

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ w LEGNICY

**ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS**

Nr 6/2008

Seria: Prace dyplomowe (6)

PRACA ZBIOROWA

**Wielowymiarowość roli i zadań pielęgniarki  
w różnych dziedzinach życia społecznego**

LEGNICA 2008

Zespół redakcyjny serii:

*dr Jolanta Bielawska*  
*mgr Małgorzata Modl*  
*mgr Danuta Wałęga-Szych*  
*doc. dr Adam Klar*  
*doc. dr Ryszard Pekała*  
*mgr Aleksander Pekała*

Redaktor tomu:

*mgr Aleksander Pekała*

# SPIS TREŚCI

Słowo wstępne .....	5
Izabella Kujawska: <i>Rola pielęgniarki w immunomodulacyjnym leczeniu pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.</i> (Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych).....	7
Bożena Malczewska: <i>Wybrane czynniki wpływające na jakość świadczonych usług pielęgniarskich w bloku operacyjnym.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska).....	13
Bożena Tarczyńska: <i>Komunikacja interpersonalna w relacji pielęgniarka-pacjent.</i> (Promotor: dr nauk med. Tomasz Dawiskiba) .....	29
Violetta Katarzyna Kois: <i>Komunikowanie się z osobami starszymi w oddziale wewnętrznym.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska).....	43
Monika Leszkiewicz: <i>Refleksja o cierpieniu a etos zawodu pielęgniarskiego w ocenie studentów Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy.</i> (Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl).....	53
Jadwiga Kurek: <i>Opieka w stanie terminalnym.</i> (Promotor: dr hab. nauk med. Stanisław Szymaniec) .....	59
Dorota Szczepaniak: <i>Rola rzecznika praw pacjenta na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy w latach 2004-2007.</i> (Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl).....	73
Anna Liro: <i>Narkomania jako problem społeczny.</i> (Promotor: doc. dr nauk ekon. Adam Klar) .....	81

Elżbieta Sikorska: <i>Alkoholizm jako problem społeczny wśród młodzieży.</i> (Promotor: doc. dr nauk ekon. Adam Klar) .....	91
Renata Świder: <i>Jakość życia ludzi starszych.</i> (Promotor: doc. dr nauk ekon. Adam Klar) .....	101
Barbara Fronczak: <i>Rola pielęgniarki w domu pomocy społecznej na przykładzie DPS „Jutrzenka” w Zgorzelcu.</i> (Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl).....	111
Jolanta Kuriata: <i>Medyczo-prawne i etyczne aspekty donorologii i transplantologii.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras).....	119

## Słowo wstępne

Niniejszy tom jest kolejnym, szóstym wyborem prac licencjackich, które zostały napisane w ramach realizacji projektu nr Z/2.02/II/2.1/2/06 „Studia pomostowe dla dolnośląskich pielęgniarek” – zgodnie z priorytetem 2 – Wzmocnienie rozwoju zasobów ludzkich w regionach, oraz Działaniem 2.1 – Rozwój umiejętności powiązany z potrzebami regionalnego rynku pracy i możliwości kształcenia ustawicznego w regionie.

Tom ten zawiera dwanaście prac licencjackich, w których autorzy przedstawiają różne role pełnione przez pielęgniarkę w różnych obszarach życia społecznego, z których to obszarów ochrona zdrowia jest jednym z wielu.

Prezentowany wybór otwiera praca p. Izabelli Kujawskiej na temat roli pielęgniarki w realizacji immunomodulacyjnego leczenia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

Kolejna praca, napisana przez p. Bożenę Malczewską, przedstawia badania wybranych czynników, które mają wpływ na jakość świadczonych usług pielęgniarskich w bloku operacyjnym.

Interesującą pracę na temat komunikacji interpersonalnej w relacji pielęgniarka-pacjent przedstawiła p. Bożena Tarczyńska. Autorka przeprowadziła wśród pielęgniarek i pacjentów badania ankietowe, analizując różne aspekty tego procesu komunikacji: komunikację werbalną i niewerbalną, przekaz pisemny, znajomość technik komunikacyjnych, bariery w komunikacji.

Niejako kontynuację tej problematyki stanowi praca p. Violetty Katarzyny Kois dotycząca problemów komunikowania się z osobami starszymi w oddziale wewnętrznym. Autorka wskazuje tutaj na specyficzne problemy komunikowania się z osobami starszymi, u których występują pewne deficyty zdrowia: uszkodzenie słuchu, wzroku, zaburzenia mowy. W kontekście tych problemów wskazuje się na rolę pielęgniarki w zapewnieniu takiemu pacjentowi jak najlepszych warunków przebywania na oddziale.

Głęboki humanizm przebiega z pracy p. Moniki Oleszkiewicz, w której Autorka podjęła próbę przedstawienia etosu zawodu pielęgniarskiego w oczach studentów pielęgniarstwa naszej Uczelni. Zawód pielęgniarki jest tutaj przedstawiony jako misja oparta na hierarchii wartości i cnót etycznych, wyniesionych przede wszystkim z domu rodzinnego i ugruntowanych podczas nauki w szkole pielęgniarskiej.

Na uwagę zasługuje praca p. Jadwigi Kurek poświęcona zagadnieniom opieki pielęgniarskiej nad człowiekiem znajdującym się w stanie terminalnym. Jednocześnie jest to przejmujące wprowadzenie w tematykę umierania i śmierci, której to problematyce, w opinii wielu pielęgniarek, nie zawsze nadawana jest odpowiednia uwaga.

Praca p. Doroty Szczepaniak przedstawia prawa pacjenta jako część szeroko rozumianych praw człowieka. Autorka przedstawia pracę rzecznika praw pacjenta w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy w latach 2004-2007, wskazując na szereg problemów (w tym natury legislacyjnej), z którymi na do czynienia rzecznik.

Dwie prace dotyczą bardzo trudnych i aktualnych problemów społecznych: alkoholizmu i narkomanii, szczególnie wśród młodego pokolenia.

I tak, p. Anna Liro przedstawiła w swojej pracy badania własne nad narkomanią jako problemem społecznym. Zaprezentowała wyniki badań, mających na celu porównanie wiedzy młodzieży szkolnej z wiedzą rodziców na temat szczegółowych aspektów zjawiska narkomanii w Polsce.

Z kolei p. Elżbieta Sikorska zajęła się problemem alkoholizmu wśród młodzieży. Jej badania nad grupą uczniów gimnazjum wskazują, że problem alkoholowy wśród młodzieży istnieje i że jest to nie tylko problem medyczny, ale również problem społeczny.

W edukowaniu różnych kręgów społeczeństwa w celu przeciwdziałania tym i podobnym patologiom społecznym dużą rolę odgrywa odpowiednio wykształcona pielęgniarka.

Jakości życia ludzi starszych poświęcona jest praca p. Renaty Świder. Autorka przedstawia psychospołeczne problemy ludzi starszych, niepokoje i lęki, omawia problem samotności, zjawiska przemocy wobec osoby starszej. Mimo wskazania na nieuniknione negatywne strony starości, z pracy przebija pogląd, że okres starości może być bardzo cenny.

P. Beata Fronczak z kolei przedstawia rolę pielęgniarki w domu pomocy społecznej, głównie z punktu widzenia osób starszych, często zmuszonych przez okoliczności życiowe do pobytu w takim domu. Autorka omawia podstawy postępowania pielęgniarskiego w różnych problemach osób starszych (inkontynencja, zaburzenia perystaltyki jelit, niedożywienie, narażenie na upadek, odleżyny).

Ostatnią prezentowaną w tym wyborze pracą jest praca p. Jolanty Kuriaty na temat medyczno-prawnych i etycznych aspektów donorologii i transplantologii. Autorka podaje ciekawe charakterystyki dotyczące liczby wykonywanych w Polsce przeszczepów narządów.

Z uwagi na ograniczoną wielkość tomu oraz z chęci przedstawienia jak największej liczby autorów, publikowane tutaj są jedynie fragmenty prac. Z tego też względu pominięto spisy treści oraz wykazy bibliograficzne, pominięto też odnośniki.

To już ostatni tom serii wybranych prac licencjackich będących plonem projektu „Studia pomostowe dla dolnośląskich pielęgniarek”. Analiza wszystkich przedstawionych prac pozwala na stwierdzenie, że nie ma takiej dziedziny życia społecznego, w której w mniejszym bądź większym stopniu nie byłyby zaangażowane pielęgniarki, pełniące przypisane im role zawodowe: pielęgnacyjne, opiekuńcze, wychowawcze, terapeutyczne, rehabilitacyjne, profilaktyczne, promowania zdrowia, kształcenia, naukowo-badawcze, zarządzania. Wszystkie te funkcje pielęgniarki realizują w różnych środowiskach. Im bardziej będą zaopatrzone w nowoczesną wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne, tym lepiej będą te swoje funkcje realizować, w wielu przypadkach rozpatrując realizację tych funkcji w charakterze swego posłannictwa i misji wobec państwa i społeczeństwa.

W tym kontekście można mówić o sukcesie projektu zrealizowanego przez Wyższą Szkołę Medyczną LZDZ w Legnicy w latach 2006-2008.

Izabella Kujawska

# **Rola pielęgniarki w immunomodulacyjnym leczeniu pacjentów ze stwardnieniem rozsianym**

(Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych)

## **Wstęp**

Obecnie powszechnie zaakceptowana jest teoria, zgodnie z którą SM jest chorobą o podłożu autoimmunologicznym. Wskazują na to m.in. obserwacje immunogenetyczne oraz zaburzenia funkcji układu odpornościowego występujące u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Obecnie w leczeniu tej jednostki chorobowej stosuje się preparaty interferonu beta i glatirameru, które zwalniają progresję choroby, zmniejszają częstość rzutów oraz redukują liczbę ognisk demielinizacyjnych. W ciągu ostatnich lat SM stało się najintensywniej badaną chorobą neurologiczną. Przyczyniły się do tego badania kliniczne, dotyczące skuteczności interferonu, które wykazały, że SM może być chorobą poddającą się leczeniu.

## **Zasady leczenia środkami immunomodulacyjnymi stosowanymi w terapii SM ich działanie**

Leczenie stwardnienia rozsianego można podzielić na następujące fazy:

- postępowanie w ostrym rzucie choroby,
- leczenie zmierzające do zahamowania postępu choroby, wpływające na naturalny jej przebieg,
- leczenie objawowe zmniejszające dolegliwości choroby, decydujące często o sukcesie terapeutycznym,
- postępowanie rehabilitacyjne mające na celu poprawę jakości życia chorych na SM.

W wyniku przeprowadzenia wielośrodkowych badań klinicznych wprowadzono do terapii SM nowe leki, mające wpływ na funkcje układu immunologicznego, zwane immunomodulatorami (wpływają przede wszystkim na tworzenie komórek odpornościowych i ich wzajemne oddziaływanie). Pierwszym lekiem immunomodulacyjnym wprowadzonym w 1993 roku w Stanach Zjednoczonych był Interferon B-1bm a następnym – INFB-1a i glatiramer. Wyniki MRI oceniające skuteczność leków immunomodulacyjnych przyczyniły się do pozytywnej oceny tego leczenia i rejestracji DMD. Zastosowanie tych leków u pacjentów z dobrą odpowiedzią na terapię kojarzy się z niewystępowaniem przyrostu

objętości zmian w MRI lub minimalnym przyrostem. Leczenie to powoduje też bardzo wyraźne zmniejszenie liczby zmian GD(+) w obrazie rezonansu magnetycznego.

Przed włączeniem specyficznego leczenia należy spełnić kilka warunków:

1. Pacjent i rodzina powinni być poinformowani o rozpoznaniu, gdy jest ono pewne.
2. Lekarz powinien objaśnić charakter choroby i podać realistyczne i najlepsze możliwe rokowanie.
3. Pacjent powinien być objęty systemem poradnictwa i pomocy oraz regularnie badany, aby można było ocenić postęp choroby i wcześniej dostrzec powikłania.
4. Pacjent powinien otrzymać realistyczną informację o celach terapii i czynnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji terapeutycznych.
5. Pacjenci ze stwardnieniem rozsianym mają złożone problemy i korzystny dla nich może być pobyt w ośrodkach dla chorych na SM, gdzie są pod opieką wyspecjalizowanego zespołu.
6. Pacjent powinien być poinformowany o lokalnych i ogólnokrajowych stowarzyszeniach chorych na SM. Stowarzyszenia te dostarczają materiałów edukacyjnych, organizują grupy wsparcia i zapewniają inną pomoc.

Zarejestrowane w Polsce preparaty mające działanie immunomodulacyjne, których badania kliniczne przeprowadzone w USA i Europie potwierdziły skuteczność działania w zakresie redukcji częstości rzutów i progresji SM to:

- Interferon-beta 1-b (Betaferon),
- Interferon-beta 1-a (Avonex), (Rebif),
- Octan glatirameru (Copaxone).

Wymienione wyżej leki wprowadzono w latach dziewięćdziesiątych XX wieku, znajdują się one na liście FDA (*Food and Drug Administration*) i EMEA (*European Agency for the Evaluation of Medicinal Products*) jako wskazane do leczenia SM.

W praktyce klinicznej preparaty te różnią się stosowaną dawką oraz częstością i sposobem podania leku, produkowane są metodą inżynierii genetycznej. Podawane są w formie zastrzyków w długich seriach. Leczenie immunomodulacyjne SM uzależnione jest od postaci choroby. Preparaty te stosuje się w leczeniu postaci choroby rzutowo-remisyjnej (SM RR), wtórnie postępującej (SM SP) i leczeniu pierwszego izolowanego zespołu objawów SM (CIS). Warunkiem dopuszczającym stosowanie DMD w SM zgodnie z zaleceniami FDA i EMEA jest konieczność zachowania zdolności poruszania się przez pacjenta. Zgodnie z tym DMD nie należy stosować u pacjentów z bardzo zaawansowaną chorobą, tzn. u takich, którzy tracą zdolność poruszania się. Terapię powinno rozpoczynać się jak najwcześniej, za czym przemawiają wyniki badań klinicznych, które sugerują, że pacjenci we wcześniejszych okresach choroby lepiej reagują na leczenie. Leków immunomodulacyjnych nie stosuje się u pacjentów poniżej 18 roku życia, kobiet w ciąży, z depresją oraz w przypadku nadwrażliwości (alergia) na interferony, ludzką albuminę lub którąkolwiek substancję pomocniczą będącą składnikiem leków. Terapia pozwala na prowadzenie dotychczasowego trybu życia oraz kontynuację nauki bądź pracy zawodowej, co umożliwia samodzielne wykonywanie wstrzyknięć po przeszkoleniu przez fachowy personel



pielęgniarski. Leczenie prowadzi się pod kontrolą lekarza neurologa mającego doświadczenie w leczeniu stwardnienia rozsianego. Obecnie wybór DMD w znacznym stopniu zależy od doświadczenia ośrodka i woli pacjenta po przedstawieniu mu metody leczenia, z uwzględnieniem techniki podawania leku i objawów ubocznych. Wyjątek może stanowić CIS, gdyż w tej chwili zarejestrowany w tym celu jest jedynie Avonex, oraz leczenie postaci RP SM, w której zarejestrowany jest Betaferon. Nie ma określonego czasu trwania leczenia, ale na podstawie długoterminowych obserwacji obecnie wiadomo, że dłuższy okres leczenia zwiększa szanse na trwałą remisję. Aby ocenić skuteczność wprowadzonych metod leczenia, stosuje się obserwację pacjentów oraz badania mózgu i rdzenia kręgowego przy użyciu jądrowego rezonansu magnetycznego, które wykazują zmniejszanie się zakresu zmian demielinizacyjnych. Optymalny okres do przeprowadzenia takiej analizy to 12 miesięcy od momentu wdrożenia terapii. Jeżeli w tym okresie wystąpił jeden poważny rzut choroby lub dwa rzuty o umiarkowanym nasileniu albo nastąpiło trwałe pogorszenie stanu neurologicznego, lub w badaniu MR obserwuje się progresję zmian, uznaje się efekt leczenia za niewystarczający (tabela 3). Należy wówczas rozważyć możliwość zmiany leczenia na inny preparat DMD w zależności od tego, który był stosowany jako pierwszy. W przypadku nieskuteczności interferonu Beta zastosowanego w tzw. małej dawce należy rozważyć zmianę preparatu na stosowany w dawce dużej. Jeżeli nieskuteczna okazała się kuracja w dużej dawce, należy rozważyć zastosowanie glatirameru. Podobną strategię należy przyjąć w przypadku nieskuteczności glatirameru zastosowanego jako pierwszy lek w terapii SM. Należy w takiej sytuacji zastosować preparat Interferonu Beta.

W przypadku nieskuteczności leczenia interferonem i glatiramerem można rozważyć leczenie mitroksanem – cytostatyk o działaniu immunosupresyjnym. W przypadku pełnej stabilizacji stanu klinicznego, braku rzutów i zahamowania progresji niepełnosprawności utrzymującej się dłuższy czas, zaleca się wykonywanie badania MRI nie częściej niż raz na 1-2 lata.

Pozytywne wyniki leczenia za pomocą interferonów i glatirameru pokazały, że SM jest chorobą, której przebieg można zmieniać farmakologicznie. W obecnym czasie na świecie realizowanych jest wiele badań testujących działanie terapeutyczne nowych leków ingerujących w funkcję układu immunologicznego.

**Tabela 3. Ocena skuteczności leczenia immunomodulacyjnego w badaniu MRI**

<i>Zmiana leczenia jest zalecana, jeżeli stwierdzi się 3 z poniższych 6 rodzajów zmian w badaniu MRI</i>
Rodzaje zmian w MRI po roku leczenia w porównaniu z badaniem wyjściowym:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nowa zmiana Gd (+)</li> <li>• nowa zmiana w sekwencji T2</li> <li>• powiększenie się objętości zmian w sekwencji T2</li> <li>• nowa zmiana w sekwencji T1</li> <li>• powiększenie się objętości zmian w sekwencji T1</li> <li>• powiększenie się atrofii mózgu</li> </ul>

Niestety, ze względów ekonomicznych w Polsce leczonych IFN-B i glatiramerem jest tylko około 1-2% pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane. Pacjenci ci są włączani do programu leczenia stwardnienia rozsianego, refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie następujących kryteriów:

- wiek powyżej 18 lat w przypadku leczenia glatiramerem i wiek powyżej 16 roku życia przy leczeniu intrferonami;
- rozpoznanie kliniczne stwardnienia rozsianego jest poprzedzone odpowiednio długą obserwacją neurologiczną oraz dodatkowo przynajmniej 2 rzuty w ciągu 2 ostatnich lat przy włączaniu do leczenia preparatów INF-B;
- rozpoznanie SM jest potwierdzone badaniem rezonansu magnetycznego;
- rozpoznanie postaci rzutowej SM oparte jest na kryteriach diagnostycznych McDonald;
- co najmniej 21 punktów wg punktowego systemu kwalifikacji;
- pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki środowiskowej obejmującej opieką pacjenta.

Leczenie realizowane jest przez wyspospecjalistyczne oddziały neurologiczne z wieloletnim doświadczeniem w leczeniu SM z przyszpitalną poradnią dla chorych na SM. Leczenie w ramach programu trwa do 24 miesięcy.

### **Rola pielęgniarki i główne obszary edukacyjne pacjentów podczas leczenia intrrferonami i glatiramerem**

Opieka nad pacjentem z SM wymaga od pielęgniarki jak najlepszej znajomości tej jednostki chorobowej oraz podstawowych zasad pielęgnowania. Niezbędna jest znajomość najczęściej występujących dolegliwości i problemów zdrowotnych oraz zagrożeń i powikłań, jakie mogą wystąpić podczas stosowania terapii. Są wśród nich zwłaszcza możliwe działania niepożądane, takie jak objawy paragrypy czy też zmiany skórne w miejscu wstrzyknięcia leku. Pielęgniarka staje się nauczycielem, konsultantem, doradcą pacjenta zdolnego do samoopieki. Pielęgniarkę interesuje pacjent, jego dysfunkcje i potrzeby wynikające z choroby, ale także jego stan emocjonalny, który ma wpływ na przebieg terapii. Znajomość tych problemów wymaga dwustronnego przekazu informacji między pielęgniarką i pacjentem. Należy wiedzieć o pacjencie tak dużo jak to możliwe, a zwłaszcza umieć określić, jaki jest stan jego wiedzy na temat SM, jakie ma doświadczenia osobiste, plany życiowe (dotyczy to szczególnie kobiet planujących ciążę, osób kształcących się).

Produkty lecznicze stosowane w SM należy stosować zawsze zgodnie z zaleceniami i pod nadzorem lekarza. Istotne jest regularne i systematyczne stosowanie leków i niedokonywanie zmian, chyba że zaleci je lekarz. Wstrzyknięcia mogą być wykonywane przez pielęgniarkę lub samodzielnie przez pacjenta, który nabył umiejętności ich wstrzykiwania i dokumentowane w indywidualnej dokumentacji pacjenta. Po spotkaniu, na którym pacjent nauczył się wykonywania wstrzyknięć, konieczne jest zorganizowanie w krótkim czasie następnego, kiedy to należy ocenić zdobyte wiadomości i umiejętności, a także

odpowiedzieć na pytania i wątpliwości chorego. Należy okresowo kontrolować prawidłowość wykonywania samodzielnych wstrzyknień przez pacjenta, zwłaszcza w przypadku występowania reakcji w miejscu wstrzyknięcia.

W przypadku otrzymania pierwszej dawki leku zgodnego z zaleceniem lekarza nadzorującego leczenie stwardnienia rozsianego pielęgniarka pozostaje przez pół godziny z pacjentem, aby nadzorować jego stan i upewnić się, że nie występują żadne dolegliwości.

### **Możliwe działania niepożądane**

W przypadku stosowania interferonów i glatirameru może dochodzić do występowania działań niepożądanych. Do najczęściej występujących należą objawy grypopodobne, takie jak: gorączka, dreszcze, pocenie się, bóle mięśniowe, uczucie osłabienia i zmęczenia i reakcje w miejscu wstrzyknięcia. Objawy te występują bardzo często na początku leczenia i zmniejszają się w trakcie leczenia.

Podczas stosowania leków immunomodulacyjnych mogą wystąpić również inne niezbyt częste objawy niepożądane i są to: zaburzenia hormonalne, metabolizmu i odżywiania, objawy ze strony układu nerwowego, oddechowego, zaburzenia skórne, mięśni i stawów, krwi, układu rozrodczego, immunologicznego. W przypadku zaobserwowania jakichkolwiek z wyżej wymienionych objawów niepożądanych należy skontaktować się z lekarzem i/lub pielęgniarką specjalizującą się w leczeniu stwardnienia rozsianego. Nie należy przerywać stosowania leków bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem.

### **Wnioski**

Na podstawie dokonanej analizy literatury przedmiotu wysunięto następujące wnioski:

1. Stwardnienie rozsiane jest jednostką chorobową, w której w ostatnich latach dokonano znacznego postępu w diagnostyce i leczeniu.
2. MRI jest badaniem zarówno w diagnostyce jak i ocenie skuteczności terapii chorych na stwardnienie rozsiane. Rezonansowe kryteria rozpoznania SM stanowią zasadniczy parametr kryteriów diagnostycznych tego schorzenia według McDonalda.
3. Leczenie immunomodulacyjne hamuje rozwój choroby i opóźnia lub spowalnia proces występowania niepełnosprawności chorych na SM. Interferon beta i glatiramer to leki stosowane w terapii SM, o udowodnionym działaniu w dotychczas nieuleczalnej chorobie dotyczącej około dwóch milionów ludzi na świecie.
4. Stosowane nowe metody diagnostyczno-lecznicze stwardnienia rozsianego będą wymagały przygotowania kompetentnej kadry pielęgniarskiej, aktywnie uczestniczącej w jej przebiegu.



Bożena Malczewska

## **Wybrane czynniki wpływające na jakość świadczonych usług pielęgniarskich w bloku operacyjnym**

(Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)

### **Założenia i cele**

Wymagania rynkowe powodują, że coraz więcej jednostek ochrony zdrowia przystępuje do wdrażania zarządzania przez jakość. W strategii działań pielęgniarskich w warunkach urynkowienia ochrony zdrowia bardzo ważne jest dążenie do poprawy jakości, dostępności do świadczeń pielęgniarskich, oferowania usług zgodnie z naszymi kompetencjami. Pacjent jest celem naszej pracy. Ciągłe zmiany zachodzące w gospodarce i społeczeństwie, stawiają przed pielęgniarkami nowe zadania i oczekiwania ze strony pacjentów.

Współczesna pielęgniarka to praktyk, specjalista, współpartner lekarza, a również kierownik zespołu, od którego wymaga się dużego zasobu wiedzy i umiejętności zawodowych, dużej samodzielności i odpowiedzialności. Niejednokrotnie jednak staje ona przed różnorodnymi dylematami i trudnościami, które w jakimś stopniu mogą ograniczać jakość świadczonych usług pielęgniarskich.

Usługi, jakie oferuje blok operacyjny coraz częściej spełniają wymogi wysokiej jakości. Rola pielęgniarki w bloku operacyjnym jest szczególnie związana ze specyfiką jej pracy.

Celem niniejszej pracy jest próba określenia niektórych czynników, które mają wpływ na jakość świadczonych usług pielęgniarskich, w subiektywnej ocenie pielęgniarek pracujących w bloku operacyjnym w SP ZOZ Szpitalu Wojewódzkim w Jeleniej Górze.

### **Material i metoda**

Aby zrealizować cel swojej pracy, za materiał badawczy obrałam personel pielęgniarski zatrudniony w bloku operacyjnym w SP ZOZ Szpitalu Wojewódzkim w Jeleniej Górze, w którym także pracuję jako pielęgniarka operacyjna. W skład personelu pielęgniarskiego tegoż bloku wchodzi pielęgniarze i pielęgniarki anestezyjologiczne oraz operacyjne. Jako pielęgniarze i pielęgniarki operacyjni pracuje 24 osoby, w sekcji personelu anestezyjologicznego zatrudnionych jest 27 osób. Średni personel anestezyjologiczny pracuje w systemie rotacyjnym z Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Blok operacyjny w Szpitalu Wojewódzkim w Jeleniej Górze posiada 6 sal operacyjnych. Wykonuje się w nich zabiegi

z dziedzin: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii naczyniowej, chirurgii dziecięcej, okulistyki, urologii, ginekologii, ortopedii, laryngologii.

W swej pracy podjęłam próbę określenia występowania czynników opisanych przeze mnie na podstawie literatury, wpływających na jakość świadczonych usług pielęgniarских w bloku operacyjnym Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze. W swojej pracy jako narzędzie badawcze wykorzystałam kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej. Ankiety zawierającą 25 pytań zamkniętych (w których poprosiłam o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi) i jedno półotwarte (z możliwością zaznaczenia wielu odpowiedzi, a także dopisanie własnego zdania) rozdałam w ilości 40 sztuk wśród pielęgniarzy i pielęgniarek bloku operacyjnego na początku stycznia 2008 roku. Zwrócono mi 32 ankiety, które spełniały wymogi pod względem kompletności.

### **Przedstawienie badań własnych i analiza materiału badawczego**

#### **Charakterystyka badanej populacji**

Przedmiotem moich badań była grupa 32 osób spośród personelu pielęgniarского zatrudnionego w bloku operacyjnym. Połowa tej grupy, to osoby mające 41 lat i więcej. Grupę tę stanowi 16 osób, czyli 50% ogólnej liczby objętych badaniem, 12 osób tj. 37,5% stanowią osoby w przedziale wiekowym 31-40 lat, 4 osoby tj. 12,5% to osoby między 20 a 30 rokiem życia. Dane te obrazuje tabela 1.

**Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji pod względem wieku**

<b>Wiek</b>	<b>Liczba bezwzględna</b>	<b>Zestawienie procentowe</b>
20-30 lat	4	12,5 %
31-40 lat	12	37,5 %
41 lat i więcej	16	50,0 %
OGÓLEM	32	100,0 %

Następne pytanie służyło określeniu badanej populacji pod względem rodzaju ukończonej szkoły. Wyniki badania ilustruje tabela 2.

**Tabela 2. Charakterystyka badanej populacji pod względem typu ukończonej szkoły**

<b>Rodzaj szkoły</b>	<b>Liczba bezwzględna</b>	<b>Zestawienie procentowe</b>
Liceum Medyczne	13	40,6 %
Medyczne Studium Zawodowe	12	37,5 %
Wyższa szkoła zawodowa	7	21,9 %

Z zestawienia w powyższej tabeli wynika, że 25 osób (78,1%) to personel pielęgniarский z wykształceniem średnim: 13 osób (40,6%) badanej populacji ukończyło Liceum Me-

dyczne, 12 osób (37,5%) Medyczne Studium Zawodowe. Wykształceniem wyższym legitymuje się natomiast 7 osób (21,9%) badanej przeze mnie populacji.

Tabela 3 przedstawia dane dotyczące stażu pracy badanej populacji w bloku operacyjnym.

**Tabela 3. Charakterystyka badanej populacji pod względem stażu pracy w bloku operacyjnym**

Staż pracy	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
1-10 lat	10	31,3 %
11-20 lat	9	28,1 %
21 lat i więcej	13	40,6 %
OGÓLEM	32	100,0 %

Jak wskazują dane tabeli 3, 10 osób (31,3%) to personel pielęgniarski mający staż w bloku operacyjnym krótszy niż 10 lat, 9 osób (28,1%) pracuje w przedziale między 11 a 20 lat, natomiast 21 lat i dłużej to staż pracy w bloku operacyjnym 13 osób (40,6%).

**Rozpoznanie czynników wpływających na jakość świadczonych usług pielęgniarskich związanych z funkcjonowaniem, organizacją i bezpieczeństwem pacjenta operowanego**

Treść tej części pracy analizuje czynniki wpływające na jakość pracy personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnym, które dotyczą organizacji i funkcjonowania tegoż oddziału, pośrednio zapewniając bezpieczeństwo pacjentowi operowanemu.

Dane dotyczące opinii badanych przeze mnie osób na temat wyposażenia bloku operacyjnego, w którym są zatrudnione, zawiera tabela 4.

**Tabela 4. Opinia badanych na temat wyposażenia bloku operacyjnego**

Blok operacyjny dostatecznie wyposażony w nowoczesny sprzęt	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	29	90,6 %
Nie	3	9,4 %
Ogółem	32	100,0 %

Dane zawarte w tabeli 4 świadczą o tym, iż 29 spośród badanych (90,6%) uważa, że blok operacyjny, w którym pracują jest dostatecznie wyposażony w nowoczesny sprzęt techniczny, natomiast 3 osoby (9,4%) jest odmiennego zdania.

Kolejne pytanie dotyczyło opinii badanych na temat planowania zabiegów operacyjnych w bloku operacyjnym, w którym są zatrudnione. Zapytałam, czy plan operacyjny w ich ocenie spełnia określone wymogi (wg czystości zabiegów, czy ilość dostosowana jest do czasu pracy bloku operacyjnego). Odpowiedzi badanych ilustruje tabela 5.

**Tabela 5. Opinia badanych na temat planu operacyjnego**

<b>Czy plan operacyjny spełnia określone wymogi</b>	<b>Liczba bezwzględna</b>	<b>Zestawienie procentowe</b>
Tak	3	9,4 %
Nie	11	34,4 %
Nie zawsze	18	56,2 %
Ogółem	32	100,0 %

Z tabeli 5 wynika, że 18 (56,2%) ankietowanych osób uważa, że plan operacyjny nie zawsze spełnia określone wymogi, aż 11 (34,4%) twierdzi, że nie spełnia określonych wymogów, a jedynie 3 osoby (9,4%) twierdzi, iż plan operacyjny zawsze spełnia określone wymagania.

Kolejne pytanie dotyczyło stosowania w bloku operacyjnym pielęgnarskich standardów postępowania i procedur. Odpowiedzi ankietowanych przedstawia tabela 6.

**Tabela 6. Stosowanie pielęgnarskich standardów postępowania i procedur w bloku operacyjnym**

<b>Czy w bloku operacyjnym stosowane są pielęgnarskie standardy postępowania i procedury</b>	<b>Liczba bezwzględna</b>	<b>Zestawienie procentowe</b>
Tak	16	50,0 %
Nie	4	12,5 %
Nie zawsze	12	37,5 %
Ogółem	32	100,0 %

Z tabeli 6 wynika, że 16 ankietowanych osób (tj. 50%) uważa, iż w bloku operacyjnym, w którym jest zatrudniona, stosowane są pielęgnarskie standardy postępowania.

Kolejne pytanie dotyczyło prowadzenia przez personel pielęgnarski dokumentacji w bloku operacyjnym. Tabela 7 przedstawia ocenę prowadzenia dokumentacji w bloku operacyjnym.

**Tabela 7. Ocena prowadzonej dokumentacji przez personel pielęgnarski w bloku operacyjnym**

<b>Dokumentacja prowadzona jest:</b>	<b>Liczba bezwzględna</b>	<b>Zestawienie procentowe</b>
Bardzo dobrze	7	21,9 %
Dobrze	22	68,7 %
Dostatecznie	3	9,4 %
Niedostatecznie	0	0,0 %
Ogółem	32	100,0 %



Jak wynika z oceny 22 osób (68,7%) spośród personelu pielęgniarskiego dokumentacja w bloku operacyjnym prowadzona jest dobrze. 7 spośród 32 badanych (21,9%) osób uważa, iż prowadzona jest bardzo dobrze, a dostatecznie oceniły sposób prowadzenia dokumentacji 3 osoby (9,4%). Nikt z 32 osób nie ocenił prowadzenia dokumentacji niedostatecznie.

Wyniki badań dotyczące pytania: „Czy nadzór epidemiologiczny w bloku operacyjnym Pana/Pani zdaniem jest wystarczający?” obrazuje tabela 8.

**Tabela 8. Nadzór epidemiologiczny w bloku operacyjnym**

Nadzór epidemiologiczny w bloku operacyjnym	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Wystarczający	25	78,1 %
Niewystarczający	7	21,9 %
Ogółem	32	100,0 %

Wyniki z tabeli 8 wskazują na to, że zdaniem 25 osób (78,1%) w bloku operacyjnym, w którym są zatrudnione, nadzór epidemiologiczny jest wystarczający. Przeciwnego zdania jest 7 (21,9%) spośród 32 badanych osób.

O to czy pacjent spędza w bloku operacyjnym dostateczną ilość czasu, zapytałam w 9. ankietowym pytaniu. Odpowiedzi respondentów obrazuje tabela 9.

**Tabela 9. Czas spędzony przez pacjenta w bloku operacyjnym**

Pacjent spędza dostateczną ilość czasu w bloku operacyjnym	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	8	25,0 %
Nie	24	75,0 %
Ogółem	32	100,0 %

Dane zawarte w tabeli 9 świadczą o tym, że aż 3 badanych (75%) uważa, że pacjent spędza niedostateczną ilość czasu w bloku operacyjnym. 8 osób (25%) twierdzi, iż pacjent spędza w bloku operacyjnym dostateczną ilość czasu.

Zakładając, że zatrudnienie optymalnej ilości personelu znacząco wpływa na jakość pracy pielęgniarskiej i bezpieczeństwo pacjenta, zadałam pytanie: „Czy według Pana/Pani w bloku operacyjnym ilość personelu średniego dostosowana jest do rzeczywistych potrzeb?”. Odpowiedź na to pytanie ilustruje tabela 10.

Z danych tabeli 10 wynika, że ilość personelu nie jest dostosowana do potrzeb bloku operacyjnego. Negatywnej odpowiedzi udzieliło aż 29 osób (90,6%) badanych. Twierdząco odpowiedziała tylko 1 osoba (3,1%), 2 osoby (6,3%) nie umiało udzielić odpowiedzi na to pytanie.

**Tabela 10. Dostosowanie ilości personelu pielęgniarskiego do potrzeb bloku operacyjnego**

<b>Dostosowanie ilości personelu do potrzeb bloku operacyjnego</b>	<b>Liczba bezwzględna</b>	<b>Zestawienie procentowe</b>
Tak (optymalna)	1	3,1 %
Nie (za mała)	29	90,6 %
Nie wiem	2	6,3 %
Ogółem	32	100,0 %

Kolejnym pytaniem dotyczącym ilości personelu było: „Czy w sali operacyjnej przestrzegana jest zasada: ilość personelu stałego i osób dodatkowych konieczna do sprawnego przeprowadzania zabiegów operacyjnych?”. Odpowiedzi na to pytanie ilustruje tabela 11.

**Tabela 11. Ilość personelu konieczna do sprawnego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego**

<b>Ilość personelu konieczna do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego</b>	<b>Liczba bezwzględna</b>	<b>Zestawienie procentowe</b>
Tak	3	9,4 %
Nie – za dużo osób	1	3,1 %
Nie – za mało osób	28	87,5 %
Ogółem	32	100,0 %

Dane zawarte w powyższej tabeli wskazują, że 28 respondentów, tj. 87,5%, uważa, że ilość personelu medycznego koniecznego do sprawnego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego jest za mała. 3 osoby tj. 9,4% uważa, że ilość ta jest wystarczająca. Natomiast 1 osoba tj. 3,1% uważa, że ilość personelu medycznego potrzebnego do sprawnego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego jest za duża.

### **Rozpoznanie czynników wpływających na jakość świadczonych usług pielęgniarskich związanych z doskonaleniem zawodowym**

W związku z ciągłym rozwojem dziedziny, jaką jest medycyna konieczne jest podnoszenie kwalifikacji, doskonalenie zawodowe i ustawiczne kształcenie. W podrozdziale tym przedstawię analizę odpowiedzi ankietowanych na temat kwalifikacji zawodowych i kształcenia personelu średniego pracującego w bloku operacyjnym.

Pierwsze z grupy tych pytań dotyczyło podnoszenia kwalifikacji poprzez ukończenie poszczególnych kursów. Obrazuje to tabela 12.

**Tabela 12. Doksztalcanie poprzez ukończenie kursów**

Ukończenie kursów	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Dokształcający	9	28,1 %
Kwalifikacyjny	23	71,9 %
Specjalistyczny	9	28,1 %
Inna forma doksztalcania np. udział w konferencji	21	65,6 %
Nie podnoszę kwalifikacji zawodowych	2	6,2 %

Z tabeli 12 wynika, że 9 osób (28,1%) spośród 32 ankietowanych ukończyło kurs dokształcający, aż 23 osoby (71,9%) posiada kurs kwalifikacyjny, 9 osób (28,1%) ukończyło kurs specjalistyczny. Udział w innej formie doksztalcania, np. w konferencji, zadeklarowało 21 osób (65,6%) spośród 32 ankietowanych. Jedynie 2 osoby (6,2%) zaznaczyły odpowiedź „Nie podnoszę kwalifikacji zawodowych”.

Kolejne pytanie dotyczące podnoszenia kwalifikacji zawodowych brzmiało: „Czy podnosi Pan/Pani kwalifikacje zawodowe w kształceniu finansowanym ze środków Unii Europejskiej?”. Odpowiedź na to pytanie ilustruje tabela 13.

**Tabela 13. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych finansowanych ze środków UE**

Podnosi kwalifikacje ze środków finansowanych przez UE	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	9	28,1 %
Nie podnoszę kwalifikacji zawodowych ze środków finansowanych przez UE	23	71,9 %
Ogółem	32	100,0 %

Dane tabeli 13 wskazują, że znaczna część badanych, bo aż 23 osoby (71,9%) nie korzysta ze środków UE w podnoszeniu kwalifikacji. Jedynie 9 osób (28,1%) uczestniczy w kształceniu finansowanym przez UE.

Następne pytanie skierowałam do osób, które na poprzednie pytanie odpowiedziały, że nie korzystają z kształcenia finansowanego ze środków UE. Brzmiało ono: „Jeśli w pytaniu 12 określił Pan/Pani ostatnią pozycję, proszę zaznaczyć jedną z poniższych przyczyn”. Do wyboru były następujące możliwe przyczyny: „z powodów finansowych”, „doświadczenie, jakie posiadam jest wystarczające”, „z powodu trudnej sytuacji rodzinnej”, „inne”.

Uzyskane odpowiedzi ilustruje tabela 14.

**Tabela 14. Przyczyny nie korzystania z kształcenia dofinansowywanego ze środków UE**

<b>Nie korzystam:</b>	<b>Liczba bezwzględna</b>	<b>Zestawienie procentowe</b>
Z powodów finansowych	10	43,5 %
Doświadczenie, jakie posiadam jest wystarczające	4	17,4 %
Z powodu trudnej sytuacji rodzinnej	5	21,7 %
Inne	4	17,4 %
Ogółem	23	100,0 %

Z tabeli 14 wynika, że 10 osób (43,5%), jako przyczynę nie korzystania z kształcenia dofinansowywanego przez UE podało powody finansowe. 4 osoby (17,4%) uważa, że doświadczenie jakie posiada jest wystarczające. 5 spośród 23 osób (21,7%) nie korzystających ze środków unijnych w kształceniu za przyczynę blokowania podjęcia tego typu podnoszenia kwalifikacji podało trudną sytuację rodzinną. Inne powody zakreśliło 4 spośród 23 ankietowanych (17,4%). Wśród przyczyn wymieniły one: ograniczenia wiekowe w organizowanych formach kształcenia (studia pomostowe), brak czasu, wykorzystywanie własnych środków finansowych, ukończenie studiów na poziomie magisterskim.

Odpowiedź na kolejne pytanie miała na celu zadeklarowanie chęci podnoszenia kwalifikacji w przypadku pokrycia kosztów doksztalcenia przez pracodawcę. Deklarację respondentów obrazuje tabela 15.

**Tabela 15. Kształcenie w przypadku pokrywania kosztów przez pracodawcę**

<b>Uczestniczy w kształceniu finansowanym przez pracodawcę</b>	<b>Liczba bezwzględna</b>	<b>Zestawienie procentowe</b>
Tak	29	90,6 %
Nie	3	9,4 %
Ogółem	32	100,0 %

Dane w tabeli wskazują, iż chęć doksztalcenia w przypadku pokrywania kosztów przez pracodawcę zadeklarowało aż 29 osób, co stanowi 90,6% badanej populacji. Jedynie 3 osoby (9,4%) udzieliły negatywnej odpowiedzi.

Odpowiedź na pytanie „Czy w oddziale bloku operacyjnego znajdują się informatory oferujące różnego rodzaju formy doksztalcenia?” ilustruje tabela 16.

Dane tabeli 16 wskazują, iż 17 osób (53,1%) ma dostęp do informatorów oferujących różne formy kształcenia i potwierdza ich obecność na bloku operacyjnym. 10 osób (31,3%) uważa, że na bloku operacyjnym nie ma takich informatorów. Należy przypuszczać, iż 5 osób (15,6%) spośród 32 badanych nie interesuje się dostępem do takich informatorów, gdyż zakreśliło odpowiedź „Nie wiem”.

**Tabela 16. Dostęp w oddziale do informatorów oferujących różne formy kształcenia**

Czy informatory znajdują się w bloku operacyjnym	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	17	53,1 %
Nie	10	31,3 %
Nie wiem	5	15,6 %
Ogółem	32	100,0 %

Zamieszczone w tabeli 17 wyniki badań dotyczą pytania „Czy w oddziale bloku operacyjnego znajduje się aktualna prasa zawodowa i literatura związana z pracą w oddziale?”

**Tabela 17. Dostęp do aktualnej prasy zawodowej i literatury związanej z pracą w oddziale**

Aktualna prasa i literatura znajduje się w oddziale	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	8	25,0 %
Nie	13	40,6 %
Nie zawsze	11	34,4 %
Ogółem	32	100,0 %

Dane zawarte w tabeli 17 wskazują, iż znaczna część badanej populacji – 13 osób (40,6%) uważa, iż w bloku operacyjnym nie ma dostępu do aktualnej prasy i literatury zawodowej, 11 osób (34,4%) twierdzi, że aktualna prasa i literatura nie zawsze znajduje się w oddziale, a 8 osób (25%) twierdzi, że w bloku operacyjnym jest dostęp do aktualnej prasy i literatury zawodowej.

### **Określenie predyspozycji, zachowań i reakcji na sytuacje stresowe personelu pielęgniarskiego**

Grupa pytań miała na celu określenie pewnych predyspozycji, zachowań i reakcji na dane sytuacje związane z pracą w bloku operacyjnym. Pierwsze pytanie brzmiało: „Jakie były motywy Pana/Pani wyboru pracy w bloku operacyjnym?”. Odpowiedzi przedstawia tabela 18.

**Tabela 18. Motywy wyboru miejsca prac**

Motywy wyboru	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Zawsze chciałem/am pracować w bloku operacyjnym	19	59,4 %
Przypadek	13	40,6 %
Było mi obojętne, w jakim oddziale będę pracować.	0	0,0 %
Ogółem	32	100,0 %

Jak widać z tabeli 18, swoje miejsce pracy zgodnie z zainteresowaniami, chęcią pracy w bloku operacyjnym zadeklarowało 19 osób (59,4%) badanej populacji. Przypadek sprawił, że 13 osób (40,6%) spośród 32 badanych ankietowanych jest zatrudnionych w bloku operacyjnym. Nikomu z badanych nie było obojętne, w jakim oddziale będzie pracować.

Tabela 19 przedstawia odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy umie Pan/Pani odmówić w pracy przyjęcia na siebie dodatkowych obowiązków?”.

**Tabela 19. Umiejętność odmowy przyjęcia na siebie dodatkowych obowiązków**

Umie odmówić przyjęcia dodatkowych obowiązków	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	6	18,7 %
Nie	10	31,3 %
Czasem	16	50,0 %
Ogółem	32	100,0 %

Z analizy powyższych danych wynika, iż 6 osób (18,7%) spośród ankietowanych wykazuje się stanowczą asertywnością, 10 osób (31,3%) nie umie odmówić przyjęcia na siebie dodatkowych obowiązków. Połowa ankietowanych, czyli 16 osób czasem odmawia przyjęcia na siebie dodatkowych obowiązków pracy.

Odpowiedzi odnośnie sposobu wykonywania codziennych czynności zawodowych zawiera tabela 20.

**Tabela 20. Sposób wykonywania codziennych czynności zawodowych**

Czynności zawodowe wykonuje w sposób rutynowy wg określonego schematu	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	16	50,0 %
Nie	5	15,6 %
Nie zawsze	11	34,4 %
Ogółem	32	100,0 %

Jak wskazują dane tabeli 20, połowa ankietowanych swoje codzienne czynności zawodowe wykonuje w sposób rutynowy, według określonego schematu. Nie zawsze tak postępuje 11 osób, co stanowi 34,4% badanych. Przeczącej odpowiedzi udzieliło 5 osób (15,6%).

Wyniki badań dotyczących pytania „Czy odnosi Pan/Pani wrażenie, że zadania w pracy przerastają Pana/Pani możliwości?” zawiera tabela 21.

**Tabela 21. Subiektywne wrażenie odnośnie możliwości wykonywania zadań w bloku operacyjnym**

Zadania w pracy przerastają możliwości badanego	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	5	15,6 %
Nie	11	34,4 %
Czasem	16	50,0 %
Ogółem	32	100,0 %

Z powyższych danych wynika, że niestety, aż połowa badanych odnosi wrażenie, iż zadania w pracy czasem przerastają ich możliwości. 5 osób (15,6%) potwierdziło, że zadania w pracy przerastają ich możliwości. Odmiennego zdania jest 11 badanych osób (34,4%).

Kolejne pytanie dotyczyło reakcji badanych na stres spowodowany trudną sytuacją zawodową. Odpowiedzi respondentów zawiera tabela 22.

**Tabela 22. Reakcja na stres związany z trudną sytuacją zawodową**

Stres wywołuje	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Mobilizację do jeszcze bardziej efektywnej pracy	4	15,5 %
Niechęć do pracy	19	59,4 %
Zamknięcie się w sobie	4	12,5 %
Negatywne odreagowanie na współpracownikach	5	15,6 %
Ogółem	32	100,0 %

Jak wynika z powyższego zestawienia, jedynie 4 (12,5%) z 32 badanych osób reaguje na stres związany z sytuacją zawodową, mobilizacją do jeszcze bardziej efektywnej pracy. Aż u 19 osób (59,4%) sytuacja taka wywołuje niechęć do pracy, u 4 osób (12,5%) powoduje zamknięcie się w sobie, a 5 osób (15,6%) negatywnie odreagowuje na współpracownikach.

### **Próba rozpoznania umiejętności komunikacyjnych personelu pielęgniarskiego w bloku operacyjnym**

Właściwa komunikacja, zarówno pomiędzy członkami zespołu, jak i personelu z pacjentem operowanym jest jednym z ważnych czynników wysokiej jakości świadczonych usług zdrowotnych. Analiza odpowiedzi ankietowanych na pytanie zawarte w tym podrozdziale odnosi się właśnie do umiejętności komunikacji.

Tabela 23 ilustruje odpowiedzi ankietowanych na pytanie: „Czy rozmawiając z pacjentem potrafi Pan/Pani unikać żargonu medycznego?”

**Tabela 23. Umiejętność unikania w komunikacji z pacjentem żargonu medycznego**

Unikam żargonu medycznego	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	22	68,8 %
Nie	1	3,1 %
Nie zawsze	9	28,1 %
Ogółem	32	100,0 %

Powyższe zestawienie obrazuje, iż 22 (68,8%) osób spośród badanych uważa, że posiada umiejętność unikania „żargonu medycznego” w kontakcie z pacjentem. 1 spośród badanych (3,1%) umiejętności takiej nie posiada. 9 osób (28,1%) nie zawsze potrafi unikać „żargonu medycznego” w rozmowie z pacjentem.

Dane zawarte w tabeli 24 ilustrują odpowiedzi na kolejne pytanie: „Czy przystępując do wykonywania czynności pielęgniarских wyjaśnia Pan/Pani ich cel i zasady pacjentowi?”.

**Tabela 24. Wyjaśnianie pacjentowi zasad i celowości wykonywanych czynności pielęgniarских**

Wyjaśnienie celu i zasady czynności pielęgniarских	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	24	75,0 %
Nie	5	15,6 %
Nie widzę takiej potrzeby	3	9,4 %
Ogółem	32	100,0 %

Z powyższego zestawienia wynika, że 24 osoby (75%) badanej populacji deklaruje, iż wyjaśnia pacjentowi zasady i cel wykonywanych przez siebie czynności pielęgniarских, 5 osób tj. 15,6% tego nie robi, natomiast 3 osoby (9,4%) nie widzi potrzeby przekazywania pacjentowi takich informacji.

Następne pytanie dotyczyło komunikacji w zespole operacyjnym. Respondenci określali precyzję i jasność przekazywanych komunikatów. Ilustruje to tabela 25.

**Tabela 25. Jasność i precyzja przekazywania komunikatów w zespole operacyjnym**

Komunikaty przekazywane przez członków zespołu są:	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Zawsze jasne i zrozumiałe	12	37,6 %
Czasem mało precyzyjne	18	56,3 %
Często niezrozumiałe	1	3,1 %
Ogółem	32	100,0 %



Jak wynika z tabeli 25, zdaniem 12 badanych (37,6%) komunikaty w zespole operacyjnym są zawsze jasne i zrozumiałe. Odmienną opinię ma 18 osób (56,3%), gdyż określa je jako „czasem mało precyzyjne”. Zdaniem 1 osoby (3,1%) są one często niezrozumiałe.

Ostatnie pytanie ankietowe dotyczyło oceniania pewnych zachowań pacjentów (np. nie wyrażenie zgody na przetoczenie krwi) przez personel pielęgniarski pracujący w bloku operacyjnym. Odpowiedzi ankietowanych ilustruje tabela 26.

**Tabela 26. Ocenianie zachowań pacjentów przez personel pielęgniarski bloku operacyjnego**

Ocena zachowań pacjenta	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Czasem neguję zachowania i decyzje pacjentów	6	18,8 %
Nie oceniam zachowań i decyzji pacjentów	5	15,6 %
Staram się zrozumieć zachowania i decyzje pacjentów	21	65,6 %
Ogółem	32	100,0 %

Z danych zawartych w tabeli 26 wynika, że 21 osób, tj. 65,6% spośród 32 respondentów stara się zrozumieć zachowania i decyzje pacjentów, nie komentując ich. 6 osób (18,8 %) czasem te zachowania i decyzje neguje. Natomiast 5 osób (15,6 %) nie ocenia tych zachowań.

### Wnioski

Na podstawie zgromadzonego przeze mnie materiału badawczego i jego analizy wynika, iż respondenci zauważają zarówno pozytywne, jak i negatywne sytuacje, które mają wpływ na jakość świadczonych przez nich usług.

Do **pozytywnych** zaliczyć można:

1. W bloku operacyjnym w Szpitalu Wojewódzkim w Jeleniej Górze, aż 68,7% zatrudnionego personelu pielęgniarskiego pracuje długo (28,1% dłużej niż 10 lat) i bardzo długo (40,6% – dłużej niż 20 lat). Świadczy to o bogatym doświadczeniu praktycznym tych osób. Prawie 60% to osoby, które zawsze chciały pracować w bloku operacyjnym. Wnioskować można, że personel pielęgniarski bloku operacyjnego lubi swoją pracę i jest z nią emocjonalnie związany. Mimo wielu problemów, czy zagrożeń wynikających z pracy jako pielęgniarka instrumentariuszka czy anestezjologiczna, nie szukają innych miejsc pracy.
2. Personel pielęgniarski bloku operacyjnego szpitala w Jeleniej Górze uważa, iż oddział ten jest dostatecznie wyposażony w nowoczesny sprzęt. Twierdzi tak aż 90,6% badanych. Wynika stąd, iż urządzenia, aparatura medyczna i inne sprzęty potrzebne do efektywnej pracy spełniają oczekiwania personelu. Na pewno poprawia to jakość opieki nad pacjentem.

3. Dokumentacja sporządzana w bloku operacyjnym, w opinii pracującego tam personelu jest prowadzona dobrze (68,7%) i bardzo dobrze (21,9%). Świadczy to o wysokiej świadomości personelu pielęgniarskiego w kwestii konieczności prawidłowego prowadzenia dokumentacji.
4. 78,1% badanych uważa, iż nadzór epidemiologiczny w bloku operacyjnym jest wystarczający. Można przypuszczać, iż zapobieganie występowaniu infekcyjnych powikłań pooperacyjnych, ich nadzorowanie i rejestrowanie, a co za tym idzie dbanie o bezpieczeństwo pacjenta operowanego w bloku operacyjnym w Jeleniej Górze w opinii personelu pielęgniarskiego tam pracującego jest zadowolająca.
5. Personel pielęgniarski zatrudniony w bloku operacyjnym szpitala w Jeleniej Górze posiada wysoką świadomość potrzeby podnoszenia kwalifikacji i doskonalenia zawodowego. Duża grupa osób badanych ma ukończony kurs kwalifikacyjny (71,9%), 28,1% ukończyło kurs specjalistyczny. Spora grupa osób (65,6%) korzysta również z innych form doksztalcania. Aż 90,6% ankietowanych chętnie podjęłaby doksztalcanie w przypadku pokrywania kosztów przez pracodawcę. Ponad połowa badanych orientuje się i potwierdza obecność w oddziale informatorów oferujących różne formy kształcenia.
6. Wykonywanie czynności zawodowych według określonych schematów zadeklarowało 50% badanych. Uważam, że można zaliczyć to do faktów pozytywnych. Praca dobrze zorganizowana, oparta na dobrych schematach, nie chaotyczna, jest bardzo pożądana i wskazana na bloku operacyjnym.
7. W kontaktach z pacjentem prawie 70% badanych potrafi porozumiewać się w sposób zrozumiały, bez używania określeń typowo medycznych. 75% badanych wyjaśnia pacjentowi zasady i celowość wykonywanych czynności pielęgniarskich. 15,6% respondentów nie ocenia, bądź też stara się zrozumieć (65,6%) zachowania pacjentów. Uważam, iż fakt ten świadczy o dobrej komunikacji personelu pielęgniarskiego z pacjentem. Dzięki temu pacjent jest zorientowany, co się z nim dzieje w danym momencie, jego lęk i stres związany z zabiegiem operacyjnym jest znacznie zredukowany.

Do wpływających **negatywnie** na jakość pracy personelu pielęgniarskiego w bloku operacyjnym w szpitalu w Jeleniej Górze, czynników zaliczyłabym:

1. Nie stosowanie (12,5% badanych) bądź też stosowanie nie zawsze pielęgniarskich standardów postępowania i procedur.
2. Czas spędzony przez pacjenta w bloku operacyjnym jest za krótki – tak uważa 75% badanych.
3. Nie dostosowanie ilości personelu pielęgniarskiego do potrzeb bloku operacyjnego – takie zdanie ma 90,6% ankietowanych. Prawie 88% badanych stwierdziło, iż często ilość personelu konieczna do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego jest za mała. Wnioskować można, że także z tego powodu aż 50% badanych stwierdziło, iż zadania w pracy czasem przerastają ich możliwości. Sądzę też, że m.in. brak dostatecznej ilości personelu wywołuje u badanych reakcję na stres, taką jak niechęć do

pracy (aż 59,4%) czy też negatywne odreagowanie na współpracownikach (15,6%). Nadmierne przeciążenie pracą jest jednym z czynników, które mogą pogarszać jakość pracy i zwiększać ryzyko popełniania błędów i prowadzić do zespołów wypalenia zawodowego.

4. Niedociągnięcia w planowaniu dnia operacyjnego – 34,4% badanych stwierdziło, że plan operacyjny nie spełnia określonych wymogów, 56,2% uważa, że nie zawsze spełnia określone wymogi. Można wnioskować z tego, iż ilość zabiegów nie zawsze dostosowana jest do czasu pracy bloku operacyjnego – sądzić można, że dzieje się tak za przyczyną zbyt małej ilości personelu oraz że plan operacyjny nie zawsze układany jest według czystości zabiegów.
5. 40,6% respondentów zauważyło brak aktualnej prasy zawodowej i literatury związanej z pracą w oddziale, 34,3% badanych uważa, że nie zawsze znajduje się ona w oddziale. Uważam, że przy dzisiejszym postępie medycyny łatwy dostęp do aktualnej literatury wzbogacałby znacznie wiedzę zainteresowanych.
6. Zakłócenia w komunikacji w zespole operacyjnym – 56,3% respondentów uważa, że komunikaty przekazywane przez członków zespołu są czasem mało precyzyjne, moim zdaniem mogą wynikać z przeciążenia pracą, niedoborów personalnych i związanych z tym sytuacji stresowych.

## **Zakończenie**

Biorąc pod uwagę to, że o jakości opieki decyduje przede wszystkim jej wiarygodność, czyli to, co może być sprawdzone, potwierdzone i udokumentowane, w analizie materiału badawczego można odnaleźć pozytywny aspekt wynikający z wysokiej oceny prowadzonej dokumentacji w bloku operacyjnym przez ankietowanych. Prawidłowe dokumentowanie ma miejsce wówczas, gdy pielęgniarka w sposób profesjonalny angażuje się w procedury gromadzenia i przetwarzania wiarygodnych danych.

Praktyka pielęgniarska wysokiej jakości powinna mieć racjonalne podstawy w postaci wysokich kwalifikacji i ciągłego doskonalenia zawodowego. Budującym jest fakt, iż duża część personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego SP ZOZ Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze posiada kwalifikacje zgodne z wymogami i jest zainteresowana ciągłym doskonaleniem zawodowym. Duża świadomość zawodowa w dążeniu do własnego rozwoju i doskonalenia umiejętności jest niezbędna do świadczenia opieki na jak najwyższym poziomie.

Reasumując, postęp technologiczny i sytuacja ekonomiczna spowodowała, że blok operacyjny w Szpitalu Wojewódzkim w Jeleniej Górze jest blokiem nowoczesnym, dobrze wyposażonym, co niewątpliwie wpływa na jakość świadczonych w nim usług medycznych. Niestety, braki w obsadzie pielęgniarskiej pociągają za sobą szereg czynników, które mają niekorzystny wpływ na jakość usług pielęgniarskich w tymże bloku. Idealnie byłoby, gdyby wszystkie czynniki mające wpływ na jakość opieki medycznej współgrały i funkcjonowały na najwyższym poziomie. Niestety, sytuacja w polityce ochrony zdrowia komplikuje

niejednokrotnie dążenia do doskonałości i wysokiej jakości świadczonych usług medycznych, co nie oznacza, iż dążeń takich i wywierania bezpośredniego wpływu na jakość opieki nad pacjentem należy zaniechać.

Bożena Tarczyńska

## **Komunikacja interpersonalna w relacji pielęgniarka-pacjent**

(Promotor: dr nauk med. Tomasz Dawiskiba)

*Aby zrozumieć drugiego człowieka, należy go rozumieć tak, jak gdyby być w jego wnętrzu. Należy patrzeć jego oczami, tak by widzieć, jak wygląda jego świat i jak on ocenia siebie. Zamiast przyglądać mu się z zewnątrz, jak gdyby był jakimś okazem naukowym, należy umieć przebywać w jego świecie, wnikać w niego po to, by odczuć od wewnątrz, jak dla niego wygląda życie.*

(M. Mayeroff)

### **Wstęp**

Zmienia się oblicze współczesnego pielęgniarstwa. Inaczej niż zaledwie kilka lat temu dostrzegamy i rozumiemy znaczenie zmian zachodzących w teorii pielęgniarstwa, w podejściu do pacjenta jak również w podejściu pacjenta do procesu leczenia i pielęgnowania.

Zmiany te zostały podyktowane istotnymi przemianami dokonywanymi się w naszym sposobie życia, myślenia i działania. Podstawą zachodzących przemian są zmiany wartości, zasad, norm postępowania oraz sposobów postrzegania i wartościowania zjawisk zachodzących w otaczającym nas świecie.

Umiejętność komunikowania się silniej niż kiedykolwiek nabiera znaczenia we współczesnym pielęgniarstwie. Musi ono nadążyć za zmieniającym się światem, rosnącymi i zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi poszczególnych obywateli i całych społeczeństw.

Współczesna pielęgniarka, aby móc realizować misję pielęgniarstwa oraz wyznaczone cele, musi posiadać umiejętność komunikowania się, znać zasady dobrej komunikacji interpersonalnej oraz stosować techniki komunikacyjne. Współczesne pielęgniarstwo oparte jest na wzajemnym oddziaływaniu ludzi, przekazywaniu wiedzy, umiejętności i odczuć, tworzeniu przyjaznego klimatu, a także komunikacji – jest efektem opanowania sztuki porozumiewania się.

W swojej pracy chciałabym odpowiedzieć na pytanie: czy współczesnej pielęgniarce zależy na dobrej i efektywnej komunikacji z pacjentem oraz czy potrafi skutecznie komunikować się z pacjentem.

W pielęgniarstwie kształtowania prawidłowej relacji z pacjentem ma bardzo duże znaczenie. Powinny mieć charakter wspomagający leczenie, czyli zapewniać taką pomoc, jaka w określonych sytuacjach zdrowotnych jest mu najbardziej potrzebna. Relacja pielęgniarka-pacjent jest relacją pielęgnacyjną, zbudowaną wokół celów określonych w procesie pielęgnowania.

### **Założenia i cele pracy**

Na podstawie analizy literatury przedmiotu i rozważań zawartych we wstępnej części pracy można założyć, że:

- współczesnej pielęgniarce zależy na dobrej i skutecznej komunikacji z pacjentem;
- posiada ona umiejętności potrzebne do skutecznej komunikacji z pacjentem.

Celem pracy będzie sprawdzenie prawdziwości tych założeń i próba uzyskania odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy pielęgniarki potrafią skutecznie komunikować się z pacjentem i czy zależy im na takiej komunikacji?
- Czy znają zasady i techniki komunikacyjne?
- Czy dobra i skuteczna komunikacja pomaga w pracy pielęgniarki: pomaga w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych?
- Czy skuteczna komunikacja może stać się swoistą terapią dla pacjenta?
- Jakie główne bariery we wzajemnej komunikacji dostrzegają pielęgniarki i pacjenci?
- Czy pielęgniarki dostrzegają potrzebę szkoleń z zakresu komunikacji?

### **Material badawczy**

Przedmiotem badań był proces komunikacji pomiędzy pielęgniarką i pacjentem. Ponieważ proces ten i jego skuteczność zależy zarówno od nadawcy, jak i odbiorcy, badania zostały przeprowadzone wśród pielęgniarek i wśród pacjentów.

Badania zostały przeprowadzone w SP ZOZ Szpital Wojewódzki Jelenia Góra. Przebadano grupę 50-ciu pielęgniarek i 50-ciu pacjentów, którzy wyrazili zgodę na badanie, głównie z oddziałów: kardiologicznego, chirurgii urazowej, neurologii oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

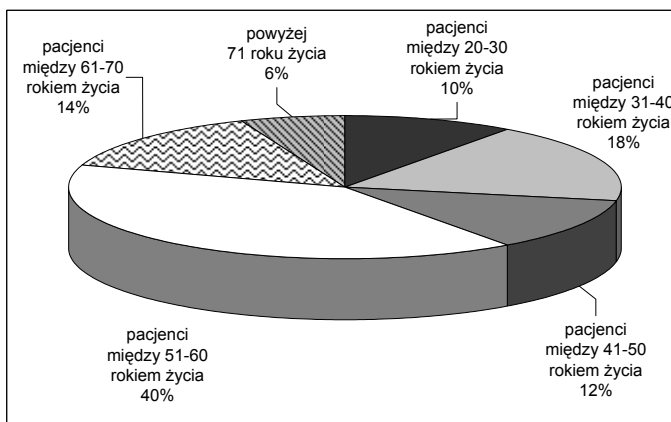
Przyjętą metodą badawczą była ankieta oraz metody ją dopełniające: wywiad bezpośredni oraz obserwacja uczestnicząca.

### **Wyniki badań i ich omówienie**

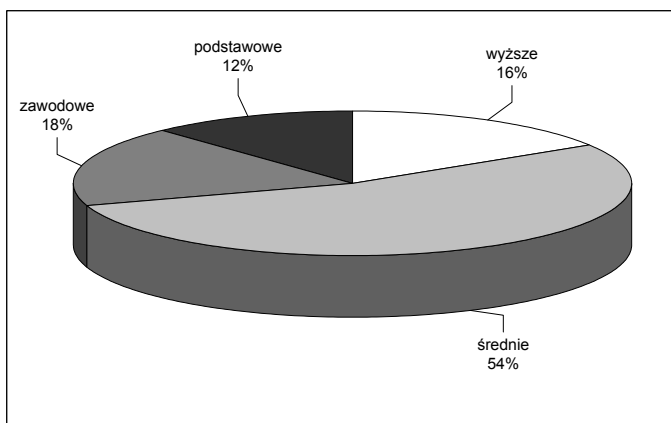
W badaniu skierowanym do pacjentów wzięło udział 29 kobiet i 21 mężczyzn. Największą grupą badanych stanowili pacjenci pomiędzy 51 a 60 rokiem życia oraz pacjenci

pomiędzy 31 a 40 rokiem życia; strukturę procentową badanej grupy pacjentów według wieku prezentują na wykresie 1.

**Wykres 1. Struktura badanej grupy pacjentów według wieku**



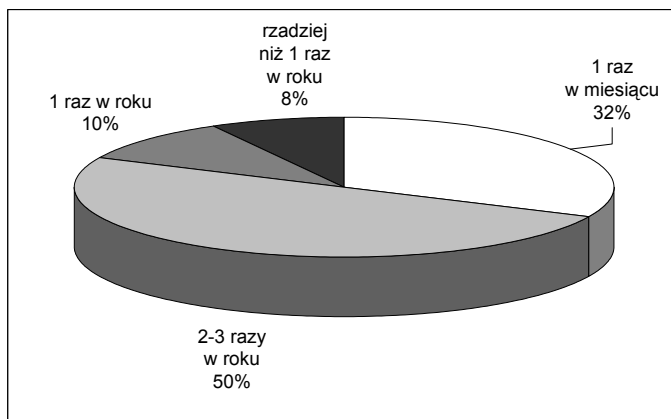
**Wykres 2. Struktura badanej grupy pacjentów według wykształcenia**



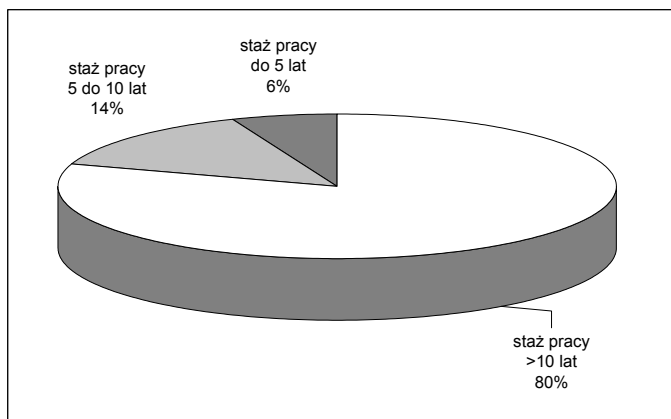
27 osób posiada wykształcenie średnie, 8 wyższe i 9 zawodowe, a tylko 6 osób podstawowe. W grupie badanych 3 osoby to uczniowie, pozostali w równych częściach to osoby pracujące oraz renciści i emeryci. Spośród badanych 25 osób korzysta z placówek służby zdrowia 2-3 razy w roku, 16 osób korzysta z tych placówek 1 raz w miesiącu, tylko 9 osób korzysta z placówek 1 raz w roku lub rzadziej.

Możemy oczekiwać, że opinia tych pacjentów będzie wiarygodna, ponieważ mają oni częsty kontakt z pracownikami ochrony zdrowia (pielęgniarkami).

**Wykres 3. Struktura badanej grupy pacjentów uwzględniająca częstość korzystania z placówek służby zdrowia**



**Wykres 4. Struktura badanej grupy pielęgniarek według stażu pracy**



Wśród pielęgniarek 80% to osoby z ponad 10-cio letnim stażem pracy, posiadają więc bogate doświadczenie w komunikacji z pacjentem.

Przeprowadzając badania ankietowe wśród pielęgniarek i pacjentów chciałam poznać ich opinię na temat procesu komunikacji pielęgniarka-pacjent. Badałam różne obszary tego procesu: komunikację werbalną i niewerbalną, przekaz pisemny, znajomość technik komunikacyjnych, komunikację terapeutyczną, bariery komunikacyjne. Poniżej prezentuję niektóre wyniki badań.

### **Komunikacja werbalna**

Badając umiejętności komunikacji werbalnej pielęgniarek poprosiłam o wypełnienie testu, wyniki którego przedstawiam w tabeli 1.

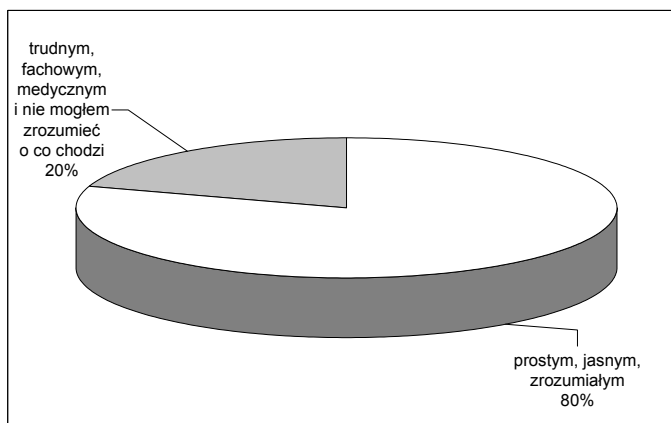


**Tabela 1. Wyniki badania umiejętności mówienia pielęgniarek**

Kiedy mówisz:	zwykle	często	czasami	rzadko
1. Planujesz, co i kiedy najlepiej jest powiedzieć?	19	21	8	2
2. Przewidujesz, jak zareaguje słuchacz?	6	9	21	14
3. Unikasz kontaktu wzrokowego?	1	2	17	30
4. Przyjmujesz, że słuchacz(e) mają podobne przygotowanie, opinie, odczucia?	2	8	20	20
5. Formułujesz zdania, zanim je wypowiesz?	14	13	11	12
6. Dominujesz w rozmowie?	0	6	19	35
7. Wymawiasz kwestie donośnie, wyraźnie i poprawnie?	34	16	7	3

Z powyższej tabeli wynika, że pielęgniarki znają zasady komunikacji słownej. Zdecydowana większość planuje swoją wypowiedź. Rzadko przewidują, jak zareaguje słuchacz, ani nie zakładają, że słuchacze mają podobną wiedzę, opinie czy odczucia. Pozwala to na wyrażenie swojego komunikatu, tak aby był zrozumiały dla wszystkich (jasnym, prostym językiem). Starają się utrzymać kontakt wzrokowy. Prowadząc rozmowę, starają się nie być stroną dominującą.

Próbując ocenić, jak pacjenci oceniają przekaz werbalny (czyli słowny), zapytałam ankietowanych o określenie, jakim językiem posługują się pielęgniarki: 40 osób odpowiedziało, że prostym, jasnym, zrozumiałym, a 10, że trudnym, fachowym, medycznym („nie mogłem zrozumieć o co chodzi”).

**Wykres 5. Język jakim posługują się pielęgniarki (w ocenie pacjentów)**

Pacjenci ocenili język jakim posługują się pielęgniarki jako: prosty, jasny, zrozumiały. Ocena ta jest zgodna z wynikami testu przeprowadzonego wśród pielęgniarek. Pielęgniarki posiadają również umiejętność dobrego słuchania. Rzadko wyłączają się w czasie rozmowy, starają się być skoncentrowane, nawet gdy rozmowa ich nie interesuje. Podtrzymują kontakt wzrokowy i nie zastanawiają się nad odpowiedzią podczas gdy ktoś jeszcze mówi. Wyniki szczegółowe prezentuję w tabeli 2.

**Tabela 2. Wyniki badania umiejętności słuchania pielęgniarek**

Kiedy słuchasz:	zwykle	często	czasami	rzadko
1. Wylączasz się, gdy mówca mówi coś, czego nie chcesz usłyszeć?	3	3	20	26
2. Powtarzasz własnymi słowami, co ktoś właśnie powiedział?	0	17	16	17
3. Starasz się wyglądać, jak gdybyś słuchał(a), podczas gdy w rzeczywistości jest inaczej?	5	6	18	21
4. Patrząysz na mówiącego?	28	21	1	0
5. Formułujesz w myśli odpowiedź, podczas gdy ktoś wygłasza jeszcze swoją kwestię?	1	10	13	26
6. Koncentrujesz się nawet wtedy, gdy nie jesteś zainteresowany(a)?	16	17	13	4

**Tabela 3. Wyniki badania umiejętności pisania pielęgniarek**

Kiedy piszesz:	zwykle	często	czasami	rzadko
1. Myślisz o osobie, do której piszesz?	34	10	6	0
2. Planujesz list?	6	25	5	14
3. Używasz mocnych sformułowań podkreślających znaczenie komunikatu?	17	23	6	4
4. Używasz długich, złożonych zdań?	9	7	10	24
5. Sprawdzasz tekst pod względem poprawności gramatycznej, ortograficznej i interpunkcji?	25	19	2	4
6. Sprawdzasz poprawność i rzetelność faktów i liczb?	32	12	6	0

Zaprezentowane w tabeli 3 dane liczbowe pozwalają na stwierdzenie, że pielęgniarki znają zasady pisania komunikatów. W większości planują taką wypowiedź. Starają się unikać złożonych zdań. Używają sformułowań podkreślających znaczenie komunikatu. Zwracają uwagę na poprawność ortograficzną i interpunkcyjną oraz prawdziwość i rzetelność faktów.

**Tabela 4. Wyniki badania umiejętności czytania pielęgniarek**

Kiedy czytasz:	zwykle	często	czasami	rzadko
1. Wyszukujesz znaczenie nieznanymi Ci słów?	21	16	12	1
2. Rozpraszasz się łatwo, gdy coś się dzieje w otoczeniu?	3	9	18	20
3. Zdajesz sobie sprawę z reakcji emocjonalnych na pewne wiadomości?	17	31	2	0
4. Przerywasz czytanie, gdy zdaje Ci się, że wiesz, co autor chciał powiedzieć?	0	6	17	27
5. Reasumujesz w myśli kluczowe myśli autora?	3	8	21	18
6. Starasz się konsekwentnie zrozumieć tekst np. dopytując się, doczytując inne teksty?	18	23	9	0
7. Złościsz się, gdy opinie autora różnią się od Twoich?	2	2	6	40

Jak wynika z tabeli pielęgniarzki posiadają umiejętności czytania. Skupiają się na czytelnym tekście. Starają się jak najlepiej go zrozumieć, wyszukują znaczenia nieznanymi wyrazów. Reasumują w myślach kluczowe myśli autora tekstu.

### Komunikacja niewerbalna

Badając komunikację niewerbalną pielęgniarek oceniano takie obszary: oczy; gesty; postawę, głos. Poniżej prezentuję tabelaryczne zestawienie wyników badań.

**Tabela 5. Wyniki badania umiejętności podtrzymywania kontaktu wzrokowego**

Oczy:	zwykle	często	czasami	rzadko
1. Patrzysz się w oczy osoby, do której mówisz?	16	10	1	0
2. Patrzysz się w oczy osobie, która do Ciebie mówi?	17	7	0	2
3. Starasz się utrzymać kontakt wzrokowy podczas rozmowy?	17	6	2	0
4. Rozglądasz się wokół, gdy ktoś mówi?	0	0	7	18
5. Mrugasz powiekami lub masz oczy, szeroko otwarte" podczas rozmowy?	1	4	7	14

Jak wskazują dane zawarte w tabeli 5, pielęgniarzki starają się podtrzymywać kontakt wzrokowy z rozmówcą, nie rozglądają się i nie mrugają powiekami.

**Tabela 6. Wyniki badania umiejętności modulacji głosu**

Głos:	zwykle	często	czasami	rzadko
1. Starasz się mówić „konwersatoryjnie“?	29	13	4	4
2. Mówisz odpowiednio głośno, by wszyscy Cię słyszeli?	29	12	6	3
3. Zmieniasz brzmienie głosu, szybkość mówienia, donośność?	26	13	9	2
4. Mówisz zbyt szybko?	1	3	22	24
5. Często stawiasz pauzy w środku zdania?	2	1	19	28

Dane zawarte w tabeli 6 pozwalają na stwierdzenie, że pielęgniarzki starają się mówić konwersatoryjnie, odpowiednio głośno, modulują głos oraz zwracają uwagę na szybkość mówienia.

**Tabela 7. Wyniki badania zachowania pielęgniarek w trakcie rozmowy**

Gesty:	zwykle	często	czasami	rzadko
1. Twoje gesty są naturalne i swobodne?	24	23	1	2
2. Trzymasz łokcie i dłonie oddalone od tułowia podczas rozmowy?	4	2	16	28
3. Wskazujesz gestem, że chcesz jeszcze mówić lub że chcesz komuś przerwać albo zachęcić do wypowiedzi?	16	15	15	4
4. Twoje gesty są ograniczone i niezdecydowane?	4	4	23	19
5. Podczas rozmowy szarpiesz, mnisz ubranie?	2	1	8	39
6. Podczas rozmowy dotykasz rękami twarzy, ust?	1	2	10	37

Podczas rozmowy pielęgniarki starają się zachować swobodne i naturalne gesty, pokazują gestem, że chcą przerwać rozmowę lub zachęcają do wypowiedzi. Nie chcą sprawiać wrażenia osoby zdenerwowanej, podczas rozmowy nie dotykają twarzy ani ust, również nie szarpią czy mną swojego ubrania.

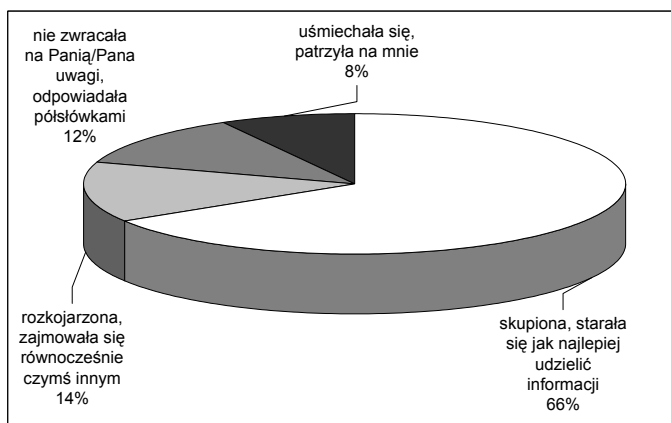
**Tabela 8. Wyniki badania postawy jaką przyjmują pielęgniarki w trakcie rozmowy**

Postawa:	zwykle	często	czasami	rzadko
1. Przyjmujesz postawę otwartą, zrelaksowaną?	26	17	7	0
2. Spacerujesz dostojnie?	7	3	13	27
3. Odpowiadając podkreślasz zrozumienie przez pochylenie się ku rozmówcy, uśmiech...?	24	19	4	3
4. Trzymasz się sztywno wyprostowany(a) ?	6	1	25	18
5. Gdy siadasz zakładasz ręce, nogę na nogę?	8	7	20	15
6. Trzymasz łokcie i dłonie blisko tułowia?	7	18	20	5

Analizując dane tabeli 8, można stwierdzić, że pielęgniarki przyjmują postawę otwartą (nie zakładają nogi na nogę ani nie krzyżują rąk). Pochylają się w stronę rozmówcy, aby stworzyć wrażenie rozumienia rozmówcy i zachęcić go do dalszej rozmowy. Starają się uśmiechać.

Na podstawie powyższych rozważań możemy stwierdzić, że pielęgniarki znają zasady komunikacji niewerbalnej i stosują je w trakcie rozmów z pacjentami. Znajduje to potwierdzenie w opiniach pacjentów. Poniżej prezentuję wykres 6, na którym przedstawiam opinię pacjentów na temat zachowania się pielęgniarki w czasie rozmowy z pacjentem.

**Wykres 6. Zachowanie pielęgniarek w trakcie rozmowy w ocenie pacjentów**



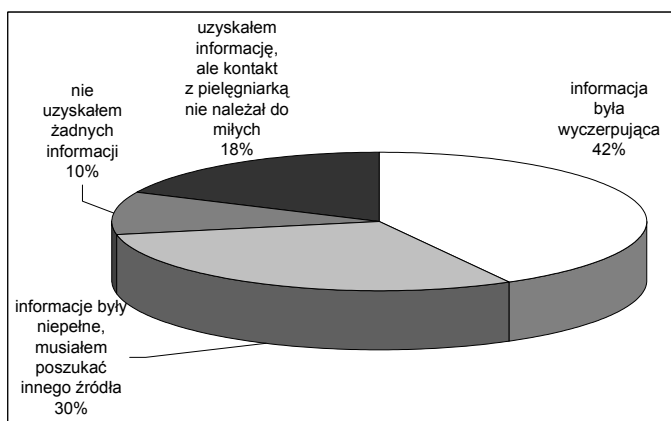
Spśród badanych pacjentów 33 osoby odpowiedziały, że pielęgniarki w trakcie udzielania informacji czy rozmowy z nimi starają się być skupione i jak najlepiej udzielić tej

informacji, 10 z nich dodało, że pielęgniarki uśmiechały się i patrzyły na rozmówcę. Tylko 7 osób odpowiedziało, że pielęgniarka była rozkojarzona i zajmowała się czymś innym, a 6 osób stwierdziło, że pielęgniarki nie zwracały na nie uwagi i odpowiadały półsłówkami.

Interesowało mnie również zdanie pacjentów na temat jakości otrzymywanych informacji, czy jest ona pełna i czy pacjenci są z niej zadowoleni: 21 osób uzyskało wyczerpujące informacje, 15 osób uzyskało informację ale niepełną i musiało poszukać innego źródła, 5 osób nie uzyskało żadnych informacji, a 9 osób chociaż uzyskało informację, nie było zadowolonych z kontaktu z pielęgniarką.

Wyniki w sposób procentowy przedstawiam na wykresie 7. Sumując osoby, które nie uzyskały żadnej informacji i osoby które uzyskały informację niepełną oraz te niezadowolone z kontaktu z pielęgniarką, widzimy, że większa część ankietowanych pacjentów nie uzyskała potrzebnych informacji.

**Wykres 7. Zadowolenie pacjentów z informacji uzyskanych od pielęgniarki**

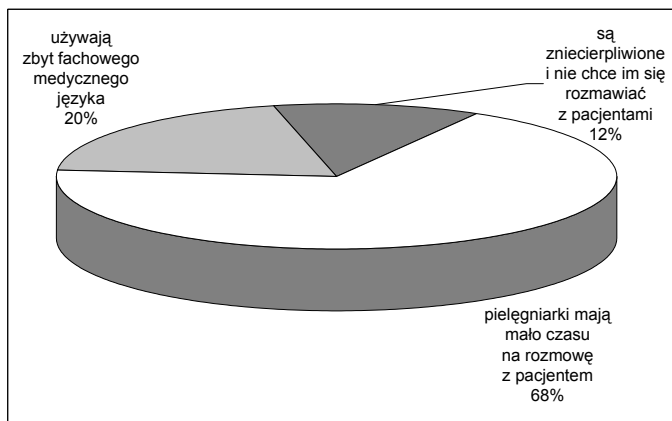


Jakie mogły być przyczyny niezadowolenia pacjentów z otrzymanych informacji?

Z rozważań zawartych we wstępnej części pracy wiemy, że w procesie komunikacji mogą wystąpić różne bariery komunikacyjne, mające duży wpływ na jakość tej komunikacji. Ankietowani pacjenci również dostrzegają te bariery.

Główną barierą jaką dostrzegają ankietowani pacjenci (wykres 8) jest brak czasu pielęgniarek na rozmowę. Ankietowani dodawali, że jest zbyt mało personelu, a dużo pracy, pielęgniarki mogą rozmawiać tylko wykonując zlecenia czy czynności pielęgnacyjne, nie mają czasu na spokojną rozmowę. Pacjenci chcieliby zaspokajać swoją potrzebę kontaktu z drugim człowiekiem, rozmawiać z pielęgniarkami nie tylko o swojej chorobie czy dolegliwościach, a pielęgniarki na takie rozmowy nie mają zupełnie czasu. Chorzy podkreślali ważność cech charakteru pielęgniarek. Są pielęgniarki, z którymi rozmawiają chętniej i częściej, ale są też takie, z którymi pacjenci nie lubią rozmawiać, które, jak to określili w ankietach, „mają zawsze zły dzień”.

### Wykres 8. Bariery komunikacyjne dostrzegalne przez pacjentów



Ankietowane pielęgniarki w 100%, jako główną barierę komunikacyjną wymieniły brak czasu i za małą liczbę personelu. Inne bariery dostrzegane przez pielęgniarki to: stan zdrowia pacjenta, fachowy język, wypalenie zawodowe i brak zaangażowania w pracę.

Z powyższej prezentacji wyników badań wynika, że główną przyczyną złej komunikacji dostrzeganą zarówno przez pacjentów jak i pielęgniarki jest brak czasu spowodowany zbyt dużą ilością obowiązków, co może prowadzić do wypalenia zawodowego i braku zainteresowania wykonywaną pracą.

Jeśli chodzi o komunikację pisemną (formularze) wypełniało je w trakcie leczenia 31 respondentów ankiety, z tego 22 osoby odpowiedziały, że są proste i łatwe do wypełnienia, pozostałe 9 osób szukało pomocy w ich wypełnieniu. 24 osoby stwierdziły, że zostały poinformowane przez pielęgniarki jak je wypełnić, 7 osób – że nie.

### Wykres 9. Ogólna ocena komunikacji z pielęgniarkami i zadowolenie z niej pacjentów



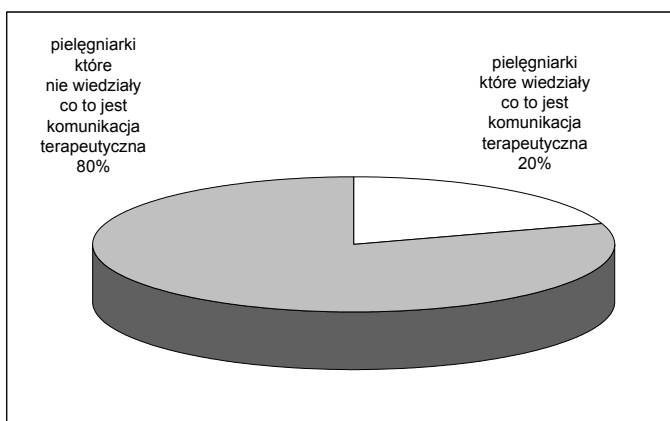
Poproszeni o ogólną ocenę komunikacji z pielęgniarkami (wykres 9), pacjenci stwierdzili co następuje: 36 osób zawsze było zadowolonych z tej komunikacji, 14 osób było zadowolonych tylko czasami, żaden z respondentów nie wybrał odpowiedzi „Nigdy nie

byłem zadowolony”. Z powyższego wykresu wynika, że w ogólnej ocenie komunikacji z pielęgniarkami przeważająca część respondentów jest zadowolona.

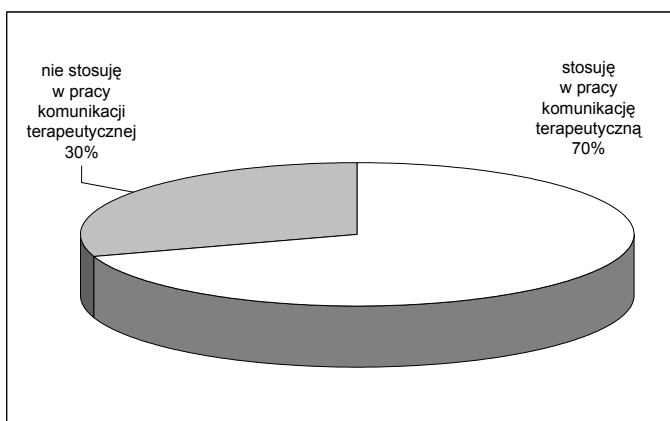
Komunikując się z pacjentem pielęgniarki powinny korzystać z adekwatnych technik komunikacyjnych. Zapytane o to, czy w komunikacji z pacjentem stosują techniki komunikacyjne, 42 ankietowane pielęgniarki deklarowały stosowanie technik komunikacyjnych, 8 stwierdziło, że nie zna żadnych technik komunikacyjnych. Na uwagę zasługuje fakt, że poproszone pielęgniarki o podanie technik komunikacyjnych, z jakich korzystają w trakcie rozmowy z pacjentami, żadna z pielęgniarek nie podała ani jednej techniki komunikacyjnej. Płyne stąd wniosek, że pomimo deklaracji stosowania technik komunikacyjnych pielęgniarki ich nie stosują, bo ich nie znają.

Podobnie wyglądały odpowiedzi w pytaniach o komunikację terapeutyczną. Prezentuje je na poniższych wykresach 10 i 11.

**Wykres 10. Stosowanie komunikacji terapeutycznej przez pielęgniarki**



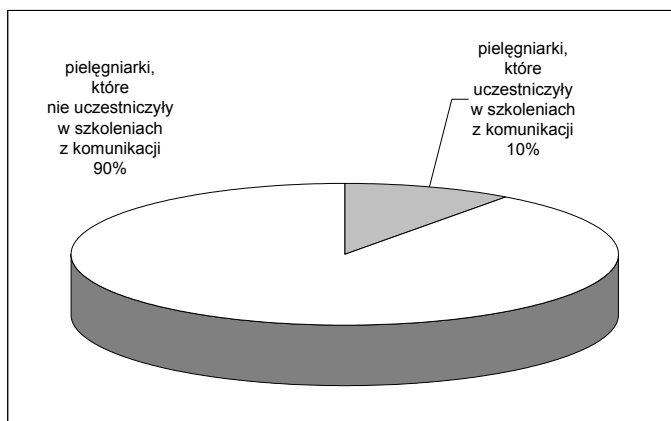
**Wykres 11. Znajomość komunikacji terapeutycznej**



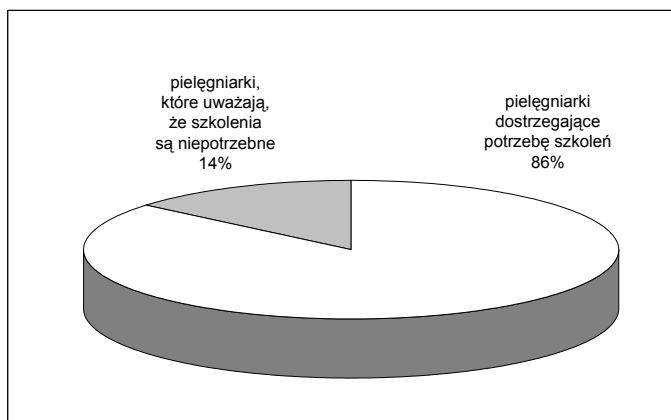
Z przedstawionych wykresów widzimy, że nie można stosować czegoś, jeśli się nie wie co to jest.

Z przytoczonych powyżej danych wynika, iż pielęgniarki nie znają ani technik komunikacyjnych ani nie bardzo wiedzą co to jest komunikacja terapeutyczna. Myślę, że wynikający z tego fakt potrzeby szkoleń jest oczywisty. Pielęgniarki same też dostrzegają potrzebę szkoleń z zakresu komunikacji, zwłaszcza, że większość z nich w takich szkoleniach nigdy nie uczestniczyła, a co więcej nawet w trakcie nauki zawodu nie miała omawianych zagadnień związanych z komunikacją. Spośród ankietowanych pielęgniarek tylko 5 uczestniczyło w szkoleniach z zakresu komunikacji, a potrzebę szkoleń dostrzegają aż 43 pielęgniarki. Przedstawiam na wykresach 12 i 13 procentowe wyniki.

**Wykres 12. Uczestniczenie pielęgniarek w szkoleniach z komunikacji**



**Wykres 13. Potrzeba szkoleń pielęgniarek z zakresu komunikacji**



Możemy więc stwierdzić, że za brak wiedzy na temat komunikacji nie do końca ponoszą odpowiedzialność same pielęgniarki.

Na zakończenie poprosiłam zarówno pacjentów jak i pielęgniarki o zaznaczenie, co jest dla nich istotne w kontakcie z pielęgniarką (pacjentem). Obie strony procesu komunikacji (pielęgniarki i pacjenci) wskazały te same zachowania komunikacyjne:

- uśmiech;
- spokojny, ciepły ton głosu;



- utrzymanie kontaktu wzrokowego;
- szczegółowość informacji;
- zrozumiały język;
- uważne wysłuchanie.

## Dyskusja

Stopień w jakim komunikacja może wpłynąć na poprawę pracy pielęgniarki zależy w dużej mierze od efektywności komunikacji. Podnoszenie poziomu efektywnej komunikacji warunkuje podnoszenie jakości opieki. Krystyna Wolska-Lipiec w pracy „Komunikowanie z pacjentem i jego rodziną” twierdzi, że zdolność nawiązywania kontaktów jest czynnikiem opiniotwórczym akcentowanym przez pacjentów i ich bliskich, a ponadto, że stopień zadowolenia ze sposobów leczenia i pielęgnowania (jeden z mierników jakości usług medycznych) uzależniany jest od jakości komunikacji interpersonalnej.

W moim przekonaniu, dobra komunikacja w sposób oczywisty wpływa na poprawę usług świadczonych przez pielęgniarkę (im więcej wiem na temat jakiegoś problemu, tym szybciej, lepiej i skuteczniej mogę go rozwiązać), a poprzez to na zadowolenie pacjenta, zaś w efekcie końcowym – na jego opinię o danej pielęgniarence, oddziale, szpitalu itp.

Dobra komunikacja może spełniać również inną rolę. Efektywna, nacechowana empatią komunikacja słowna stanowi w niektórych sytuacjach w zasadzie główne narzędzie terapii. Uważam, że dzieje się tak we wszystkich sytuacjach, gdzie należy zmniejszyć napięcie lękowe pacjenta poprzez emocjonalne wsparcie oraz towarzyszenie pacjentowi i rozmowę. Szczególnie w chorobach źle rokujących, przewlekłych, po zabiegach chirurgicznych, a także z osobami w stanach terminalnych. Wtedy taką komunikację uważa się za komunikację terapeutyczną: sposób komunikowania się z pacjentem na drodze psychologicznej wspomaga stosowane w jego przypadku metody leczenia i pielęgnacji.

W moim przekonaniu, pielęgniarki powinny często korzystać z takiego sposobu komunikacji. Argumentem przemawiającym za tym jest możliwość redukcji u pacjenta „niechcianych uczuć”: lęku, gniewu, poczucia krzywdy, depresji, poczucia bezradności oraz możliwość wspierania chorego, budzenia w nim wiary i nadziei, poczucia własnej wartości, rozumienia sytuacji w jakiej się znajduje i poczucia panowania nad nią (kontroli). Pozwala to na zbudowanie pozytywnych relacji z pacjentem, zdobycie zaufania i chęci do współpracy.

Zaskoczył mnie fakt, że tylko połowa ankietowanych pielęgniarek zadeklarowała taki sposób komunikacji z pacjentem. W moim odczuciu, to niewiele i należałoby to zmienić. Ciekawy jest fakt, że tylko co trzecia z ankietowanych pielęgniarek potrafiła odpowiedzieć na pytanie, co to jest komunikacja terapeutyczna. Z zestawienia tych dwóch wyników widać, że duża część ankietowanych „stosuje” taką komunikację, nie wiedząc o tym. Myślę, że w rzeczywistości pielęgniarki dużo częściej korzystają z takiej komunikacji, ale robią to intuicyjnie, nieświadomie, a przez to nie w pełni wykorzystują możliwości jakie daje komunikacja terapeutyczna.

W pracy „Sprawy zawodowe” pani Anna Blak-Kaleta przedstawia pogląd następujący: pielęgniarka odpowiedzialna za opiekę nad pacjentem powinna znać i praktykować techniki komunikacyjne, ponieważ efektywne komunikowanie się jest procesem nie tylko wymiany informacji i uczuć, ale również narzędziem pracy w procesie terapeutycznym.

W przeprowadzonych badaniach ani jedna pielęgniarka nie wymieniła żadnej z technik komunikacyjnych. Wniosek: pielęgniarki takich technik nie znają. Czy ich nie stosują? Często można usłyszeć jak pielęgniarka rozmawiając z pacjentem mówi: np. Co pani rozumie pod pojęciem...? lub Co pan ma na myśli, mówiąc że...? Są to pytania, które używamy stosując technikę „uściślenia wypowiedzi”. W innym miejscu słyszymy pielęgniarkę, która przytakuje: „tak, to ciekawe”, „hm”, „aha”; jest to technika „potwierdzania informacji”. Zdarza się też, że pielęgniarka powtarza własnymi słowami to co przed chwilą powiedział pacjent: „O ile dobrze zrozumiałam, chciał pan powiedzieć, że...”; jest to technika „klaryfikacji”

Możemy zatem wysnuć wniosek, że pielęgniarki stosują techniki komunikacyjne nie wiedząc o tym. Jest to bardziej intuicyjne, niż świadome działanie mające poprawić ich komunikację z pacjentem. Odbywa się na zasadzie *nieświadomej niekompetencji* (pojęcie zaczerpnięte z psychologii).

Na zakończenie moich rozważań chciałabym poruszyć problem barier komunikacyjnych. Z moich badań wynika, że respondenci dostrzegają takie bariery, ale na pierwszym miejscu zarówno pielęgniarki jak i pacjenci stawiają brak czasu pielęgniarki na spokojną rozmowę z chorym. Pacjenci w swoich wypowiedziach podkreślają, że pielęgniarki mogą tylko rozmawiać podczas wykonywania jakichś czynności przy pacjencie. A taka komunikacja, choć ważna, nie jest satysfakcjonująca dla pacjenta.

## **Wnioski**

Z przeprowadzonych badań wynikają następujące wnioski:

1. Pielęgniarki potrafią skutecznie komunikować się z pacjentem. Potwierdzają to również badani pacjenci, którzy uważają, że komunikacja ta jest dobra.
2. Pielęgniarki znają zasady komunikacji werbalnej i niewerbalnej, nie znają jednak żadnych technik komunikacyjnych.
3. Wszystkie badane pielęgniarki stwierdziły, że dobra komunikacja może usprawnić ich pracę.
4. Tylko co trzecia z ankietowanych pielęgniarek wie, co to jest komunikacja terapeutyczna i stosuje ją w swojej praktyce.
5. Główną barierą komunikacyjną jaką dostrzegają pielęgniarki i pacjenci jest brak czasu.
6. Pielęgniarki dostrzegają potrzebę szkoleń w zakresie komunikacji.

Violetta Katarzyna Kois

## **Komunikowanie się z osobami starszymi w oddziale wewnętrznym**

(Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)

W oddziale wewnętrznym mamy do czynienia z pacjentami w różnym przedziale wiekowym. Są to pacjenci mający pierwszy kontakt z oddziałem szpitalnym, jak również po wielokrotnych pobytach w innych placówkach służby zdrowia. Posiadanie wiedzy na temat komunikowania się, tak zasad ogólnych jak również technik oraz alternatywnych metod porozumiewania się jest nieocenioną wartością w pracy pielęgniarki.

W oddziale wewnętrznym spotykamy się z osobami posiadającymi indywidualną osobowość, poglądy i opinie, jak również złożone deficyty zdrowotne, których powodem może być choroba lub starzenie się organizmu. Wszystko wokół nas powstaje, ma swój okres rozkwitu i ulega zniszczeniu. Człowiek również przechodzi różne etapy w swoim życiu, a jednym z nich jest okres starzenia się, którego nieuchronnym zakończeniem jest śmierć. Starzenie się jest nieuniknionym, powszechnym, długotrwałym, zróżnicowanym, wielopłaszczyznowym i naturalnym procesem, zależnym od człowieka i czynników społecznych, ekonomicznych, biologicznych, psychologicznych, ekologicznych, historycznych i kulturowych.

### **Pacjent w szpitalu**

Konieczność podjęcia przez pacjenta leczenia szpitalnego jest sytuacją stresogenną. Poziom stresu uzależniony jest od wielu czynników: stanu pacjenta, reakcji na chorobę i związaną z nią hospitalizację, doświadczeń z poprzednich pobytów w szpitalach oraz jakości świadczonych tam usług medycznych, jak również warunków w jakich znajdował się przed przyjęciem do szpitala.

Sami uczestnicząc w życiu społecznym, korzystając z różnych usług, bywamy w roli klienta (petenta, pacjenta). Wiąże się to z niepokojem, jak zostaniemy odebrani i obsłużeni przez osoby udzielające nam usługi, informacji. W kontaktach z innymi ludźmi wiemy, jak chcielibyśmy być potraktowani przez partnera komunikacji; w taki właśnie sposób powinniśmy odbierać i traktować partnerów (pacjentów, członków rodziny), którzy kontaktują się z nami i posiadają określone przez siebie oczekiwania.

Potrzeba szpitalnego leczenia wyłącza pacjenta z życia domowego. Wkracza on w nieznane mu miejsce, gdzie otaczają go osoby mu obce. Sytuacja ta budzi w pacjencie lęk i niepokój, który potęgowany jest obawą o własne zdrowie i życie.

Pierwsze zetknięcie się pacjenta z rzeczywistością szpitala ma ogromne znaczenie. Pacjent nowo przyjęty odczuwa niepokój związany z koniecznością hospitalizacji, a zetknięcie z kompetentnym zespołem może podzielać na niego uspokajająco. W tym decydującym momencie pacjent musi odczuć, że jest ośrodkiem zainteresowania, otaczająca go atmosfera jest przesycona troską o jego stan zdrowia, a personel serdecznością.

### **Pacjent w oddziale wewnętrznym**

Pacjent, który po raz pierwszy styka się z naszym oddziałem (wewnętrznym) wymaga szczególnie troskliwej opieki i wnikliwej obserwacji, jak również dobrania odpowiedniej metody komunikowania w celu nawiązania pozytywnego kontaktu z pacjentem. W trakcie rozmowy (wywiad) mogą ujawnić się zaburzenia świadomości, do których należą zamroczenie, splątanie lub niepokój. Zwracamy również uwagę na sprawność fizyczną i ruchliwość podczas chodzenia lub poruszania się w łóżku. Poczucie akceptacji i szacunku, jakim darzymy pacjenta, pozwala na stworzenie klimatu ciepła, a empatia wzbudza zaufanie i wpływa na pozyskanie go jako partnera w trudnym okresie adaptacji w warunkach szpitalnych. Gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwala, zapoznujemy go z personelem, topografią i harmonogramem oddziału oraz przysługującymi mu prawami.

Pacjent, który kolejny raz korzysta z naszej opieki, jest nam znany z poprzednich pobyków. Wiemy w jaki sposób najskuteczniej się z nim porozumieć, zna on topografię i harmonogram oddziału oraz personel, jak również prawa mu przysługujące. Uwagę swoją koncentrujemy na obserwacji zmian jakie zaszły w osobie pacjenta, a szczególnie w jego stanie zdrowia od czasu poprzedniego pobytu. Daje nam to obraz wyniku stosowania (bądź niestosowania) się przez pacjenta do wcześniejszych zaleceń. Jeżeli wynik jest negatywny (pogorszenie się stanu zdrowia) staramy się znaleźć powód (przyczynę) takiego stanu i sposób, który pozwoli skutecznie wpłynąć na zahamowanie lub odwrócenie tej sytuacji.

Powody ponownych pobyków w szpitalu bywają bardzo różne i wynikają z różnych przyczyn: niedoinformowanie w zakresie leczenia bądź pielęgnacji, brak środków finansowych na zakup leków lub niedostateczna opieka w środowisku domowym. Biorąc pod uwagę przyczynę, staramy się znaleźć i wprowadzić w życie środki zaradcze, pozwalające pacjentowi na życie i sprawowanie opieki nad zdrowiem w optymalnych warunkach.

Członkowie rodzin są również zaniepokojeni stanem zdrowia pacjenta. Może to sprawić, że potrzebują wielokrotnych wyjaśnień i słów uspokojenia. Do zadań pielęgniarki należy także edukacja członków rodziny dotycząca dalszej pielęgnacji.

## **Specyfika komunikowania się z pacjentami w oddziale wewnętrznym**

Osoby starsze są specyficznymi partnerami w komunikowaniu, gdyż posiadają one pewne ugruntowane przekonania i właściwą sobie obyczajowość, a na ich zachowania mają wpływ różnego rodzaju doświadczenia.

Grupa osób w starszym wieku metrykalnym z roku na rok się zwiększa, dlatego kompetencje komunikacyjne pielęgniarek i osób sprawujących opiekę są tak ważne w gerontologii. Rozmowa z osobą starszą wymaga zachowania taktu i wyczucia, a obserwacja pozwala brać pod uwagę reakcję rozmówcy.

Pielęgniarka w trakcie rozmowy rozpoznaje możliwości komunikacyjne pacjenta wynikające z biologicznego, psychicznego i społecznego wymiaru choroby. Identyfikuje przeszkody, ocenia możliwości pacjenta w kwestii porozumiewania się i w razie potrzeby dobiera odpowiednią, alternatywną metodę komunikowania.

Aby przekazywane komunikaty były zrozumiane, wypowiedzi pielęgniarki powinny charakteryzować się wiarygodnością, spójnością, a przekazywana treść powinna być jasna i zrozumiała (język potoczny). Rozumienie mowy zwiększa utrzymanie kontaktu wzrokowego, używanie krótkich zdań, a wolna mowa powinna być wspomagana mimiką i wzmocniona gestami.

Do zadań pielęgniarki należy przygotowanie rodziny do sprawowania opieki nad zdrowiem pacjenta w wieku starszym. W związku z tym, że proces starzenia dotyczy całego organizmu i wszystkich sfer życia człowieka, rodzinie opiekującej się osobą starszą przekazujemy zindywidualizowane potrzebne informacje. Dotyczą one dalszej pielęgnacji i rehabilitacji i uwzględniają wiek oraz postęp choroby pacjenta. Osoby starsze wymagają uwagi opiekunów pod względem zapobiegania nieszczęśliwym zdarzeniom (urazom). Często także (zaburzenia pamięci) konieczny jest nadzór i pomoc w życiu codziennym. Pomoc osobie starszej nie powinna polegać na wyręczaniu, tylko na aktywizacji w codzienne obowiązki związane z życiem i samoopieką. Pomocne jest wyraźne oznakowanie leków za pomocą kolorowych karteczek z opisem pory i dawki leku. W przypadku zaawansowania procesów związanych ze starością i chorobą leki można rozłożyć w specjalnej szufladce. Osoby mające problemy z pamięcią nie powinny mieć dostępu do leków (wydawanie odpowiedniej dawki) ani środków żrących.

### **Komunikowanie się z osobami starszymi, u których wystąpiły wybrane deficyty zdrowia**

Osoby starsze będące klientami oddziału wewnętrznego to pacjenci posiadający różnego rodzaju ograniczenia przejściowe lub stałe, dotyczące sfery sensorycznej, fizycznej bądź psychicznej:

- niepełnosprawność sensoryczna czyli uszkodzenie narządów zmysłów (słuchu, wzroku),
- niepełnosprawność fizyczna (motoryczna) związane z uszkodzeniem narządów ruchu,

- niepełnosprawność psychiczna (upośledzenie umysłowe, demencja),
- osoby z niepełnosprawnością złożoną.

Sprawując opiekę nad pacjentem, którego najwyższym dobrem jest jego zdrowie, staramy się przywrócić najbardziej optymalny dobrostan, wskazać sposoby i możliwości rekompensujące deficyty.

### **Uszkodzenie słuchu**

Komunikując się z osobami niedosłyszącymi należy:

- uzyskać informację o ewentualnym upośledzeniu słuchu i stopniu niedosłuchu,
- mówić powoli, bez nadmiernej mimiki i wyraźnie, z małymi przerwami (nie wolno krzyczeć),
- mówić blisko ucha osoby niedosłyszącej po stronie aparatu słuchowego,
- starać się patrzeć w czasie mówienia na osobę niedosłyszącą oraz zadbać o właściwe oświetlenie, aby chory mógł czytać z ruchu warg,
- korzystać z pomocniczych środków technicznych np. aparatu słuchowego,
- rozmowę wspomagać gestykulacją,
- w razie potrzeby posługiwać się pismem.

Rozmowę z pacjentem niedosłyszącym inicjujemy dotykiem, a komunikację wspomagamy mimiką i gestami. Podczas rozmowy należy utrzymywać kontakt wzrokowy, pozwalała to pacjentowi odczytywać mowę z ruchu warg, a nam zorientować się, czy treść rozmowy została zrozumiana. Mowa nadawcy powinna być wyraźna, w miarę wolna, nieco głośniejsza niż normalnie, z bliskiej odległości po stronie aparatu słuchowego. Budowane zdania powinny być krótkie, jednoznaczne, zawierać słownictwo z mowy potocznej, gdyż takie słownictwo jest zdecydowanie bardziej zrozumiałe oraz łatwiejsze do przyswojenia przez odbiorcę. Pacjent niedosłyszący kilkakrotnie pyta o to samo chcąc się upewnić czy dobrze zrozumiał. Pielęgniarka natomiast z szacunkiem i cierpliwością przekazuje treść niedosłyszanego komunikatu. Informację można przekazać pisząc, zachowując zasadę, że im prostszy przekaz, tym lepszy w zrozumieniu.

Alternatywną metodą jest graficzna tablica komunikacyjna (tematyczna np. „szpital”), za pomocą której można zadawać pytania i na nie odpowiadać. Tablicę można systematycznie poszerzać umieszczając tam rysunki i nazwy. Powinna ona pozostawać zawsze w zasięgu ręki pacjenta. Niedomoga słuchu w znacznym stopniu ogranicza możliwość odbioru informacji i kontaktu z otoczeniem. Pacjent taki może czuć się wyizolowany i osamotniony. W przypadku hospitalizacji pacjenta z niedosłuchem obowiązują nas zasady dotyczące wszystkich pacjentów. Postępowanie weryfikujemy biorąc pod uwagę niedomogę słuchu i związanymi z tym barierami w komunikowaniu. Zapoznajemy pozostałych pacjentów w sali z zasadami i możliwościami komunikowania się z daną osobą. Czas pobytu w szpitalu może się pacjentowi dłużyć, wówczas proponujemy skorzystanie z kącika

czytelniczego. Moment utraty słuchu ma istotny wpływ na naukę języka mówionego. Mowa osoby nie słyszającej może być niegramatyczna, a artykulacja zaburzona. Powodem tego są ograniczone kanały dopływu informacji oraz ograniczenie słownictwa czynnego i biernego, czyli używanego i rozumianego. Klasycznym językiem, jakim posługują się osoby nie słyszające jest język migowy polegający na gestykulacji dłońmi umownych znaków, które odpowiadają poszczególnym literom alfabetu. Jednak w okresie mojej pracy w oddziale wewnętrznym nie spotkałam osoby wymagającej takiej formy komunikowania.

Osobom sprawującym opiekę nad osobami niedosłyszącymi należy zwrócić uwagę na wynikające z powodu niedosłuchu ograniczenia. Osoby niedosłyszące pozostające same w mieszkaniu wymagają zainstalowania świetlnej sygnalizacji przy drzwiach wejściowych, a wszyscy członkowie rodziny powinni posiadać klucze.

### **Uszkodzenie wzroku**

Osoby niedowidzące przy pomocy korekcji (okulary) mogą w miarę aktywnie uczestniczyć w życiu. W przypadku niedomogi któregoś z narządów dochodzi do rekompensacji i wyostrenia innych zmysłów. Osoby niedowidzące starają się jak najwięcej informacji pozyskać słuchem. W kontakcie z pacjentem niedowidzącym przedstawiamy się głośno i wyraźnie, aby pacjent mógł rozpoznawać nas po głosie. Energiczny uścisk dłoni wyraża sympatię i serdeczność.

Z myślą o osobach niedowidzących, należy umieszczać duże napisy informujące np.: pokój lekarza, sala gimnastyczna, świetlica. Można także do oznaczenia pomieszczeń wykorzystać wypukłe znaki graficzne, których kształty przypisane będą konkretnym miejscom. Należy też pamiętać o oznakowaniu takich miejsc, jak schody, zakręty korytarza, wykorzystując w tym celu np. jaskrawą taśmę. Te sprawdzające się w praktyce pomysły zdecydowanie ułatwiają życie naszym pacjentom.

W przypadku hospitalizowania pacjenta niedowidzącego należy:

- uzyskać informację od rodziny/opiekunów na temat sposobów komunikowania się z pacjentem,
- uprzedzić o wszystkim, co się dzieje i wydarzy wokół niego,
- zapoznać z rozmieszczeniem toalety, umywalki oraz z podstawami obsługi urządzeń sanitarnych,
- usunąć przedmioty mogące spowodować kolizję,
- zapoznać pacjenta dotykami ze sprzętami w pokoju, ich lokalizacją i sygnalizacją przyzywową.

Osobę niedowidzącą staramy się położyć na sali, w której znajdują się osoby widzące, aby w razie potrzeby mogły pomóc lub wezwały pielęgniarkę. Zapobiega to także osamotnieniu i sprzyja nawiązywaniu kontaktów/rozmów z innymi pacjentami. Pacjent niedowidzący wymaga szczególnie, aby wszystkie jego rzeczy znajdowały się w ustalonym miejscu. Sięgając po jakąś rzecz np. grzebień powinien go znaleźć w danym miejscu. Szukanie

i chwytanie na próżno np. miejsca gdzie powinna stać laska lub strącenie jakiegoś przedmiotu może pacjenta wprowadzić w zakłopotanie. Przekazy dotykowe są szczególnie skuteczne w dostarczaniu pocieszenia osobom potrzebującym psychicznego wsparcia. Poprzez dotyk najlepiej dokonuje się transmisja uczucia sympatii, zrozumienia i empatii.

Osoby w wieku podeszłym, które późno utraciły wzrok, są przekonane o całkowitym uzależnieniu od pomocy osób trzecich. Nie chcą korzystać z lasek, nie chcą uczyć się samodzielnego poruszania. Warto zachęcać je do większej samodzielności. Osoby starsze, które straciły wzrok, trudniej godzą się z zaistniałą sytuacją, gdyż postępujące zmiany związane z wiekiem i problemy wynikające ze ślepoty przerastają je. Narzędziem poznającym otaczający świat dla tego człowieka jest bezpośredni dotyk ręką, lub pośredni laską. W celu uniknięcia nietaktu zadajemy pacjentowi tylko konieczne pytania dotyczące utraty wzroku. Sposobem pozwalającym na komunikowanie się jest alfabet Braille'a, a w obecnych czasach dostęp do słowa pisanego jest możliwy poprzez korzystanie z komputerów. Bezpośrednią komunikację można również przeprowadzić za pomocą alfabetu punktowego, poszczególne punkty na dłoni odpowiadają określonym literom. Osoby w wieku starszym z sobie tylko znanych powodów niechętnie uczą się posługiwania alfabetem stworzonym dla ludzi posiadających deficyt wzroku.

Opiekunowie osób niedowidzących powinni mieć na uwadze, że proces starzenia się lub choroby może doprowadzić do całkowitej ślepoty. We wczesnym okresie niedowidzenia należy pacjenta wspierać i pomagać mu w czynnościach dotyczących dnia codziennego. Leki trzeba wyraźnie oznakować (pora i dawka), do pudełek można przymocować kolorowe kartki, a w razie konieczności rozłożyć leki do specjalnych szufladek. Wskazane byłoby wprowadzenie zmian w mieszkaniu i udogodnień w okresie niedowidzenia. W miarę wczesne przystosowanie pomieszczeń pozwoli pacjentowi na zapoznanie się z nimi i ułatwi przemieszczanie do właściwych miejsc. Pacjenta należy aktywizować do codziennych zajęć nie przekraczających jego możliwości, aby nie poczuł się niepotrzebny i wykluczony. Czas wolny osobie niedowidzącej możemy wypełnić spacerami (aktywność fizyczna), wspomnieniami i opowieściami dotyczącymi dnia codziennego, wspólnym słuchaniem radia lub książek nagranych na kasetach i płytach lub czytaniem ulubionych czasopism i książek.

### **Wybrane zaburzenia mowy**

Znaczna grupa osób hospitalizowanych w oddziale wewnętrznym to pacjenci, u których przejściowo bądź trwale występują zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego (udary, wylewy krwi do mózgu i inne przyczyny).

Zaburzenia wyższych czynności nerwowych mogą spowodować:

- afazję – zaburzenia mowy,
- agnozję – zaburzenia poznania,
- apraksję – zaburzenia działania,
- zaburzenia myślenia, uczenia się, pamięci i orientacji.



Pacjenci z zaburzeniami wyższych czynności nerwowych mają trudności w przekazywaniu informacji dotyczących swoich potrzeb, myśli i uczuć, prawidłowym odbieraniu komunikatów, wykonywaniu dotychczasowych czynności.

Pielęgniarka sprawująca opiekę powinna ocenić stan pacjenta i trudności związane z komunikowaniem się, biorąc pod uwagę mówienie, rozumienie, czytanie i pisanie. Ocena ta ma na celu określenie możliwości nawiązania kontaktu i dobraniu alternatywnych metod porozumiewania.

**Afazja** to upośledzenie lub całkowite zniesienie umiejętności mówienia (afazja ruchowa motoryczna) lub rozumienia mowy (afazja czuciowa sensoryczna) w wyniku uszkodzenia ośrodków mowy w mózgu. Rodzaj afazji uzależniony jest od miejsca, w którym nastąpiło uszkodzenie. Głębokość deficytu bywa różna: od całkowitego zniesienia mowy do niewielkiego deficytu, polegającego jedynie np. na trudności ze znalezieniem właściwego słowa. Przy mniej nasilonych trudnościach mowę pacjenta charakteryzuje ograniczone słownictwo lub wielokrotne powtarzanie tego samego słowa, z długimi przerwami między poszczególnymi wyrazami czy zwrotami.

Pacjentom z **afazją motoryczną** (Brocka) często sprawia trudności gramatyczna budowa zdań. Są skłonni posługiwać się zdaniami o bardzo prostej budowie, z przewagą rzeczowników i czasowników oraz nielicznymi przymiotnikami i przysłówkami, co nadaje wypowiedzi styl telegraficzny. Zaburzenie takie często określa się mianem „agramatyzm”. Trudności motoryczne mogą dotyczyć także pisma. Pacjent z afazją ujawnia w piśmie podobne trudności jak w mowie.

**Afazja czuciowa** powstaje na ogół wskutek uszkodzenia zlokalizowanego w pobliżu okolicy Wernickego w półkuli dominującej. Podstawowa trudność polega tu na upośledzeniu rozumienia mowy słyszanej, ale często także słowa pisanego.

Pacjenci z **afazją czuciowo-słuchową** mają trudności z pojmowaniem tego, co się do nich mówi. Problem wynika tu z niemożności zrozumienia mowy, pomimo zachowanej ostrości słuchu.

W odróżnieniu od pacjenta z afazją motoryczną, chory z afazją czuciową mówi płynnie. Zdarzają się też osoby mówiące niezwykle dużo. Pacjenci tacy jednak mówią niegramatycznie i często w sposób niezrozumiały. Ponieważ ze względu na trudności ze zrozumieniem mowy słyszanej nie są w stanie kontrolować własnej ekspresji werbalnej, mogą nie zdawać sobie sprawy, że w ich wypowiedziach jest coś niewłaściwego, bezładne mieszanie słów (splątanie werbalne) i zastępowanie właściwych słów i zwrotów innymi.

W **afazji czuciowo-wzrokowej** upośledzone jest rozumienie języka pisanego. Trudności te noszą nazwę aleksji (lub dysleksji), a niekiedy „ślepoty słów”. Pacjenci mogą wprawdzie rozpoznawać poszczególne litery, nie są jednak w stanie spostrzegać słów jako znaczących całości.

Afazja to zaburzenie polegające na utrudnieniu przetworzenia myśli w pojęcia. Zawsze jednak towarzyszy jej ograniczenie rozumienia mowy i zdolności do wyrażenia myśli słowami. Jeśli uszkodzenia mają charakter przejściowy (na przykład są związane z obrzękiem mózgu czy zaburzeniami krążenia krwi), często trudności z mową wycofują się samoistnie. Jednak trwałe, organiczne uszkodzenia mózgu sprawiają, że mowa samoistnie nie wraca i trzeba rozpocząć pracę nad jej przywróceniem.

Ćwiczenia logopedyczne można wykonywać dopiero wtedy, gdy miną ostre objawy choroby. Pacjent musi zaakceptować tę sytuację, bo efekty pracy w dużym stopniu zależą od jego motywacji i wysiłku wkładanego w ćwiczenia. Na początku zajęcia są krótkie, proste, kilkuminutowe i dopiero wraz z poprawą samopoczucia chorego mogą być wydłużane.

Ćwiczenia są zawsze zindywidualizowane ze względu na zróżnicowanie zaburzeń mowy. Rozmowa z pacjentem, u którego wystąpiła afazja wydłuża czas komunikacji i wymaga używania komunikatów niewerbalnych, poprawiających rozumienie mowy. Osoby młode szybciej uzyskują poprawę w mowie i podobnie lepsze efekty osiągają osoby wykształcone, bo lepiej rozumieją sens reedukacji logopedycznej. Jednak u wszystkich, wraz z systematyczną pracą z pomocą logopedy, stopniowo poprawia się zaburzona bądź utracona mowa. Nadzieja i wiara chorego oraz jego otoczenia są ogromnie ważnym elementem terapii.

W kontaktach z takimi pacjentami pielęgniarka powinna wykorzystać technikę aktywnego słuchania. Komunikowanie z takim pacjentem jest w znacznym stopniu oparte na obserwacji, ponieważ większość informacji przekazywanych przez pacjenta to komunikaty niewerbalne. Przekazy te wyrażają potrzeby, których zaspokojenia oczekuje pacjent. Wskazywanie ręką na daną część ciała może oznaczać występowanie bólu w danym miejscu lub konieczność zaspokojenia potrzeby fizjologicznej. Mlaskanie może oznaczać głód lub pragnienie.

Pacjent z afazją niekiedy bywa nerwowy i niespokojny z powodu lęku o brak zrozumienia jego komunikatów. Rozmowa wymaga poświęcenia czasu i wyrozumiałości. Należy pacjenta uspokoić, przedstawiając mu inne formy (pismo, rysunek, tablice tematyczne, potakiwanie, mruganie) przekazu informacji i możliwości komunikowania.

Po dobraniu optymalnego sposobu porozumiewania, należy go wdrożyć. Pacjenta trzeba nakłaniać i motywować do podejmowania ćwiczeń usprawniających komunikację, egzekwować i poszerzać jego umiejętności. Wszelkie działania podjęte przez pacjenta zasługują na pochwałę ze strony pielęgniarki. Pochwała natomiast motywuje i mobilizuje do dalszej pracy. Rodzinę pacjenta należy zapoznać ze sposobem porozumiewania się chorego oraz zachęcić do komunikowania. Będzie to miało pozytywny wpływ na kontynuację i rozwój zdobytych przez pacjenta umiejętności.

**Dyzartria** to jeden z rodzajów zaburzeń mowy, wynikający z dysfunkcji aparatu wykonawczego (języka, podniebienia, gardła, krtani). Dysfunkcja może być spowodowana uszkodzeniem mięśni lub nerwów czaszkowych. W wyniku ich uszkodzenia powstaje tzw.

mowa dyzartryczna, która charakteryzuje się tym, że jest powolna, niewyraźna, afoniczna (czyli bezgłośna), z tzw. przydźwiękiem nosowym, który jest spowodowany opadnięciem podniebienia miękkiego i sprawia wrażenie mowy z „kluskami w ustach”. Tworzenie samogłosek jest zwykle zachowane, a w zależności od miejsca uszkodzenia, dominują zaburzenia artykulacji: spółgłosek wargowych (b, p, w, f), spółgłosek podniebiennych (g, k, h), spółgłosek zależnych od funkcji języka (d, t, r, s).

W najcięższych przypadkach przyjmuje formę **anartrii**, kiedy to nasilenie zaburzeń dyzartrycznych przyjmie zaawansowaną postać, a mowa staje się bełkotliwa i niezrozumiała.

Pacjent, u którego wystąpiły zaburzenia mowy (dyzartria) rozumie kierowane do niego informacje, jednak trudność sprawia mu wypowiedź. Rozmowa z pacjentem wymaga poświęcenia czasu i wykorzystania metody aktywnego słuchania.

W przypadku gdy problemy z mówieniem są następstwem udaru, może występować utrata zdolności motorycznych mięśni twarzy po stronie porażonej. Mięśnie twarzy są osłabione i występują trudności z artykulacją słów. Zalecane są ćwiczenia mięśni twarzy, które pacjent może wykonywać w pozycji leżącej lub siedzącej. Polegają one na marszczeniu brwi, dmuchaniu, uśmiechaniu i innych grymasach. Pomocne jest używanie lusterka. Wskazana jest, jak w przypadku afazji, współpraca z logopedą. Osobę taką należy traktować z uwagą i szacunkiem, poświęcając pacjentowi taką ilość czasu jaka jest niezbędna do wzajemnego przekazania sobie potrzebnych informacji. Wypowiedzi nie należy przerywać, koniecznie natomiast trzeba wykazać się cierpliwością i zrozumieniem.

Domena pielęgniarki jest szeroko rozumiana opieka ukierunkowana na indywidualność człowieka. Dotyczy ona również potrzeby kontaktów. Znajomość zasad i technik komunikowania się oraz praktyczne ich zastosowanie powoduje wzrost jakości i możliwości porozumiewania się z pacjentami i otoczeniem. A to z kolei zwiększa możliwość osiągnięcia satysfakcji zawodowej i osobistej. Choroba dla człowieka jako istoty społecznej i związana z nią konieczność leczenia szpitalnego jest trudnym przeżyciem. To pielęgniarka z racji pełnionych obowiązków najwięcej czasu spędza z pacjentem. Rola jaką pełni w procesie utrzymania i poprawy zdrowia wymaga również wiedzy z zakresu komunikowania. Na świecie jest tysiące metod komunikacji dopasowanych do rodzaju choroby. Dopasowanie odpowiedniej metody komunikowania do potrzeb pacjenta daje pielęgniarce wiele satysfakcji i umożliwia zaspokajanie potrzeb jakie odczuwa podopieczny. O ile więcej w naszym życiu znaczy szczerzy uśmiech jednego choćby człowieka.

Umiejętność komunikowania się nabiera coraz większego znaczenia i musi nadążyć za zmieniającym się światem (technicznym) oraz rosnącymi i zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi, jak również oczekiwaniami pacjenta i opiekunów. Wskaźnikiem skuteczności działań terapeutycznych i opiekuńczych personelu medycznego jest zadowolenie pacjentów ze świadczonych usług, które w znacznym stopniu uzależnione są od jakości komunikowania.



## **Refleksja o cierpieniu a etos zawodu pielęgniarstwa w ocenie studentów Wydziału Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy**

(Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl)

*„W świat niesiemy swe serca gorące  
najpiękniejszą głosimy ideę, aby ludziom  
dać spokój i słońce, by cierpiącym przywrócić  
nadzieję”.*

*(fragment hymnu pielęgniarstwa)*

Zawód pielęgniarstwa nie umożliwia osiągnięcia łatwego życiowego sukcesu, ale osoby, które świadomie wybierają ten zawód, cechują się wrażliwością na ludzkie cierpienie i gotowością do pomagania. Jest to zawód dla osób, które chcą podjąć wysiłek przełamania różnych stereotypów, złych tradycji tego zawodu, naprawiania jego braków i błędów, a także dla osób, które będą podejmować działania na rzecz doskonalenia istniejącego systemu opieki nad zdrowiem.

Celem pracy jest poznanie postaw pielęgniarek opiekujących się pacjentem cierpiącym, pracujących nie tylko w oddziałach szpitalnych, ale i w lecznictwie otwartym, ze szczególnym uwzględnieniem świadomości wybranego przez nie zawodu pielęgniarstwa. Praca niniejsza jest próbą przedstawienia hierarchii ich wartości moralnych i cnót etycznych w konfrontacji z przydatnością tych wartości w pracy zawodowej.

Rozpatrując cierpienie człowieka na wielu płaszczyznach jego życia, należałoby wykazać, czy zawód pielęgniarstwa jest na tyle wszechstronny i wielopłaszczyznowy, by mógł podziałać wyzwaniom współczesnego pielęgniarstwa, tzn. objąć opieką nie tylko sferę fizyczną człowieka cierpiącego, ale i jego ducha, psychikę i potrzeby intelektualne, czy w czasach obecnych wykształcona pielęgniarka potrafi, opierając się na silnych podwalinach swojego zawodu, wyciągać pozytywne wnioski i umiejętnie je wdrażając, podnosić pielęgniarstwo do rangi profesjonalizmu zawodowego.

### **Wyniki badań**

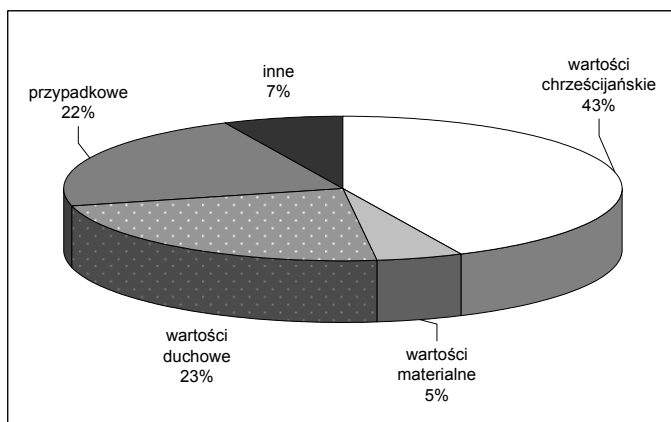
W wyniku analizy zebranych materiałów uzyskano informacje na temat poglądów pielęgniarek (pracujących zawodowo nie tylko w oddziałach szpitalnych) dotyczących ich

postaw moralnych i etycznych wobec człowieka cierpiącego. Badanie przeprowadzono wśród 60 pielęgniarek, studentek Wydziału Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy. Narzędzie badawcze stanowiła samodzielnie opracowana ankieta, obejmująca pytania dotyczące wartości i cnót etycznych pielęgniarek oraz ich zastosowania w pracy zawodowej, a także pozytywnych i negatywnych stron zawodu pielęgniarstwa. Ankieta zawierała 14 pytań (11 zamkniętych, 3 otwarte).

Badanie przeprowadzono w styczniu 2008 roku. W badaniach uczestniczyło 60 pielęgniarek (100 % grupy badawczej), średnia wieku wahała się pomiędzy 31 a 40 lat, przeciętny staż pracy oscylował pomiędzy 11 a 20 lat. Respondentki pochodziły z województwa dolnośląskiego, wywodziły się ze środowiska miejskiego (41) i wiejskiego (19). Zdecydowana większość pielęgniarek posiadała wykształcenie średnie (48), 8 ukończyło studia licencjackie oraz 4 wyższe magisterskie (w innych niż pielęgniarstwo zawodach). Wszystkie respondentki pracują czynnie zawodowo, 75% pielęgniarek pracuje bezpośrednio przy łóżku pacjenta na oddziale szpitalnym, pozostałe 25% nie jest związane z leczeniem zamkniętym (pracę pielęgniarstwa wykonują w ambulatoriach przyzakładowych oraz przychodniach lekarskich). 100 % badanych twierdzi, że zna Kartę Praw Pacjenta. Można więc powiedzieć, że prawa pacjenta są respektowane niemalże w każdej placówce służby zdrowia.

Badani stwierdzili, że najwyższą pozycję w hierarchii wartości zajmują u nich wartości chrześcijańskie (43%) (rys. 1). O wyborze tych wartości zdecydował ich ścisły związek z zawodem.

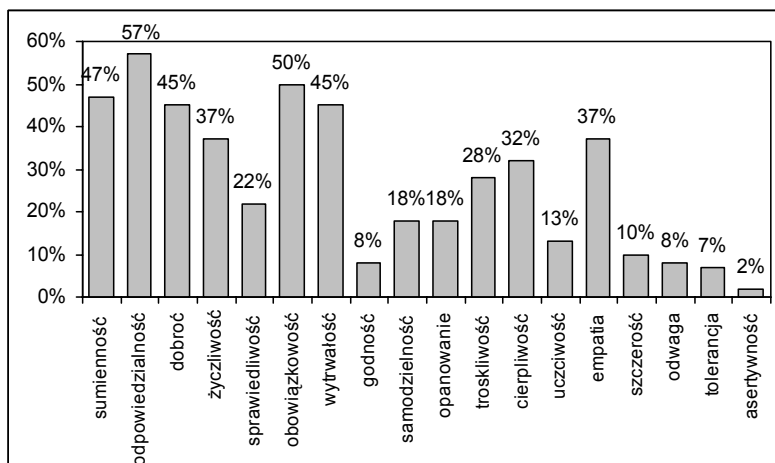
**Rys. 1. Hierarchia wartości moralnych przy wyborze zawodu**



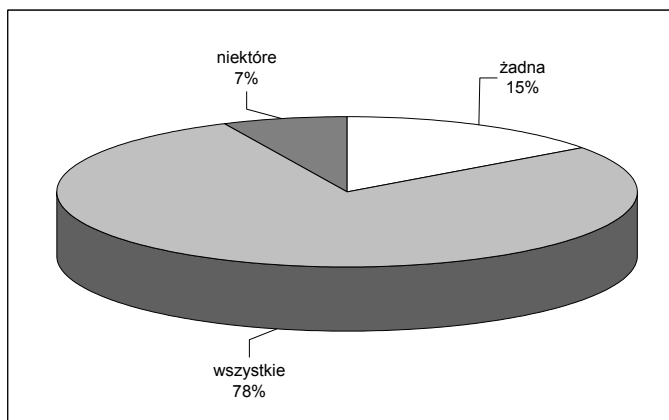
Za najważniejsze cnoty moralne pielęgniarki respondentki uznały odpowiedzialność (56,67 %), obowiązkowość (50 %), sumienność (46,67 %), dobroć (45 %), wytrwałość (45 %) oraz życzliwość (36,67%) i empatię (36,67%) – rys. 2.

Badani posiadają te cnoty. Równocześnie stwierdzili, że wszystkie cnoty wymagają rozwoju (78%) a w szczególności takie cnoty, jak: samodzielność, obowiązkowość, sumienność, cierpliwość i życzliwość (rys. 3).

**Rys. 2. Cnoty etyczne**



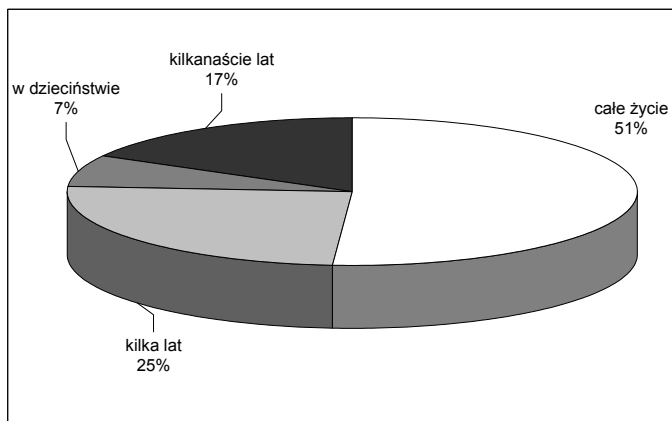
**Rys. 3. Cnoty wymagające rozwoju**



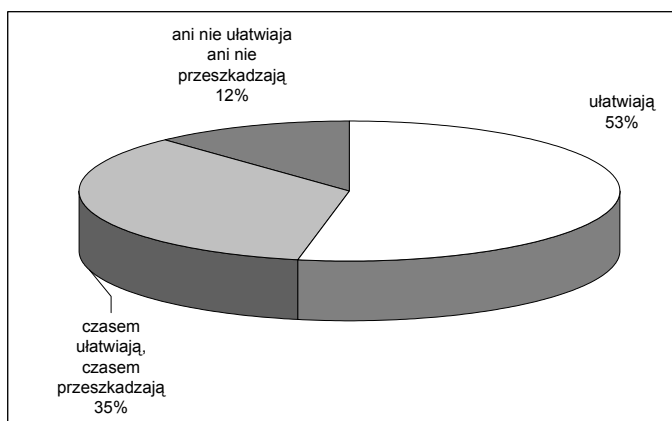
Na pytanie, jak długo trwał proces utrwalania posiadanych zalet moralnych, 51% studentek odpowiedziało, że trwa on całe życie, 25% uważa, że utrwalane były kilka lat w szkole pielęgniarstwa, 17% badanych twierdzi, że kilkanaście lat, natomiast 7% ankietowanych uważa, że proces utrwalania zalet moralnych trwa jedynie w dzieciństwie (rys. 4).

Posiadane cnoty etyczne pomagają w pracy zawodowej, co stwierdziło 53% respondentów. Uzasadniają to następująco: pomagają nawiązać kontakt i uzyskać zaufanie chorego i zespołu terapeutycznego, pozwalają zrozumieć chorego i lepiej współpracować z innymi, pomagają podejmować właściwe decyzje, wyznaczają etyczny sposób postępowania z chorymi, pozwalają jak najlepiej wykonywać zawód, dzięki tym zaletom pacjenci darzą mnie szacunkiem, brak tych cnót jest przeszkodą w wykonywaniu zawodu (rys. 5).

**Rys. 4. Proces utrwalania zalet moralnych**



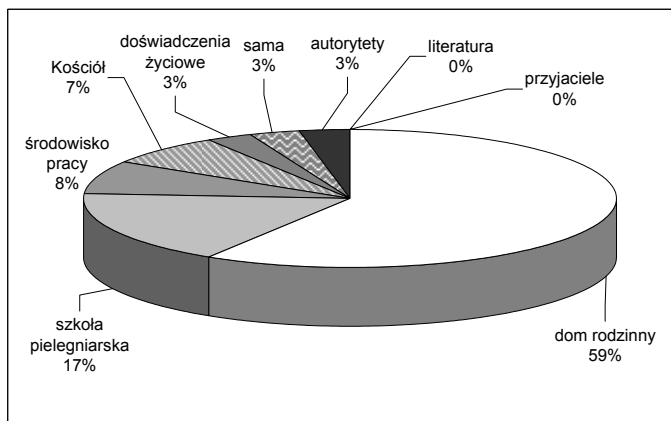
**Rys. 5. Czy wartości i cnoty moralne pomagają w pracy zawodowej czy przeszkadzają**



Do ukształtowania hierarchii wartości i cnót etycznych badanych przyczynił się przede wszystkim dom rodzinny (uważa tak 59% badanych pielęgniarek) oraz szkoła pielęgniarska – 17%, nieobojętne było też środowisko pracy – 8%, Kościół – 7% i doświadczenie życiowe – 3% (rys. 6).



**Rys. 6. Kto przyczynił się do ukształtowania wartości i cnót etycznych**



Pracujące studentki pielęgniarstwa mają satysfakcję z wykonywanego zawodu (85%), jednak 35% z nich dodaje, że brakuje im satysfakcji finansowej. Uzasadniając satysfakcję zawodową odpowiadający podkreślają, że pielęgniarstwo traktują jako misję, powołanie, możliwość ukazywania chorym sensu życia, a dla siebie widzą szansę rozwoju osobowości i kreatywności. Wybierając ten zawód osiągnęły jeden z wielu życiowych celów, mogą i robią to, co zawsze chciały robić – chciały zostać pielęgniarzkami i są nimi, i z tego powodu są dumne. Dodawały jednakże, że choć jest to zawód wymagający ciągłego doskonalenia, ciągłej gotowości, obarczony wieloma trudami, poświęceniami, wyrzeczeniami i niestety źle opłacany, to i tak nie zmieniłyby go na inny.

### **Wnioski**

Wartości chrześcijańskie i duchowe, jakie ankietowani ustawili najwyżej w hierarchii, wykazały ścisły związek z zawodem pielęgnarskim. Wartości chrześcijańskie, wpajane w domu rodzinnym, stały się dla nich drogowskazem na życie, punktem odniesienia w chorobie, podstawą bycia dobrym człowiekiem, zwłaszcza dla chorego i cierpiącego. Wartości duchowe dały badanym spokój wewnętrzny, pomogły zrozumieć chorego i służyć mu jak najlepiej, sprzyjały też rozwojowi osobowości na płaszczyźnie intelektualnej, etycznej i estetycznej. Cnoty moralne pielęgniarzki, takie jak odpowiedzialność, obowiązkowość, sumiennosc, dobroć, wytrwałosc i życzliwość pomogły w zawodzie. Ułatwiły podejmowanie właściwych decyzji etycznych, pozwoliły lepiej współpracować z chorym i zespołem terapeutycznym. Nie bez znaczenia jest też odczuwana przez wiele pielęgniarek empatia, zwłaszcza w stosunku do człowieka cierpiącego. Stawianie jej na wysokim poziomie w hierarchii wartości etycznych przez badaną grupę pielęgniarek pozwala twierdzić, iż posiadają one zdolność do spojrzenia na rzeczywistość z perspektywy człowieka chorego, potrafią ocenić i dostrzec stany emocjonalne innych osób, posiadają zdolność współodczuwania i wczuwania się w perspektywę widzenia świata oczami ludzi cierpiących.

Do ukształtowania takiej hierarchii wartości i cnót etycznych badanych przyczynił się przede wszystkim dom rodzinny i szkoła pielęgniarstwa. Według wielu z nich, proces utrwalania zalet moralnych trwa całe życie, o czym świadczy fakt, iż pogłębiają wiedzę medyczną w różnym wieku i kształtują swe postawy moralne i etyczne niezależnie od miejsca zamieszkania, pochodzenia czy miejsca pracy.

Pielęgniarstwo jest dla reprezentowanej grupy wyzwaniem, ważną misją. Pomimo braku satysfakcji finansowej, widzą w tym zawodzie szansę dla chorego przez ukazywanie mu sensu życia i sensu cierpienia, ale dla siebie także szansę rozwoju i tworzenia nowych perspektyw w opiece nad chorym.

## Opieka w stanie terminalnym

(Promotor: dr hab. nauk med. Stanisław Szymaniec)

### Okres terminalny

Przyjmuje się, że o okresie terminalnym danej choroby można mówić wtedy, gdy zawodzą wszystkie metody podejmowanego leczenia i można przyjąć, że choremu nieuchronnie zagraża śmierć, lub gdy obraz kliniczny jednostki chorobowej jest tak złożony, że przy obecnym stanie wiedzy medycznej istnieje znikome prawdopodobieństwo wyleczenia. Jest to czas, kiedy od strony medycznej podejmuje się jedynie leczenie objawowe, gdyż medycyna nic już więcej nie może pomóc. Reakcja chorego na chorobę zależy tu od tzw. „dojrzałości psychicznej”. Można zaobserwować, że osoby „dojrzałe” duchowo spokojnie przyjmują perspektywę śmierci. W tym okresie adaptacja bywa nazywana zespołem psycho-terminalnym, bilansowaniem życia. Choremu odwagi dodaje wówczas rozmowa o jego uczuciach, lęku opuszczenia oraz nawiązanie takich więzi, które pozwalają na bycie blisko umierającego.

Chorzy w okresie terminalnym mają liczne i różnorodne problemy. Mogą one dotyczyć efektów ubocznych leczenia choroby, zwłaszcza bólu, problemów związanych z zabezpieczeniem finansowym, z otrzymaniem pomocy w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia lub umieraniem, zapewnieniem domowej opieki pielęgniarzkiej i finansowej, a także problemy związane ze zwiększoną pobudliwością emocjonalną.

Nieuchronność konfrontacji ze śmiercią skłania również człowieka do zwrócenia się ku sprawom duchowym. Chorzy zwykle postrzegając postęp choroby starają się przygotować na śmierć. Bardzo często ulegają wtedy weryfikacji wartości i poglądy wyznaczone w ciągu życia. Chory jest w stanie dużego pobudzenia emocjonalnego i dla niego czas płynie jakby „inaczej”. Ważną rzeczą dla niego jest zrobienie przeglądu swego życia, zakończenie rozpoczętych spraw, rozwiązanie wcześniej powstałych konfliktów, a także zastanowienie się nad celem i sensem życia. Te rzeczy stają się ważniejsze niż „fizyczność” i doświadczony ból.

Dla chorego nabiera wartości przede wszystkim życie duchowe. Jest ono czymś innym niż życie psychiczne człowieka. Byłoby ono nim, gdyby stanowiło projekcję czysto subiektywnych pragnień i lęków. W znaczeniu najogólniejszym, duchowość jest doświadczaniem i przeżywaniem tzw. „wartości duchowych”. Zwraca się uwagę na trzy podstawowe warto-

ści: prawdę, piękno i dobro. Poznaniu prawdy towarzyszy poczucie sensu, doznanie piękna wyzwala wzruszenie, które przekształca się w miłość, dobro daje poczucie pokoju, wszystko razem zmierza do celu, jakim jest szczęście. Negatywną postacią tych uczuć jest przeżywanie bezsensu (życia, cierpienia i śmierci), osamotnienia i niepokoju (sumienia) – wszystko to razem prowadzi do zubożenia, rezygnacji, a nawet rozpacz. Negatywne uczucia stają się przyczyną cierpień duchowych, zwanych często w literaturze „bólem egzystencjalnym” i najczęściej występują w terminalnej fazie choroby.

Potrzeby duchowe są pojęciem szerszym i obejmują nie tylko potrzeby religijne. Chory potrzebuje odwiedzin, wysłuchania, nieraz w tych odwiedzinach chce też odnajdować wymiar religijny. Jeśli chorym terminalnie jest osoba areligijna o ogromnym bogactwie wewnętrznych przeżyć, to nie potrzebuje ona kogoś „naruszającego się” ze swoją wiarą, ale kogoś kto ją wysłucha, nie będzie osądzał, kto pomoże jej zmniejszyć obawy przed nieznanym. Czasem potrzebuje, by ktoś z nią popłakał, afirmował bogactwo jej życia, smucił się nieuchronnością końca.

Każdy chory potrzebuje, aby ktoś był zawsze do jego dyspozycji. aby nie został on w samotności – obojętnie czy jest to osoba religijna, czy niewierząca – aby był przy niej ktoś, na kogo w pewnym sensie może liczyć, kto przez bycie z osobą chorą przywróci jej jakość życia przed samą śmiercią.

Są jednak chorzy, których potrzeby mają charakter religijny. Czekają oni wtedy na to, by ktoś im zaproponował rozmowę na ten temat, gdyż nierzadko sami nie mają siły do zrobienia pierwszego kroku. Bardzo często proszą wówczas o możliwość pojednania się z Bogiem przed śmiercią. Proszą o Sakrament Pokuty i Pojednania, sakrament Namaszczenia Chorych i Eucharystii. Mają oni wówczas świadomość, że już nie cierpią samotnie. Dużą pomocą dla takich chorych jest wspólna modlitwa.

Chory potrzebuje w tym wypadku uszanowania jego przekonań religijnych, niezależnie od tego, jakie by one były (nawet gdyby były niekonsekwentne, błędne lub sprzeczne ze sobą). Okres terminalny choroby nowotworowej nie jest czasem dla jakiegoś intensywnego nawracania i czynienia z kogoś konwertyty. Przede wszystkim chory oczekuje, aby bez względu na to, kto go odwiedza, towarzyszył jego umieraniu.

## **Umieranie**

W tej fazie kontakt chorego z otoczeniem słabnie. Może on być wówczas bardziej senny, traci chęć jedzenia i picia, może zapominać o połykaniu, może też gorzej widzieć lub słyszeć. Chory w tym okresie może być bardzo niespokojny, pobudzony, ściągać pościel z siebie, zrywać się z łóżka, spostrzegać osoby i przedmioty, których nie ma.

Przed samym zgonem występuje nierówny oddech, silne pocenie, przyspieszone i nierytmiczne tętno, oziębienie kończyn (rąk i nóg), wydzielanie dużych ilości śluzu, może nastąpić również utrata przytomności. Następnie u chorego występuje mocne osłabienie wzroku (chory wówczas stara się zawsze zwracać do światła), spada napięcie mięśniowe, następuje zmiana wyglądu twarzy (staje się ona szaro-biała, a wargi blado-sine, nos staje się wyostrowany, policzki i oczy zapadnięte), ustaje perystaltyka jelit, zwieracze przestają

działać, następuje samoistne oddanie moczu i stolca. Ustaje praca trzech układów: nerwowego (mózgu), krążeniowego (serce) i oddechowego i następuje śmierć.

Okres umierania może być krótki, jednak zazwyczaj trwa kilka, kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt godzin. Przez ten okres odwagi choremu dodaje stałe czuwanie kogoś mu bliskiego, jego obecność przy umierającym, spełnienie życzeń chorego i towarzyszenie mu aż do śmierci. Ważnym jest, aby chorego trzymać za rękę, co rozładowuje lęk i pomaga przetrwać te trudne chwile. Jeżeli chory jest osobą wierzącą zgodnie z jego życzeniem lub życzeniem jego rodziny otuchy może dodać mu w tych ostatnich chwilach życia zapalenie gromnicy, postawienie krzyża, posługa kapłana (Sakrament Pokuty i Pojednania, wiatyk), cicha modlitwa. Również wtedy jedną z najsilniejszych potrzeb chorego jest potrzeba obecności jakiejś osoby, aby nie zostać samemu w swoim umieraniu.

Każdy człowiek umiera inaczej, każdy potrzebuje więc pomocy indywidualnej, świadczonej przez kogoś bliskiego, przyjaznego, okazującego serdeczne współczucie, umiejące go słuchać oraz zachęcać do uzewnętrznienia przeżyć i okazującego zrozumienie.

## Śmierć

Śmierć jest naturalną konsekwencją życia. Życie jako pewien rodzaj aktywności w trakcie swego istnienia obdarzone jest początkiem, trwaniem i końcem. Końcem życia jest śmierć, a nie choroba. Dlatego też człowiekowi potrzebna jest nie tylko filozofia życia, ale także filozofia śmierci. Śmierć jest bowiem nie tylko barierą somatyczną i psychologiczną, jest także zanikaniem człowieka we wszystkich jego trzech „życiach”: w świecie zewnętrznym, wewnętrznym i świecie między. Pomocna jest w tym przypadku bioetyka, dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy moralne ważne w dziedzinie działań ludzkich, polegających na ingerencji w granicznych sytuacjach powstania życia, jego trwania i śmierci.

Śmierć z filozoficznego punktu widzenia jest stanem, miejscem czyjejś drogi, na której każdy jest najbardziej sobą. Nie może stać się nikim innym niż tym, którym jest w chwili śmierci, tym indywidualnym JA. W tym momencie człowiek jest też najbardziej bezsilny wobec siebie samego i tego, czym się okazało jego życie. Przyjęcie śmierci jest przyjęciem kresu naszych możliwości. Część ludzi ma wtedy potrzebę wyjaśnienia pewnych swoich życiowych sytuacji. Uzmysławiamy sobie kwestię kruchości człowieka wobec świata. Świat więc powinniśmy pojmować w powiązaniu z obecnością śmierci.

Dla nas ludzi, to co jest poza granicą życia, jest „puste” i właśnie to miejsce wypełniają systemy religijne. Filozofów i teologów w śmierci pociągają głównie te dwa aspekty, a mianowicie, że śmierć jest faktem nieuchronnym, oraz że śmierć wpycha nas w nicość.

Szacunek do życia powinien wyrażać się poprzez nie czynienie niczego, co mogłoby doprowadzić do śmierci. Śmierć jest bowiem kresem życia człowieka (w myśl jednych wierzeń – kresem definitywnym, w myśl innych – jedynie etapem przejściowym ku innej formie życia), jest też kresem możliwości lekarza.

## Ból przewlekły

Ból towarzyszy człowiekowi nieodłącznie na przestrzeni dziejów. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że w którymś momencie naszego życia doświadczymy bólu lub też będziemy świadkami cierpienia naszych bliskich. Zawsze w takiej sytuacji należy się nam i naszym bliskim pomóc. W historii ludzkości, w różnych jej okresach możemy spotkać się z różnym podejściem do rozumienia roli bólu i sposobów jego leczenia. Ból towarzyszy wielu chorobom, dlatego początkowo starano się poszukać sposobu na ból jako panaceum na wszystkie choroby. Dzisiejsza wiedza podpowiada nam, że powinniśmy szukać przede wszystkim przyczyn choroby i bólu, aby dokonać właściwego wyboru sposobu leczenia.

Często właściwe leczenie bólu to postępowanie wielokierunkowe. Wiele technik i sposobów zastosowanych w zwalczaniu bólu w czasach bardzo dawnych jest nadal stosowanych i na nowo odkrywanych. Używanie np. elektryczności naturalnej węgorka i innych ryb w czasach starożytnych do leczenia bólu może być uznane za formę dzisiejszej elektroterapii. Blisko 2600 lat temu p.n.e. Chińczycy wprowadzili akupunkturę do leczenia bólu, którą współcześnie również chętnie stosujemy. Od zarania dziejów w wielu kulturach stosowano zioła i rośliny jako leki przeciwbólowe. Najczęściej stosowano wyciągi z kory i liści wierzby (aspiryna) czy ziół *Hyoscyamus*, *Niger*, *Papaverum Somniferum* itp. Większość z nich jest nadal stosowana. Na początku XIX wieku (w roku 1805) Friedrich Serturmer (1783-1841) wyizolował z opium (mleczka makowego) aktywną substancję, którą następnie nazwano morfiną.

Przez wiele stuleci definiowano ból jako przewodzenie impulsów i starano się przeciwdziałać temu stosując leki i zabiegi przecinające przewodzenie bólu. Ostatnie odkrycia podkreślają złożony charakter bólu i wyjaśniają szereg skomplikowanych procesów zachodzących w różnych narządach w czasie trwania bólu. Uszkodzenie naszego ciała w wyniku doznanego urazu lub choroby jest przyczyną bólu. Tak właśnie się dzieje w przypadku bólu ostrego.

Ból ostry sygnalizuje uszkodzenie i ostrzega nas przed poważnymi następstwami. Jednym z pierwszych objawów wielu chorób jest ból. Ból ostry stanowi dla nas pewien wewnętrzny mechanizm ostrzegania przed uszkodzeniem tkanek lub całego naszego organizmu.

W tych sytuacjach ból ostry można określić jako ból „dobry”. Bólowi towarzyszy szereg innych reakcji naszego organizmu, takich jak strach, mobilizacja do walki lub ucieczki. Czynność serca ulega przyspieszeniu, liczba oddechów wzrasta, skóra staje się biała i spocna. Nasze reakcje na ból są różnorodne. Niektórzy natychmiast proszą o pomoc. Inni reagują w sposób bardziej powściągliwy, ujawniając swój ból napiętym wyrazem twarzy, czy nagłym zeszywnieniem ciała. W bólu ostrym koncentrujemy się głównie na usunięciu przyczyn wywołujących ból i samego bólu. Zaniedbanie leczenia bólu ostrego może w przyszłości doprowadzić do wystąpienia bólu przewlekłego. Obecnie dąży się nie tylko do leczenia bólu ostrego, ale również do zapobiegania jego wystąpieniu. Temu służy wizyta lekarza anestezjologa przed planowanym zabiegiem chirurgicznym lub diagnostycznym.

W czasie tej wizyty anestezjolog planuje podawanie właściwych leków przeciwbólowych przed i w trakcie zabiegu. Trudniej nam sobie wyobrazić i akceptować fakt, że ból może wystąpić bez namacalnych zmian lub po długim czasie od wystąpienia urazu lub choroby. Ból ten, nie leczony może trwać miesiącami lub latami, nawet gdy ustały przyczyny jego wystąpienia. Można powiedzieć, że taki ból powinien być traktowany i leczony jak samodzielna choroba. Ten rodzaj bólu zwykle spełnia kryteria bólu przewlekłego. Często jest również określany jako ból „zły” lub „niepotrzebny” z uwagi na szkodliwą rolę, jaką odgrywa w naszym życiu. Możemy go przyrównać do często włączającego się bez potrzeby alarmu, który nas budzi, dręczy i utrzymuje w ciągłym czuwaniu. Ten typ bólu powoduje szereg negatywnych następstw w naszym organizmie i życiu codziennym. Do nich należą: brak apetytu, wyniszczenie, nudności, zaburzenia snu, apatia, depresja, złość. Powodują one, że chory coraz bardziej „odrywa się” od codziennych spraw i zaczyna żyć we własnym świecie, który jest niedostępny dla nas.

W niektórych chorobach przewlekłych, szczególnie nowotworowych, ból jest tak dokuczliwy, że staje się „sam w sobie” chorobą, trudniejszą do zniesienia niż nowotwór, który jest powodem jego wystąpienia.

Ból nowotworowy ma szczególne znaczenie z uwagi na powszechny lęk związany z chorobą nowotworową, ale również na to, że w swym charakterze i przebiegu posiada cechy bólu ostrego i przewlekłego. Ból jest wynikiem rozwoju guza i naciekania narządów wewnętrznych, kości i nerwów, a może być także następstwem powikłań po leczeniu onkologicznym. U większości pacjentów z chorobą nowotworową (80-90%) ból ten można zwalczyć lekami przeciwbólowymi. Inni chorzy mogą być skutecznie leczeni w oddziałach opieki paliatywnej, poradniach leczenia bólu lub w nielicznych jak dotychczas oddziałach leczenia bólu (Warszawa, Kraków) przy pomocy metod bardziej złożonych (blokady, neurolizy, neuromodulacji, termolezji itp).

Ból ma nie tylko wymiar fizyczny, ale i emocjonalny. Wiele osób uskarża się na ból, któremu nie towarzyszy uszkodzenie ciała. Zwykle taki ból może mieć podłoże psychologiczne. Pacjent często opisuje swój ból i cierpienie, porównując to z bólem spowodowanym rzeczywistym doznaniem urazu czy choroby. Ból emocjonalny często wynika m. in. z poczucia utraty siły, opuszczenia przez bliskich, bycia zależnym od innych (ból psychosocjalny) lub też może być związany z poczuciem pustki, bezsensu istnienia, opuszczenia przez Boga, straty lub winy (ból duchowy).

Ból według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP) to: nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem lub opisywany w kategoriach takiego uszkodzenia. Podana definicja bólu podkreśla, że ból jest objawem indywidualnym lub też pewnym stanem psychicznym, który nie zawsze wiąże się z koniecznością doznania urazu lub widocznej choroby.

Jest naturalnym, że w obliczu takiego stresu jakim jest ból reagujemy emocjonalnie, od zachowań depresyjnych po wyrażenie niepokoju i złości. Często wpadamy w panikę i odruchowo przyjmujemy wiele leków.

## **Zasady leczenia bólu w chorobie nowotworowej**

Ból w okresie stawiania diagnozy choroby nowotworowej występuje u 20-50% chorych i jego częstość wzrasta wraz z progresją choroby i w okresie terminalnym występuje u 75% chorych. Komisja Ekspertów WHO wskazuje na wysoki procent chorych, u których ból jest źle kontrolowany. Dane te mogą być zaskakujące wobec faktu, że od kilkunastu lat znane są standardy leczenia bólu nowotworowego. Co więcej, badania prospektywne oceniające efektywność wprowadzania tychże standardów wykazały, że przestrzeganie prostych zasad leczenia bólu nowotworowego prowadzi do zadowalającej jego kontroli aż w ponad 90% przypadków. Co więc stoi na przeszkodzie w osiągnięciu takich rezultatów w codziennej praktyce? Przede wszystkim brak wystarczającej wiedzy medycznej zarówno wśród lekarzy, jak i pielęgniarek. Poza tym nie przywiązywanie wagi do leczenia objawowego szczególnie we wcześniejszym okresie choroby, gdy prowadzi się „walkę o życie”. Długotrwały, źle leczony ból nie tylko obniża jakość życia czy odporność psychiczną chorego, ale prowadzi do utrwalenia się zmian w układzie nerwowym i może utrudniać właściwe leczenie przeciwbólowe.

Kolejną przyczyną złej kontroli bólu jest nie przywiązywanie dostatecznej uwagi do diagnostyki bólu. Pierwszym i podstawowym elementem strategii leczenia przeciwbólowego jest znalezienie przyczyny i mechanizmów odpowiedzialnych za dolegliwości bólowe u danego chorego. Czasami postawa samego chorego, który nie stosuje się do zaleceń lekarza czy pielęgniarki może być barierą leczenia przeciwbólowego. Zazwyczaj jednak dobry kontakt z chorym jest podstawą skuteczności każdego leczenia, szczególnie objawowego.

Podstawą leczenia przeciwbólowego jest dokładna diagnostyka bólu, ciągła jego ocena oraz dobra komunikacja z chorym. Standardy oraz zasady opracowane dla postępowania w bólu nowotworowym mają pomóc w osiągnięciu optymalnej równowagi pomiędzy analgezą a objawami ubocznymi stosowanych leków. Leczenie przeciwbólowe jest jedynie elementem „podstawowym” właściwej opieki nad chorym z zaawansowaną chorobą nowotworową.

## **Opieka nad umierającym – pięć faz umierania**

Umieranie jest ostatnią fazą życia. Druga połowa XX wieku charakteryzuje się specyficznym stosunkiem do końcowego okresu życia. Z jednej strony na ekranach telewizyjnych i kinowych każdego dnia widzimy wiele przypadków powolnego umierania i nagłej śmierci. Towarzyszymy jako widzowie śmierci pojedynczego człowieka lub śmierci wielu ludzi (działania wojenne, katastrofy).

Natomiast coraz mniej ludzi ma szansę umrzeć wśród swoich najbliższych, z powodu przeniesienia nieuleczalnie chorych i umierających do sterylnych sal szpitalnych.

Szwajcarska lekarka Elizabeth Kubler Ross, obserwując umierających, wyróżniła pięć faz umierania. Każda z nich stanowi swoiste etapy, przez które przechodzi chory, zanim



zaakceptuje fakt bliskiej śmierci. Analizowanie tych faz pomaga zrozumieć specyfikę opieki nad umierającym.

Faza I: Nieuznawanie konieczności śmierci.

Chory, który słyszy nieodwołalną diagnozę lub sam odkryje, że pozostało mu niewiele życia doznaje szoku. Wynikiem tego wstrząsu jest negacja faktu bliskiej śmierci i ucieczka w świat iluzji, marzeń o zdrowiu i sile. Umysł chorego zaprzętają rozważania o śmierci, ale jednocześnie usiłuje on zepchnąć takie myśli na dalszy plan, odsunąć na niższy poziom podświadomości.

Personel opiekuńczy lub krewni niekiedy starają się ukryć prawdę o nieodwołalnej śmierci, aby nie niepokoić chorego. Najczęściej takie postępowanie ma dokładnie odwrotny skutek od zamierzonego. Umierający z dużą wrażliwością odbiera zachowanie otoczenia i szybko wyczuwa przemilczenia, co jeszcze potęguje jego strach.

Nie wolno jednak popadać w drugą skrajność i na przykład komunikować pacjentowi, że wkrótce umrze. Chociaż niekiedy nieuleczalnie chorzy domagają się prawdy, to jednak bardzo często przeceniają swoje siły psychiczne. Niewłaściwie przekazana informacja może spowodować zablokowanie przygotowywania do śmierci zamiast je wspomagać.

Informacje o zbliżaniu się śmierci powinny mieć charakter ogólny, bez określania jej terminu. Rozmawiając z umierającym, należy skupić się na tych aspektach jego choroby, o których już i tak wiele wie. Wiadomość o zbliżaniu się końca musi być przekazana w sposób łagodny i spokojny. Opiekun powinien podkreślić, że śmierć jest naturalną koleją ludzkiej egzystencji i w związku z tym trzeba się do niej przygotować. Jednak dokładna odpowiedź na pytanie: „Jak i kiedy umrę?” może być źródłem strachu.

Faza II: Agresja i bunt.

Dla umierającego śmierć stanowi coś nieznanego i niewyobrażalnego, dlatego też buntuje się on przeciwko wkroczeniu w tę obcą rzeczywistość. Swoją agresję kieruje przeciwko otaczającemu go światu. Człowiek pyta, dlaczego to właśnie on musi umrzeć, dlaczego musi stać się to akurat teraz, i chce, aby ktoś odpowiedział mu na te pytania.

Jeżeli umierający wierzy w Boga, to często kieruje swoje rozgoryczenie przeciwko Niemu. Człowiek oskarża Boga, że nie jest sprawiedliwy, kochający, ani wszechmocny. Takie wyrzuty nie oznaczają braku wiary, lecz jest to szukanie wytłumaczenia planów Boga, których nie chce się zaakceptować.

Osoba opiekująca się umierającym nie powinna wkraczać w jego spór z Bogiem. Trzeba mieć świadomość, że chodzi tutaj o najbardziej podstawowe zagadnienia dotyczące ludzkiej egzystencji. Możemy jedynie w delikatny sposób pomagać w kształtowaniu i wyrażaniu tych myśli. Na nic zdają się stereotypowe „pobożne” pouczenia typu: „Pogódźmy się z wolą Bożą”, „Niezbadane są wyroki boskie”. Takie puste słowa mogą najwyżej wywołać irytację.

Nie wolno też przekonywać chorego do własnych poglądów. Ani umierający, ani osoba opiekująca się nim nie są w stanie do końca zrozumieć i wyjaśnić problemu cierpienia i śmierci. Dlatego też zadaniem opiekuna jest wysłuchanie umierającego i tchnięcie w niego nadziei, że ta sytuacja kryzysu ma jakiś sens, który może zostać odkryty.

Osoby pielęgnujące umierającego – lekarze, krewni, przyjaciele – muszą liczyć się z fazą agresji skierowaną w ich stronę. Chory skarży się, że zostawili go w cierpieniu i zarzuca im bezsilność. W rzeczywistości jednak agresja ta nie jest skierowana do konkretnych osób, lecz stanowi jedynie formę odreagowania chorego. Nie ma sensu wówczas prowadzenie polemiki, a już w żadnym wypadku nie wolno na agresję odpowiadać agresją. W trudnej i konfliktowej sytuacji kończącego się życia nie wolno stwarzać dodatkowych problemów. Nawet agresywny pacjent musi wiedzieć, że opiekunowie są po jego stronie w zmaganiu się z okrutnym losem. Ta pewność uchroni go od pogrążenia się w depresji.

Faza III: Pertraktowanie o życie.

Zależnie od stanu człowieka zbliżającego się do kresu życia, faza trzecia może być zaledwie zarysowana lub może trwać bardzo długo. Umierający szukając jakiegoś wyjścia, usiłuje – poprzez obietnice, kompromisy, pertraktacje – pertraktować o swoje życie.

Chory próbuje takich metod w stosunku do ludzi, a jeżeli jest człowiekiem wierzącym – również w stosunku do Boga. Szuka w ten sposób „uzdrawiaczy”, chce odwiedzać znanych lekarzy, próbuje nowych, cudownych kuracji. Obiecuje Bogu, że zmieni swoje życie, zamierza podjąć pielgrzymki, ofiaruje pieniądze na cele religijne.

W tej fazie zadanie opiekuna można streścić jednym zdaniem: „Wszystko co nie szkodzi pacjentowi jest dla niego dobre”. Chorzy próbują odnowić wolę życia i wziąć swój los we własne ręce. Opiekun powinien hamować te aktywności tylko wtedy, gdy jednoznacznie mogą one zaszkodzić choremu lub doprowadzić do głębokiego rozczarowania.

Faza IV: Depresja i nadzieja.

Jest to faza kolejnego kryzysu i kolejnej walki. Umierający porusza się pomiędzy pasywnością i rezygnacją, a optymizmem i pełnymi nadziei oczekiwaniami.

Depresja działa na człowieka paraliżująco, wytwarza wewnętrzną pustkę i poczucie bezsensu. Głęboka depresja prowadzi do myśli, a nawet prób samobójczych.

Z kolei powracająca często nadzieja opiera się na chwilowej stabilizacji stanu zdrowia chorego (np. w ostatniej fazie choroby nowotworowej pacjenci często popadają w stan euforii i oczekują na szybkie wyzdrowienie). Otuchy może dodać myśl, że śmierć będzie bezbolesna lub przekonanie, iż po przekroczeniu progu życia, człowiek wejdzie w inny, lepszy świat.

W tym okresie niezwykle istotne jest zachowanie opiekunów i bliskich umierającego. To, czy wygra depresja, czy nadzieja zależy w dużej mierze od reakcji otoczenia na zmienne nastroje chorego. Stany depresyjne u umierającego mogą zostać zredukowane odpowiednią postawą opiekuna, który dodaje pacjentowi pewności, że nie jest on osamotniony w tej ostatniej drodze.

Człowiek zbliża się do końca swego życia, dlatego ważne jest, aby nie koncentrował się na sprawach materialnych. Osoba wierząca powinna przemyśleć swój stosunek do Boga. Niewierzący znajdują pociechę w myśleniu pozytywnym, w hasłach wartości humanistycznych i w odbieraniu przemijania jako naturalnej kolei rzeczy.

Faza V: Akceptacja, pożegnanie, pokój.

Człowiek akceptuje swoje położenie i nie próbuje już za wszelką cenę uciec przed śmiercią. Jeżeli jest bardzo wyczerpany i zmęczony chorobą, może nawet wyczekiwać śmierci jako uwolnienia od cierpień. Jednocześnie umierający pragnie pogodzić się ze swoją rodziną i przyjaciółmi, wyjaśnić nieporozumienia, uregulować sprawy spadkowe. Równie ważne jest ostateczne wyjaśnienie stosunku do spraw wiary, a także podsumowanie swojego życia, jego głównych celów i wyników.

Opiekun pomaga pacjentowi w rozwiązaniu tych wszystkich kwestii. Powinien również dowiedzieć się, jakie są ostatnie życzenia osoby umierającej, i w miarę możliwości, starać się je wypełnić.

Chory jest zmęczony walką odbyłą zarówno z samym sobą jak i cierpieniem, ale nie ma to nic wspólnego ze zrezygnowaniem czy depresją. Przeciwnie – człowiek emanuje spokojem i pewnością wynikającą z decyzji podjętych mniej lub bardziej świadomie.

### **Duchowa opieka nad umierającym**

Poczucie bliskości śmierci jest dla wielu osób stanem wewnętrznego osamotnienia i absolutnej izolacji. Strach przed przerwaniem dotychczasowej formy egzystencji jest tym większy, im mniej motywacji religijnej lub filozoficznej posiada dany człowiek.

W każdej fazie umierania konieczna jest obecność opiekuna, który stanowi dla chorego oparcie psychiczne. Może nim być przyjaciel, ktoś z rodziny, personelu pielęgnacyjnego, duchowny, psycholog. Najistotniejsze jest, aby taki człowiek był dla umierającego osobą zaufaną, aby umiał go wysłuchać i pocieszyć.

Największą trudnością w pielęgnacji osób umierających jest przekonanie ich, że ten ostatni etap egzystencji należy do ich życia i dlatego powinien zostać godziwie przeżyty. Przemijanie budzi lęk, zwłaszcza w ludziach, którzy nie potrafili zaakceptować samych siebie, i którzy uważają swoje życie za nieudane. W obliczu śmierci wiele osób bywa wręcz przerażonych niektórymi faktami z przeszłości.

Opiekun powinien zatem pomóc w rozwiązaniu problemów dotychczasowej egzystencji. Słuchając zwierzeń chorego i rozmawiając z nim, musimy go przekonać, że w jego życiu był sens, i że na pewno istnieje ktoś, dla kogo zrobił coś dobrego. Można więc powiedzieć, że w ostatniej fazie ludzkiego bytu ważne jest odnalezienie właściwej perspektywy w stosunku do siebie i swej przeszłości.

Jeżeli umierający jest człowiekiem wierzącym, to opiekun powinien łagodzić jego lęki przez wskazywanie Boga jako Istoty miłosiernej i zbawiającej wszystkich ludzi. Jest to tym ważniejsze, że obecnie niektórzy ludzie odbierają proces umierania jako karę za wcześniejsze winy, których jeszcze nie odpokutowali. Osoby zajmujące się zawodowo pielęgnacją i opieką nad chorym często unikają rozmowy z osobą umierającą, ponieważ jest im trudno pogodzić się z pewnym stanem bezradności wobec człowieka, któremu nie można już pomóc. Ograniczają przebywanie z umierającym do niezbędnego minimum, milczą w jego obecności lub odpowiadają wymijająco na jego pytania. Ostatnia faza ludzkiego istnienia jest wciąż jeszcze życiem. Pozwólmy więc umierającemu przeżyć je w pełni, do końca i z godnością.

Poważnym jednak błędem jest „ucieczka” opiekunów w nadmierną aktywność. Zamiast poświęcić umierającemu czas, porozmawiać o jego lęku i samotności, często choremu podaje się środek uśmierzający ból lub uspokajający.

Zdarza się czasami, że opiekun nie rozumie lub nie chce rozumieć prawdziwych intencji, kryjących się za słowami chorego. Na przykład, że umierający prosi o pomoc w spełnieniu ostatniej woli; często takie prośby nie są wyraźnie wyartykułowane, trzeba się domyślić; może jest to po prostu niewypowiedziana chęć kontaktu z drugim człowiekiem, pragnienie rozmowy i zwierzenia się ze swego strachu i cierpienia.

Opiekun nie będzie w stanie pomóc umierającemu, jeżeli wcześniej nie „przepracuje w sobie problemu śmierci”, nie porozmawia o nim i nie zrozumie, że umierający także ma prawo kontaktu międzyludzkiego.

Aby pogodzić się ze swym losem, trzeba przejść wieloetapową i niełatwą drogę. Nie powinno się nią podążać samotnie. Jak mało kiedy, człowiek przed śmiercią potrzebuje obecności drugiej osoby.

Pamiętać należy, że opiekując się umierającym, w pewnym sensie przygotowujemy się do własnej śmierci.

### **Pielęgnacja umierającego**

Jeśli umieranie jest ostatnią integralną fazą życia ludzkiego, to nie można godzić się na eutanazję. Większość praw europejskich uważa aktywną eutanazję za czyn przestępczy. Powszechnie dopuszcza się jednak eutanazję pasywną. Opiera się ona na założeniu, że nie ma sensu przedłużania życia za wszelką cenę, jeżeli poprawa stanu pacjenta jest wykluczona. Oczywiście sytuacja zdrowotna musi być stwierdzona przez lekarza. Do eutanazji pasywnej zalicza się również podawanie środków łagodzących ból, nawet jeżeli należy liczyć się ze skracaniem życia osoby, która je przyjmuje. Jeżeli jest to możliwe, środki przeciwbólowe nie powinny zakłócać świadomości chorego.

Dobrze jest, jeżeli w chwili śmierci, umierającemu towarzyszy człowiek zaufany, który może trzymać go za rękę, mówić do niego lub ewentualnie modlić się.

Stałym problemem umierających jest wzmożone pragnienie. Jeżeli chory nie jest już w stanie sam pić, należy podawać mu płyny do ust łyżeczką lub pipetą. Pragnienie daje się załagodzić przytykaniem do ust szpatułki z wilgotnym wacikiem.

Ludzie umierający najczęściej nie są głodni, ale trzeba być przygotowanym na ich zyczenia. Jedzenie musi być podawane w formie płynnej lub jako przecier, a porcje powinny być bardzo małe. Nie należy się dziwić, jeżeli umierający wyrazi ochotę na jakąś szczególną potrawę.

Człowiek bliski śmierci jest całkowicie zdany na naszą opiekę i dlatego trzeba zatroszczyć się, aby łóżko dla niego było do końca wygodne i higieniczne. Często potrzebnych jest kilka osób, by można było szybko przenieść chorego, czy wymienić zabrudzone prześcieradło.

W przypadku obfitego wydzielania się śliny, pacjent musi zostać ułożony w pozycji bocznej, tak aby wydzielina z ust mogła swobodnie wypływać i nie dusić chorego. Pozycja półsiedząca, z poduszką pod plecami jest odczuwana jako wygodna.

Umierający w ostatniej fazie często silnie się poci. Dobrze jest wówczas obmywać ciało pacjenta roztworami alkoholowymi, wodą kolońską oraz zmieniać mu bieliznę. Dbajmy też o to, by śluzówka jamy ustnej nie była wysuszona, jako że umierający odдыcha zazwyczaj otwartymi ustami.

Przed śmiercią zmysły znacznie słabną, dlatego wielu chorych chce, aby w pomieszczeniu było jasno. Nie należy jednak sądzić, że do ich świadomości nie dochodzą już żadne bodźce. W obecności umierającego nie powinno się mówić rzeczy, które mogłyby chorego zranić, zaniepokoić lub przestraszyć. W żadnym wypadku nie powinno się mówić szeptem. Takie gesty, jak dotykanie, głaskanie lub ujęcie za rękę uspakajają i dają choremu poczucie, że nie jest sam.

W miarę zbliżania się do momentu śmierci, ciało pacjenta wychładza się, a oddech staje się coraz wolniejszy, coraz bardziej płytki i nieregularny. Często po ostatnim oddechu zauważa się, iż człowiek lekko przechyla głowę.

Oczy zmarłego powinny zostać delikatnie zamknięte. Aby powieki nie podnosiły się, kładziemy na nich zwilżone tamponiki. Jeżeli protezy utrzymują się na swoim miejscu i nie deformują twarzy, możemy je pozostawić.

Otwarte usta zamykamy poprzez podwiązanie żuchwy bandażem lub chustą trójkątną. Nie należy jednak robić tego zbyt mocno. W ten sposób uniknie się późniejszego zniekształcenia twarzy. Układamy zmarłego płasko, rozbieramy i myjemy. Z reguły 2-3 godziny po śmierci rozpoczyna się sptywnienie pośmiertne i osiąga stan końcowy po 6-9 godzinach.

### **Psychologiczne problemy kontaktu pielęgniarki z umierającym oraz filozofia postępowania z chorym w stanie terminalnym**

Sposób w jaki pielęgniarka postępuje z pacjentem, wynika z pozornie prostej zasady, którą można określić jako akceptację nieuchronności śmierci. Przyjęcie jednak tej zasady, ze wszystkimi jej konsekwencjami, oznacza rewolucję w naszym dotychczasowym myśleniu, zarówno pielęgniarskim, jak i ogólnoludzkim.

Jedną z powszechnie uznawanych, podstawowych wartości, jest życie. Dążenie do jego zachowania, czy też walka o jego przywrócenie w sytuacji jego zagrożenia, jest obowiązkiem lekarza. Zmiana tego poglądu wobec nieuleczalności choroby, tudzież uznanie własnej niemocy są trudne do przyjęcia.

Przemyślana głęboko w pełnej konsekwencji zasada akceptacji nieuchronności śmierci pacjentów znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej pociąga za sobą skutki praktyczne, wynikające z głównego celu psychopielęgnacji: zapewnienie człowiekowi umierającemu dobrej jakości życia i godnego umierania.

Ważną zasadą, na której opiera się filozofia postępowania pielęgniarskiego wobec chorych terminalnych, to akceptacja cierpienia. Wydawać się to może trudne do przyjęcia, ale

podejmując wszelkie możliwe działania, aby złagodzić dolegliwości chorego i zaspokoić ważne dla niego potrzeby, pielęgniarka dochodzi do bariery wynikającej z własnych ograniczeń i okazuje się, że nie jest w stanie, by pacjent nie odczuwał żadnych przykrości. Co więcej, musi uznać, iż cierpienie, żal, lęk są głęboko ludzkie, naturalne i mogą odegrać pozytywną rolę w życiu. Odważne i konsekwentne przyjęcie tej zasady sprawi, że nasza pomoc i opieka staną się bardziej realne.

Śmierć jest naturalną konsekwencją życia, nie jest chorobą, ale może być jej końcem.

Strach przed śmiercią nie jest wyłączną sprawą umierających, jest udziałem wszystkich żyjących. Człowiek nie żyje jako istota samotna i niezależna, a przeciwnie – jest zależny i niszczywalny.

Nadzieja, którą niesie pielęgniarka umierającym, umiera ostatnia, praktycznie wtedy, kiedy odchodzi człowiek. Podstawą jest utrzymanie iluzji dalszego biegu życia. Nadzieja ta nie daje człowiekowi przekonania, że jego choroba minie, zniknie rozpacz. Zniesienie cierpienia również nie jest funkcją. Ona tylko umożliwia mu obronę, pozwala dalej żyć. Pod jej wpływem u nieuleczalnie chorych może nastąpić korzystna przemiana, która pomaga zwalczyć dotychczasową postawę egocentryczną, pozwala nawiązać nowe relacje, przywraca chorym wewnętrzną samodzielność. Choroba przestaje wtedy być najważniejsza, pacjent uniezależnia się od niej. Nadzieja zaczyna zajmować miejsce strachu. Prawdziwa nadzieja nie zna zawodu, jest podstawową częścią składową istoty ludzkiej, tak samo jak cierpienie. Pielęgniarka ucząc jak umierać, uczy zarazem jak żyć.

Psychopielęgnacja jest takim rodzajem oddziaływania pielęgniarki na pacjenta, który realizowany jest środkami psychologicznymi. Za pomocą tej metody, pielęgniarka stara się pomóc pacjentowi w jego funkcjonowaniu w określonych warunkach. W psychopielęgnacji zakłada się, że człowieka należy postrzegać całościowo, czyli holistycznie. W psychopielęgnacji uznaje się także aktywność pacjenta wobec wszelkich wyzwań stawianych przez los.

Celem naczelnym tej metody jest ochrona i rozwój pacjenta. Wynika to z interpersonalnej koncepcji pielęgniarstwa człowieka. Najistotniejsze jest, aby proces ten, dziejący się między osobami, miał charakter interpersonalny, a nie tylko technologiczny, a także, by charakteryzował się udziałem podmiotów. Istotnymi cechami pielęgniarki w psychopielęgnacji są: życzliwość, autentyczność, otwartość, bezpośredniość, konkretność, profesjonalizm, inicjatywa. Pielęgniarkę powinna również cechować zdolność do empatii.

Zasadami psychopielęgnacji są: bezwarunkowa akceptacja chorego, serdeczność w relacjach z pacjentem, poszanowanie jedności psycho-fizycznej, swoboda ekspresji i poszanowanie integralności, wolność wyboru i podejmowania ryzyka, samodzielność pacjenta, nawiązywanie i podtrzymywanie obustronnej, satysfakcjonującej interakcji z pacjentem, udzielanie użytecznej informacji zwrotnej, bieżąca analiza własnych trudności, ochrona i rozwój pacjenta.

Wspomniana wyżej jedna z głównych cech pielęgniarki to zdolność do empatii. Zajmuje ona znaczącą pozycję we współczesnej psychologii, znajduje się na granicy oddzielającej jednostkę od reszty, ego od alter. Umiejętność wyzbycia się egocentryzmu i przyjęcia

cudzego punktu widzenia stwarza rodzaj pomostu, który umożliwia nawiązanie kontaktu pomiędzy osobami, które w innym przypadku pozostawałyby odizolowane – umożliwiając odrębnym jednostkom podzielenie się myślami, uczuciami i zamierzeniami. Taka wspólnota umożliwia podejmowanie niektórych spośród najlepszych ludzkich działań, takich, które zmieniają nasze motywacje, często z egoistycznych, na bezinteresowne.

Empatia konieczna jest w procesie psychopielęgnacji, sprzyja bowiem pogłębianiu relacji interpersonalnych i przyczynia się do polepszenia jakości tego typu stosunków. Dzięki empatii pielęgniarka może współprzeżywać różne emocje z pacjentem, zachowując świadomość odrębności własnych uczuć. Ma ona możliwość kontrolowania poziomu własnej wrażliwości empatycznej w kontaktach z pacjentami, co chroni ją przed powstaniem i rozwojem symptomów wypalenia zawodowego. Ma to szczególne znaczenie w kontaktach pielęgniarki z pacjentem w terminalnej fazie choroby.

Psychopielęgnacja jest wsparciem psychicznym, to zastosowanie w pielęgniarstwie teorii psychologicznych. Metoda ta służy uzyskaniu przez pacjenta pełnej harmonii, a poprzez to adaptacji chorego do choroby i śmierci. Psychopielęgnacja jest procesem ciągłym. Pielęgniarka poprzez tę metodę ma dać choremu człowiekowi wiarę i nadzieję, ma stać się towarzyszem jego wędrówki ku wieczności.

W psychopielęgnacji należy przyjąć partnerski model pracy pielęgniarki z pacjentem. Warunkiem oddziaływania terapeutycznego na pacjenta jest uznanie faktu, że każdy chory człowiek jest osobą wyjątkową i akceptowaną bez względu na to, co powie lub zrobi.

Sukces psychopielęgnacji zależy w dużej mierze od empatii – procesu przebiegającego na poziomie wyobraźni i zachowania. Rozmowa terapeutyczna jest najbardziej właściwą formą psychopielęgnacji pacjenta w stanie terminalnym. Przyczynia się ona do zmniejszenia lęku, uczucia przygnębienia, poczucia małowartościowości, winy, a także gniewu. Należy również pamiętać o innych formach psychopielęgnacji, takich jak ćwiczenia relaksacyjne i wizualizacje.

Stosując techniki relaksacyjne zmniejszające napięcie mięśniowe, zmniejsza się jednocześnie stan „niepotrzebnej mobilizacji ustroju” oraz przykre jej następstwa. Mobilizacja bezcelowa jest szkodliwa, występuje jako reakcja na wyobrażone niebezpieczeństwa i jest skojarzona z lękiem. Ćwiczenia relaksacyjne są dość łatwe do wykonania. Pielęgniarka powinna zachęcać pacjenta do ich wykonywania przez przedstawienie korzyści płynących ze stosowania tej techniki.

Z kolei wizualizacja jest techniką opartą na wyobraźni. Polega ona na uruchamianiu rezerw prawej półkuli mózgu. Najczęściej celem wizualizacji jest zwiększenie sił obronnych organizmu. Mobilizowanie pacjentów umierających do walki z chorobą jest bezcelowe, ale wizualizacja w terminalnej fazie choroby służy poprawie nastroju, a przez to jakości ich życia, jak również umierania. Głównym celem wizualizacji jako techniki psychopielęgnacji jest pomoc w rozwoju życia duchowego. W czasie wizualizacji pacjent może przeżyć spotkanie w wyobraźni z „wewnętrznym przyjacielem” – uosobieniem osoby dla niego najważniejszej. Rozmowa z wewnętrznym przyjacielem pozwala podczas kolejnych spotkań dokonać przeglądu życia, określić własną sytuację i zastanowić się nad czekającymi w naj-

bliższej przyszłości zadaniami. Niezależnie od przyjętej techniki psychopielęgnacja ma spełnić swój cel i służyć ochronie pacjenta.

Mówiąc o zdrowiu w terminalnej fazie choroby nowotworowej, mówimy o wewnętrznym spokoju i harmonii chorego, adaptacji do choroby i śmierci. Zdrowie w terminalnej fazie choroby nowotworowej jest harmonią psychiki i duszy człowieka. Jest spokojnym przyjęciem prawdy o przemijaniu ludzkiego życia, jest świadectwem gotowości do odejścia. Pełna adaptacja do choroby zmniejsza stres, prowadzi do harmonii psychiki, ciała i duszy, do polepszenia samopoczucia pacjenta.

### **Zakończenie**

Człowiek w stanie terminalnym staje mniej lub bardziej świadomie wobec perspektywy utraty życia. Reakcje psychiczne na stan terminalny zależą zarówno od uwarunkowań „zewnętrznych” jak i „wewnętrznych”, powstających w bezpośrednim związku z intelektualną oceną sytuacji oraz ze stanem emocjonalnym. Uwarunkowanie zewnętrzne to przede wszystkim dobra kontrola objawów (w sensie opanowania bólu i innych dolegliwości somatycznych), a także dobra organizacja opieki, zabezpieczająca najważniejsze potrzeby bytowe chorego. Spełnienie tych warunków jest podstawą – dopiero po ich zrealizowaniu można podjąć się dalszej pomocy choremu, analizując bardziej szczegółowo jego uwarunkowania wewnętrzne. Osoba opiekuna jest ważna w każdej fazie umierania. Stanowi ona dla umierającego oparcie psychiczne. Może nią być zarówno osoba bliska z rodziny, jak i personel pielęgnacyjny, duchowny lub psycholog. Najważniejszym jest, aby była osobą zaufaną.

Nieodłącznym elementem umierania jest ból i cierpienie, które należy leczyć i uśmierzać, aby chory godnie przeżył ten ostatni okres swojej egzystencji. Podstawą leczenia bólu jest dokładna jego diagnostyka, ciągła ocena i stała komunikacja z chorym.

Bardzo ważne jest, aby nie pozostawić człowieka umierającego w samotności. Należy otoczyć go miłością, opieką, ponieważ każdy z nas potrzebuje bliskości z drugim człowiekiem. Umierający człowiek jak mało kiedy w swoim życiu potrzebuje obecności drugiej osoby. My zaś opiekując się umierającym w pewnym sensie przygotowujemy się do własnej śmierci.



Dorota Szczepaniak

## **Rola Rzecznika Praw Pacjenta na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy w latach 2004-2007**

(Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl)

### **Wstęp**

Prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka. Określają one szczególne stosunki, które istnieją pomiędzy pacjentem lub osobą świadczącą usługi medyczne lub usługi zdrowotne. Za początek Ruchu Praw Pacjenta uznawane jest postanowienie Komitetu Narodowego z okresu Wielkiej Rewolucji Francuskiej, wydane w 1793 roku. Stwierdzono w nim, że w jednym łóżku powinien znajdować się tylko jeden pacjent. Wcześniej praktyka medyczna dopuszczała pozostawianie w jednym łóżku od dwóch do ośmiu pacjentów. Postanowienie to zawierało również odpowiednie oddalenie od siebie łóżek, w odległości nie mniejszej niż trzy stopy.

W przeciwieństwie do praw człowieka, doktryna nie spowodowała typologii praw pacjenta, systematykę tych praw pozostawiono aktom prawnym. W 1994 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała Deklarację Praw Pacjenta. Podstawę koncepcji dla Karty WHO stanowiły zasadnicze dokumenty praw człowieka: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (1948), Międzynarodowy Pakt Praw Człowieka (1966), Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawy Wolności (1950), Europejska Karta Socjalna (1961), Deklaracja Lizbońska (1981), Deklaracja Wenecka o stanach terminalnych (1983), Deklaracja Helsińska o eksperymentach medycznych na ludziach (1964). Prawa Pacjenta dotyczą wprost rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie karty Praw Pacjenta z 1984 roku.

Karta Praw Pacjenta definiuje pojęcie pacjenta jako osoby korzystającej z usług medycznych, niezależnie czy jest to osoba zdrowa czy chora. WHO zdefiniowało zakres praw człowieka i zakres wartości, które powinny znaleźć się w systemie ochrony zdrowia każdego kraju. Do tych podstawowych wartości zaliczyć należy: poszanowanie godności, samostanowienie, nietykalność psychiczną i fizyczną osoby, prywatność, dążenie do osiągnięcia najlepszego stanu zdrowia. Pacjent powinien posiadać prawo do informacji, wyrażania zgody na leczenie, interwencje medyczne i zabiegi. Wszystkie prawa ujęte w Karcie

Praw Pacjenta wydanej przez WHO powinny znaleźć odzwierciedlenie w systemie ochrony zdrowia prawa międzynarodowego, jak i praw poszczególnych państw.

### **Cel pracy**

W szpitalu pracuję jako pielęgniarka od ponad 14-tu lat. Swoją pracę po ukończeniu szkoły rozpoczęłam w oddziale neurologicznym, następnie w punkcie informacyjnym, obecnie, jako pielęgniarka koordynująca pracę rejestracji ogólnej, obejmującej 20 poradni specjalistycznych. Bez względu na miejsce swojej pracy miałam kontakt z pacjentem oraz jego rodziną. Praca w oddziale zwracała moją uwagę głównie na problemy pielęgnacyjne pacjenta. Moje „inne” spojrzenie na pacjenta – spojrzenie na człowieka chorego, ale również zagubionego, zdezorientowanego i często nie znającego swoich podstawowych praw i obowiązków, a jeśli nawet znającego to często nie umiejącego poruszać się w gąszczu przepisów prawnych – przyszło w momencie bezpośredniego kontaktu z takimi problemami podczas mojej pracy w punkcie informacyjnym, a potem w rejestracji.

Od 2005 r. pełnię funkcję zastępcy Rzecznika Praw Pacjenta w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Swoją pracą chciałabym przybliżyć podstawowe prawa i obowiązki pacjenta, przedstawić ogrom problemu, wynikający czasem z ich nieprzestrzegania, a innym razem z niewiedzy. Niniejszym opracowaniem chciałabym również przedstawić wagę ochrony praw pacjenta, a także podkreślić rangę oraz konieczność istnienia stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta.

### **Prawa pacjenta w przepisach ustawowych i aktach wykonawczych**

W ustawodawstwie polskim, oprócz Konstytucji, prawa pacjenta są artykułowane w innych ustawach i aktach wykonawczych. Należą do nich:

- ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 roku,
- ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 5 lipca 1996 roku,
- ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 roku,
- ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku,
- ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 1 lipca 2005 roku,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze,
- ustawa kodeks cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 roku,
- ustawa Kodeks karny z dnia 5 czerwca 1997 roku.

W każdej z ustaw wskazano cały szereg praw o bardzo różnym charakterze, od najbardziej podstawowych i ogólnych do szczegółowych. Wymienione wyżej prawa wskazane są w Karcie Praw Pacjenta, która została w Polsce opracowana w 1996 roku. Po wprowadzeniu zmian, wynikających ze zmian w polskim ustawodawstwie, Karta Praw Pacjenta zosta-

ła ogłoszona Komunikatem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1998 roku do publicznej wiadomości. Dokument ten nie jest aktem o charakterze normatywnym i nie może być samodzielną podstawą dochodzenia roszczeń. Jest to zestawienie podstawowych aktów prawnych, w których znalazły się unormowania poszczególnych praw pacjenta i wykaz tych praw ze wskazaniem podstawy prawnej. Karta praw pacjenta powinna być na bieżąco aktualizowana w związku ze zmianami w prawie. Wątpliwości również budzi brak w Karcie odniesień do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi czy zwalczaniu narkomanii. Nie ma też ani słowa na temat ludzi chorych lub nosicieli wirusa HIV.

### **Instytucje ochrony praw pacjentów**

Prawa pacjenta wiążą się ściśle z prawami człowieka stanowiąc ich integralną część. Dochodzenie tych praw możliwe jest na drodze postępowania skargowo-wnioskowego przewidzianego w Kodeksie postępowania administracyjnego, na drodze postępowania prokuratorskiego oraz postępowania z tytułu odpowiedzialności zawodowej pracowników medycznych.

Do czasu przygotowania ostatecznych rozwiązań systemowych i legislacyjnych instytucji zajmujących się przestrzeganiem i ochroną praw pacjenta w Polsce oraz zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, przy NFZ został powołany urząd Rzecznika Praw Pacjenta.

Główne zadania, które realizuje Rzecznik to:

- czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta;
- przyjmowanie skarg od ubezpieczonych na działalność świadczeniodawców, z którymi NFZ podpisał kontrakty;
- udzielanie odpowiedzi na pytania ubezpieczonych;
- podejmowanie działań interwencyjnych u świadczeniodawców w sytuacjach związanych z realizacją praw ubezpieczonych;
- wskazywanie właściwego trybu skargowego w zakresie wykraczającym poza kompetencje NFZ;
- analiza skarg i wniosków wpływających do NFZ;
- współpraca z organizacjami samorządowymi i pozarządowymi działającymi na rzecz praw pacjenta;
- monitorowanie poziomu satysfakcji pacjenta.

Należy podkreślić, że obecnie funkcja Rzecznika Praw Pacjenta nie ma żadnego umocowania prawnego. Posiadane przez niego kompetencje to wnioskowanie o zerwanie podpisanego kontraktu oraz kontrola zakładu opieki zdrowotnej i zalecenie usunięcia nieprawidłowości. Stanowisko rzecznika, który nie dysponuje instrumentami sankcjonującymi, wcale nie ułatwia potencjalnemu skarżącemu lepszego dostępu do placówek służby zdrowia i godziwego traktowania. Stworzenie ustawy określającej usytuowanie rzecznika, na-

dającej uprawnienia kontrolne i decyzyjne w stosunku do świadczeniodawców, może spowodować, że rzecznicy będą realnymi pełnomocnikami osób korzystających z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Analiza skarg, jak i przeprowadzanych interwencji wskazuje, że przepisy Karty Praw Pacjenta naruszane są głównie w zakresie:

- art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (pacjent ma prawo do natychmiastowego, niezależnie od okoliczności, udzielenia mu świadczeń zdrowotnych, jeżeli znajduje się on w stanie zagrożenia zdrowia lub życia),
- art. 18 ust. 3, pkt.1 ustawy o ZOZ (dotyczy prawa pacjenta do udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania osoby, której ta dokumentacja może być udostępniona oraz ochronie danych w niej zawartych),
- art. 19, ust.1, pkt.2 ustawy o ZOZ (dotyczy informacji o stanie zdrowia),
- art. 19 ust. 1, pkt.3 o ustawy ZOZ (dotyczy wyrażania zgody lub odmowy na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych – prawo to nie dotyczy świadczeń, których udzielanie bez zgody pacjenta regulują odrębne przepisy),
- art. 30 ustawy o zawodzie lekarza (dotyczy uzyskania od lekarza pomocy w przypadku zagrożenia utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a także w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki),
- art. 36, ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza (dotyczy poszanowania przez lekarza intymności pacjenta, jego godności osobistej, a także do wyrażenia zgody lub jej odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu świadczeń osób innych niż personel medyczny konieczny do jego przeprowadzenia).

Według oceny Rzeczników Praw Pacjenta, ponad połowa składanych skarg jest uzasadniona, ale ich przyczyna nie tkwi tylko w błędach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ale w złej organizacji pracy zakładów opieki zdrowotnej, a także wadliwej organizacji nowego systemu.

Mimo, że prawa pacjenta są dobrze chronione w polskim systemie prawnym, to nadal pozycja pacjenta jest słabsza niż w krajach Europy Zachodniej. Wynika to głównie z powolnego przechodzenia w stosunkach lekarz-pacjent z istniejącego jeszcze paternalizmu do stopniowego samostanowienia pacjenta. Jest to również wynik nieznamomości własnych uprawnień w nowym systemie ochrony zdrowia.

### **Powołanie Rzecznika Praw Pacjenta w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy**

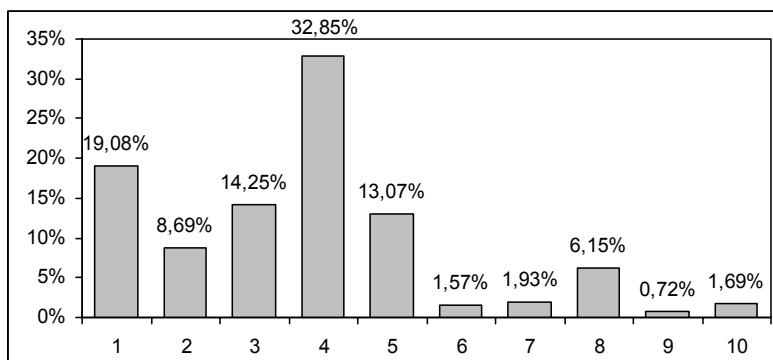
Rzecznik Praw Pacjenta (RPP) – organ powołany w celu ochrony praw pacjentów płacówek opieki zdrowotnej. Najczęściej wyjaśnia sprawy i skargi, zgłaszane przez pacjentów oraz informuje, gdzie i jakie świadczenia ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia mogą uzyskać.

Dnia 1 grudnia 2003 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym został powołany Rzecznik Praw Pacjenta. Stanowisko to objęła p. Grażyna Sokołowska – pracownik z ponad dwudziestoletnim stażem pracy w tym Szpitalu.

Przez okres od 2004 r. do 2007 r. przyjęto i rozpatrzono 830 spraw, z czego 805 załatwiono pozytywnie. W tym:

- 482 – sprawy różne (ustalenie prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej, tj. ustalenie pełnych danych pacjentów, potwierdzenie rejestracji w Urzędzie Pracy itp., występowanie z wnioskami o ubezpieczenie zdrowotne do Miejskich i Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w przypadku osób nieubezpieczonych. Przy współpracy z policją ustalanie danych pacjentów przyjętych jako NN oraz powiadamianie rodzin. Zgłaszanie zgonów pacjentów do Miejskich i Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w celu zajęcia się pogrzebem – dotyczy pacjentów nieposiadających rodzin. Pomoc przy przyspieszaniu przyjęcia pacjenta na oddziały specjalne lub do poradni specjalistycznych w jednostkach służby zdrowia itp.);
- 149 – pomoc w załatwianiu usług opiekuńczo-pielęgniacyjnych;
- 124 – skargi i zażalenia pacjentów na potraktowanie ich przez pracowników szpitala;
- 75 – sprawy dotyczące załatwiania miejsc w Zakładach Pielęgniacyjno-Opiekuńczych lub Opiekuńczo-Lecznicych.

### Sprawy przyjęte przez Rzecznika za lata 2004/2007



Legenda:

1 – uzgodnienie usług opiekuńczych, 2 – załatwianie miejsc w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, 3 – potwierdzenie prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej, 4 – sprawy różne (ustalenie terminów przyjęć pacjentów, zgłoszenia zgonów pacjentów, powiadamianie rodzin o zgonie, współpraca z policją i pracownikami noclegowni), 5 – skargi na działalność szpitala i poradni szpitalnych (dotyczy także pracy pielęgniarek i lekarzy), 6 – obciążenie pacjenta kosztami za leczenie, 7 – przyspieszenie zabiegu, 8 – objęcie ubezpieczeniem społecznym, 9 – ustalanie danych osobowych, 10 – nie dotyczy działalności szpitala.

## Zakończenie

Reforma w ochronie zdrowia prowadzona od 1 stycznia 1999 r. spowodowała gwałtowne zmiany w wielu szpitalach oraz poradniach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Zaczęto łączyć niektóre jednostki, przekształcać w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej lub je likwidować.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy powstał 1.09.2002 r. z połączenia Wojewódzkiego Szpitala im. Falkiewicza i Szpitala Chirurgicznego w Legnicy. W tym czasie w byłym województwie legnickim zlikwidowano szpital w Chojnowie, a na jego bazie powołano Dolnośląski Ośrodek Pielęgnacyjny. W Jaworze szpital zmniejszył liczbę oddziałów. Podstawową Opiekę Zdrowotną w Legnicy przekształcono w Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej. Zmieniające się przepisy, wprowadzenie systemu kolejkowego, limity przyjęć do poradni specjalistycznych – wszystko to rodziło kolejne problemy i konflikty między pacjentem a pracownikami służby zdrowia. Pojawił się problem ludzi nieubezpieczonych w związku z koniecznością rozliczania świadczeń zdrowotnych z płatnikiem, jakim stały się Kasy Chorych, a w kolejnym etapie Fundusz Zdrowia.

Szukając rozwiązania problemu, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy podjął decyzję o powołaniu Rzecznika Praw Pacjenta. Instytucje takie były już powołane przy Ministerstwie Zdrowia, jako Biuro Rzecznika Praw Pacjenta oraz Wojewódzcy Rzecznicy Praw Pacjenta przy Funduszach Zdrowia, ale rodzące się problemy trzeba było rozwiązywać na miejscu i taką funkcję miał pełnić Rzecznik w szpitalu. Funkcja Rzecznika została połączona z elementami pracy pracownika socjalnego, ponieważ pojawił się kolejny problem: ludzie starsi, samotni, bezdomni, którzy po zakończonym leczeniu szpitalnym wymagali dalszej pomocy i wsparcia w środowisku.

Rzecznik nawiązał współpracę z Miejskimi i Gminnymi Ośrodkami Pomocy Społecznej (MiGOPS) w celu zapewnienia pomocy w formie usług opiekuńczych w warunkach domowych. Na przestrzeni lat 2004-2007 dzięki tym działaniom zostało objętych usługami 151 osób. W przypadku, kiedy po zakończeniu leczenia szpitalnego pacjent wymaga całodobowej opieki, podejmowane są działania w celu umieszczenia go w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym (ZPO) lub Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym (ZOL). Problemem obecnie jest znalezienie miejsca w takim ośrodku w związku z małą liczbą miejsc na terenie byłego województwa legnickiego. Najbliższe tego typu placówki to ZPO w Złotorzy i Chojnowie. Okres oczekiwania to 4-6 miesięcy. Pacjenci kierowani są również do ośrodków znacznie oddalonych od Legnicy, np. w Złotym Stoku, Sokołowsku, Bielawie i innych, to jednak stanowi utrudnienie w kontaktach z rodziną czy znajomymi. Długi okres oczekiwania na miejsce powoduje również przedłużający się pobyt tych osób w oddziałach szpitalnych, co w efekcie wydłuża kolejki oczekujących do przyjęć planowanych.

Limitowanie przyjęć w poradniach specjalistycznych związane jest z wysokością kontraktu na poszczególne świadczenia. W zależności od poradni okres oczekiwania wydłuża się nawet do 3 miesięcy, co wywołuje frustrację i niezadowolenie wśród pacjentów. W takich sytuacjach podejmowane są działania przez Rzecznika, znalezienia krótszego terminu

w innej poradni na terenie Legnicy, a w niektórych przypadkach nawet w innym mieście. Każda osoba zgłaszająca się do szpitala lub poradni specjalistycznej ma obowiązek posiadania dokumentu potwierdzającego prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej oraz dokument z numerem PESEL. W przypadkach nagłych pacjent ma obowiązek dostarczenia tych dokumentów w terminie 7 dni do zakońzonego leczenia. W przypadku braku ubezpieczenia pacjent obciążany jest kosztami leczenia.

Pojawił się więc problem osób nieubezpieczonych. Aktualnie Rzecznik w przypadku zgłoszenia braku dokumentu potwierdzającego prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej przeprowadza wywiad z pacjentem w celu ustalenia, czy nie korzysta z jakiejś formy ubezpieczenia zdrowotnego, np. czy nie jest zarejestrowany w Urzędzie Pracy lub zgłoszony do ubezpieczenia przez współmałżonka, lub czy nie korzysta ze świadczeń z Miejskiego lub Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej itp. W przypadku potwierdzenia braku ubezpieczenia następuje zgłoszenie do Miejskiego lub Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w celu przeprowadzenia wywiadu i objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. W okresie 2004-2007 występowało o sprawdzenie prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej u 102 osób, zgłoszono do objęcia ubezpieczeniem 108 osób. Niepokojący jest fakt zwiększającej się liczby osób nieubezpieczonych, które posiadają prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej. W wielu przypadkach osoby te pracują, ale nielegalnie, w Polsce lub za granicą. Problem pojawia się w sytuacji konieczności skorzystania ze świadczenia zdrowotnego, a w konsekwencji zapłaty za nie.

Wachlarz spraw, z którymi zwracają się obecnie do Rzecznika już nie tylko pacjenci szpitala, ale również mieszkańcy Legnicy i okolic, zwiększa się z każdym dniem. Wiele osób, szczególnie starszych, zwraca się z prośbą o wypełnienie druków do firm ubezpieczeniowych (w przypadku starania się o odszkodowania), o napisanie podań lub wypełnienie wniosków do różnych instytucji. Są też takie osoby, które przychodzą, aby po prostu opowiedzieć o swoich dolegliwościach, chorobach, problemach związanych z dostaniem się do lekarza, trudnej sytuacji mieszkaniowej itp.

Rzecznik przyjmuje skargi, wnioski i zażalenia od pacjentów i ich rodzin w związku z funkcjonowaniem oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych lub innych działów diagnostycznych. Na przestrzeni 2004-2007 przyjęto 115 takich skarg.

Współczesny świat stawia przed ochroną zdrowia coraz surowsze wymagania, określając coraz dokładniej zasady postępowania zgodnego ze sztuką i wiedzą medyczną. Prawa pacjenta w polskim systemie prawnym są niezwykle rozproszone, a ich uregulowania występują w wielu aktach prawnych rangi ustawy. Stanowią one ingerencję prawa w celu określenia interesu obu stron: pacjenta u personelu medycznego, a także ich praw i obowiązków wynikających z tych relacji. Mankamentem wydaje się być brak w Polsce kompleksowego ujęcia Praw Pacjenta w formie jednego aktu prawnego.

Pacjenci zagubieni w gąszczu zmieniających się przepisów, oburzeni traktowaniem w placówkach służby zdrowia, coraz częściej szukają pomocy.

Przed Rzecznikiem stają ciągle nowe wyzwania, gdyż zmiany w systemie ochrony zdrowia powodują dezorientację pacjentów i personelu medycznego, którzy często nie potrafią się odnaleźć w nowych rozwiązaniach.

Funkcja Rzecznika Praw Pacjenta to stanowisko, na którym człowiek ma misję niesienia pomocy ludziom.



## Narkomania jako problem społeczny

(Promotor pracy: doc. dr nauk ekon. Adam Klar)

### Spoleczny zakres zjawiska narkomanii

Uzależnienia są przyczyną ogromnych szkód społecznych. Na poziomie funkcjonowania rodziny prowadzą do problemów natury emocjonalnej i ekonomicznej. Na poziomie społeczeństwa prowadzą do ogromnych kosztów opieki medycznej, wciąż rośnie grupa ludzi chorych i niepełnosprawnych. Rozprzestrzenianie się chorób przenoszonych przez krew jest w dużej mierze skutkiem używania narkotyków drogą dożylną.

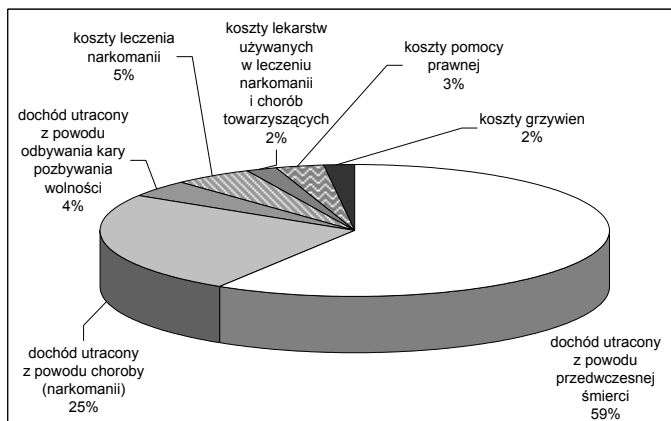
Zjawisko używania narkotyków zakłóca prawidłowe funkcjonowanie całego społeczeństwa powodując wiele szkód i kosztów, prowadzi do społecznej marginalizacji.

### Koszty społeczne narkomanii

Jak wynika z raportu przygotowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii Grupę Pompidou (instytucję Rady Europy), ogólny koszt problemu narkomanii w Polsce w roku 2005 szacuje się na poziomie bliskim 402 mln zł, z czego prawie 195 mln obejmują koszty prywatne, ponad 207 mln – koszty publiczne.

Koszty prywatne narkomanii to wydatki ponoszone na leczenie narkomana przez jego rodzinę oraz zmniejszenie produktywności w wyniku choroby jaką jest narkomania lub przedwczesnej śmierci narkomana spowodowanej przez narkotyki (rys. 1).

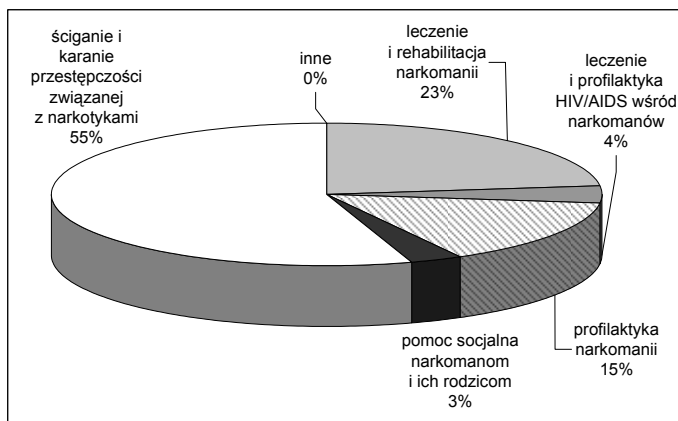
Rys. 1. Struktura kosztów prywatnych narkomanii



Koszty publiczne to wydatki przeznaczone na walkę z przestępczością, leczenie, rehabilitację i profilaktykę uzależnień (rys. 2). Koszty te ponoszą instytucje, które reagują na problem narkomanii w zakresie redukcji popytu na narkotyki oraz ograniczenia ich podaży. Koszty ograniczania podaży narkotyków wynikają z działań policji, prokuratury, sądów, zakładów karnych i wielu innych instytucji. Działania mają na celu zwalczanie przestępczości narkotykowej oraz zablokowania dopływu narkotyków z zagranicy.

Wydatki tego rodzaju ponoszą: Resort Zdrowia, Resort Sprawiedliwości, Resort Spraw Wewnętrznych, Resort Pracy i Polityki Socjalnej, Resort Rolnictwa. Wydatki ponoszą również takie instytucje, jak: Narodowy Fundusz Zdrowia, Samorząd Wojewódzki, Samorząd Gminny.

**Rys. 2. Struktura kosztów publicznych narkomanii**



Największą pozycję w strukturze kosztów publicznych zajmują wydatki na walkę z przestępczością związaną z narkotykami. Wydatki organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości są, jak widać z rys. 2, ponad dwukrotnie wyższe niż wydatki na leczenie i rehabilitację. Wydatki na pomoc społeczną dla osób dotkniętych narkomanią i ich rodzin znajdują się na bardzo niskim poziomie. Może to być jednym z czynników utrudniających powrót osób uzależnionych od narkotyków do społeczeństwa.

Gwałtowne narastanie zakażeń HIV oraz wielu innych krwiopochodnych chorób infekcyjnych wśród narkomanów sprawia, że problem uzależnień jest tematem zainteresowania nie tylko środowiska medycznego, ale również polityków, organizacji społecznych, edukacji. Narkomania jest chorobą złożoną, wiele somatycznych problemów zdrowotnych może mieć skutek śmiertelny, jeśli osoba uzależniona pozostanie bez leczenia. Narkoman pozostawiony bez pomocy nie jest w stanie samodzielnie kierować swoim życiem w taki sposób, aby uniknąć zagrożeń zdrowotnych oraz podjąć się leczenia. Pozostawieni bez pomocy, napiętnowani przez opinię społeczną, odrzuceni przez własne rodziny często umierają w samotności w wyniku przedawkowania lub rozwijających się chorób.

W obecnych czasach żaden człowiek nie powinien pozostać bez opieki. Ten humanitarny akcent powinien być na pierwszym miejscu działań kompleksowej opieki medycznej.

## **BADANIA WŁASNE**

### **Problemy badawcze pracy i hipotezy**

Głównym celem przeprowadzonych przeze mnie badań jest uzyskanie argumentów popierających tezę, że **narkomania jest problemem społecznym**.

Rodzina jest podstawową komórką społeczną i właśnie ona ma decydujący wpływ na rozmiary tego zjawiska, dlatego zbadalam nie tylko grupę młodzieży, ale również rodziców.

Sformulowałam także szczegółowe problemy badań:

- Jaki jest poziom wiedzy badanych uczniów oraz rodziców na temat narkomanii?
- Co sądzą badani o udzielaniu pomocy osobom uzależnionym?
- Czy narkomania jest problemem całego społeczeństwa?
- Czy zjawisko narkomanii jest niekorzystne?

Założyłam prawdziwość następujących hipotez roboczych:

- Poziom wiedzy uczniów a zwłaszcza rodziców na temat narkomanii jest niewystarczający.
- Ankietowani uważają, że osobom uzależnionym należy pomoc, lecz sami woleliby w tym nie uczestniczyć.
- Narkomania jest problemem całego społeczeństwa.
- Zjawisko narkomanii jest zagrożeniem dla społeczeństwa.

### **Metody i techniki badawcze**

Kierując się obiektywizmem w wyniku objęcia badaniami ankietowanych, krótkim czasem oczekiwania na rezultaty oraz oceną skali zjawiska i skutecznością dotychczasowych działań profilaktycznych, w przeprowadzonych badaniach posłużyłam się metodą sondażu, z zastosowaniem ankiety jako podstawowej techniki badawczej.

Kwestionariusz ankiety dla rodziców składa się z 31 pytań, dla młodzieży z 30 pytań. Na pytania zawarte w kwestionariuszu ankietowani odpowiadali w sposób pisemny, samodzielnie i anonimowo.

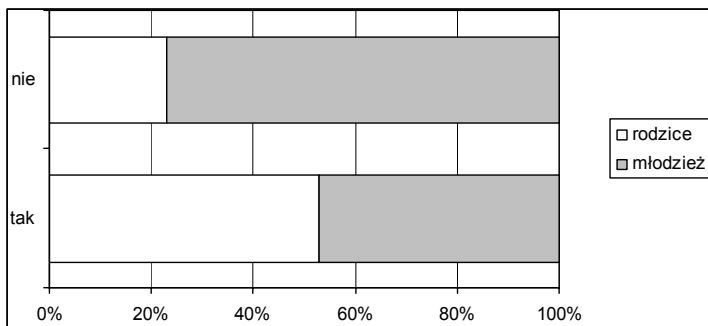
### **Charakterystyka badanej grupy**

Badania zjawiska narkomanii jako problemu społecznego przeprowadziłam wśród uczniów drugiej klasy Liceum Ogólnokształcącego im. Stanisława Wyspiańskiego nr 2 w Legnicy oraz wśród rodziców. Dokonałam wnikliwej analizy wśród 40 uczniów. Chłopcy stanowią grupę 17-osobową natomiast dziewczęta 23-osobową. Uczniowie w większości pochodzą z miasta. Grupa młodzieży, która brała udział w sondażu, cieszy się dobrą opinią, posiada ściśle określone plany na przyszłość. Grupa rodziców, wśród których przeprowadziłam ankietę to 50 osób. Mężczyźni stanowią grupę 22-osobową, natomiast kobiety 28-osobową. Wśród tych osób przeważają ludzie z wykształceniem średnim, następnie wyższym, zawodowym, dwie osoby posiadają wykształcenie podstawowe. Znaczna liczba rodziców pracuje zawodowo, natomiast 13 osób jest bezrobotnych.

## Wyniki badań i wnioski

Na podstawie wyników badania ankietowego zrealizowanego na grupie licealistów z Legnicy oraz rodziców na temat narkomanii postrzeganej jako problem społeczny, mogą stwierdzić, że narkomania jest zjawiskiem powszechnym, na co wskazują dane zobrazowane na wykresie 2. Ankietowani uważają narkomanię za zjawisko społecznie niekorzystne.

**Wykres 2. Czy zjawisko narkomanii jest niekorzystne dla społeczności, w której występuje?**

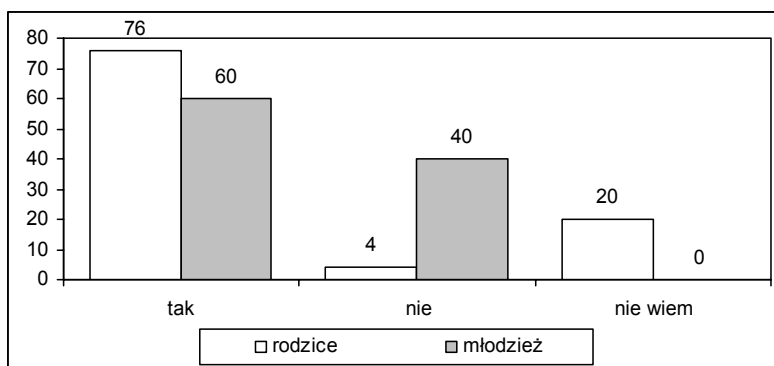


Badania wykazały, że aż 77,5% młodzieży i 38% rodziców zna wiele osób, które miały lub nadal mają kontakt z narkotykami. Przy tym 54,8% chłopców i 45,2% dziewcząt zna kogoś, kto miał lub ma nadal kontakt z narkotykami. Chłopcy są więc grupą bardziej narażoną na potencjalny kontakt z narkotykami. Na uwagę zwraca fakt, że tylko 22,5% młodzieży nie zna nikogo kto miałby kontakt z narkotykami – żyją w środowisku rówieśniczym wolnym od narkotyków. Nie są to dane optymistyczne, bo dowodzą, że problem narkomanii jest problemem rozległym.

W ankiecie dopytywałam się także ankietowanych o to, jakie to były narkotyki. Okazuje się, że marihuana zajmuje pierwsze miejsce na tej liście (38% odpowiedzi), w następnej kolejności znajdują się leki (23%) oraz amfetamina (19% osób); 19% ankietowanych nie potrafiło określić narkotyku, z którym miało do czynienia.

Czy marihuana to narkotyk? Takie pytanie zadałam zarówno młodzieży jak również rodzicom. Otrzymane odpowiedzi przedstawia wykres 5.

**Wykres 5. Czy marihuana to narkotyk?**

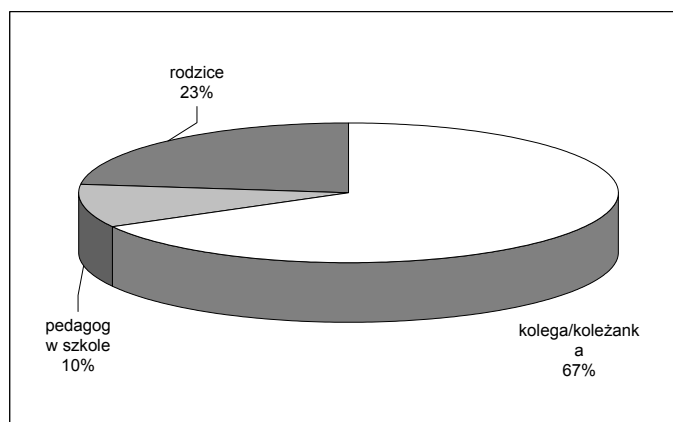


Kolejne odpowiedzi ankietowanych na pytania prowadzą do refleksji, że pomimo tego, iż wiedza uczniów i rodziców na temat narkomanii wydaje się dość rozległa, to nie jest ona jednak wystarczająca. Sami rodzice zapytani o to, czy ich wiedza na temat narkomanii jest wystarczająca, aż w 64% odpowiedzieli, że nie jest wystarczająca; bardzo chętnie poszerzyliby swoją wiedzę na ten temat. Z programem psychoedukacyjnym adresowanym do rodziców spotkało się tylko 36% ankietowanych rodziców.

Zaskoczył mnie wynik, że aż 16% rodziców w ogóle nie zna powodów, dla których młodzież sięga po narkotyki. Najczęstszym powodem, według rodziców, dla którego młodzież sięga po narkotyki jest *chęć przypodobania się znajomym* – 35,7%. Kolejny z powodów jaki wymienili rodzice, to stwierdzenie, że *jest to teraz bardzo modne* – 28,5%, *zbyt małe zainteresowanie rodziców* – 19%, *problemy w szkole* – 16,6%.

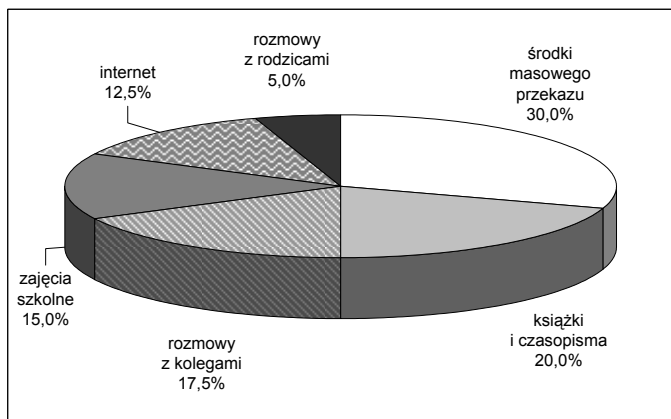
Wynika z tego, że rodzice zdają sobie sprawę, iż zbyt mało czasu poświęcają swoim dzieciom. Zastanawiam się nad tym, czy wynika to z braku czasu, czy może raczej z nieumiejętności prowadzenia rozmów z dzieckiem na temat narkomanii i innych problemów pojawiających się w okresie dorastania? Prawidłowo funkcjonujący system rodzinny nastawiony jest na zaspokojenie potrzeb wszystkich jego członków, może ograniczyć doświadczenia młodzieży z narkotykami, a na pewno może opóźnić inicjację w tym zakresie.

#### Wykres 6. Gdybyś miał/a problem dotyczący narkotyków do kogo byś się zwrócił?



Jak wynika z wykresu 6, najważniejszą grupą odniesienia dla młodego człowieka, jeżeli chodzi o to, do kogo zwróciłby się w przypadku zaistnienia u niego problemu narkotykowego, są osoby w jego wieku (67,5%). I tu nasuwa się kolejne pytanie, pytanie o to, skąd młodzież czerpie wiedzę na temat narkotyków (wykres 7).

**Wykres 7. Skąd młodzież czerpie wiedzę na temat narkotyków?**



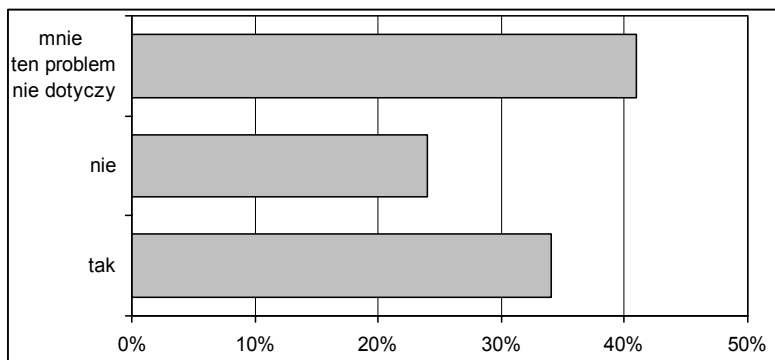
Otrzymane wyniki nie są zaskakujące. Zaledwie 5% młodzieży uznaje rodziców za godnych partnerów do rozmów. Zdecydowanie największą rolę w przekazywaniu wiedzy na temat narkomanii odgrywają środki masowego przekazu (30%), książki i czasopisma stanowią 20%, rozmowy z kolegami 17,5%, zajęcia szkolne 15%, Internet 12,5%.

Jednakże, aby kreować prawidłowe postawy antynarkotykowe, programy radiowo-telewizyjne powinny być tworzone w sposób niebanalny i interesujący. Powinny nie tylko odzwierciedlać stan aktualnej wiedzy naukowej odnośnie różnych substancji. Przedstawione powinny zostać doraźne i odległe skutki zażywania narkotyków, a także ukazane powinny zostać w sposób dostępny dla młodzieży mechanizmy działania różnych substancji w każdym obszarze funkcjonowania człowieka, czyli biologicznym, psychicznym i społecznym.

Oddziaływania profilaktyczne powinny uwzględniać nie tylko jednostkę, ale także jej najbliższe otoczenie rówieśnicze. Z przeprowadzonej ankiety wynika, że młodzi ludzie (55%) swój wolny czas lubią spędzać wśród grona przyjaciół, dlatego uważam, że w programach edukacyjno-profilaktycznych powinny się znaleźć elementy oddziaływania obejmujące swoim zakresem konkretne kręgi przyjaciół, w których należy kreować modę na „nie branie” oraz rzetelnie informować ich o zdrowotnych, rodzinnych, prawnych i społecznych skutkach narkomanii.

Badani w przeważającej większości dostrzegają ryzyko szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Zarówno młodzież, jak i rodzice, znają kogoś kto ucierpiał z powodu narkomanii. Jest to duża grupa ludzi. Rodzice stanowią 38%, młodzież 57,5%. Nie wiemy, niestety, ilu z tych ludzi poniosło szkody występujące u członków rodzin osób uzależnionych lub też u osób używających narkotyków. Nie wiemy również, ile z tych osób naruszyło prawo i porządek publiczny, a ile weszło na drogę przestępstwa i wykroczeń związanych z narkotykami.

### Wykres 9. Czy osobiście Pan/Pani zaangażowała by się w działania na rzecz narkomanii?



Dane przedstawione na wykresie 9 są bardzo niepokojące. Wynika z nich, że rodzice nie do końca mają świadomość tego, iż narkomania jest problemem społecznym. Skoro 77,5% badanej młodzieży i 38% przebadanych rodziców stwierdziło, że znają kogoś kto miał lub nadal ma kontakt z narkotykami, to zadziwiającym jest fakt, że aż 42% rodziców uważa, że ich ten problem nie dotyczy. Należy uświadomić rodzicom fakt, że to m.in. oni tworzą społeczność lokalną i mają wpływ na to, co się wokół nich dzieje.

Przebadana grupa rodziców wykazuje postawy podobne do opisywanych w literaturze postaw społeczeństwa wobec osób uzależnionych. Z badań wynika, że 80% młodych ludzi twierdzi, że byli zachęceni do spróbowania narkotyku. Dane te po raz kolejny potwierdzają opinię o tym, że problem narkomanii jest bardzo rozległy. Rodzice muszą być świadomi tego, że ten problem także ich dotyczy. Zło narkomanii może dotknąć nie tylko sąsiada, koleżankę córki, ale także ich własnych dzieci. Rodzice powinni zacząć z dziećmi rozmawiać, nauczyć się ich słuchać i okazywać miłość. Można stwierdzić, że to kolega lub koleżanka najczęściej nakłania do przyjęcia narkotyku. Aż 32 osoby odpowiedziały, że były namawiane do spróbowania narkotyku. Grupę tę stanowi dwudziestu chłopców i dwanaście dziewcząt. Wynika z tego, że chłopców częściej niż dziewczęta zachęcano do spróbowania narkotyku. Można by pokusić się o stwierdzenie, że to właśnie chłopcy uważani są przez osoby handlujące narkotykami za potencjalnych klientów.

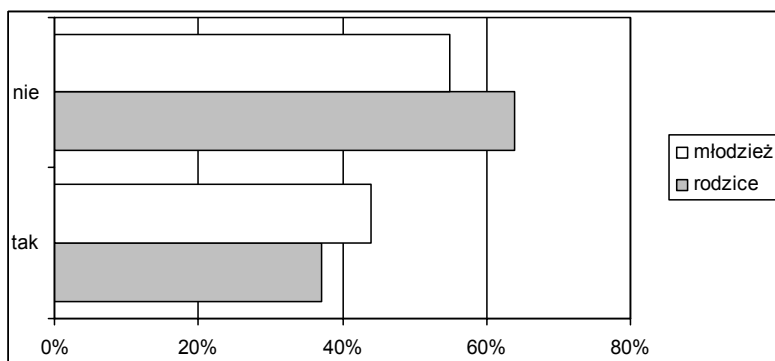
Tylko 30% rodziców zna przyjaciół swojego dziecka, 10% nie zna przyjaciół dziecka, a 60% zna tylko niektórych przyjaciół.

Wyniki badań powinny być wskazówką dla rodziców, by więcej uwagi poświęcali swemu dziecku. To właśnie rodzice muszą interesować się tym, gdzie i w jaki sposób ich dziecko spędza wolny czas, kim są jego koledzy. Właściwa postawa rodziców wobec własnego dziecka może uchronić je przed kontaktem z narkotykiem, a z pewnością może ten kontakt ograniczyć.

Zastanawiające są wyniki odpowiedzi na pytanie nr 21 ankiety (dotyczyło tego, jak często rodzice prowadzą z dzieckiem rozmowy na temat narkomanii). Okazało się, że 2 chłopców (na 17) odpowiedziało, że nigdy, 5 – że rzadko, natomiast 10 odpowiedziało, że czę-

sto. Wynika z tego, że dla 58,8% chłopców rozmowy z rodzicami na temat narkomanii nie są tematem tabu. Natomiast wśród grupy dziewcząt częste rozmowy z rodzicami na ten temat stanowią tylko 17,3%. 13 dziewcząt (spośród 23) określiło, że rodzice rzadko poruszają z nimi problem narkomanii. Nasuwa się więc tutaj uzasadnione pytanie: Dlaczego rodzice ze swoimi córkami unikają tematu narkomanii? Czyżby uważali, że dziewcząt problem ten dotyczy w mniejszym stopniu niż chłopców?

**Wykres 12. Czy działania władz są wystarczające by zmniejszyć problem narkomanii?**



Z danych zawartych na wykresie 12 wynika, że zdecydowana większość badanych uważa dotychczasowe działania związane z zapobieganiem narkomanii za mało skuteczne i niewystarczające. Dane te powinny być sygnałem wskazującym na konieczność ciągłego prowadzenia działań zapobiegawczych przez instytucje do tego powołane. Widocznie instytucje te nie działają tak, jak powinny, skoro pojawiło się tak dużo odpowiedzi o niewystarczającym ich działaniu w zakresie zmniejszenia problemu narkomanii.

Z problemem uzależnienia od narkotyków spotykają się osoby nie tylko bezpośrednio nim dotknięte, ale także rodzina, partnerzy, przyjaciele, którzy przeżywają stan przygnębienia, lęku, stresu, rozczarowań i bezradności. Analiza zebranych materiałów wykazała, że wiedza ankietowanych jest dość rozległa, jednak nie jest wystarczająco szczegółowa i dokładna.

Wiedza o szkodliwości narkomanii nie warunkuje jednak braku kontaktu ze środkiem uzależniającym. Aż 47,5% ankietowanej młodzieży twierdzi, że chcieliby choć raz spróbować któregoś z narkotyku. Ilu z nich zaspokoi swoją ciekawość?

Badanie wykazało, że 57,5% ankietowanej młodzieży nie miałyby problemu ze zdobyciem narkotyków. Ankietowani wiedzą gdzie i ewentualnie u kogo można zaopatrzyć się w narkotyki. Łatwy dostęp do narkotyków stanowi istotny czynnik sprzyjający eksperymentowaniu ze środkami odurzającymi. Przeprowadzona ankieta wykazała, że aż 52,6% chłopców i 47,4% dziewcząt chciałoby choć raz spróbować któregoś z narkotyków.

Młodzi ludzie sięgają po środki psychoaktywne z różnych powodów, zarówno psychologicznych jak i społecznych. Najważniejsze z nich wynikają ze specyfiki okresu dorasta-



nia, okresu przemian w psychospołecznym funkcjonowaniu i poszukiwaniu własnej tożsamości oraz weryfikowaniu samooceny. W profilaktyce należy zatem uwzględnić naukę kształtowania umiejętności społecznego funkcjonowania w grupach rówieśniczych, trudną umiejętność nawiązywania więzi emocjonalnych, przyjaźni opartych na wzajemnym zrozumieniu i wsparciu.

Z ankiety wynika, że rodzice znają powody, dla których młodzież sięga po narkotyki. Większość ankietowanych rodziców (54%) uważa, że sposób wychowania dziecka w niewielkim tylko stopniu ma wpływ na to, że dziecko nie podejmuje próby sięgnięcia po narkotyki. Rodzice powinni posiadać wiedzę na temat kształtowania u dziecka umiejętności radzenia sobie ze zmieniającą się rzeczywistością oraz niepokojami i trudnościami okresu dorastania w inny sposób, niż sięganie po środki odurzające.

### **Zakończenie**

Podsumowując zebrany materiał, można sformułować postulaty, których realizacja mogłaby się przyczynić do większego udziału środowiska społecznego w działalności na rzecz narkomanii.

- 1) Po to, aby społeczeństwo włączyło się do skutecznego organizowania działań, związanych z profilaktyką i leczeniem narkomanów, należy dotrzeć do szerokich kręgów społeczeństwa z rzetelną i ścisłą informacją.
- 2) Chcąc wychować społeczeństwo angażujące się w sprawy profilaktyki i leczenia narkomanów, należy przygotować nauczycieli do podejmowania tej problematyki w sposób systematyczny.
- 3) W celu podniesienia poziomu wiedzy na temat narkomanii należy nie tylko młodzież, ale również całe społeczeństwo, rzetelnie informować o tym problemie, nie tylko na zasadzie ciekawostek i sensacji.
- 4) Ważnym aspektem oddziaływań profilaktycznych powinny stać się programy psychoedukacyjne adresowane do rodziców zawierające elementy wiedzy specyficznej, jak i podnoszące ich zaradność w kontaktach z dorastającym dzieckiem oraz kształtujące umiejętność radzenia sobie z własnymi problemami życiowymi.

Polska jest krajem, w którym możemy zaobserwować wiele problemów społecznych. Myślę, że jednym z najważniejszych, bo dotyczącym w szczególności ludzi młodych i wciąż narastającym, jest narkomania. Współczesna narkomania dotyka wszystkich. Nie ma tu podziału na biednych i bogatych, wykształcenie, pochodzenie czy płeć. W okresie zaawansowanej technologii, wspaniałych wynalazków, rozwoju nauki i medycyny, narkomania stanowi poważny problem społeczny, co wymaga zdecydowanych, ale przemyślanych rozwiązań.

Nie możemy pominąć podstawowej komórki społecznej, którą jest rodzina. Okazuje się, że dziecku potrzebny jest rodzic, który podejmuje decyzje, okazuje uczucia, stawia mu zadania, wyznacza obowiązki i kontroluje.

W walce z narkomanią zastosowano bardzo różne środki, zarówno karne jak i medyczne. Ustawodawstwo polskie, chcąc chronić swoich obywateli przed degradacją zarówno

społeczną jak i moralną, wybrało drogę walki ze spożyciem wszystkich substancji narkotycznych.

Istotnym elementem ochrony młodych ludzi przed uzależnieniem jest profilaktyka, ukazanie zgubnych skutków nałogu.

Od wielu lat pracuję na oddziale chirurgicznym jako pielęgniarka. Niejednokrotnie moimi pacjentami byli chorzy uzależnieni od różnych środków narkotycznych. Trafiali na oddział, w którym pracuję, najczęściej z powodu urazów. Wciąż mam przed oczami obraz człowieka, który po zabiegu operacyjnym nie czuje bólu rany pooperacyjnej, lecz odczuwa ogromne cierpienie spowodowane brakiem środka uzależniającego.

Między innymi to doświadczenie spowodowało, że w sposób otwarty i szczerzy rozmawiam z moimi dziećmi na temat narkotyków. Głęboko wierzę w to, że uda mi się ustrzec je przed zgubnymi skutkami nałogu.

## **Alkoholizm jako problem społeczny wśród młodzieży**

(Promotor: doc. dr nauk ekon. Adam Klar)

### **Wstęp**

Badania antropologiczne dowodzą, że alkohol od zarania dziejów wspomagał funkcje fizjologiczne organizmu, pełnił funkcje społeczne, ułatwiał kontakty, integrował, był elementem obrzędów i praktyk religijnych, a z czasem odgrywał również funkcje ekonomiczne i polityczne.

Wielość ról alkoholu powoduje wysokie jego spożycie, mimo licznych szkodliwych następstw, szczególnie gdy spożywają go młodzi ludzie. Konsekwencje picia alkoholu u młodzieży dotyczą nie tylko zdrowia fizycznego, czy psychicznego, lecz również obejmują swym zasięgiem całą rodzinę. Są to nie tylko momenty, w których młody człowiek sięga po alkohol dla poprawienia nastroju, osiągnięcia poczucia lekkości, ułatwienia nawiązania kontaktów, ale są to również chwile pełne nerwów, niepokoju, czy tragedii związanych z tym, że rodzice dowiadują się zbyt późno o uzależnieniu swego dziecka od alkoholu.

Celem pracy jest rozpoznanie zjawiska spożywania alkoholu wśród młodzieży. Praca ma charakter teoretyczno-badawczy. Wykorzystano w pracy literaturę tematu oraz przeprowadzono badania ankietowe wśród uczniów II klas gimnazjum w jednej z legnickich szkół w celu wyjaśnienia wymienionych zagadnień.

### **Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym**

Życie dzieci ojców nadużywających alkoholu to niejednokrotnie tragiczne pasmo straszliwych dni i wiele okropniejszych nocy. Od najmłodszych lat spotykają się one z wulgarnym słownictwem, rękoczynami, bójkami i innymi aktami przemocy. Wiele z takich dzieci choruje na nerwicę, występują u nich lęki nocne, moczenie się i nadmierna płacliwość. Dzieciństwo w rodzinie z problemem alkoholowym rodzica charakteryzuje:

- niezaspokajanie potrzeb psychicznych, to znaczy potrzeby uznania, oparcia, przynależności i kontaktu psychicznego z rodzicami;
- napięta i niespokojna atmosfera domowa;
- złe warunki bytowe;

- niepowodzenia szkolne;
- brak motywacji do społecznego działania;
- ograniczony dostęp do różnych form życia kulturalnego;
- niska pozycja dziecka w kręgach rówieśniczych;
- poczucie osamotnienia matek.

Dzieci wychowujące się w rodzinach nałogowych alkoholików podlegają bezustannie wpływowi stresogennych i patogennych czynników. Wiele z nich jest źródłem bardzo głębokich urazów psychicznych. Powodują one zachwianie struktury osobowości oraz wytworzenie nieprawidłowego obrazu świata i siebie.

W rodzinie z problemem alkoholowym szczególne miejsce zajmują dzieci, które są największymi ofiarami nałogu rodzica. Wiele matek stara się trzymać dzieci z dala od problemów domowych. Jest to jednak tylko złudne zapewnienie bezpieczeństwa. Dzieci widzą i rozumieją o wiele więcej, niż się to dorosłym wydaje. Takie dzieci żyją w strachu, na granicy kłamstwa i prawdy, ich sfera emocjonalna jest zaburzona. Wielu z nich obarcza się winą za rodzinne kłótnie, nieporozumienia, a nawet pijaństwo rodzica. Ponadto uzależnienie traktowane jest jako tajemnica rodzinna, o której nie wolno mówić. Wstyd przed rówieśnikami zmusza dzieci do upiększania szarej codzienności, bądź budowania nowej rzeczywistości, która nie ma nic wspólnego z prawdą. Dzieci alkoholików żyją w niepewności, strachu i rozczarowaniu. Towarzyszy im nieustannie przeżywany lęk.

Duże szkody w psychice dziecka wywołuje bezpośrednie obserwowanie przemocy lub bycie ofiarą przemocy. Terapeuci zajmujący się leczeniem rodzin wyróżnili – na podstawie przeprowadzonych badań – kilka wzorców przystosowania się dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym.

**Bohater rodzinny** – najstarsze dziecko, które przyjmuje na siebie całą odpowiedzialność. Posiada bardzo niską świadomość co do własnych potrzeb, natomiast czuwa nad zaspokojeniem podstawowych potrzeb innych członków rodziny. Z reguły przejmuje wiele męczących codziennych obowiązków na siebie. Szybko staje się rodzicem własnych rodziców.

Kolejny wzorzec to **Ułatwiacz** (wspomagający) – dziecko takie ma na celu zaspokojenie potrzeb emocjonalnych rodziny. Przyjmuje postawę opiekuńczą wobec osoby pijącej i przeżywa jej wzloty i upadki. Często okazuje życzliwość raz rodzicowi-alkoholikowi, innym razem drugiemu z rodziców. Ma to na celu złagodzenie wzajemnej wrogości rodziców.

Trzeci wzorzec przystosowania się dziecka to **Wyrzutek** określany też Kozłem ofiarnym lub dewiantem. Często wobec niego kierowane są oskarżenia typu: „To przez ciebie”, „To ty denerwujesz tak ojca, że sięga po butelkę”, itp. Dzieci takie najczęściej sprawiają trudności wychowawcze, gdyż popadają w konflikty ze szkołą i prawem (kradzież, oszustwa). Są agresywne, oschłe wobec bliskich. Wcześniej sięgają po alkohol lub narkotyki. Dziecko takie jest przeciwieństwem bohatera rodzinnego.

Następny wzorzec nosi miano **Maskotki** – najczęściej pełni tę rolę najmłodsze dziecko, które ma rozładować napięcie w rodzinie poprzez dowcip, żart, śmiech. Ma to na celu poprawienie humoru mamie, czy ojcu. Często bywa, iż takie dzieci mogą być narażone na wykorzystywanie seksualne.

Ostatni wzór to **Zagubione dziecko** (dziecko we mgle, aniołek, niewidoczne dziecko). Nie sprawia ono kłopotów, gdyż żyje w swoim świecie fantazji, lektur, marzeń. Ma problem w kontaktach z otoczeniem, więc często ucieka do świata, w którym dominuje alkohol, leki i narkotyki. Osoba taka nie sprawia żadnych problemów wychowawczych, gdyż nie wiadomo właściwie gdzie przebywa.

Każda z tych ról pełnionych przez dzieci jest sposobem na przeżycie, poprzez przystosowanie się do zaistniałej sytuacji rodzinnej. W różnych okresach życia dziecko może przyjmować różne wzory. Jednak nie są to poprawne wzory zachowania, gdyż często prowadzą do powstawania kolejnych patologicznych sytuacji. Dziecko powinno być w sposób odpowiedni poinformowane, że alkoholizm to choroba, którą trzeba leczyć. Należy z dziećmi rozmawiać, tłumaczyć i odpowiadać na pytania. Dziecko może wtedy nie będzie tłumić negatywnych emocji związanych z przebywaniem z alkoholem pod jednym dachem.

W rodzinach często zezwala się na picie alkoholu dorastającej młodzieży. Zdecydowana większość nastolatków podaje w ankietach, że pierwszy kieliszek wypity był właśnie w domu rodzicielskim. Stanowi to poważne zagrożenie, ponieważ dzieci te częściej piją na prywatkach niż rówieśnicy, którym nie pozwala się na picie alkoholu w domu. Przykład jaki rodzice dają dzieciom ma bardzo częste odzwierciedlenie w ich sposobie życia. Jeżeli w domu widzą wzorzec picia ustanowiony przez rodziców, który można określić jako umiarkowany, nie wywołujący żadnych problemów życiowych oraz są uświadomieni przez rodziców co do rodzaju niebezpieczeństw związanych z piciem, to istnieje szansa, że dzieci takie rozpoczną picie w okresie późniejszym.

Wczesne picie alkoholu przez dzieci wiąże się ściśle ze stosowaniem przez nie przemy, paleniem tytoniu, narkotyzowaniem się, przedwczesną inicjacją seksualną, gdyż jest to wynikiem także ich niedojrzałości emocjonalnej i psychicznej.

Młodzież pije bardzo dużo piwa, uważając ten trunek za mało szkodliwy, gdyż piwo ma stosunkowo niską zawartość alkoholu. Mówi się, że picie jest stałym i normalnym elementem kultury młodzieżowej. A przecież wiek ten charakteryzuje się wzmożoną podatnością na rozwój choroby alkoholowej.

### **Przyczyny spożywania alkoholu przez młodzież**

Młodzi ludzie sięgają po alkohol z różnych powodów, między innymi z:

- chęci zapewnienia sobie dobrego samopoczucia emocjonalnego. Po alkoholu czują się swobodniej, łatwiej nawiązują kontakty z innymi ludźmi, co powoduje, że po alkoholu często sięgają ludzie nieśmiali, zakompleksieni;
- chęci zapomnienia o swoich problemach z rodzicami, rówieśnikami, rzadko z samym sobą;

- braku perspektywy: życie wydaje się trudne bezsensowne, czasami głupie, a otaczający świat i ludzie nieprzyjaźni, niezyczliwi, mało zainteresowani młodym człowiekiem;
- braku zrozumienia w domu rodzinnym, wtedy gdy dom rodzinny nie jest azylem, brakuje ciepła, poczucia bezpieczeństwa, zrozumienia, autorytetów;
- obawy przed odrzuceniem przez grupę. Młodzi ludzie są przekonani, że odmowa picia spowoduje pozostanie poza grupą, czasem zgoda na picie wynika z nieumiejętności odmowy, trudności poradzenia sobie z rówieśniczą presją;
- chęci sprawdzenia jak to jest. Jednym z głównych motywów eksperymentowania z piciem jest zwykła ciekawość;
- niektóre nastolatki piją dlatego, że nie wolno im tego robić. Chcą sprawdzić siebie oraz rodziców, a także sprawdzają jak to jest złamać silny zakaz;
- wielu młodych ludzi nie potrafi sobie wyobrazić dobrej zabawy bez alkoholu. Spowodowane jest to tym, że w polskiej kulturze brak jest alternatywnych, pozytywnych, wzorów zabawy i spędzania wolnego czasu bez alkoholu;
- dostępność alkoholu: wielu rodziców ma zwyczaj zostawiania alkoholu w dostępnych miejscach, a to kusi dzieci, żeby spróbować jak smakuje i jak będą się czuły, gdy wypiją, odbywa się to na zasadzie eksperymentu.

W pewnym momencie dzieci wychodzą z domu, szukają związków poza nim. Ważne dla nich jest to, aby przynależać do jakiejś grupy rówieśniczej. Nawet jeśli okazuje się, że członkowie tej grupy piją alkohol, im to nie przeszkadza. Gotowi są zrobić wszystko, aby tylko nie być odrzuconym. Dzieci obserwują dorosłych, ich stosunek do alkoholu i innych używek. W rodzinach, w których pije się często, dzieci wcześniej sięgają po alkohol. Poza tym w środkach masowego przekazu i filmach alkohol kojarzony jest z męskością, niezależnością, samodzielnością i przygodą – to właśnie przyciąga młodzież. Dzieci w okresie dojrzewania są spięte, niepewne siebie, często się wstydzą. Piją więc, aby pozbyć się napięcia, czuć się swobodnie, zwłaszcza w towarzystwie rówieśników płci przeciwnej.

Młodzi ludzie coraz częściej piją alkohol dlatego, że nikt im nie przeszkadza w kupowaniu i spożywaniu alkoholu. Mimo Ustawy o zakazie sprzedaży alkoholu nieletnim w Polsce alkohol jest tani, brak jest preferencji cenowych dla alkoholi niskoprocentowych. Większość sklepów sprzedaje alkohol dzieciom i młodzieży. Młodzi ludzie często odzwierciedlają zachowanie dorosłych, a po kupieniu taniego wina i po jego spożyciu odnajdują w sobie stan lekkości, łatwości nawiązywania kontaktów. Wpływ obyczajów spożywanie alkoholu w obecności dzieci jest czymś normalnym. Od wczesnych lat młodzież uczy się, patrząc na zachowanie dorosłych, a w późniejszym okresie naśladowując ich. Bardzo niepokojący jest fakt, że z roku na rok wzrasta wskaźnik intensywności picia, co świadczy o tym, że w naszym kraju następuje wzrost zainteresowania alkoholem wśród młodzieży. Młodociani w wieku 12-18 lat mają już za sobą próby picia alkoholu. Trudna młodzież, borykająca się z napięciami okresu adolescencji, może pić nie tyle dla przyjemności, ile dla zwalczenia stresu. Przyczyny picia alkoholu przez młodzież są dla każdego indywidualną sprawą.

## **Spoleczne znaczenia picia alkoholu przez młodzież**

Picie alkoholu pełni u młodych ludzi określone funkcje: uwalnia od stresu, poprawia nastrój i wzmacnia poczucie identyfikacji z własną płcią. Jednakże nie zmienia to faktu, że picie ma miejsce przede wszystkim w grupie i dlatego musi pełnić też jakieś funkcje społeczne. Skłonność ludzi młodych do picia alkoholu jest wyraźnie powiązana z wzajemnym oddziaływaniem w grupie. Wczesne picie alkoholu wiąże się z silną potrzebą akceptacji społecznej. Poczucie braku akceptacji wynika z braku wsparcia w środowisku domowym i może się zaostrzyć w przypadku odrzucenia przez środowisko rówieśników. Zatem picie zdaje się w różny sposób pomagać w odzyskaniu poczucia akceptacji.

Picie może także utrwalać koleżeństwo oraz przyjaźń, bo wspólnym wysiłkiem zdobywa się alkohol, a potem trzeba się nim podzielić. Takie działania, np. „wymykanie się z domu” by kupić alkohol, prowadzące do wspólnoty celów, mają wysoką wartość jako nagroda, szczególnie, gdy burzą normatywne oczekiwania tradycyjnie nastawionej grupy rówieśników.

Okazuje się, że picie alkoholu we wczesnym okresie dojrzewania będące „biletem wstępu” do grupy, wpływa na lepsze relacje w późniejszym okresie. Stwierdzono także, że jeśli od wczesnych etapów adolescencji młody człowiek przechowuje obraz picia jako zajęcia dla osób bywałych i wyrafinowanych, picie poprawia jego samoocenę.

Wczesne picie alkoholu pod wpływem grupy rówieśniczej wywiera ciągły wpływ na kształtowanie się relacji z innymi i poczucie tożsamości młodego człowieka. Dla młodego człowieka, który rozpoczyna picie alkoholu, istotnym układem odniesienia jest grupa rówieśnicza nie przestrzegająca uznanych norm; grupa taka staje się dla niego ochroną przed dalszym odrzucaniem ze strony tradycyjnej bazy społecznej.

Z reguły przyjaciele nastolatka wywierają znaczący wpływ na to, ile on wypija alkoholu i jak często szuka okazji by wypić. Trzeba pamiętać, że dzieci jak kociaki są wszystkiego ciekawe, a wiek dojrzewania niesie ze sobą zagrożenia. Młodzież bardzo często posuwa się do daleko idących w konsekwencji działań. Takim przykładem jest posłużenie się fałszywym dowodem osobistym przy zakupie alkoholu, to dla nich przygoda, wręcz wzrost adrenaliny, od złapania i wybrnięcia z sytuacji.

Nastolatki nie lubią sugestii, że używają alkoholu z powodu presji rówieśników i natychmiast zaprzeczają istnieniu takich wpływów. „Nikt mi na siłę w gardło nie wlewał”, „Nikt się ze mnie nie śmiał, gdy odmawiałem”, „Nikt mnie do picia nie zmuszał”. Jednak bliższa obserwacja ujawnia, że istnieje presja pośrednia i że jej wpływ jest ogromny. Większość młodzieży pije alkohol, uważając, że jest to normalne. To co kiedyś uznane byłoby za niesłychane, teraz uchodzi za oczywiste. Obecnie dzieci czują się odrzucone wręcz, jeśli nie robią tego, o czym kiedyś obawiano się nawet pomyśleć.

Jednym z powodów używania przez dzieci alkoholu jest to, że dorośli często nie traktują tego problemu poważnie. Niekiedy podejście rodziców, brak reakcji na problem w ich najbliższym otoczeniu powoduje, że jest to lekceważone i minimalizowane. Rodzice przekazują dzieciom swoje przekonania i postawy, zwyczajnie związane z pićciem, a także poglądy na picie. Młodzież, w których domach przywiązuje się nieproporcjonalnie dużą wagę do nadmiernego spożywania alkoholu, powoduje często „wymianę emocjonalną” w danym domu,

podjęcie decyzji: pić albo nie pić. Najnowsze badania przedstawiają, że stosunki, jakie panują między rodzicami a ich dziećmi, wpływają na rozwój zachowań związanych z piciem i używaniem innych środków psychoaktywnych. Dlatego środowisko rodzinne jest tak ważnym, a można powiedzieć, najważniejszym, czynnikiem socjalizacji młodzieży i dzieci.

## BADANIA WŁASNE

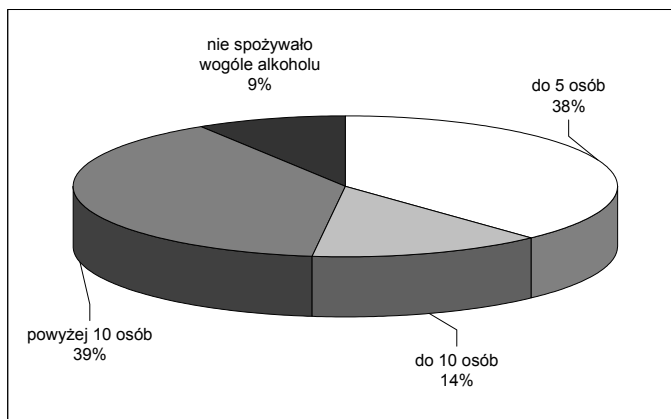
### Metody i techniki badawcze stosowane w pracy

Badania własne przeprowadzono na grupie uczniów klasy II gimnazjum w wieku 13-14 i 15-16 lat. Wszyscy badani zostali zapoznani z ankietą. W badaniu uczniowie wzięli udział dobrowolnie pod nadzorem wychowawców klas. Uczniowie zapewnieni zostali o anonimowości tej ankiety. Zastosowano ankietę na użytek badań własnych dotyczącą spożywania alkoholu przez młodzież. Celem tych badań było zebranie informacji na temat okoliczności i przebiegu inicjacji alkoholowej, picia alkoholu przez nastolatków w gronie rówieśników oraz spostrzeganie przez nich wybranych problemów związanych z sięganiem po alkohol. Sformułowano dziewiętnaście pytań o różnym stopniu szczegółowości dotyczących spożywania alkoholu wśród młodzieży.

### Analiza przeprowadzonych badań

100 uczniów ankietowanych 55% respondentów stanowiły dziewczęta, a 45% – chłopcy (odpowiedź na pytanie nr 1). Rozkład wieku ankietowanych uczniów (pytanie nr 2) przedstawia się następująco: 13-14 lat – 22 osoby, 15-16 lat – 78 osób. Prawie wszyscy ankietowani uczniowie (92 osoby) zamieszkują w mieście powyżej 20 tys. mieszkańców (Legnica), a tylko 8 osób – w okolicznych wsiach (7 osób) i mieście do 20 tys. mieszkańców (1 osoba). Odpowiedź na pytanie nr 4 pokazała, że 91 osób miała już kontakt z alkoholem, tylko 9 osób – nie miało takiego kontaktu. Pytanie nr 5 dotyczyło oceny liczby kolegów i koleżanek klasowych spożywających już alkohol; wyniki przedstawiono na wykresie 1.

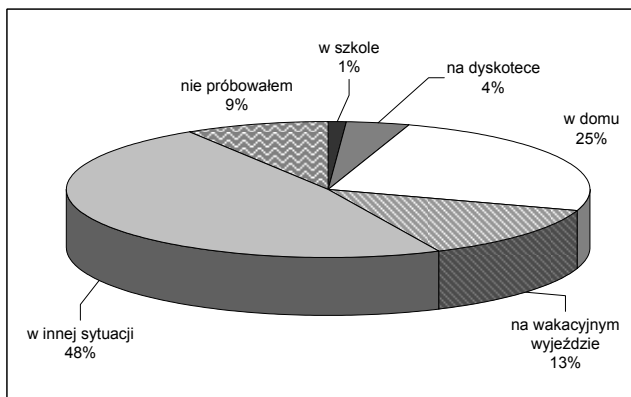
**Wykres 1. Ile osób w Twojej klasie spożywa już alkohol?**



Pytanie nr 6 dotyczyło miejsca, w którym po raz pierwszy ankietowani uczniowie spróbowali alkoholu. Jako możliwe odpowiedzi wskazano: w szkole, na dyskotecę, w domu, na wakacyjnym wyjeździe, w innej sytuacji. Wyniki przedstawiono na wykresie 2.

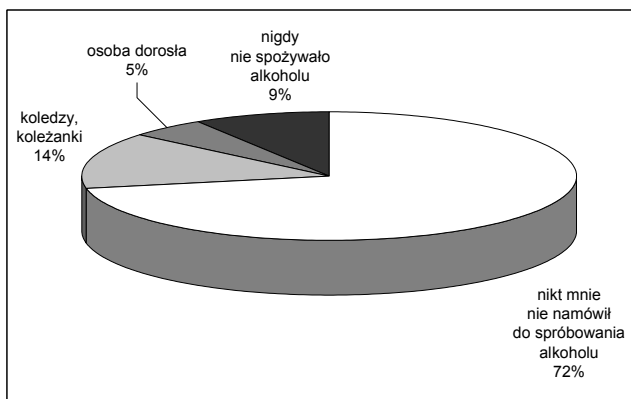


## Wykres 2. Gdzie po raz pierwszy spróbowałeś alkoholu?



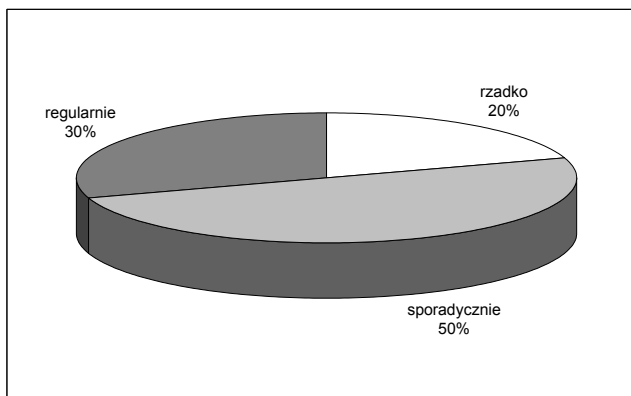
Kolejne pytanie (nr 7) dotyczyło osoby, która namówiła ankietowanego do spróbowania alkoholu. Były przedstawione następujące możliwe odpowiedzi: z własnej woli, kolega lub koleżanka, osoba dorosła. Wyniki odpowiedzi podsumowano na wykresie 3.

## Wykres 3. Kto namówił Cię do spróbowania alkoholu?



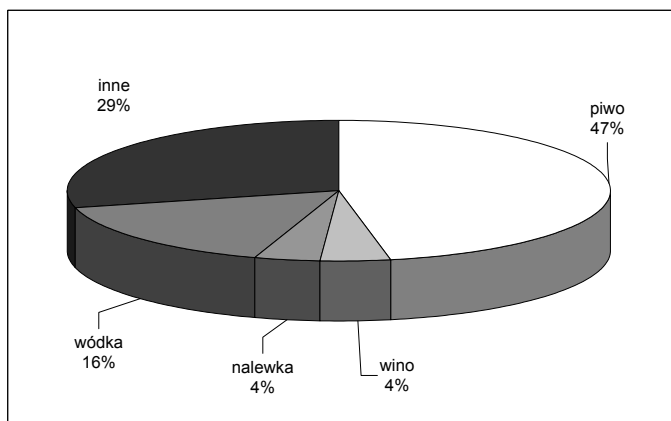
Pytanie nr 8 miało wyjaśnić, jak często – w odczuciu młodzieży szkolnej – alkohol jest spożywany przez młodzież. Wyniki przedstawiono na wykresie 4.

## Wykres 4. Czy młodzież często spożywa alkohol?



Pytanie nr 9 miało na celu określenie, po jakie używki (w rozumieniu alkoholu) młodzież sięga najczęściej. Wyniki przedstawiono na wykresie 5.

**Wykres 5. Po jaki alkohol najczęściej sięga młodzież?**

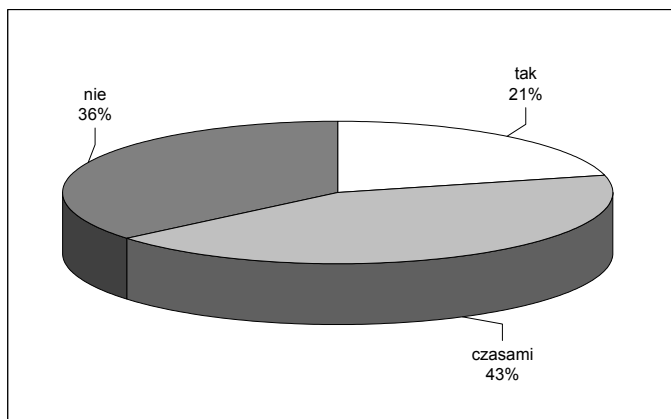


Kolejne pytania, od nr 10 do nr 17, miały charakter dychotomiczny, tj. można było na nie odpowiedzieć „tak” lub „nie”.

I tak, na pytanie nr 10 „Czy alkohol pomaga w sytuacjach kryzysowych?” 30 uczniów odpowiedziało, że tak, 70 osób stwierdziło, że nie. Pytanie nr 11 miało na celu sprawdzenie, czy młodzi ludzie uważają piwo za alkohol. Okazało się, że 89 osób wie, że piwo jest alkoholem, ale 11 osób odpowiedziało, że piwo nim nie jest. Pytanie nr 12 dotyczyło tego, czy młodzież ma problem z zakupem alkoholu. Tylko 42 osoby odpowiedziały, że istnieje problem z zakupem alkoholu, 58 osób stwierdziło, że takiego problemu nie ma. Pytanie nr 13 miało na celu poznanie opinii młodzieży na temat tego, czy regularne spożycie piwa powoduje uzależnienie. Twierdząco odpowiedziały 73 osoby, zdania przeciwnego było 27 osób. W pytaniu nr 14 chodziło o stwierdzenie, czy młodzież jest zagrożona chorobą alkoholową. Twierdząco odpowiedziały 63 osoby, negatywnie – 37 osób. Taki sam rozkład odpowiedzi (63 osoby „tak”, 37 osób „nie”) uzyskano na pytanie nr 15 dotyczące znajomości przyczyn choroby alkoholowej. Pytanie nr 16 miało na celu ustalenie, czy w otoczeniu ankietowanych uczniów są osoby mające problem z nadużywaniem alkoholu. 40 osób odpowiedziało, że takie osoby są, 60 osób natomiast nie ma w swoim otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu. Takie same odpowiedzi (40 odpowiedzi „tak”, 60 odpowiedzi „nie”) otrzymano na pytanie nr 17, w którym chodziło o rozpoznanie, czy osoba ankietowana kiedykolwiek uczestniczyła w prelekcji na temat choroby alkoholowej.

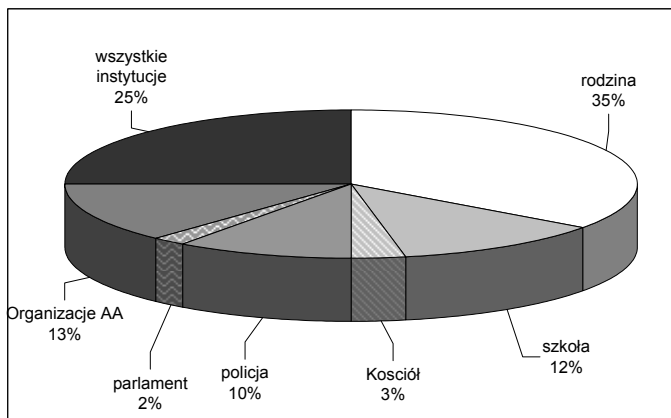
Przedostatnie pytanie ankiety, nr 18, miało na celu uzyskanie odpowiedzi na temat tego, czy rodzice rozmawiają ze swoimi dziećmi na temat takiej patologii społecznej, jak alkoholizm. Wyniki przedstawiono na wykresie 6.

**Wykres 6. Czy rodzice rozmawiają z Tobą na temat patologii społecznej jaką jest alkoholizm?**



Pytanie nr 19 miało na celu ustalenie stanu wiedzy młodzieży na temat tego, kto powinien przeciwdziałać alkoholizmowi (wykres 7).

**Wykres 7. Kto powinien wg Ciebie przeciwdziałać alkoholizmowi?**



### Wnioski

Badania były realizowane wśród młodzieży. W wywiadzie wzięło udział 100 uczniów II klas gimnazjum. Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły na stwierdzenie, że 91% ankieterów miało już kontakt z alkoholem i bez większych problemów młody człowiek może kupić alkohol; tak stwierdziła blisko połowa respondentów.

Wyniki końcowe potwierdzają, iż problem alkoholowy wśród młodzieży istnieje. Jest to problem nie tylko medyczny, ale i społeczny.

Tak więc dla młodego człowieka, pomimo autorytetu rodziny, na pierwszym miejscu jest kolega, koleżanka, chęć zaimponowania dziewczynie. Młody człowiek bardzo często ma chęć spróbowania czegoś innego, odskoczni od szarej rzeczywistości. Będąc w grupie często podporządkowuje się jej, nie chce być gorszy. W głównej mierze dlatego młodzi ludzie sięgają po alkohol.

## Zakończenie

Celem napisania pracy była próba udzielenia odpowiedzi na pytania związane z rozmiarami zjawiska spożywania alkoholu wśród młodzieży szkolnej.

Problem ludzi młodych jest jednym z wielu zagrożeń dla współczesnej rodziny i społeczeństwa. Od kilku lat obserwuje się coraz bardziej niepokojące zjawisko związane z inwazją biznesu alkoholowego i działaniami zaadresowanymi do młodych Polaków. Analizy rynkowe pokazują, że zwiększenie konsumpcji piwa wśród nastolatków jest podstawowym źródłem przyrostu dochodów tego przemysłu. Wychowanie młodego pokolenia w dzisiejszych czasach jest bardzo trudne, rodzice powinni przede wszystkim poświęcać dzieciom więcej czasu, dużo rozmawiać. Dzieci w wieku od 13-15 lat stanowią idealną grupę wiekową, w której można zacząć uczyć rozumienia, jak ważny (w sensie negatywnym!) wpływ może mieć alkohol na życie ludzi.

W pracy tej ukazany został problem spożywania alkoholu w okresie adolescencji. W przekonaniu nastolatków biorących udział w ankiecie, inicjacja w zakresie picia, jak i następne próby sięgania po alkohol przez młodzież, są efektem wpływu najbliższego otoczenia. Można tu wyróżnić wpływ bezpośredni: to taki, że piją wszyscy i trudno się „wyłamać”, oraz pośredni, w którym rodzice stosują praktyki wychowawcze obserwując zachowanie osób pijących alkohol, tj. dzieci i ich rówieśników.

Picie alkoholu jest u młodzieży atrybutem dorosłości oraz elementem dobrej zabawy. Bardzo często samo posiadanie alkoholu przez młodego człowieka staje się „rekwizytem” służącym imponowaniu kolegom lub pretekstem do nawiązywania znajomości. Wpływ alkoholu na młodego człowieka w znacznym stopniu wpływa negatywnie na jego sferę psychiczną i staje się podstawowym zagrożeniem rozwoju emocjonalnego człowieka.

W głównej mierze na rodzicach spoczywa wychowanie młodego pokolenia. To rodzice powinni być tymi osobami, które ukazują świat podstawowych wartości jakimi powinien kierować się młody człowiek zarówno w stosunku do siebie, jak i do innych. Przekazany przez rodziców system wartości ma podstawowe znaczenie dla przyszłości młodego człowieka. Powszechna akceptacja spożywania alkoholu przez ludzi młodych oraz łatwa dostępność czynią z niego nie tylko największego zabójcę młodzieży, ale także przewodnika do innych używek. Jeśli chcemy, by nasze dzieci nie piły to sami musimy tak postępować.

Przeciwdziałania alkoholizmowi wśród młodzieży podejmowane są od wielu lat, przez różnego rodzaju organizacje społeczne, ale nie są one wystarczające; pomimo licznych form i akcji antyalkoholowych wzrasta u nas nieustannie spożycie napojów alkoholowych wśród młodzieży. Konieczna jest ciągła, systematyczna, długofalowa, świadoma i przemysłana praca wszystkich, którym droga jest przyszłość naszych dzieci.

## **Jakość życia ludzi starszych**

Promotor: doc. dr nauk ekon. Adam Klar

### **Wstęp**

Zastanawiając się nad tym, czym jest starość, jakie są jej kryteria i definicje, nietrudno zauważyć, że sprawy te w wysokim stopniu zależą od uczuciowego ustosunkowania się danego społeczeństwa – czy, ogólnie, danej cywilizacji – do tego okresu życia ludzkiego. Istotne jest pytanie: czy dla przeciętnego człowieka starość jest atrakcyjna i pożądana ze względu na takie czy inne przysługujące jej przywileje, czy też przeciwnie, myśl o starości napawa lękiem i odrazą? Rodowód tych dwóch skrajnych postaw jest pradawny – sięga zamierzczłych czasów i prymitywnych form życia społecznego. W różnych epokach i obszarach kulturowych można wysledzić dwa biegunowo przeciwne poglądy na starość.

Według pierwszego z nich ludzie starzy są ciężarem społecznym – prowadzi to niekiedy do sankcjonowanego obyczajem pozbywania się ich nawet w sposób okrutny. Tego typu praktyki można napotkać nie tylko w społeczeństwach pierwotnych i barbarzyńskich, ale i w starożytnym przedchrześcijańskim Rzymie.

Drugi pogląd to uznanie cennych walorów; doświadczenia i mądrości życiowej, którymi dysponują starzy ludzie właśnie z racji ich długiego życia. Uznanie to sprawia, że człowiek stary staje się w pewnym sensie „osobą świętą”, otoczoną szacunkiem i sprawującą rolę kierowniczą i doradczą.

Póki człowiek jest sprawny, aktywny, wykazuje inicjatywę i nie potrzebuje opieki, nie można mówić o starości – to jest jeszcze wiek średni, pełen życia. Starość to wycofywanie się, fizyczna i psychiczna degradacja, bezczynność, potrzeba opieki i pomocy. Mówimy o starzeniu się biologicznym (pogarszanie się sprawności narządów i całego ustroju), socjalnym (wycofywanie się z kontaktów, osamotnienie) i ekonomicznym (pogorszenie sytuacji materialnej po przejściu na emeryturę). Zauważmy jednak, że postępująca degradacja na tych wszystkich polach, choć jest zjawiskiem pospolitym, nie jest ani regułą, ani nieubłaganą koniecznością. W ogromnej mierze zależy ona bowiem od postępowania samego człowieka – od jego stanu zdrowia, wykształcenia, światopoglądu, stosunku do ludzi i do pracy – słowem, od wielu czynników, które możemy kształtować własną wolą i wysiłkiem. Starość i emerytura mają też swoje nieblahe pozytywne strony,

a upływ życia przynosi nam nie tylko degradację, lecz i rozwój, rozszerzanie się horyzontów i możliwości. W znacznej mierze od nas zależy, który z tych dwóch nurtów przeważy i będzie modelował naszą starość.

### **Psychospołeczne problemy ludzi starszych**

Starzenie psychologiczne to zmiany, do jakich dochodzi pod wpływem czasu w osobowości, w życiu emocjonalnym i duchowym człowieka. Jest ono ściśle związane ze zmianami biologicznymi zachodzącymi w całym organizmie, a w szczególności w mózgu. Sereg zaburzeń w fizjologii pracy mózgu powodować może psychologiczne objawy starzenia. U większości starszych osób niezależnie od ogólnego poziomu umysłowego obserwuje się słabnięcie funkcji postrzegania. Osłabienie słuchu i wzroku utrudnia kontakt ze światem zewnętrznym. Jednoczesne zaburzenia systemu pamięci krótkotrwałej i większa podatność w tym wieku na bodźce rozpraszające oraz spowolnienie czasu reakcji powodują, że człowiek w tym wieku gorzej przyswaja sobie nowe treści. Z zasady ludzie starsi nie mają kłopotów z przypomnieniem sobie danych stanowiących ich doświadczenia życiowe i związanych z ogólną wiedzą o świecie. Z jednej strony, w okresie starości człowiek rozumie otaczający świat przez pryzmat swoich doświadczeń życiowych, co jest odbierane jako mądrość życiowa człowieka. Z drugiej jednak, utrudniony kontakt ze światem zewnętrznym, poczucie osamotnienia powoduje zwężenie kręgu zainteresowań i może być przyczyną umacniania się konserwatywnych poglądów ludzi starszych. Częstym objawem starzenia jest zmniejszona zdolność przystosowania się do zmian zachodzących w bliższym lub dalszym otoczeniu. Przejawia się ona wzmożoną drażliwością, płaczącością lub oziębłością uczuciową.

Po przekroczeniu 60-tego roku życia u wielu osób obserwuje się pogorszenie funkcjonowania intelektualnego. Dotyczy to głównie płynnej inteligencji, która zmniejsza się wraz z wiekiem, inteligencja skryształizowana natomiast nie jest na ogół zależna od wieku. Z licznych badań wynika, że uczenie się i wykonywanie skomplikowanych zadań pobudza pamięć i prowadzi do powstawania nowych synaps między komórkami nerwowymi i zapobiega obniżaniu się inteligencji skryształizowanej.

Powolne wycofywanie się z życia i negatywna ocena przeżytych lat powoduje u ludzi starszych obniżenie obrazu samego siebie, co z kolei prowadzi do poczucia zagrożenia, depresji i wzrostu poziomu niepokoju. Pozytywna ocena swojego życia może być powodem do dumy i umożliwia pogodzenie się z ludźmi i ze zdarzeniami, które miały miejsce.

Proces starzenia zależy w dużym stopniu od tego, w jaki sposób człowiek odnajdzie się w nowych rolach życiowych, jakie będzie jego miejsce w rodzinie i jakie postawy wobec ludzi starych panują w społeczeństwie, w którym żyją. Na proces starzenia ma wpływ postawa, jaką człowiek przyjmie w stosunku do tego okresu w życiu.

Specjaliści różnych dziedzin zajmujący się badaniem okresu starzenia, przedstawiają różne podziały postaw psychicznych ludzi starych, wyodrębniając dwa podstawowe sposoby starzenia. Pierwszy sposób realizują ludzie, którzy cały czas tkwią w przeszłości i krytykują wszystko i wszystkich. Ich charakter odpycha młodych – pozostają smutni i samot-

ni. Drudzy świadomi swoich ograniczeń próbują w tym okresie odnaleźć nową młodość. Są to istoty łagodne i litościwe, są symbolami współczucia i przebaczenia.

Postawa człowieka wobec starzenia się jest wypadkową wielu czynników, takich jak stan zdrowia, aktywność, poziom i styl życia, zaspokojenie potrzeb na godziwym poziomie. Ważne jest, aby człowiek w starszym wieku czuł satysfakcję z życia, gdyż jej brak powoduje pogorszenie się zdrowia we wszystkich jego płaszczyznach. W trakcie życia człowiek uczy się przystosowywać do kolejnych jego etapów. Szczególnie przydatne staje się to w okresie starzenia. Zdolność przystosowania się do tego okresu zależy, obok czynników dziedzicznych, od warunków życia i rodzaju pracy człowieka. Ważne jest stopniowe godzenie się z przejściem na emeryturę – następuje to przez stopniowe wycofywanie się z pewnych obszarów życia zawodowego i społecznego, przy jednoczesnej aktywności i produktywności w innych. Ważnym elementem w życiu starszych osób jest pełnienie roli dziadków, co kształtuje w rodzinie świadomość pokoleniową.

Niezwykle ważnym traumatycznym wydarzeniem, które wywiera wpływ na stopień przystosowania się do starości jest śmierć współmałżonka. Zwykle gorzej radzą sobie w tej sytuacji mężczyźni niż kobiety. Zależy to jednak od siły związku i aktywności w kręgach poza rodziną. Istotne jest, aby w starszym wieku człowiek miał grupę znajomych, z którymi mógłby się spotkać, i hobby, które pozwoliłoby mu się rozwijać i spędzać z zadowoleniem wolny czas, w przypadku zaś choroby uniemożliwiającej samodzielne życie – pomoc fachowych i życzliwych osób. Niezwykle istotne dla zdrowia osób starszych jest zapewnienie im minimum socjalnego. Wzrastająca liczba osób w starszym wieku to problem społeczny, który wymaga podjęcia wielu działań, aby móc cieszyć się z życia w sędziwym wieku.

### **Niepokoje i lęki**

Ludzie starsi mają jedyne w swoim rodzaju problemy emocjonalne, które są trudne do uchwycenia. Proces starzenia się i świadomość własnej starości jest zjawiskiem bardzo subiektywnym. Można jednak powiedzieć, że w zasadzie większość osób starszych odbiera starość jako bolesny stan utraty zdrowia i dotychczasowych ról społecznych – obniżenie sprawności psychicznej, fizycznej, pojawiające się lub nasilające się schorzenia, dostrzegają zmiany fizyczne (obniżenie wzrostu, marszczenie skóry, braki w uzębieniu), zmiany psychiczne (zaostrenie się cech charakteru, mniejszą spostrzegawczość, gorszą pamięć), przeżywają straty socjoekonomiczne (gdy odchodzą dzieci z domu, gdy przechodzą na emeryturę lub rentę, gdy zmieniają mieszkanie), straty najbliższych (śmierć współmałżonka, przyjaciół), utraty standardu życiowego (braki finansowe, skromne jedzenie, brak funduszy na zaspokojenie wyższych potrzeb).

Subiektywne odczucia starości są zawsze zabarwione negatywnie. Być może, wynika to z faktu, że osoba starsza ma ograniczone możliwości kompensacji strat. Starość to okres dramatycznego zmagania się osobowości z problemami wewnętrznymi i zewnętrznymi, które wynikają z coraz trudniejszej adaptacji organizmu. Objawem tej walki o zachowanie homeostazy w środowisku jest zazwyczaj lęk. Człowiek starszy ma zmniejszone poczucie

bezpieczeństwa. W związku z tym lęk, jako uogólnione uczucie niepokoju i obaw, staje się częstym problemem emocjonalnym człowieka starszego. Jest to niezwykle ważny problem, gdyż lęk wraz z wiekiem nie zmniejsza się, lecz rośnie. Stany lękowe może wywołać osamotnienie, depresja, demencja, choroby fizyczne. Często osoba starsza nie potrafi wskazać bezpośredniej przyczyny lęku. Skutki obaw i lęków w fazie starości pojawiają się zarówno w sferze psychicznej (przynoszą subiektywne przeżycia cierpienia), jak i fizycznej (starsi ludzie skarżą się na trudności z połykaniem, duszności, kołatanie serca), a nawet w społeczności (zakłócają funkcjonowanie społeczne). Jeśli lęk występuje zbyt często lub zbyt intensywnie, może prowadzić do choroby psychicznej. Najczęściej ludzie starsi przejawiają lęk biologiczny związany z pogarszającym się funkcjonowaniem zmysłów i obniżającym się stanem zdrowia, lęk przed chorobą, głównie taką, która uzależnia od opieki innych ludzi, lęk przed samotnością i śmiercią. Jednak należy podkreślić, że poziom lęku przed śmiercią u osób starszych jest niższy niż u ludzi młodszych. Duży niepokój o swoje życie może wywołać w starszym wieku m. in. ciężka choroba lub śmierć kogoś bliskiego. Pojawia się wtedy zazwyczaj potrzeba dyskusji o życiu i śmierci. W Polsce osoby starsze obawiają się przede wszystkim choroby, biedy i braku pieniędzy na leczenie, a także czują się zagrożone przestępczością.

Z reguły ludzie starsi myślą o śmierci częściej niż osoby w innym wieku, traktują ją jako zjawisko nieuniknione i stopniowo oswiają się z myślą o niej. Ich trudności wiążą się zaś z problemem uświadamiania sobie nadchodzącej śmierci. Śmierć staje się wszechobecna: umierają przyjaciele, sąsiedzi, członkowie rodziny, co przypomina osobom starszym, że nie zostało im już wiele czasu na życie. Może wówczas rodzić się chęć wypełnienia go w sposób bardziej intensywny niż dotychczas, stąd ludzie starsi mogą stać się bardziej zniecierpliwieni, chcą rozwiązać wiele spraw jak najszybciej. Taka postawa może powodować konflikty z otoczeniem i brak zrozumienia intencji człowieka starszego ze strony bliskich. Świadomość nadchodzącej śmierci łączy się często z przyjęciem refleksyjnej postawy wobec życia, co przejawia się w pogłębianiu zainteresowań filozoficznych i religijnych oraz w dokonywaniu bilansu własnego życia. Człowiek starszy pragnie bowiem w obliczu nadchodzącej śmierci uświadomić sobie sens własnego życia, by ograniczyć lęk przed tym, co ma nastąpić. Podsumowuje swoje osiągnięcia, porażki, docieka ich przyczyn. Jeśli może odwołać się do swoich osiągnięć i odczuwa satysfakcję z dobrze przeżytego życia, to zazwyczaj osiąga zadowolenie, jeśli natomiast żałuje utraconych szans i przypomina sobie tylko porażki, to ogarnia go poczucie niezadowolenia i zgorzknienia, popada w nastroje przygnębienia. Dodatni bilans życiowy sprzyja dobremu samopoczuciu zdrowotnemu i przystosowaniu się do starości.

U 10-20% ludzi w wieku podeszłym występują objawy lęku. Lęk występuje dwukrotnie częściej u starszych kobiet niż u mężczyzn. Najczęstszymi przejawami zaburzeń lękowych są fobie, natomiast lęk paniczny występuje rzadko. Wraz z lękiem często współwystępuje depresja; taki mieszany zespół lękowo-depresyjny występuje w starszym wieku w chorobach somatycznych.



Duże znaczenie ma osobowość człowieka. Niezależnie od wieku, do depresji predysponuje postawa pesymistyczna, perfekcjonizm, zamknięcie się w sobie, niezdolność do ujawniania emocji. Nasilające się na starość negatywne cechy osobowości nie sprzyjają kontaktom międzyludzkimi, a mogą prowadzić do izolacji i samotności. Największe depresjogenne znaczenie przypisuje się stratom; przede wszystkim stracie bliskiej osoby, ale także utracie pozycji społecznej, sprawności, dóbr materialnych. Niebezpieczne jest występowanie kilku strat łącznie, np. śmierć współmałżonka i własna poważna choroba ograniczająca samowystarczalność. Straty rodzą poczucie beznadziejności i bezradności. Człowiek w podeszłym wieku może już niczego nie oczekiwać, a patrząc wstecz oceniać swoje życie jako nieudane, co pogłębia depresyjną ocenę samego siebie, wzmagając smutek, poczucie winy i osamotnienia. Depresji sprzyja samotność rzeczywista lub subiektywna, izolacja społeczna, zmiana środowiska, na przykład umieszczenie w domu pomocy społecznej, mniej korzystne niż uprzednio warunki materialne, mieszkaniowe. Przejście na emeryturę powoduje na ogół utratę więzi koleżeńskich, mniejszą aktywność i pogorszenie sytuacji materialnej. Poza tym w naszym kręgu kulturowym przeważają negatywne postawy wobec starości i starzenia się. Zjawisko to określa się mianem geriatryzmu.

Z potrzebą bezpieczeństwa, której niezaspokojenie wywołuje permanentne poczucie lęku, wiąże się potrzeba sensu życia. Odpowiedzenie sobie na pytanie, po co i dla kogo żyję, zwiększa poczucie bezpieczeństwa.

Jakość życia osób w starszym wieku zależy przede wszystkim od nich samych. Zależy od tego, jak przebiegało ich życie w poprzednich okresach, a także od aktywności tu i teraz. Jednak ludzie starsi nie mogą być pozostawieni samym sobie, muszą być wspierani przez osoby młodsze, muszą być w centrum zainteresowania władz lokalnych.

### **Problem samotności**

Zagubienie człowieka w nowej rzeczywistości skutkuje wielorako: bezsilnością, apatią, marazmem, a nierzadko agresją i wrogością wyrażaną wobec siebie lub otoczenia. Z reguły jednak niesie marginalizację, smutek i osamotnienie. To temat wyjątkowo rzadko poruszany i choć nikomu nieobcy, pomijany jest zarówno przez świat nauki, jak i praktyków życia społecznego, zdominowany przez inne, nie mniej dotkliwe dla człowieka zjawiska, jak bezrobocie, bieda, bezdomność.

Rozwój techniki i elektroniki otworzyły przed człowiekiem ogromne możliwości rozwoju, szybkiego komunikowania się, zdobywania wiedzy, załatwiania wielu istotnych spraw życiowych i zawodowych bez konieczności bezpośredniego kontaktowania się z innymi, ale wyeliminowały też z wielu procesów przekazu samego człowieka. Człowieka, który, jako istota z natury społeczna, czerpiąca siłę, odporność psychiczną z pozytywnego przebiegu interakcji grupowych, potrzebuje kontaktów, bliskości, wyrazów akceptacji, zyskując w ten sposób potwierdzenie swej roli, miejsca i prestiżu we wspólnocie, czy to rodzinnej, lokalnej, czy też publicznej, wyznaniowej lub narodowej.

Samotność może być postrzegana dwojako: jako jednostkowy ludzki dramat i jako nieuchronność społecznego bytu. Zmieniły się realia, czas, miejsce i bohaterowie, lecz

wszegarniająca samotność wraz z towarzyszącymi jej skutkami pozostała taka sama, jak niegdyś. Jest w istocie udziałem wszystkich, choć nie zawsze wystarczająco uświadomiona i nie zawsze na tyle głośno artykułowana, aby wzbudzić zainteresowanie otoczenia. Samotność generowana życiem w anonimowym, obojętnym tłumie, bądź będąca konsekwencją zamykania się we własnym wnętrzu, braku zaufania, braku zrozumienia, izolacji i smutku. Tak jak trudno wyliczyć wszystkie jej źródła, precyzyjnie sklasyfikować potencjalne ofiary, tak trudno wskazać wszystkie płaszczyzny, gdzie występuje, i środki, które mogą jej zapobiegać. Różna od osamotnienia, ale nierzadko z nim spleciona, niesie zgonną w skutkach depresję i strach przed życiem, równy niemal naturalnemu strachowi przed śmiercią.

Ludzie starzy często cierpią na samotność, a w sytuacji gdy z różnych przyczyn nie potrafią odnaleźć sensu swego życia i nie mogą już swą aktywnością służyć innym, potrzebują oparcia w silniejszych od siebie. Szczególnie często narażone są na nią kobiety. Samotność – destrukcyjna i przyspieszająca proces starzenia się – jest wszegobecna w hospicjach, w domach pomocy społecznej, w środowiskach skupiających ludzi smutnych, chorych, zgnębionych, odrzuconych, doświadczonych przez los, oczekujących pomocy drugiego człowieka, wsparcia psychicznego, życzliwości, akceptacji, a nade wszystko potrzebujących zrozumienia i dobrych uczuć. Nie litości, nie sztywnej, profesjonalnej obsługi, lecz ciepłej, pełnej wyrozumiałości i troski: obecności drugiego człowieka.

Osoby starsze mogą same unikać kontaktów z innymi, np. ze względu na niski standard ekonomiczny, złą sytuację mieszkaniową lub gdy mają problemy ze zdrowiem. Kontakty może utrudniać także obniżenie możliwości adaptacyjnych człowieka starszego, jego cechy osobowościowe – nieufność i zgorzkniałość, jak również ograniczenia w zakresie zdolności poruszania się czy też brak możliwości komunikacyjnych. Źródła samotności tkwią też w sytuacjach losowych (śmierć bliskich, rozpad rodziny), w procesach migracyjnych, w nieżyczliwym zachowaniu się innych wobec osób starszych, w braku akceptacji ze strony młodszych pokoleń. Istotną rolę odgrywa tu też dystans społeczno-kulturowy i obyczajowy między generacjami. Ważną przyczyną samotności jest także izolacja psychiczna i społeczna, która z kolei wprowadza jednostkę w stan osamotnienia. Do przyczyn osamotnienia psychologowie zaliczają też procesy industrializacji i urbanizacji, które doprowadziły do rozluźnienia wspólnot społecznych, głównie rodzinnych i małżeńskich.

W Polsce poczuciu osamotnienia i wyobcowania ludzi starszych sprzyjają negatywne skutki okresu przeobrażeń, w tym rozluźnienie więzi międzypokoleniowych, degradacja sfery stosunków międzyludzkich, które stają się coraz bardziej sformalizowane i anonimowe. Narastająca agresja słowna i brutalizacja zachowań przyczyniają się do zagubienia się człowieka starszego w odmiennych od poprzednich warunkach życia. Uczucie samotności i obiektywna lub subiektywna izolacja od społeczeństwa wiąże się z coraz powszechniej akcentowanym stwierdzeniem, że „śmierć społeczna” człowieka starszego wyprzedza jego śmierć biologiczną. Osoba starsza jest bowiem postrzegana jako osoba bierna, która powinna wycofać się na boczny tor życia społecznego. Ludzie starsi zaczy-

nają patrzeć na siebie zgodnie z negatywnym stereotypem, co prowadzi do zaniżonej samooceny i bierności.

Samotność i osamotnienie mogą mieć niekorzystny wpływ na samopoczucie, stan zdrowia, pozycję społeczną człowieka starszego. Wiąże się to z doznawaniem negatywnych przeżyć jak nuda, bezczynność, brak snu, poczucie krzywdy, uczucie lęku, cierpienia, porażki, opuszczenia, a także z brakiem aktywności, życiem wspomnieniami, brakiem kontaktów z innymi. Problem samotności może być odczuwany z różną intensywnością przez osoby w starszym wieku, częściej doświadczają go kobiety, ponieważ mężczyźni zazwyczaj dążą do zawarcia kolejnego związku.

Rodzina spełnia ogromną rolę w życiu starszych ludzi. Dzięki niej wielu ma środki utrzymania, dach nad głową, opiekę i serdeczne środowisko, w którym żyje. Wielu starszych ludzi może prowadzić samodzielne życie i zachować niezależność tylko dzięki temu, że rodzina dopełnia ich siły i środki oraz niesie pomoc w chorobie i potrzebie. W większości przypadków opieka i pomoc rodziny jest zadowalająca: zaspokaja potrzeby przyjęte w danym środowisku. Bywa jednak, że świadczenia rodziny nie wystarczają bądź dlatego, że rodzinie brak dostatecznych zasobów ludzkich czy rzeczowych, bądź dlatego, że nie czyni ona w tym zakresie należytych starań. Aby świadczenia te były zadowalające, muszą być dawane i przyjmowane szczerym sercem, w przeciwnym przypadku mogą być uciążliwe.

Jest faktem, że współżycie w jednym mieszkaniu ze starym ojcem czy matką urasta dziś często do miary problemu, a związane z tym trudności i kłopoty bywają tak duże, że rodziny coraz częściej starają się umieszczać swoich rodziców czy dziadków w zakładach opieki społecznej. Pobyt w takim zakładzie budzi w nich przekonanie, że są oni całkowicie rodzinnie i społeczeństwu niepotrzebni, co prowadzi do całkowitej degradacji. Pozycja człowieka starego nie stwarza mu poczucia bezpieczeństwa.

Ludzie starzy odczuwają osamotnienie i niezrozumienie z powodu pewnego niezrozumienia i niechęci, z jaką spotykają się oni sami jak i ich wszystkie dobre rady i poglądy, ich potrzeby i upodobania. To, co dawniej stanowiło tak wielki urok starych: ich wspomnienia, opowiadane przez nich ciekawe historie, zgasło wobec kina, radia i telewizji.

### **Przemoc wobec osoby starszej**

Przemoc wobec osób starszych, stosowana przez ich krewnych lub opiekunów, staje się coraz większym problemem społecznym. Informacje na ten temat są jednak skąpe. Badania przeprowadzone w kilku populacjach sugerują, że około 4-6% seniorów doświadcza różnych form przemocy w domu, natomiast bardziej nasilone niż się wydaje mogą być przemoc i złe traktowanie w instytucjach. Do aktów przemocy w instytucjach należą m.in.: kontrolowanie pacjentów, poniżanie, pozbawianie ich godności, nieodpowiednia opieka.

Więzi rodzinne i społeczne, które kładły nacisk na szacunek i wsparcie dla seniorów, słabną na skutek zmian społeczno-ekonomicznych.

Tylko jeden na czternaście przypadków przemocy wobec ludzi starszych jest zgłaszany do odpowiednich instytucji. Częste jest też minimalizowanie przejawów przemocy przez

same ofiary, sprawców, jak i pracowników służby zdrowia. Sprawcami przemocy są przeważającej mierze członkowie rodziny, w tym częściej dorosłe dzieci niż współmałżonkowie i inni członkowie rodziny. Przemoc wobec starszych osób w rodzinie jest trudniejsza do wykrycia niż wobec innych dorosłych z powodu społecznej izolacji, która często towarzyszy osobom w podeszłym wieku. Ograniczenie bądź niezdolność do podtrzymywania kontaktów społecznych powoduje, że są oni wyłącznie zdani na swoich opiekunów. To, co dzieje się ze starszymi w domu, jest chronione przez niewidzialny mur społecznej izolacji. Jeżeli rodzic jest samowystarczalny, sprawny fizycznie i intelektualnie, prawdopodobieństwo krzywdzenia go jest niewielkie. Zdarza się, że ludzie starsi, obłożnie chorzy, potrzebujący opieki, ale mający siłę w postaci zgromadzonych środków finansowych, używają ich jako przeciwwagi dla swojej słabości fizycznej i utrzymania w ryzach opiekunów.

Skala zjawiska krzywdzenia ludzi starszych jest na tyle duża, że wymaga szczególnej uwagi. Populacja ludzi starszych powyżej 65. roku życia jest szczególnie podatna na wszystkie formy przemocy. Poza izolacją społeczną wynika to ze złego stanu zdrowia fizycznego, gorszego funkcjonowania intelektualnego, braku wsparcia rodzinnego, ubóstwa. Ludziom w starszym wieku trudno jest zwrócić się o pomoc z powodu braku sił. Często czują się winni, że nie potrafili dostatecznie dobrze wychować własnych dzieci, nauczyć ich szacunku do siebie. Przejmując odpowiedzialność za agresywne zachowanie dziecka, ze wstydu pozostają w odosobnieniu.

Osoby w podeszłym wieku doświadczają następujących form maltretowania: przemoc fizyczna, przemoc seksualna (łącznie z gwałtem i pornografią), zaniedbywanie w postaci zamykania w pokoju, odmawiania posiłków (lub karmienie na siłę), pozbawianie wsparcia materialnego i emocjonalnego, nieuzasadnione podawanie leków, opuszczenie (umieszczenie w szpitalu, domu opieki, wyrzucenie na ulicę), przemoc psychiczna (poniżanie, zastraszanie, grożenie porzuceniem), ograniczanie aktywności fizycznej, karanie, izolowanie od rodziny, przyjaciół. Specyficzną formą przemocy jest materialne wykorzystywanie polegające na nieprawym lub niewłaściwym używaniu funduszy, posiadłości lub innych wartościowych rzeczy należących do osoby starszej.

Wśród różnych form przemocy wobec ludzi starszych najczęściej występuje zaniedbywanie (48,7%), przemoc psychiczna (35,4%), wykorzystywanie finansowe (29,9%), przemoc fizyczna (25,7%), opuszczenie (2,9%). Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni doświadczają różnych form przemocy, szczególnie przemocy fizycznej, psychicznej i wykorzystywania finansowego. Mężczyźni natomiast częściej są opuszczani przez bliskich. W populacji ludzi starszych osoby powyżej 80. roku życia dwa razy częściej są narażone na przemoc.

Niektórzy badacze są zdania, że przemoc psychiczna i zaniedbanie nie powinny być włączone w definicję maltretowania, gdyż termin maltretowanie dotyczy przemocy fizycznej, która powoduje obrażenia. Ale zaniedbanie może również zagrażać życiu, zwłaszcza wątpliwej i zależnej od opiekuna osoby, a przemoc psychiczna, polegająca na wywołaniu lęku przed pobiciem lub ukaraniem, może tak samo zaszkodzić ofierze, jak rzeczywisty atak.

Przemoc i zaniedbanie mogą być różnymi zjawiskami o odmiennej etiologii, ale jedno i drugie mieści się w definicji maltretowania.

Sprawcy nadużyć wobec osób starszych często są uzależnieni od swoich ofiar finansowo, emocjonalnie czy mieszkaniowo. Warunki ekonomiczne mają duży wpływ na nadużycia wobec ludzi starszych. Recesja prowadzi do bezrobocia i redukcji dochodów rodziny. Może to być powodem przejmowania dochodów i dóbr ludzi starszych. Wraz ze wzrostem kłopotów ekonomicznych wzrasta liczba maltretowanych osób starszych. Nadużycia częściej stwierdza się w rodzinach zubożałych, które nie mają dostępu do alternatywnych źródeł pomocy.

Przemoc w rodzinie jest w naszym kraju szczególnie drastycznym problemem. Sprzyja jej bierność otoczenia i bezsilność służb publicznych. W rodzinie człowieka starszego mogą pojawić się dwie skrajne, negatywne postawy członków rodziny wobec niego, tj. nadopiekuńczość – która odbiera mu możliwość samodzielnego prowadzenia życia, czyni z niego osobę pasywną, i zaniedbywanie. Zdarza się także, że rodzina odrzuca osobę starszą, co powoduje jej odizolowanie i wyobcowanie ze środowiska lokalnego. Dla niektórych starszych ludzi rodzina bywa również źródłem agresji i udręki głównie w środowisku przestępczym oraz w rodzinie z problemem alkoholowym.

### **Zakończenie**

Starość człowieka może być zarówno ciężkim brzemieniem dla niego samego i otoczenia, jak i w pełni zdrowym, aktywnym i szczęśliwym okresem życia. Zależy to w znacznej mierze od trybu życia i dbałości o zdrowie już od wczesnej młodości. Wydaje się jednak, że stosunkowo niewielu ludzi to rozumie i niewielu też pojmuje, że dbałość o zdrowie jest obowiązkiem moralnym. Chorujemy bowiem i stajemy się niedołążni nie tylko na nasz własny koszt, lecz i na koszt naszej rodziny i przyjaciół, jak również całego społeczeństwa, które ponosi koszty.

Ale nie chodzi tu tylko o straty materialne. Starość obezwładniona przez choroby i skrócona przez przedwczesną śmierć oznacza też wielką stratę moralną dla społeczeństwa, które bardzo potrzebuje tego, co właśnie starzy ludzie – i tylko oni – mogą i powinni mu dawać. Z racji swego doświadczenia i mądrości życiowej są oni powołani do roli opiekunów, kierowników i doradców. Walory młodości i starości uzupełniają się nawzajem, toteż powinna istnieć naturalna równowaga między wkładem obu tych pokoleń we wspólne społeczne dobro.

Życie, zdrowie i wolny czas to u ludzi w starszym wieku cenne dary Boże, których nie wolno zmarnować. Starość ma przed sobą ważne zadania, które muszą być odważnie podejmowane dla dobra młodych pokoleń i całego narodu. Trzeba przy tym pamiętać, że aktywność w starszym wieku podtrzymuje zdrowie i jest źródłem szczęścia i zadowolenia z życia.



Barbara Fronczak

## **Rola pielęgniarki w domu pomocy społecznej na przykładzie DPS „Jutrzenka” w Zgorzelcu**

(Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl)

### **Wstęp**

Pracując w Domu Pomocy Społecznej, staram się łączyć wiedzę zdobytą w trakcie studiów z własnymi doświadczeniami, obserwacjami. Przy wyborze tematu pracy kierowałam się tym, co jest ważne w funkcjonowaniu domu pomocy społecznej. Wiedzę zdobytą w trakcie studiów, własne spostrzeżenia oraz literatura, z którą się zapoznałam, pozwalają mi ukazać w sposób jasny to, co jest najważniejsze dla ludzi, często zmuszonych do pobytu w tego rodzaju placówce.

Jakość życia seniora jest pojęciem, nad którym warto zastanowić się także z czysto praktycznego punktu widzenia. Stary człowiek zadowolony ze swego aktualnego życia jest zdrowszy, a także szybciej powraca do zdrowia w okresie rekonwalescencji.

Podjęmując się tego tematu postaram się przedstawić, jak ważną rolę pełni Dom Pomocy Społecznej „Jutrzenka” w Zgorzelcu dla ludzi przewlekle i somatycznie chorych, wymagających całodobowej opieki medycznej, opiekuńczej, rehabilitacyjnej.

Seniorzy potrzebują pomocy w kształtowaniu dobrej jakości swojego życia, ponieważ często nie potrafią już samodzielnie zadbać o siebie we wszystkich wymiarach. Wraz z upływem lat zmniejszają się siły fizyczne, a nierzadko i kompetencje intelektualne. Nie wszyscy seniorzy są zdolni rozróżnić, co im naprawdę pomaga, a co szkodzi. Tu właśnie duże znaczenie ma rola pielęgniarki. Brak wiedzy i praktycznych umiejętności, które kiedyś nie przeszkadzały, w wieku podeszłym stają się uciążliwe, a nawet potencjalnie niebezpieczne. Starość jest tym okresem życia, w którym niemal każdy człowiek potrzebuje kompetentnego wsparcia; może to osiągnąć w domu pomocy społecznej.

Przekraczając bramę swojej pracy, codziennie wiem, że jest to moje życie, które sprawia mi olbrzymią przyjemność. Twarze ludzi, z którymi jestem związana latami i żal po ich stracie – warto żyć wśród tych ludzi.

### **Krótką historią Domu Pomocy Społecznej „Jutrzenka” w Zgorzelcu**

W Zgorzelcu przy ulicy Przechodniej 8 mieści się Dom Pomocy Społecznej. Miejsce to ma swoją historię. W roku 1309 mieścił się tu Kruczy Folwark, zwany również Dworkiem Sculte-

tusa, który był własnością niemieckiego Opecia z Kruczej Góry. W 1529 roku majątek przejął Marcin Schultz, ojciec słynnego badacza i burmistrza miasta Zgorzelec, Bartłomieja Scultetusa. Urodził się on w tym domu 14 maja 1540 roku. Folwark został zniszczony podczas oblężenia miasta przez wojska szwedzkie pod dowództwem podpułkownika Warke w dniu 23 lipca 1641 roku. Odbudowa folwarku trwała do 1652 roku, w dużym stopniu przyczynił się do tego pastor z Krzywej i Starego Łomu koło Chojnowa, magister Feige.

Od roku 1956 do miasta masowo napływali uchodźcy greccy. Zajmowali wolne mieszkania, między innymi również miejsca w dzisiejszym Domu Pomocy Społecznej „Jutrzenka”. W związku z tym dom został nazwany „Domem Greka”. Prowadzony był on przez dyrektora Koniecznego do 1978 roku. W dniu 15.04.1978 roku stanowisko dyrektora obejmuje Olgierd Czajkowski i piastuje je do 2003 roku, przechodząc na emeryturę. Jego miejsce zajmuje Danuta Świątek, dzisiejsza dyrektorka „Jutrzenki”.

### **Ogólna charakterystyka DPS „Jutrzenka” w Zgorzelcu**

Dom zamieszkały jest przez osoby chore somatycznie i przewlekle, jak również z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: amnezja, choroba Alzheimera, demencja. Mieszka w nim 112 pensjonariuszy, kobiety i mężczyźni w wieku od 33 do 96 lat. Dom posiada własną portiernię i jest ogrodzony, opuszczenie posesji przez pensjonariuszy bez wiedzy pracowników jest niemożliwe. Dom posiada cztery budynki jednopiętrowe z zamontowanymi windami osobowymi dla potrzeb osób niepełnosprawnych. Budynki dla pensjonariuszy podzielone są na trzy oddziały „A” „B” „C”. W budynku „C” przebywają sprawniejsi mieszkańcy, w dwóch pozostałych – mniej lub bardziej potrzebujący opieki pielęgniarstwa. W skład „Jutrzenki” wchodzi również kuchnia ze stołówką, świetlice, pralnia i kotłownia. Dom posiada swój gabinet rehabilitacji i fizjoterapii, wyposażony w aparat EKG, aparat Stim, lampy Solux, aparat Stymat S, aparat Intern-Dynamic, laser, aparat Magnetic, bieżnię ruchową, rowery stacjonarne, sprzęt do rehabilitacji ruchowej.

Na terenie Domu mieści się również gabinet masażu suchego i wodnego, terapia zajęciowa, pokój gościnny. Wszystkie pomieszczenia są odnowione i wyposażone według standardu. Pokoje mieszkalne to trzy, dwu, jednoosobowe, wyposażone w telewizory, czasami nawet komputery. Łazienki i WC przystosowane dla potrzeb niepełnosprawnych, obecnie na jedną łazienkę przypada pięciu mieszkańców, a na WC – czterech. Warunki bezpieczeństwa znacznie poprawiono zakładając instalację przyzywową i przeciwpożarową. Pensjonariusze korzystają z dużej świetlicy, w której organizowane są cykliczne imprezy kulturalne, oświatowe, edukacyjne, codzienne zajęcia ruchowe dla mieszkańców, ćwiczenia taneczne, występy zaproszonych gości. Jest również kaplica, w której usługi religijne świadczy zatrudniony kapelan. Dom posiada własny mikrobus do przewozu osób niepełnosprawnych, na miejscu pensjonariusze korzystają z porad lekarza internisty (dwa razy w tygodniu) oraz raz w tygodniu z porad lekarza psychiatry. Każdy mieszkaniec założoną ma historię choroby. Personel Domu stanowi wyspecjalizowany zespół specjalistów: psycholog, rehabilitant, fizjoterapeuta, masażysta, terapeuci zajęciowi, instruktor kulturalno-oświatowy, dyplomowane pielęgniarki, opiekunki, pracownicy socjalni. Czystość utrzymują pokojowe oraz pracznki. „Jutrzenka” otoczona jest własnym ogrodem,



w którym rosną krzewy i drzewa. Umiejscowienie jest bardzo korzystne dla mieszkańców, znajduje się w spokojnej dzielnicy, z dala od ruchliwych ulic, z widokiem na niemiecką stację Görlitz. Plac pomiędzy budynkami wyłożony jest kostką brukową, a pod oknami i na schodach znajdują się rabaty kwiatowe. Pomędzy nimi rosną ozdobne krzewy.

### **Dział terapeutyczno-opiekuńczy, jego zadania**

Zasady organizacji i funkcjonowania domu pomocy społecznej powinny uwzględniać stopień fizycznej i psychicznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymnego i godnego życia w poczuciu bezpieczeństwa. W celu realizacji lub zaspokojenia wyżej wymienionych indywidualnych potrzeb mieszkańca domu, organizowane są zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się z pracowników domu.

W skład działu terapeutyczno-opiekuńczego wchodzi: pracownik socjalny, psycholog, instruktor kulturalno-oświatowy, instruktor terapii zajęciowej, specjalista-rehabilitant, kapelan, dietetyk, masażystka, kierownik zespołu pielęgniarek, opiekunek i pokojowych, pielęgniarce, opiekunki, technik fizjoterapii.

Do zadań działu terapeutyczno-opiekuńczego należą:

- opracowywanie indywidualnych planów wspierania mieszkańców oraz wspólna z mieszkańcem domu ich realizacja;
- przyjmowanie do Domu mieszkańców zgodnie ze skierowaniem oraz procedur przyjmowania nowych mieszkańców;
- tworzenie atmosfery sprzyjającej pełnej adaptacji mieszkańców i ich aktywizacji w nowym środowisku;
- kształtowanie właściwych stosunków międzyludzkich i koleżeńskich wśród mieszkańców;
- rozpoznawanie i udział w zaspokajaniu indywidualnych potrzeb i życia mieszkańców;
- aktywne uczestnictwo w działaniach mających na celu usamodzielnienie się mieszkańców;
- pomoc mieszkańcom w rozwiązywaniu problemów osobistych, w utrzymaniu kontaktów z rodzinami;
- planowanie pracy terapeutyczno-opiekuńczej i prowadzenie systematycznych zajęć w zakresie wypełniania czasu wolnego pensjonariuszy;
- organizowanie zajęć kulturalno-oświatowych rekreacyjnych oraz czynnego wypoczynku;
- prowadzenie terapii zajęciowej dostosowanej do potrzeb mieszkańców;
- dbanie o estetykę pensjonariuszy jak i ich pokoi mieszkalnych;
- udzielanie pomocy osobom niepełnosprawnym, karmienie, ubieranie, estetyka otoczenia;
- utrzymywanie kontaktów i współpraca z innymi domami pomocy społecznej, ośrodkami pomocy społecznej;
- prowadzenie dokumentacji osobowej pensjonariuszy, stosowanej terapii i innych zajęć;
- utrzymywanie dobrego stanu zdrowia mieszkańców;
- udostępnienie mieszkańcom dostępu do korzystania ze świadczeń leczniczych zgodnie z przysługującymi im uprawnieniami;

- zaopatrzenie mieszkańców w niezbędne leki, artykuły sanitarne, sprzęt ortopedyczny – zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- zapewnienie warunków godnego umierania i przeprowadzenie pogrzebu zgodnie z życzeniem mieszkańca i miejscowym zwyczajem.

### **Indywidualny plan wsparcia mieszkańca, postępowanie pracownika pierwszego kontaktu**

Realizacja potrzeb psychologicznych człowieka jest podstawą do określenia planu wsparcia mieszkańca. Najczęstsze cele planu to: zmiana zachowania mieszkańca, rozwijanie jego umiejętności, poprawa stanu fizycznego, psychicznego. Poszczególne etapy planowania działania ukazują nam odpowiedź, jak osiągnąć cel, i co zrobić, aby zmieniło się zachowanie pensjonariusza.

Do realizacji planu potrzebni są wyspecjalizowani fachowcy. Określa się w nim miejsce i czas wykonania zadania. Realizacja to osiągnięcie celu przy użyciu zasobów, którymi dysponujemy. W realizacji celu biorą udział wszyscy członkowie działu terapeutyczno-opiekuńczego. Plan w trakcie realizacji jest modyfikowany, zmieniany w zależności od celowości, wykonalności, operatywności, elastyczności, racjonalności.

Tworzenie i prowadzenie indywidualnego planu wsparcia mieszkańców odbywa się trzy razy w tygodniu od godziny 9.00 do 10.00 w trakcie posiedzenia zespołu. Wspólnie ze wszystkimi specjalistami wypełniana jest część diagnostyczna gotowego formularza indywidualnego planu wsparcia mieszkańca. Plan tworzy się najpóźniej w ciągu miesiąca od przyjęcia nowego mieszkańca. W tym czasie mieszkaniowiec lub kierownik oddziału dokonuje wyboru pracownika pierwszego kontaktu. Od tego momentu pracownik jest mentorem pensjonariusza. Omawia plan wsparcia i uzgadnia jego realizację. Prosi mieszkańca o zaznajomienie się z planem oraz podpis.

Realizację planu zapisują wszyscy specjaliści zespołu na odpowiednim formularzu. Pracownik pierwszego kontaktu kontroluje te zapisy. Omówione i zatwierdzone na posiedzeniu zespołu ustalenia dla danego pensjonariusza muszą być następnie konsekwentnie przestrzegane i stosowane przez wszystkich członków zespołu. Należy pomóc mieszkańcom w rozwiązywaniu ich problemów.

### **Spędzanie wolnego czasu przez pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej „Jutrzenka” w Zgorzelcu**

W „Jutrzence” mieszkańcy mają proponowany szereg form spędzania wolnego czasu. Każdy może wybrać zajęcie odpowiednie dla własnych upodobań, zainteresowań i możliwości psychofizycznych. Dom posiada bibliotekę, gdzie instruktor kulturalno-oświatowy udostępnia książki nie tylko na terenie biblioteki, ale również do pokoju mieszkańca. Praktykuje się również czytanie książek przy łóżku podopiecznego. Innym zajęciem lubianym przez mieszkańców jest gra w szachy, często organizowane są turnieje szachowe, w których biorą udział również osoby nie będące pensjonariuszami.

Grupa mieszkańców spędza swój wolny czas w terapii zajęciowej przy rysowaniu, malowaniu, rzeźbie w drewnie, szydełkowaniu, robótkach na drutach i wyszywaniu.

Latem praktykowane są spacery do parku pod opieką opiekunów oraz w ramach kolacji organizowane są grille w ogrodzie. Podczas tych spotkań mieszkańcy mogą porozmawiać ze sobą, posłuchać muzyki, często wykonywanej przez mieszkańców.

Tradycją naszego domu są zabawy integracyjne; są to imprezy, które odbywają się z okazji Dnia Inwalidy i Dnia Seniora, a także zabawa andrzejkowa i karnawałowa. Zapraszani są wówczas goście z zaprzyjaźnionych Domów Pomocy, a także władze miasta. Atrakcją tych zabaw są liczne konkursy i występy lokalnych artystów.

Dzięki dofinansowaniu z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie pensjonariusze mają możliwość wyjazdu (co drugi rok) na turnusy rehabilitacyjne nad polskie morze. Kultywowane są bardzo starannie tradycje i święta. Wigilia to czas wspólnej uroczystej kolacji z udziałem kapelana, podczas której mieszkańcy i pracownicy dzielą się opłatkiem, śpiewają kolędy i spożywają przygotowane potrawy wigilijne. Podczas Świąt Wielkanocnych w świetlicy święcone są pokarmy przygotowywane w kuchni Domu. Mieszkańcy mają również możliwość poświęcenia swoich własnych koszyków z pisankami, które zabierają do swoich pokojów, a następnie spożywają podczas śniadania wielkanocnego.

Mieszkańcy chwalą sobie imieninowe poczęstunki, Dzień Babci i Dziadka z udziałem dzieci i młodzieży z okolicznych szkół.

## **ROLA OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ – WIELKIE PROBLEMY GERIATRYCZNE**

### **Komunikacja pielęgniarka-senior**

Mieszkaniec domu pomocy to człowiek często schorowany, z zaburzeniami demencyjnymi i potrzebujący fachowej pomocy medycznej. Personel nie dysponujący stosownymi kompetencjami ulegnie bardzo szybko wypaleniu wewnętrznemu. Błędy popełnione w opiece i pielęgnacji spowodują nasilenie się negatywnych symptomów u chorego z demencją. W gronie doświadczonych, rzetelnych, profesjonalnych pielęgniarek błędy pielęgnacyjne spotyka się raczej rzadko.

Nie każda osoba może zajmować się seniorem, często zdezorientowanym seniorem. Zamiast poddawać się uczuciu bezsilności, należy uzmysłwić sobie, że nikt nie potrafi zmienić pacjenta z demencją. Jest taki, jaki jest, inny już nie będzie. Jedyną szansą łatwiejszego i efektywniejszego wypełniania codziennych obowiązków jest elastyczne dopasowywanie się do mieszkańca oraz doskonalenie kompetencji przydatnych w tej pracy.

Priorytetem pracy z seniorem musi być cierpliwość. Mieszkaniec zdumiewająco łatwo rejestruje sygnały komunikacji niewerbalnej. Jeżeli więc pielęgniarka jest zdenerwowana, zniecierpliwiona, to emocje te przejmuje podopieczny. Sam staje się niecierpliwym, rozdrażnionym, co zaburza współpracę. Bardzo łatwo jest zdominować mieszkańca. Pielęgniarka posiada olbrzymią przewagę nad starym i zdezorientowanym człowiekiem. Dlatego z rozwagą należy współpracować z podopiecznym. Istnieje wiele obszarów, na których za seniora trzeba wykonać praktycznie wszystko. Równolegle istnieje bez wątpienia wiele czynności, z którymi mieszka-

niec jest sobie w stanie sam poradzić. Pielęgniarka musi celowo i świadomie stwarzać takie sytuacje, gdzie senior poczuje się wezwany do bycia aktywnym, do zrobienia czegoś.

Komunikacja z mieszkańcem nie zawsze bywa prosta, często są to trudne dyskusje z osobami, które ze względu na nagłe pogorszenie stanu zdrowia musiały zamienić aktywną egzystencję na życie osoby obłożnie chorej. Trudno pracuje się pielęgniarce, opiekunom, terapeutom z człowiekiem, który nie zaakceptował swojej choroby i wynikającej z tego niepełnosprawności. Pobyt w domu pomocy społecznej przez ludzi starszych jest uważany jako ostateczność. W opiece nad osobą starszą powinno dominować ustanowienie opieki całościowej. Gwarantuje to, że opieka będzie realizowana kompleksowo i systemowo. Dzięki temu jakość życia podopiecznych, mimo dolegliwości chorobowych, nie będzie się pogarszać, a często nawet może ulec poprawie. W swojej pracy pielęgniarka zajmuje się wszystkimi problemami mieszkańca, w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym. Na tej bazie tworzy plan opieki i pielęgnacji, którego celem jest polepszenie biologicznego i psychospołecznego funkcjonowania seniora.

### **Postępowanie pielęgniarckie wobec mieszkańca z problemem inkontynencji**

U osób starszych często skrywaną dolegliwością są zaburzenia funkcji zwieraczy, są to przewlekłe i wieloprzyczynowe zespoły starczej niesprawności. Prowadzą do utraty niezależności i kontroli nad życiem. Osoba dotknięta tą dolegliwością może się izolować i bardzo cierpieć. Opieka nad takim mieszkańcem wymaga od pielęgniarki dużej wiedzy, umiejętności oraz sumienności. Nietrzymanie moczu to inaczej inkontynencja; jest to problem higieniczny i społeczny. Duże znaczenie ma tutaj przywrócenie maksymalnego stopnia sprawności, samodzielności i niezależności pacjenta. Praca pielęgniarki polega na pomocy, asystowaniu, motywowaniu do samoopieki mieszkańca.

Pielęgnowanie osób starszych często wymaga zastąpienia ich w podejmowaniu zadań samoopieki, z powodu wieku, wielochorobowości i niedołęstwa starczego.

Czynności wykonywane przez pielęgniarkę opiekującą się osobami z zaburzeniami zwieraczy:

- zabiegi higieniczne, czyli toaleta całego ciała,
- wykonywanie zabiegów przeciwoleżynowych,
- odpowiednie nawodnienie,
- zapewnienie spokoju, odpoczynku,
- zapobieganie depresji oraz izolacji mieszkańca.

### **Postępowanie pielęgniarckie wobec mieszkańca z zaburzeniami perystaltyki jelit**

Trudności z wypróżnianiem się to typowa dolegliwość podeszłego wieku. Można temu zapobiec lub przynajmniej zredukować problem poprzez:

- dokładną obserwację rytmu wypróżnienia,
- zapewnienie konsultacji lekarskiej w przypadku przedłużania się stanu,
- picie płynów, co najmniej 2 l płynów w ciągu 24 godzin,
- stosowanie odpowiedniej diety, zawierającej dużo błonnika,

- unikanie spożywania działających zatwardzająco napojów i pokarmów, tj. mocnej herbaty, kawy, białego pieczywa,
- aktywność ruchową seniora, długie spacery, gimnastyka,
- nauka oddychania przeponowego, które jest masażem wewnętrznym wspomagającym pracę jelit,
- masaż brzucha po przebudzeniu, w okolicy pępka przez pięć minut zgodnie z kierunkiem ruchu wskazówek zegara,
- stosowanie środków przeczyszczających według zaleceń lekarza.

### **Postępowanie pielęgniarские wobec mieszkańca z niedożywieniem**

Niedożywienie osób starszych ma wpływ na gorszą tolerancję leczenia i wystąpienie skłonności do zakażeń. Pielęgniarka zwraca uwagę na czynniki wywołujące niedożywienie:

- zaburzenia przeżuwania i połykania np. po przebytych udarach mózgu,
- brak uzębienia, choroby przyzębia,
- zaburzenia łaknienia, które mogą powstawać z depresji, samotności.

Opieka pielęgniariska polega na rozpoznaniu stanu niedożywienia u osoby w starszym wieku, poprzez:

- pomiar masy ciała,
- kontrolę wypróżnień,
- ocenę dolegliwości ze strony układu pokarmowego,
- zwiększoną podaż płynów,
- dbałość o higienę jamy ustnej,
- pomoc mieszkańcowi przy spożywaniu posiłków, tzn. małe kanapki, kubek z rurką.

Każda osoba starsza jest narażona na ryzyko niedożywienia, dlatego wczesne działania mogą ustrzec przed niekontrolowaną utratą masy ciała.

### **Postępowanie pielęgniarские wobec mieszkańców narażonych na upadek**

W starszym wieku choroby przewlekłe i ich powikłania stanowią częstą przyczynę utraty sprawności psychofizycznej i niesamodzielności. Im starszy wiek, tym większe ryzyko występowania upadków, zwłaszcza u osób powyżej 80. roku życia. Jest to poważny problem, ponieważ może doprowadzić do ograniczeń aktywności życiowej i inwalidztwa. Upadki są efektem niestabilności posturalnej, spowodowanej zaburzeniami równowagi.

Postępowanie pielęgniarские jest zależne od sytuacji zdrowotnej podopiecznego. Głównym celem będzie zmniejszenie ryzyka upadków i ich następstw. Dotyczy to:

- zapewnienia bezpiecznych warunków mieszkańcowi do przemieszczania się, np. za pomocą balkonika, laski,
- korekcja wad wzroku np. przez zapewnienie okularów,
- pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych,
- udział w usprawnianiu podopiecznych niedołącznych,

- pomoc w przywracaniu sprawności i samodzielności,
- niwelowanie stanów nerwowych, lękowych.

### **Postępowanie pielęgniarskie wobec mieszkańców narażonych na odleżyny**

Odleżyna to uszkodzenie skóry spowodowane uciskiem w miejscach, w których skupia się ciężar ciała leżącego podopiecznego. Osoby starsze to grupa najbardziej narażona na wystąpienie zmian odleżynowych. Przyczynia się ku temu wiek, nadmierna suchość skóry, utrata elastyczności, spadek aktywności ruchowej. Każdy pacjent unieruchomiony w łóżku poddawany jest ocenie ryzyka wystąpienia odleżyn. Ucisk powoduje z początku niedokrwienie, które następnie może doprowadzić do obumierania tkanek. Odleżyna najczęściej pojawia się na kości krzyżowej, piętach, łopatkach, łokciach.

Skóra wymaga szczególnego traktowania, szczególnie u osoby starszej. Zaniedbanie jej pielęgnacji może doprowadzić do powstania odleżyn, które w następstwie mogą prowadzić do dalszych komplikacji. Należy przestrzegać następujących zasad:

- skóra musi być czysta i sucha,
- stosować bieliznę osobistą i pościelową z naturalnego tworzywa,
- nie stosować środków do pielęgnacji skóry na bazie alkoholu, który niebezpiecznie wysusza skórę,
- stosować środki dla skóry wrażliwej,
- poprawić odporność skóry wmasowywując oliwki dla niemowląt, wykonywać masaże, który wzmacnia elastyczność skóry i poprawia ukrwienie,
- nie stosować agresywnych mydeł alkalicznych, ani też płynów, zaleca się ruch podopiecznemu, częstą zmianę pozycji ułożeniowej, jeśli jest to podopieczny leżący, pozycję zmieniamy co 2 godziny,
- łóżko, na którym leży podopieczny, powinno być wyposażone w materac zmiennociśnieniowy, tzw. dynamiczny, zasilany powietrzem ze specjalnego kompresora,
- unikać przegrzania i przepocenia chorego,
- często wietrzyć pomieszczenia, w którym przebywa podopieczny.

Prawidłowo stosowana profilaktyka przeciwodleżynowa jest najlepszym sposobem na ochronę mieszkańca przed niepotrzebnym bólem i cierpieniem.

### **Zakończenie**

Dom pomocy społecznej to nie tylko dach nad głową, posiłki, odzież wierzchnia, to przede wszystkim subtelna sieć oddziaływań ukierunkowanych na starszego człowieka, który, rozwijając się, potężnieje i sam odnajduje szczęście. Tych bodźców potrzebują ludzie starsi, aby kształtować dobrą jakość swojego życia, ponieważ często nie są już w stanie samodzielnie zadbać o siebie we wszystkich wymiarach. Starość jest tym okresem życia, w którym niemal każdy człowiek potrzebuje fachowego wsparcia i tu właśnie duże znaczenie odgrywają domy pomocy społecznej.

Jolanta Kuriata

## **Medyczno-prawne i etyczne aspekty donorologii i transplantologii**

(Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras)

Współczesna medycyna podejmuje szerokie działania inwazyjne wobec ratowania zdrowia i życia człowieka. Transplantologia jest dziedziną, która jako jedyna ingeruje w śmierć. Jednocześnie wzbudza swoimi działaniami wiele emocji i dyskusji, porusza daleko mocniej kwestie ratowania życia dlatego, że metody medycyny transplantacyjnej wymagają najpierw orzeczenia o śmierci jednego człowieka, aby móc rozpocząć ratowanie pacjenta, dla którego wyczerpały się dotychczasowe możliwości terapeutyczne.

Współczesna medycyna daje coraz więcej możliwości ratowania zdrowia i życia. Niestety, świadomość społeczna wobec metod medycyny transplantacyjnej jest dość niska. Przekonania społeczne wobec leczenia przeszczepem zawierają wiele podejrzeń i wątpliwości. Nagłośnione przez media podejrzenia „handlu” narządami dodatkowo zniechęcają społeczeństwo do tej formy leczenia, która dla wielu osób jest ostateczną szansą na życie.

### **Ewolucja definicji śmierci mózgu**

Zmiany w definiowaniu śmierci są konsekwencją rozwoju naukowej diagnostyki OUN, anestezjologii, w tym sztucznej wentylacji, wprowadzenia stymulatorów serca, fizjologii, patofizjologii oraz stale trwających badań nad pacjentami po rozległych urazach, zatrzymaniu krążenia. Jednocześnie intensywny postęp w tych dziedzinach dał możliwość w następnych etapach do utrzymania optymalnego stanu narządów u zmarłego potencjalnego dawcy.

Definicja **śmierci mózkowej**, czyli wyznaczająca śmierć pnia mózgu jako warunek konieczny i wystarczający do uznania śmierci organizmu jako całości, została przyjęta przez większość krajów; najwcześniej uznano ją w Finlandii (1972), najpóźniej w Japonii (1992). W Polsce wprowadzono ją komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie wytycznych krajowych zespołów specjalistycznych odnośnie do kryteriów śmierci mózgu 1 lipca 1984 r., a następnie zmodyfikowano ostatecznie dnia 31.07.2007 r.

***„Zaprzestanie terapii w odpowiednim momencie pozwala nie tylko uniknąć marnotrawstwa leków, sprzętu i sił ludzkich, ale także wcześniej i lepiej wykorzystać te możliwości do ratowania żyjących”*** (prof. Marek Zych).

Ostrzeżeniem przed swobodą, ominięciem prawa, wytycznych, jest zacytowany poniżej fragment kodeksu etyki lekarskiej, który w art. 74 jasno mówi, iż:

***„Lekarz nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia, asystować w torturowaniu lub innym poniżającym traktowaniu człowieka. Nie może też wykorzystywać swej wiedzy i umiejętności dla ułatwienia stosowania jakichkolwiek form okrutnego postępowania”.***

Kryteria rozpoznawania śmierci mózgu po raz pierwszy w sposób formalny zostały określone w 1968 roku przez *Ad Hoc Committee of The Harvard Medical School* – był to specjalny komitet przy Harvard University, któremu przewodniczył Henry Beecher – Nadzwyczajny Komitet Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej. W raporcie tym opisano, iż całkowita i nieodwracalna utrata funkcjonowania całego mózgu – śmierć mózgu, jest jednoznaczna ze śmiercią całego człowieka.

### **Regulacja prawna transplantologii i orzeczenie śmierci pnia mózgu**

Kwestia orzeczenia śmierci mózgowej, pobranie i wszczepienie narządu z racji powagi procedury, obciążenia społecznego, aspektów etycznych, niebezpieczeństwa błędu jatrogennego, jest weryfikowana szczegółowymi regulacjami prawnymi w medycynie, a szczególnie w donorologii i transplantacji nie może mieć miejsca samowolne decydowanie oraz nieściskość prawna. Regulacje prawne podlegały i nadal ulegają zmianom zgodnie z dowodami naukowymi i innymi aspektami. Przypuszcza się, iż pierwsze zabiegi odbyły się bez odpowiednich uregulowań, dopiero właśnie kolejne z prób skłoniły do stworzenia odpowiednich wytycznych. W Polsce pierwszy udany przeszczep nerki od osoby zmarłej odbył się 38 lat temu.

60 lat temu rozpoznanie śmierci mózgowej było niemożliwe z racji braku uregulowania prawnego, mimo iż naukowa definicja śmierci była już poznana. Dopuszczalne jednak było pobieranie narządów ze zwłok. Przeszczep serca w 1986 roku przez prof. Z. Religę stał się motywacją dla prawników i Ministerstwa Zdrowia do stworzenia szczegółowej regulacji prawnej. Proces tworzenia przepisów ustawy rozpoczął się pod koniec lat 80-tych XX wieku. Pierwszy taki akt prawny: „Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów”, na podstawie którego wydano ponad 10 aktów wykonawczych, wszedł w życie w marcu 1996 roku.

Wprowadzenie korekt i połączenie aktów prawnych w jeden dokument zaowocowało przyjęciem 1 lipca 2005 roku „Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów” (Dz. U. Nr 169, poz. 1411). Ustawa ta, w połączeniu z dodatkowymi rozporządzeniami, jest aktualnie aktem prawnym regulującym kwestię orzekania śmierci mózgowej oraz pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.



Uzupełnieniem ustawy są zarządzenia i rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia:

- zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13.01.2006 roku w sprawie nadania statutu Krajowemu Centrum Bankowania Tkanek i Komórek;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25.04.2006 roku w sprawie wymagań od kandydata na dawcę komórek, tkanek lub narządu;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25.04.2006 roku w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25.04.2006 roku w sprawie prowadzenia krajowego rejestru przeszczepień;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5.05.2006 r. w sprawie nadania statutu krajowej Radzie Transplantacyjnej;
- zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28.05.2006 r. w sprawie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20.11.2006 roku w sprawie wymagań fachowych i sanitarnych dla banków tkanek i komórek;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1.12.2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13.12.2006 r. w sprawie trybu przeprowadzania kontroli w podmiotach wykonujących czynności związane z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16.07.2007 roku w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów;
- obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.

Obowiązkiem każdego pracownika służby zdrowia, szczególnie oddziałów szpitalnych OIOM jest świadomość w zakresie informacji zawartych w tych rozporządzeniach. Osoby te uczestniczą w prowadzeniu orzekania, kwalifikacji dawcy, pobraniu narządów, więc nieznaną głównych regulacji prawnych wydaje się być niedopuszczalna. Nieznajomość regulacji i błędne postępowanie prowadzi do odpowiedzialności prawnej oraz przypuszczalnie jest przyczyną niepowodzenia działań.

Obecnie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” jest główną instytucją państwową sprawującą kontrolę nad pracą ośrodków oraz poszczególnych zespołów szpitalnych. Działa ona na mocy ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411) oraz późniejszego zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.06.2006 r. w sprawie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego dla Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

Procedurą kwalifikacji i koordynacji pobierania zajmuje się w Polsce i na świecie koordynator transplantacyjny, który zgodnie ze swoimi kwalifikacjami spełnia funkcje koordynatora w szpitalu dawcy, jako koordynator regionalny przy ośrodku transplantacyjnym lub jako pracownik Centrum „Poltransplant”

### Statystyka pobrań i przeszczepów

Statystyki przytoczone poniżej mają na celu ukazanie zasięgu i skali działań transplantacyjnych w Polsce. Informacje zebrane w tabelach pochodzą z danych Biura „Poltransplantu”. Przedstawienie danych w przekroju kilku lat pozwoli wstępnie ocenić kierunek zmian i ewaluacji działań medycyny transplantacyjnej oraz rozwoju donorologii w szpitalach na terenie kraju.

Tabela 6 obrazuje działanie Centralnego Rejestru Sprzeciwów. Pierwszym z działań wstępnych, które umożliwia wykonanie diagnostyki i orzeczenia o śmierci jest orzeczenie o braku wpisu w CRS. Z przytoczonych danych wynika, iż liczba sprzeciwów maleje od roku 1997 i średnio od roku 2003 wynosi około 300 wpisów rocznie. Na uwagę zwraca fakt pojawienia się wycofania sprzeciwu z CRS (kilka w ciągu roku).

**Tabela 6. Sprzeciwy zgłaszane w latach 1996-2006**

Lata	Liczba oświadczeń	Liczba sprzeciwów	Liczba cofnięć sprzeciwów
11-12, 1996	1693	1693	0
1997	14626	14607	19
1998	2421	2404	17
1999	1700	1683	17
2000	1112	1095	17
2001	438	432	6
2002	685	673	12
2003	382	374	8
2004	302	288	14
2005	276	265	11
2006	282	272	10
Razem	23917	23786	131

Potencjał donacyjny Polski można wstępnie ocenić na podstawie zestawień zamieszczonych w tabelach 7 i 8. Wynika z niego, że średnio w roku zgłaszanych jest 650 potencjalnych dawców, z czego odstępuje się od pobrania u około 19% z nich. Odstąpienie wynika częściej ze sprzeciwu rodziny zmarłego, rzadziej – z przyczyn medycznych.

**Tabela 7. Zgłoszenie zmarłych dawców narządów w latach 2002-2006**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Liczba zgłoszeń	483	539	593	649	696	669	604
Liczba dawców rzeczywistych	410	450	490	525	562	556	496
	84,9%	83,4%	82,6%	80,9%	80,7%	83,1%	82,1%
Odstąpiono od pobrania	73	89	103	124	134	113	108
	15,1%	16,6%	17,4%	19,1%	19,3%	16,9%	17,5%
Przyczyny medyczne	29	2	57	60	61	52	45
	6,0%	5,8%	7,6%	9,2%	8,8%	7,8%	7,5%
Sprzeciw rodziny zmarłego	43	56	45	64	73	61	63
	8,9%	10,4%	7,6%	9,9%	10,5%	9,1%	10,4%
Sprzeciw prokuratora lub własne zastrzeżenie	1	2	1	0	0	0	0
	0,2%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Analiza regionu Polski i działań „Poltransplantu” wskazuje, że najwięcej diagnostyki, pobrań i przeszczepów wykonywanych jest w województwach zachodniopomorskim, opolskim, kujawsko-pomorskim i dolnośląskim. Najmniejszy odsetek działań obserwuje się w województwach świętokrzyskim i podkarpackim.

Szacunkowo w Polsce rocznie diagnostykę śmierci mózgu wykonuje się u 13-14 dawców na milion mieszkańców.

**Tabela 8. Pobrania narządów od zmarłych w latach 2000-2006 w poszczególnych województwach**

Województwo	Liczba mieszkańców	Dawców na 1 mln 2000	Dawców na 1 mln 2001	Dawców na 1 mln 2002	Dawców na 1 mln 2003	Dawców na 1 mln 2004	Dawców na 1 mln 2005	Liczba dawców 2006	Dawców na 1 mln 2006
Dolnośląskie	2,89	18,1	17,8	17,4	14,8	21,3	18,9	36	12,5
Kujawsko-pomorskie	2,07	2,9	8,1	13,8	24,6	25,6	16,4	28	13,5
Lubelskie	2,19	2,2	2,7	7,6	13,2	8,6	16,4	21	9,6
Lubuskie	1,01	14,7	15,7	5,9	5,9	7,9	5,9	8	7,9
Łódzkie	2,59	11,2	15,5	12,1	18,0	12,3	19,2	29	11,2
Małopolskie	3,26	3,1	3,7	3,7	6,8	6,8	4,0	10	3,1
Mazowieckie	5,15	15,0	13,6	14,4	12,5	15,0	16,8	66	12,8
Opolskie	1,05	22,9	23,9	33,0	23,4	27,1	18,7	25	23,8
Podkarpackie	2,09	1,9	2,3	0,5	0,0	1,0	1,9	1	0,5
Podlaskie	1,20	5,0	11,5	10,7	11,6	6,6	10,7	24	20,0

Województwo	Liczba mieszkańców	Dawców na 1 mln 2000	Dawców na 1 mln 2001	Dawców na 1 mln 2002	Dawców na 1 mln 2003	Dawców na 1 mln 2004	Dawców na 1 mln 2005	Liczba dawców 2006	Dawców na 1 mln 2006
Pomorskie	2,19	11,5	8,2	15,9	13,8	17,9	14,7	31	14,2
Śląskie	4,7	8,8	8,0	8,8	9,1	10,3	11,2	45	9,6
Świętokrzyskie	1,29	0,0	0,8	1,5	0,0	0,0	2,3	2	1,6
Warmińsko-mazurskie	1,43	3,4	9,5	6,1	11,2	15,4	19,6	31	21,7
Wielkopolskie	3,37	17,4	14,9	21,1	18,5	16,7	17,0	81	24,0
Zachodniopomorskie	1,69	27,7	39,9	34,1	42,9	49,4	38,8	58	34,3
POLSKA	38,17	10,6	11,6	12,7	13,7	14,7	14,5	496	13,0

Analiza przyczyn prowadzących do zdiagnozowania śmierci zamieszczona jest w tabeli 9. Wynika z niej, iż przyczyną zgonu dawcy najczęściej są choroby naczyń mózgowych, porównywalnie częstą drugą przyczyną jest uraz czaszkowo-mózgowy.

**Tabela 9. Przyczyny zgonów zmarłych dawców narządów w latach 2000-2006**

Przyczyna zgonu	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Choroby naczyń mózgowych	203	265	275	301	304	316	273
	50%	59%	56%	57%	54%	57%	55%
Urazy czaszkowo-mózgowe	183	168	178	182	225	194	195
	45%	37%	36%	35%	40%	35%	39%
Inne	24	17	37	42	33	46	28
	5%	4%	8%	8%	6%	8%	6%
Ogółem	410	450	490	525	562	556	496

Ocenę struktury i wykorzystania dokonanych pobrań w latach 2000-2006 przedstawiają tabele 10 i 11.

Oceniając liczbę narządów pobranych, najwięcej pobrano ich w roku 2004 i 2005; ogólnie, średnio pobieranych jest około tysiąca narządów rocznie. Średnia liczba pobrań wyniosła 500, z czego około 200 to pobrania wielonarządowe, a w blisko połowie przypadków pobrano tylko nerki.

Najczęściej pobieranym narządem były nerki, następnie serce i wątroba, najrzadziej (i to dopiero w 2006 roku) dokonano pobrania przedramienia. Analizując pobrania wielonarządowe, najczęściej pobierano nerki i wątrobę, następnie nerki, serce i wątrobę, kolejno nerki i wątrobę, najrzadziej nerki i płuca.

**Tabela 10. Łączna liczba narządów pobranych ze zwłok w latach 2000-2006**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nerki	820	900	980	1050	1124	1112	992
Serce	130	130	111	123	106	96	98
Wątroba	88	108	135	156	182	199	184
Trzustka	14	18	12	14	16	22	37
Płuca	1	3	3	5	5	4	15
Przedramię	0	0	0	0	0	0	1
Ogółem	1053	1160	1241	1348	1433	1433	1327

**Tabela 11. Struktura pobrań narządów w Polsce w latach 2000-2006**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Liczba pobrań	410	450	490	525	562	556	496
Pobrania tylko nerek	246	277	310	325	345	324	273
Pobrania wielonarządowe	164	173	180	200	217	232	223
Odsetek pobrań wielonarządowych	0,4	0,38	0,37	0,38	0,39	0,42	0,45

Ocenę wykorzystania pobranych narządów, prężności i możliwości transplantologii przedstawiają tabele nr 12 i 13. Wynika z nich, iż liczba przeszczepionych narządów jest dwukrotnie większa niż liczba pobrań. Wniosek płynący z tego porównania wskazuje, iż średnio z jednego pobrania od dawcy zostaje przeszczepionych 2,4-2,5 narządu (zgodnie z wyliczonym współczynnikiem z tabeli 12).

**Tabela 12. Struktura pobrań wielonarządowych w latach 2000-2006.**

<b>Pobrane narządy:</b>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nerki + serce	72	61	42	43	31	27	23
Nerki + serce + wątroba	48	51	56	67	58	53	39
Nerki + wątroba	29	40	67	73	108	127	110
Nerki + trzustka	1	0	0	0	0	1	4
Nerki + serce + trzustka	2	1	2	1	3	3	7
Nerki + wątroba + trzustka + jelito	0	1	0	0	0	0	0
Nerki + wątroba + trzustka	3	1	1	2	3	7	5
Nerki + serce + wątroba + trzustka	8	15	9	9	9	10	19
Nerki + serce + wątroba + trzustka + płuca	0	0	0	2	1	1	2
Nerki + serce + płuca	0	2	1	0	1	1	3
Nerki + serce + wątroba + płuca	0	0	1	1	3	1	5
Nerki + wątroba + płuca	0	0	1	2	0	1	3
Nerki + płuca	1	1	2	2	2	2	1
Nerki + wątroba + przedramię	0	0	0	0	0	0	1
OGÓLEM	164	173	180	200	217	232	223

**Tabela 13. Wykorzystanie narządów od zmarłych dawców w latach 2000-2006.**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Liczba pobrań	410	450	490	525	562	556	496
Liczba przeszczepionych narządów	1000	1113	1182	1294	1364	1383	1258
Współczynnik „liczba przeszczepionych narządów / liczba dawców”	2,4	2,5	2,4	2,5	2,4	2,5	2,5

Uzupełnieniem oceny transplantacji jest niewątpliwie analiza przeżywalności biorców (tabela 14). Wynika z niej, że najczęściej dokonano przeszczepów nerek od zmarłych, wątroby od zmarłych oraz serca.

**Tabela 14. Przeżycia biorców i przeszczepów wykonanych w 2005 roku (dane pełne) oraz w 2006 roku (dane niepełne)**

Narząd	Liczba przeszczepów w latach 2005-2006	Liczba biorców objętych obserwacją	Przeżycia 3 miesięczne		Przeżycia 12 miesięczne	
			biorcy	przeszczepy	biorcy	przeszczepy
Nerki od zmarłych	1939	1107	1107	1020	1043	972
			92%	92%	94%	88%
Nerki od żywych	47	29	29	29	29	29
			100%	100%	100%	100%
Wątroby od zmarłych	379	223	199	192	195	185
			89%	86%	87%	94%
Wątroby od żywych	33	16	15	15	15	15
			94%	94%	94%	94%
Trzustka i nerka	58	27	23	19	20	16
			85%	70%	47%	59%
Serce	190	105	78	78	77	77
			74%	74%	73%	73%
Płuca	9	3	0	0	0	0
			0%	0%	0%	0%

Ocena przeżywalności po 3 miesiącach, wśród przeszczepów od dawców zmarłych, ukazuje, iż największa jest wśród pacjentów z przeszczepem nerki (ponad 90%). Najniższy odsetek przeżywalności odnotowano w przypadku przeszczepów płuc, serca oraz połączonego przeszczepu trzustki i wątroby (poniżej 85%).

Ocena powtórna przeżywalności biorców po 12 miesiącach potwierdza w większości wyniki poprzednie. Największy odsetek przeżyć ma miejsce po przeszczepie nerek, wątro-

by, najmniejszy – trzustki i nerki oraz płuc. Proporcjonalnie przeżywalność jest mniejsza o kilka procent w każdej z grup.

Analiza ta jest prowadzona przez „Poltransplant”, zgodnie z obowiązkiem prawnym (rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 kwietnia 2006 roku w sprawie prowadzenia krajowego rejestru przeszczepień).

Przytoczone powyżej podstawowe wnioski z analizy statystyki nie wyczerpują informacji z niej płynących. Rejestracja i szczegółowa ocena działań transplantacyjnych wskazuje kierunek rozwoju oraz typuje aspekty działań, które potencjalnie powinny ulec zmianie.

### **Aspekt etyczno-obyczajowy przeszczepiania narządów**

Transplantacja narządów jest przedmiotem zainteresowania przede wszystkim medycyny klinicznej, jednak ze względu na to, iż obejmuje sferę psychiczną człowieka oraz wzbudza ciągle emocje i wątpliwości etyczne, wymaga zaangażowania specjalistów z dziedziny psychologii. Dylematy moralne, które towarzyszą rodzinom dawcy i biorcom, nie mogą pozostawać niewyjaśnione, a osoby te nie mogą być pozostawione bez wsparcia sfery pozamedycznej.

Psycholog stanowi ważne ogniwo w procesie kwalifikacji, przeszczepu i życia z nowym narządem; jest on również istotnym członkiem zespołu terapeutycznego, który bierze odpowiedzialność za powodzenie działań podczas pobrania i transplantacji. Stanowi on również wsparcie dla członków zespołu medycznego, członków komisji orzekającej. Pracownicy szpitala także stają w obliczu dylematów moralnych i skrajnych emocji własnych i rodzin dawców.

Psychologia swoją opieką obejmować powinna rodziny dawców, samych biorców oraz członków zespołu transplantacyjnego. Medycyna nie może bowiem swobodnie i efektywnie działać bez psychologii, ponieważ nigdzie indziej nie ma większego nasilenia czynnika śmierci, jak w medycynie. Społecznie śmierć jest często tematem tabu. Mimo że śmierć jest nieuchronnym i naturalnym kresem życia, to jednak we współczesnym kręgu społeczno-kulturowym większość ludzi nie dopuszcza do siebie oczywistej konsekwencji istnienia. Postępy i sukcesy medycyny wzmocniają postawę „wypierania” i zaprzeczania własnej śmiertelności, co może doprowadzić do traktowania choroby i śmierci jako czegoś wstydliwego, jako porażki, a także jako zaniedbanie personelu czy bliskich zmarłego, tak jakby zapomniano o naturalnej konsekwencji końca życia.

Społecznie panuje atmosfera strachu przed szpitalem i strachu przed poczuciem obcości. W społeczeństwie jest rozpowszechnione odczucie, iż szpitale nie są przeznaczone dla ludzi, których życia już nie można uratować. Ludzie i personel boją się osoby umierającej i niechętnie przebywają w jej otoczeniu. Dlatego należy dołożyć wielu starań, aby ułatwić bliskim osoby umierającej i personelowi medycznemu przebywanie i opiekę nad pacjentem w stanie agonalnym lub podczas wykonywania kwalifikacji do pobrania narządów.

Psychologia zajmująca się zagadnieniem transplantacji powinna biegle „poruszać się” w różnych dziedzinach medycyny, a także po zagadnieniach etyki i socjologii.

## Socjopsychologiczne problemy biorcy

Transplantacja obejmuje wiele aspektów. Prześladowane wcześniej działania klasyfikacji dawcy, diagnostyki, formalności podczas każdego z etapów, dotyczą przede wszystkim dawcy. Sytuacja biorcy narządu jest czasami równie trudna i złożona. Transplantacja obejmuje wiele kwestii medycznych, np. immunologicznego doboru i dokładnej klasyfikacji dawcy i biorcy. Jednak kolokwialnie mówiąc: człowiek nie jest „zepsutą maszyną”. Obok strony medycznej istnieje równie silna i złożona sfera psychiki, przede wszystkim po stronie biorcy.

Biorca ma za zadanie podjąć możliwie normalne życie ze świadomością, że nosi w sobie organ człowieka, mózg którego zmarł.

To ogromne obciążenie emocjonalne i nie może pozostać bez wsparcia ze strony specjalisty. Wynika ono z: dolegliwości choroby podstawowej, ze stresu w oczekiwaniu na narząd, obawy przed niepowodzeniem operacji, obawy co do tego, w jakim stopniu będzie powrót do ról społecznych pełnionych przed zabiegiem.

Medycyna swoimi działaniami obejmuje etap od wysunięcia podejrzenia o śmierć mózgu, do wszczęcia narządu dawcy, nawet dalej idąc, do monitorowania stanu zdrowia biorcy. Psychologia działania swoje powinna prowadzić na etapie klasyfikacji dawcy, wobec rodziny dawcy oraz na etapie doboru dawcy do biorcy – wobec biorcy narządu także daleko poza etap wykonania zabiegu, obejmując opieką stan pacjenta wchodzącego z powrotem w otoczenie i role społeczne pełnione przed zabiegiem.

Biorca może czuć się odpowiedzialnym lub winnym, iż jego choroba wymagała tak inwazyjnego leczenia. Możliwe jest nawet poszukiwanie rodziny dawcy przez biorcę i dążenie do spotkania z nimi i poznania ich. Może on w związku z tym różnie reagować na wykonany zabieg – od radości i uspokojenia po bunt i zamknięcie lub alienację.

Powodzenie przeszczepu częściowo uwarunkowane jest od nastawienia biorcy do siebie oraz do życia z nowym narządem. Jego energia życiowa i tempo powrotu do zdrowia istotnie wspomagają efekt terapii. Jednak gdy emocje te przybierają przeciwny kierunek, skutecznie hamują proces zdrowienia.

Struktura emocjonalna biorcy jest polem działania wielu odczuć o różnym zabarwieniu i sile – od pozytywnych i szczęśliwych po zbuntowane i prowadzące do wycofania się z życia społecznego i towarzyskiego.

Po wykonaniu przeszczepu i podczas kontynuacji leczenia klinicznego, nie wolno zapomnieć w prowadzeniu terapii monitorowania stanu fizycznego oraz o aspekcie psychiki chorego. Monitorowanie stanu pacjenta prócz oceny stanu fizycznego musi zawierać określenie poziomu radzenia sobie z emocjami i stopień powrotu do ról społecznych, a także form aktywności sprzed zabiegu.

Brak kontroli strony psychologicznej i emocjonalnej biorcy może spowodować, iż niezauważenie depriwacji, napiętnowania, a także spiętrzenie emocji przybierze formę agresji, alienacji, buntu wobec siebie, bliskich, wobec form działalności, pasji, które mogą okazać się bardzo trudne do zmiany i do unormowania.



W idealnej sytuacji (oczekiwanej) biorca jest pod opieką zespołu klinicznego lekarzy danego ośrodka, w którym dokonano przeszczepu. Natomiast rodzina i sam biorca współpracuje nadal z psychologiem, z którym biorca nawiązał kontakt już przed zabiegiem.

Terapia z wykorzystaniem organu zmarłej osoby nadal budzi wiele kontrowersji i dyskusji. Dywagacje i rozprawki na tema „transplantacja – dar życia czy kanibalizm” przytaczają różne argumenty, a badania demograficzne wnoszą kolejne wnioski. Mimo iż transplantację poparły urzędu, władze, wiele religii, to społecznie pojawiają się nadal różne odczucia co do pobierania i wszczepiania narządów.

Medycyna nie potrafi zastąpić za pomocą leczenia farmakologicznego fizjologicznie sprawnego narządu. Dlatego też transplantologia stała się szansą dla chorych, dla których wyczerpały się inne możliwości terapeutyczne.

Medycyna znalazła się w sytuacji, gdy można uratować życie człowiekowi wyłącznie dzięki śmierci drugiego człowieka. Transplantologia działa na zasadzie pomocy jednemu tylko wtedy, gdy umrze dawca; brzmi to dosadnie i wzbudza różne odczucia. To jedyny kierunek medycyny, którego działanie rozpoczyna się od śmierci. Śmierć pozwala na ratowanie innego człowieka. Nie dziwnym więc, iż w ludzki umyśle powstają różne przemyślenia i argumenty na ten temat, zarówno poparcia, jak i sprzeciwu.