan dziecka, jeśli duszność się nie zmniejsza, podaj kolejne 2 dawki salbutamolu i powtarzaj tę procedurę aż do przybycia pogotowia.

### Problemy emocjonalne dziecka z astmą oskrzelową

Astma jak każda choroba przewlekła może mieć wpływ na sferę emocjonalną i intelektualną dziecka. Problemy emocjonalne wynikające z choroby to strach, poczucie odrzucenia, odizolowania od rówieśników, niska samoocena, czasem rozdrażnienie, zaburzenia zachowania, postawa agresywna. Z drugiej strony silne emocje (śmiech, strach przed sprawdzianem, nieporozumienia pomiędzy rówieśnikami oraz pomiędzy uczniem a nauczycielem) mogą wyzwać napady astmy.

Nakazy:

– częste wietrzenie sal lekcyjnych, zwłaszcza, gdy uczniowie pracują z substancjami chemicznymi, pyłami (lekcje plastyki) czy elementami organicznymi (lekcje biologii),

– dziecko, które ma objawy po wysiłku, powinno przed lekcją wychowania fizycznego przyjąć dodatkowy lek, który zapobiegnie wystąpieniu objawów w czasie,

– ćwiczenia fizyczne należy zaczynać od rozgrzewki,

– w przypadku wystąpienia u dziecka objawów duszności należy: przerwać wykonywanie wysiłku i pozwolić dziecku zażyć środek rozkurczowy (dziecko powinno mieć lek przy sobie).

Zakazy:

– chorzy uczniowie nie powinni uczestniczyć w pracach porządkowych np. w odkurzaniu sal, wycieraniu tabli-

cy (narażenie na pył z kredy) czy grabieniu liści (narażenie na pleśń),

– dzieci uczulone na zarodniki grzybów pleśniowych nie powinny uczestniczyć w organizowanych akcjach sprzątnięcia liści w parkach, terenach zielonych wokół szkoły oraz lekcjach wychowania fizycznego organizowanych na świeżym powietrzu,

– w okresie pylenia roślin, dzieci z pyłkowicą nie mogą wykonywać ćwiczeń na wolnym powietrzu,

– w okresie pylenia roślin, dzieci z pyłkowicą nie powinny uczestniczyć w wycieczkach poza miasto, natomiast jeżeli uczestniczą, powinny być zaopatrzone w odpowiednie leki, np. antyhistaminowe, beta-mimetyki wziewne,

– astma oskrzelowa wyklucza biegi na długich dystansach wymagających długotrwałego, ciągłego wysiłku,

– w klasach, gdzie odbywają się lekcje biologii nie powinno być zwierząt futerkowych (np. drobnych gryzoni), jeżeli są – dziecko powinno siedzieć jak najdalej oraz nie uczestniczyć w sprzątnięciu klatek.

Ograniczenia:

– uczeń z astmą może okresowo wymagać ograniczenia aktywności fizycznej i dostosowania ćwiczeń do stanu zdrowia,

– dziecko uczulone na pokarmy powinno mieć adnotacje od rodziców co może jeść w sytuacjach, które mogą wywołać pojawienie się objawów uczulenia, np. imieniny innego dziecka organizowane w klasie, wigilia klasowa, spożywanie posiłków w stołówce szkolnej.

Obszary dozwolone i wskazane dla dziecka z astmą:

1. Dzieci powinny uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego. Dobrze dobrany wysiłek fizyczny poprawia pojemność płuc i wydolność organizmu.

2. Uczeń nie powinien być trwale eliminowany z zajęć wychowania fizycznego – zwolnienia od lekarza prowadzącego powinny pojawiać się tylko sporadycznie.

3. Dzieci z astmą mogą uprawiać biegi krótkie, a także gry zespołowe:



**Dziecko z astmą oskrzelową wymaga zazwyczaj leczenia różnymi lekami w zależności od stopnia zaawansowania choroby. Do grupy leków przeciwzapalnych należą przede wszystkim steroidy wziewne. Stanowią one najskuteczniejszą formę terapii astmy.**

siatkówka, piłka nożna, ręczna, koszykówka.

4. Dzieci mogą uprawiać gimnastykę i pływanie.

5. Dzieci z astmą mogą uprawiać większość sportów zimowych (narciarstwo, saneczkarstwo, łyżwiarstwo figurowe), a także tenis stołowy, jazdę na rowerze, sporty walki. Dzieciom bardzo źle tolerującym wysiłek fizyczny zalecane są sporty rekreacyjne, takie jak strzelectwo, łucznictwo oraz szachy.

#### **Dobór zawodu**

Szkoła powinna również pomóc dziecku z astmą oskrzelową wybrać zawód, który mógłby być wykonywany w przyszłości.

1. Schorzenia skóry eliminują z zawodów wymagających kontaktu z substancjami chemicznymi: fryzjer, kosmetyczka, mechanik samochodowy, garbarz, chemik.

2. Uczuleni na pyłki roślin nie powinni być: ogrodnikami, rolnikami, leśnikami.

3. Uczuleni na środki spożywcze: cukiernikami, piekarzami.

4. Uczuleni na sierści zwierząt, ale również dzieci z astmą oskrzelową (możliwość rozwoju objawów uczulenia już w momencie wykonywania pracy zawodowej): lekarzami i technikami weterynarii, hodowcami zwierząt, kuśnierzami.

W Polsce co dziesiąte dziecko w wieku szkolnym choruje na astmę, a tylko co czwarte o tym wie. Badania opublikowane w 2000 roku dowodzą, że w Polsce aż 49 proc. dzieci chorych na astmę często opuszczało zajęcia szkolne z powodu zaostrzenia choroby.

Na przestrzeni ostatnich lat obserwowano znaczny wzrost liczby osób mających objawy uczuleniowe, a astma u dzieci najczęściej ma właśnie podłoże alergiczne.

Literatura u autorki

mgr Danuta Woźniak  
pielęgniarka rodzinna



**N**a ogół ludzie nie chcą żyć w poje-  
dynkę i dążą do związków, ale jak  
twierdzi Arnold A. Lazarus (2005) więk-  
szość osób nie wie jak żyć w małżeń-  
stwie. Młodzi małżonkowie snują naj-  
częściej nierealne marzenia oraz mają  
wygórowane oczekiwania wobec związ-  
ku, a małżeństwo to przecież przede  
wszystkim partnerstwo i obowiązek.

Poniżej znajduje się kwestionariusz  
satisfakcji małżeńskiej. Jeśli aktual-  
nie jesteś w związku możesz spraw-  
dzić, czy jesteś w nim szczęśliwa.

Warto wiedzieć, że istnieje kilkana-  
ście powszechnych przekonań, które  
niszczą związek. Przykładowo:

*Małżonkowie powinni być najlepsi-  
mi przyjaciółmi.* Nic bardziej mylnego!  
Pewnie, że zasady małżeństwa przy-  
pominają przyjaźń, ale nie są z nią rów-  
noznaczne. Małżeństwo to bliskość  
dzielenia się, a przyjaźń to dzielenie  
się bliskością. Warto wiedzieć, że skom-  
plikowanymi emocjami, lękami czy  
problemami lepiej dzielić się z przyja-  
cielem niż obciążać partnera. Taka  
osoba z pewnością pomoże rozwiązać  
dylemat, a w małżeństwie nie powsta-  
nie wówczas niepotrzebne napięcie.

*Miłość romantyczna to podstawa  
małżeństwa.* I to nie jest prawdą –  
małżeństwo to poważny i praktyczny  
związek. Grunt to znaleźć odpowied-  
niego partnera. Owszem początkowo  
występuje zakochanie, ale potem  
małżonkowie dostrzegają nawzajem,  
że nie są ideałami. Podstawą w mał-  
żeństwie okazuje się troska i uczucie,  
które ukazują się poprzez: uprzejmość,  
porozumienie, przystosowanie się do  
zwyczajów drugiej osoby, zaangażowa-  
nie we wspólne zajęcia, uzgodnienie

kwestii istotnych wartości, wspólne  
chęci zamiast przymusu, dowody sza-  
nowania siebie.

*Małżonkowie powinni wszystko  
robić wspólnie.* Oczywiście, że nie!  
Każdy człowiek musi w małżeństwie  
mieć swoją przestrzeń – margines  
swojej prywatności i osobistego roz-  
woju. Należy pamiętać, że intensywna  
zależność jest niezdrowa.

*Szczęśliwe małżeństwo wymaga  
całkowitego zaufania.* Każda przesada  
ma negatywne skutki. Poczucie  
niepewności sprawia, że małżeństwo  
jest żywe, bardziej znaczące, a nawet  
podniecające. Dodatkowo pozwala  
utrzymać taki poziom miłości i troski,  
że związek wydaje się bardziej godny  
podtrzymywania.

*Małżonkowie powinni uszczęśli-  
wiać się nawzajem.* I to niekoniecz-  
nie. Ludzie nie powinni brać na sie-  
bie odpowiedzialności za uczucia in-  
nych np. „to moja wina, że jesteś nie-  
szczęśliwy”. Szczęście staje się  
wówczas ciężarem, które ludzie biorą  
na swoje barki. Warto wiedzieć, że  
szczęście jest produktem ubocznym  
jednostkowych działań. Coś nam się  
udaje osiągnąć, zdobyć i wtedy czu-  
jemy się szczęśliwi. Pogoń za samym  
szczęściem staje się frustrująca i pro-  
wadzi do nieszczęścia. Zatem nikt nie  
może nam dać szczęścia!

*Dobry mąż reperuje wszystko,  
a dobra żona robi pranie.* Obecnie nie  
ma już sztywnego podziału ról na to  
co męskie i kobiece. Warto działać  
w oparciu o porozumienie, unikać  
walki o władzę, stawiania wygórowa-  
nych żądań oraz pomagać sobie  
w różnych obowiązkach domowych.

mgr Jolanta Kałużna

# Mity dot ZWIAZ



Na ogół ludzie nie chcą żyć w  
ale większość osób nie wie

## K W E S T I O N A R I U S Z S A T Y

10

zadowolona

9

8

7

6

**Przy każdym pytaniu postaw cyfrę najbardziej oddającą  
twoje obecne uczucia wobec małżeństwa lub partnera.**

JESTEM ... **zadowolona** z ilości czasu poświęcanego na wspólne rozmowy; ... **zadowolona** z naszych wspólnych przyjaciół; ... **usatisfakcjonowana** naszym życiem seksualnym; ... **pogodzona** z ilością czasu, jaki poświęcamy na pracę w domu; ... **zadowolona** ze sposobu, w jaki wydajemy pieniądze; ... **zadowolona** z tego jakim jesteś rodzicem (dotyczy kontaktów partnera z dziećmi); ... **zdania**, że „gramy w jednej drużynie”; ... **zadowolona** z naszych wspólnych rozrywek (sportów, wakacji, wieczorów poza domem); ... **zasadniczo** podzielam twoje poglądy na życie (wartości,



# yczące KÓW



pojedynek i dążą do związków, jak żyć w małżeństwie.

*Narodziny dziecka naprawią nieudane małżeństwo.* Dzieci wzmacniają i wzbogacają ale tylko udane związki. Małżeństwa nieszczęśliwe wraz z przyjściem dziecka na świat jeszcze bardziej je komplikują i unieszczęśliwiają, a ponadto skazują dziecko na życie w domu pełnym kłótni. Posiadanie dziecka to olbrzymia odpowiedzialność, która z pewnością przyniesie konflikty i napięcia w małżeństwie, poradzić sobie z tym mogą jedynie wspierający się partnerzy.

*Małżeństwo może spełnić wszystkie twoje pragnienia.* Małżeństwo to cenna wartość, ale to nie jedyna droga spełnienia marzeń. Można osiągać sukcesy, mieć dobrą pozycję społeczną i wysokie poczucie własnej wartości będąc singlem. Nie należy brać ślubu z powodu presji środowiska – „zostaniesz starą panną”, to z pewnością uchroni przed rozwodem i pozwoli zaoszczędzić cierpienie w przyszłości.

*Prawdziwi kochankowie odgadują swoje myśli i uczucia.* Nikt nie nadaje na tej samej fali, zatem nie oczekujemy domyślania się naszych pragnień przez partnera. Jeśli chcemy coś dostać lub chcemy, aby partner coś zrobił, to najlepiej mu o tym powiedzieć. Unikniemy wówczas zawodu nieuzyskania tego czego pragniemy oraz uczucia złości, że partner się nie domyślił. Warto rozmawiać!

*Lepsze nieszczęśliwe małżeństwo niż rozbity dom.* Wiele małżeństw pozostaje ze sobą mimo braku miłości dla dobra dzieci. Jest to oznaka ogromnej bezduszości wobec własnych pociech! Kiedy dzieci są podstawowym spoidłem małżeństwa to

ich potrzeby emocjonalne w ogóle nie są zaspokajane! Rozwód przeprowadzony z rozwagą nie musi wyrzucić destruktywnego wpływu na dzieci.

*Ambicje męża są ważniejsze od kariery żony.* Małżeństwo to partnerstwo, zatem każdy ma prawo odnosić sukcesy i rozwijać się. Kobieta nie musi ograniczać się do roli żony i matki. Ale warto pamiętać, że omówiony przez partnerów, jasno określony plan karier pozwoli uniknąć niemiłych niespodzianek.

*Dokładaj wszelkich starań, by twój partner stał się lepszy.* Należy pobierać się wtedy, gdy pasuje się do siebie, ma się wspólne zainteresowania i dba się o siebie, a nastawienia i uczucia do różnych spraw wymagają niewielkiego dopasowania a nie rewolucji. Ratowanie innych należy zostawić lekarzom, strażakom, terapeutom.

ABY STWORZYĆ UDANY ZWIĄZEK WARTO:

- Ograniczać krytycyzm do minimum
- Unikać mówienia "nie"
- Często wyrażać pochwały i aprobatę wobec partnera
- Nie udzielać zbędnych rad
- Nie próbować czytać w cudzych myślach
- Nie drążyć przeszłości
- Nie przesadzać z kontrolą

Literatura:

1. Lazarus Arnold A.: *Mity na temat małżeństwa. O powszechnych przekonaniach, które niszczą związek.*

mgr Jolanta Kałużna  
psycholog

## S F A K C J I M A Ł Ż E Ń S K I E J

5

tak i nie

4

3

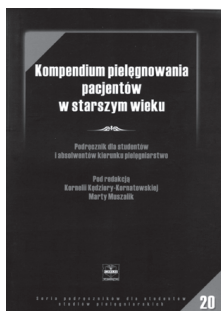
2

1

niezadowolona

postawy, przekonania religijne, polityczne itp.); ... **podoba** mi się, jak traktujesz swoją rodzinę (rodziców, rodzeństwo); ... **podoba** mi się, jak traktujesz moją rodzinę (rodziców, rodzeństwo); ... **akceptuję** twoje nawyki, manieri, styl bycia.

DODAJ PUNKTY: 84 i więcej oznacza, że pozostajesz w bardzo dobrym związku; 72 – 83 to satysfakcjonujący związek, dobre uczucia i relacje; 61 – 71 sugeruje, że trzeba wprowadzić zasadnicze zmiany; poniżej 61 – niski poziom satysfakcji małżeńskiej.



## Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku

pod red.  
Kornelii Kęziory-Kornatowskiej

Wydawnictwo Czelej

Lublin 2007

Książka „Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku” to pozycja, która powstała w wyniku zapotrzebowania na tego typu literaturę, zgodną z obowiązującymi standardami kształcenia na kierunku pielęgniarstwo. Podręcznik stanowi prezentację aktualnego, uwzględniającego nowoczesną wiedzę, dorobku w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. Redaktorzy zaprosili do współpracy w tworzeniu podręcznika lekarzy, pielęgniarki, nauczycieli akademickich, psychologów, którym tematyka opieki geriatrycznej jest bliska. Autorzy dołożyli starań, aby wiedza zawarta w podręczniku była aktualna i przedstawiona studentom w dostępny sposób, co pozwoli łatwiej zrozumieć trudne zagadnienia związane z opieką i pielęgnacją osób w najstarszej grupie wiekowej. Podręcznik składa się z dwóch części.

Część pierwsza zawiera podstawowe wiadomości z zakresu starzenia się organizmu człowieka w aspekcie biologicznym i psychospołecznym, zagadnienia profilaktyki przedwczesnego starzenia się, najważniejsze informacje dotyczące zakresu funkcjonowania osób starszych w społeczeństwie. W książce zaprezentowano także formy opieki nad osobami starszymi w Polsce i na świecie. Omówiono specyfikę przebiegu chorób w podeszłym wieku, wielkie problemy geriatryczne oraz rolę zespołu terapeutycznego w leczeniu, rehabilitacji i pielęgnacji pacjentów. Szeroko przedstawiono zagadnienie Całościowej Oceny Geriatrycznej, a także odrębności farmakoterapii osób starszych. Zaprezentowano specyfikę procesu pielęgnowania osób w starszym wieku, ogólne oraz specjalistyczne aspekty pielęgnowania pacjentów z najczęściej występującymi problemami zdrowotnymi. Część pierwszą kończy rozdział omawiający opiekę nad pacjentem nieuleczalnie chorym oraz opiekę terminalną.

Część druga – praktyczna – zawiera materiały dydaktyczne dla studentów, propozycje tematów samokształceniowych, schematy wywiadów, arkusze obserwacji i pielęgnacji pacjentów, propozycje standardów postępowania w pielęgniarstwie ułatwiające praktyczną naukę pielęgniarstwa geriatrycznego.

Zawarte w podręczniku rozdziały tematyczne są niezbędne w nauczaniu tego przedmiotu i nabyciu przez studentów umiejętności intelektualnych oraz praktycznych. Treści podręcznika przedstawiają pacjenta w starszym wieku całościowo, prezentując holistyczną opieką w zdrowiu i w chorobie. Stąd ujęcie aspektów zdrowotnych, medycznych, pielęgnacyjnych, psychologicznych, socjalnych opieki świadczonej wobec osób w starszym wieku. Niniejsza pozycja przeznaczona jest zarówno dla studentów pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, jak i pielęgniarek już pracujących, a także osób zainteresowanych problemami opieki i pielęgnacji pacjentów w starszym wieku.

główny specjalista ds. merytorycznych mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

# Piękna na

**Ostatnia** wycieczka w tym roku wiodzie nas na „Północne Mazowsze”. 7 listopada o 7.30 wyruszymy by zwiedzić zespoły pałacowo-parkowe w Teresinie, Lesznie, Jabłonnej, Jadwisinie i Pułtusku.

Pałac w Teresinie położony jest w rozległym zabytkowym parku i należy do najładniejszych rezydencji ziemiańskich w Polsce. Nazwa pochodzi od imienia córki księcia Radziwiłła – Teresy. Karty z historii pałacu są bogate i sensoryjne. Przetrwiał okupację niemiecką, bo służył oficerom za miejsce wypoczynku. Obecnie jest ośrodkiem szkoleniowo-rehabilitacyjnym KRUS-u. Wchodzimy do pomieszczeń – pięknie rzeźbione schody, kolorowe piece kaflowe i wspaniałe drewniane kominek, nad którym obraz „Martwa natura” ukazują nam dawną świetność. W dawnej oranżerii wykonany w stiuku fryz XIX-wiecznego rzeźbiarza

## Nasze spotkanie

**W** dniu 18 listopada spotkałyśmy się z panią Hanną Mazerant – międzynarodowym instruktorem Nordic Walking. Prowadzi ona „Studio Krok za Krokiem” ucząc chętnych prawidłowego chodzenia z kijkami.

Ruch ten pojawił się w 1997 roku w Finlandii i szybko rozpowszechnia się na cały świat, zdobywając coraz więcej entuzjastów. Chodzenie z kijkami angażuje 90 procent mięśni ciała, wyrabia sprawność, gibkość, wytrzymałość, jest bezpieczną i na-

# szka POLSKA!

Zdzisława Kulesza

Stanisława Lewandowskiego przedstawia czynności różnych zawodów. Wychodzimy do parku, na tyle pałacu urządzony ogród francuski. Oglądamy wiekowe drzewa: tulipanowiec amerykański (około 140 lat), sosna wejmutka (800 lat) oraz wyjątkowy dąb szypułkowy (około 300 lat).

Skrajem Puszczy Kampinowskiej jedziemy do Leszna, gdzie znajduje się XVIII-wieczny pałac barokowy rodu Łuszczewskich herbu Korczak. W pobliżu pałacu uruchomiono cukrownię, która nadal funkcjonuje. W początkach XX wieku właścicielem był Michał Berson – bankier, historyk i kolekcjoner sztuki. Obecnie mieści się tu Centralny Ośrodek Doskonalenia Kadr Banku Gospodarki Żywnościowej. Oglądamy pałac z okien autokaru, robiąc zdjęcia.

Jedziemy do Modlina, gdzie zwiedzamy zabytki architektury wojskowej z

początku XIX wieku. W rozległym parku mieści się wiele grobów poległych żołnierzy. W czasie I wojny w sierpniu 1915 roku twierdzę zdobyli Niemcy. W kampanii wrześniowej 1939 roku 11 – 20 września załoga stawiała bohaterski opór. Muzeum jest zamknięte, oglądamy rozmieszczone w wielu miejscach tunele z nasypami.

O godzinie 12.00 jedziemy do Jabłonnej, gdzie w otoczeniu angielskiego parku krajobrazowego mieści się XVIII-wieczny pałac. W XV wieku była to letnia rezydencja biskupów płockich, od 1773 roku odkupiona przez Michała Poniatowskiego – brata króla. Pałac wg projektu Dominika Merliniego to zespół trzech budynków centralnie parterowy oraz dwóch bocznych dwupiętrowych. Największe wrażenie zrobił na nas okrągły wysoki salon zwieńczony malowidłem nieba z pięknie intarsjowaną drewnem podłogą.

Osobisty apartament księcia Józefa Poniatowskiego, który tu bywał w latach 1798 – 1806 mieścił się na parterze prawej oficyny. Pozostały pamiątkowe zdjęcia i portrety na ścianach. Zwiedzamy podziemia, gdzie urządzono restaurację na 120 osób. W oranżerii oglądamy autorską wystawę Józefa Wilkońskiego, ilustracje i rzeźby w drewnie przedstawiają ptaki i zwierzęta. Wpisujemy się do księgi pamiątkowej.

Obecnie w pałacu mieści się Dom Zjazdów i Konferencji Polskiej Akademii Nauk.

Na obiad jedziemy do Nieporęt, gdzie w stylowej karczmie zjadamy smaczny posiłek przy płonąącym kominku i miłej obsłudze.

Przez Serock jedziemy do Pułtusza na długi rynek z ratuszem, zamkiem i kolegiatą. W zabytkowych wnętrzach XV-wiecznego zamku położonego na skraju Puszczy Białej nad Narwią obecnie mieści się Dom Polonii, kompleks hotelowo-gastronomiczno-konferencyjny. W końcu XIV wieku biskupi płoccy przystąpili do budowy zamku, który był rozbudowywany w kolejnych czasach. Potop szwedzki sprawił, że zamek spalono, kolejni biskupi sprawili, że odzyskał dawny blask.

Po schodach wchodzimy na wieżę, skąd przez okienka wokół oglądamy panoramę miasta i piękne położenie zamku. Przed długi rynek udajemy się do kolegiaty. Świątynia jest imponująca – z pięknym ołtarzem głównym oraz amboną w kształcie łodzi z błyszczącym perłowo żaglem. Gdy wychodzimy z kolegiaty zapada zmierzch. Pełni wrażeń wracamy do Łodzi.

Pisząc relację z naszej podróży, zmuszona do skrótego opisu, zdałam sobie sprawę z bogatej historii naszego Mazowsza.

## z Nordic Walking

Zdzisława Kulesza

turalną formą rehabilitacji. Wystuchałyśmy ciekawego wykładu i dowiedziałyśmy się, jaką długość każdej z nas mają mieć kijki, jak należy się ubrać w zależności od pory roku, gdyż chodzenie powinno trwać przez cały rok.

Drugie i trzecie spotkanie odbyło się w Parku im. Poniatowskiego, gdzie dołączyła pani Izabela Majewska, również instruktor szkoleniowy. Szlifowałyśmy swoje pierwsze kroki z kijkami a panie nie szczędziły pochwał i cennych wskazówek.

Było sporo śmiechu i zabawy przy pokonywaniu pierwszych trudności w opanowaniu sztuki chodzenia. Jesteśmy wdzięczne obu paniom, że umożliwiły nam poznanie Nordic Walking.

PS. W dniu 5 grudnia na zaproszenie pani Hanny Mazerant kilka z nas uczestniczyło w II Ogólnopolskim Forum Nordic Walking w Hotelu Focus, którego tematem było „Nordic Walking w profilaktyce i promocji zdrowia”.

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

W dniu 5 października 2009 roku odeszła nasza Koleżanka

dr n. med. **Ewa Sudoł-Jednorowicz**

wieloletni wykładowca kierunku Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi  
Zachowamy Ją we wdzięcznej pamięci

koleżanki i koledzy z AHE w Łodzi

Z ogromnym żalem zawiadamiamy, że w dniu 6 listopada 2009 roku nagle w 59 roku życia zmarła  
mgr zdrowia publicznego, pielęgniarka

**Wanda Gieszczyk**

długoletni pracownik Szpitala Klinicznego WAM

W latach: 1974 – 1999 pielęgniarka w Klinice N-chirurgii, 1999 – 2004 starszy rejestrator medyczny,  
2004 – 2005 starsza sekretarka Oddziału Artroskopii i Traumatologii Sportowej.

Była człowiekiem o wielkim sercu i wrażliwej duszy, czym zyskała przychylność i życzliwość wielu osób.  
Odeszła zbyt szybko.

Pozostanie w naszej pamięci na zawsze.

współpracownicy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
– Centralnego Szpitala Weteranów

W dniu 19 listopada 2009 roku przeżywszy 86 lat odeszła od nas na zawsze pani

**Zofia Dziedzic**

Była długoletnią pracownicą Szpitala im. J. Korczaka w Łodzi. Pracowała na stanowisku pielęgniarki odcinkowej,  
a potem wiele lat pełniła funkcję pielęgniarki oddziałowej oddziału pediatrycznego  
-a następnie Kliniki Pediatrycznej WAM im. gen. Szareckiego w Łodzi.

Była wzorem do naśladowania dla wielu pokoleń pielęgniarek.

Pani Zofia Dziedzic była osobą ciepłą, miłą, chętną do niesienia pomocy i służącą zawsze dobrą radą.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

pracownicy i współpracownicy ze Szpitala im. J. Korczaka w Łodzi

śp. **Joanna Niewiadomska**

Asiu Droga!

Czy dostałaś znak od Boga? Czy ogarnęły Cię gorycz i trwoga?

To nie może być tak, że mając 35 lat nagle kończy się świat!

Twój świat to także i my! Czy wiesz, co nam się teraz śni?

Odeszłaś bez słowa...

Byłaś może mniej radosna, ale ciągle jak wiosna!

Oddana, pracowita, ludzi kochająca. Dlaczego nie jest Ci dane doczekać słońca?

Kto Ci teraz warkocze będzie splatał, jak prze ciężkim dyżurem ostatniego lata?

Koleżanko nasza droga, jesteś teraz bliżej Boga!

Świeć nam gwiazdką w Niebie jasną

Pamięć o Tobie i myśli nasze nigdy nie zgasną!

żegnamy Cię na daleką drogę

Twoje koleżanki i koledzy z Pododdziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej Instytutu CZMP w Łodzi