

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

**Acta Scholae Superioris
Medicinae Legnicensis**

Zeszyt naukowy

Nr 1(20)/2018

Materiały z I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej
„Potrzeby i możliwości kształcenia oraz podnoszenia kwalifikacji
zawodowych pielęgniarek i położnych w Polsce i w Europie”

19 kwietnia 2018 r.

ICV 2017: 37.20

Legnica 2018

Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy
ICV 2017: 37.20

Redaktor naczelny:
prof. dr hab. n. med. Stanisław Pielka

Redaktor naukowy:
dr hab. n. farm. Zbigniew Rykowski, prof. WSM w Legnicy

Komitet naukowy:
dr hab. Zbigniew Rykowski, prof. WSM
prof. dr hab. n. med. Władimir Muchin (Ukraina)
dr hab. n. med. Stanisław Szymaniec
doc. dr n. ekon. Ryszard Pękała
doc. dr n. ekon. Adam Klar
dr n. ekon., mgr piel. Bogusława Serzysko
mgr Aleksander Pękała

Recenzent zewnętrzny:
dr n. med. Elżbieta Grajczyk

Konsultacja językowa:
Język polski – mgr Krystyna Pękała
Język angielski – mgr Regina Rawska

Redaktor wydania:
doc. dr n. ekon. Adam Klar

Skład i łamanie:
inż. Marcin Czuba

© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna
Wydanie I, Legnica 2018-10-01

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

ISSN 2084-3607

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
Ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
Tel. 76 854 99 33
e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Spis treści

Table of contents

Aleksander Pękała Słowo wstępne Preface.....	4
Krystyna Przybyła, Agata Cieżniewska Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) wyzwaniem w pracy pielęgniarek International Classification for Nursing Practice (ICNP®) as a challenge for nurses work.....	9
Wojciech Piotr Wiśniewski Pielęgniarka kolejowa Rail nurse.....	18
Franciszek Krawczyszyn Niedożywienie pacjenta jako efekt jego niedokarmienia Malnutrition of the patient as an effect of his underfeeding.....	39
Jerzy Mazurek, Joanna Seregiet Pielęgniarka – psychoterapeuta w geriatrici i onkologii Nurse – A Psychotherapist in Geriatrics and Oncology.....	50
Elżbieta Łuczak Rola edukacji w przeciwdziałaniu zaburzeniom psychicznym wśród młodzieży The role of education in preventing mental disorders among young people.....	59
Elżbieta Grajczyk Umiejętności edukacyjne w praktyce pielęgniarskiej Educational skills in nursing practice.....	75
Regulamin publikowania prac.....	83

mgr Aleksander Pękała

Słowo wstępne

Preface

W dniu 19 kwietnia 2018 roku w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy pod przewodnictwem naukowym dr. hab. n. farm. Zbigniewa Rykowskiego, prof. WSM, odbyła się I Ogólnopolska Konferencja Naukowa na temat „Potrzeby i możliwości kształcenia oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w Polsce i w Europie”.

Jak podkreślono w Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (grudzień 2017), obecny stan obu tych dziedzin w lecznictwie naszego kraju jest trudny, co przejawia się brakami kadrowymi w tych zawodach, trudnymi warunkami pracy (w tym niesatysfakcjonującymi warunkami płacowymi). Ten niepokojący obraz dodatkowo pogłębiany jest stanem demograficznym polskiego społeczeństwa (wzrastający udział osób w wieku starszym, które wymagają zwiększonej opieki medycznej w porównaniu z innymi grupami wiekowymi, a w związku z tym odpowiednich, specyficznych kwalifikacji zawodowych opiekującego się tą grupą społeczeństwa personelu medycznego).

Celem głównym Konferencji było przedstawienie udziału uczelni wyższych, które kształcą w zawodach pielęgniarki i położnej, w rozwiązywaniu narastających problemów pielęgniarek i położnych w lecznictwie krajowym i europejskim. Problemy te dotyczą nie tylko braków kadrowych, ale również braku odpowiednich rozwiązań legislacyjnych, które umożliwiłyby pielęgniarkom i położnym realne wkraczanie w nowe obszary działalności, na przykład w podejmowanie przez pielęgniarkę roli psychoterapeuty w odniesieniu do osób starszych i chorych onkologicznie albo roli edukatora w działaniach ukierunkowanych na przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym wśród młodzieży.

Kolejnym celem Konferencji było wskazanie na konieczność budowania i umacniania prestiżu zawodowego pielęgniarek i położnych poprzez eksponowanie nowych regulacji prawnych, propagowanie europejskich wzorców pielęgniarstwa i położnictwa w ich zastosowaniu w warunkach polskich, wskazywanie nowych problemów, które pojawiają się

w funkcjonowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia. Wśród tych nowych problemów można wskazać, na przykład, problem niewłaściwego żywienia szpitalnego, problem błędów w komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie i położnictwie, problem niewystarczających umiejętności edukacyjnych środowiska.

Ważnym celem Konferencji było także zwrócenie uwagi ośrodkom decyzyjnym w naszym kraju, że istotnym elementem poprawy sytuacji w polskim pielęgniarstwie i położnictwie są, między innymi, otwarte i jasno określone ścieżki kariery zawodowej oraz poprawa sytuacji finansowej środowiska.

W kwestii kariery zawodowej należy umożliwić pielęgniarcom i położnym, poprzez odpowiednie regulacje prawne, doskonalenie zawodowe w dziedzinach i obszarach, które dotychczas nie leżały w sferze zainteresowania tych dziedzin. Należy także coraz silniej dostosowywać oferowane pielęgniarcom i położnym stanowiska pracy do posiadanych przez nie kwalifikacji zawodowych, aby uniknąć sytuacji, w których pielęgniarka z rzadką specjalizacją jest zatrudniana na stanowisku, które takiej specjalizacji nie wymaga. Taką strategię zatrudnienia stosują niektórzy pracodawcy w celu tzw. optymalizacji kosztów: taka optymalizacja nie ma najczęściej żadnego związku z optymalnym wykorzystaniem profesjonalnych umiejętności kadr medycznych ani też z właściwym zaspokojeniem różnego rodzaju potrzeb zdrowotnych pacjentów.

W kwestii poprawy sytuacji finansowej środowiska pielęgniarek i położnych należy wypracować takie rozwiązania i mechanizmy, które ograniczą migrację zarobkową do bogatych krajów zachodnich. Należy podkreślić, że polskie pielęgniarki są bardzo cenione w innych krajach ze względu na swoją wiedzę i umiejętności, dlatego też są chętnie w tych krajach zatrudniane na znacznie lepszych, niż w kraju, warunkach finansowych, a ich obciążenie w pracy jest istotnie mniejsze, przez co w pełni mogą realizować te wszystkie funkcje i obowiązki, które przypisuje im ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku.

W skład tomu weszło 6 artykułów naukowych, krótki opis których zamieszczono poniżej.

Pielęgniarstwo jako nauka postuluje opracowywanie i wdrażanie określonych standardów, dzięki którym możliwa staje się współpraca różnych placówek ochrony zdrowia, w tym placówek funkcjonujących w różnych

krajach. Standardy te stają się swoistym *lingua franca* współczesnego pielęgniarstwa. Jednym z takich standardów jest Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP), która systematyzuje język pielęgniarstwa, ujednolica określenia stosowane w rozpoznaniach pielęgniarstwa (diagnozach), planowanych działaniach i uzyskiwanych wynikach. Wszystko to stwarza możliwość wymiany informacji i podnosi efektywność pracy pielęgniarki. Istotę ICNP oraz jej znaczenie dla diagnozowania w indywidualizacji opieki pielęgniarstwa przedstawiły w swoim wystąpieniu mgr piel. Krystyna Przybyła oraz lic. piel. Agata Cieżniewska.

Pielęgniarstwo jest zawodem, który w swoim rozwoju podlega ciągłym zmianom, wynikającym ze zmieniającej się sytuacji demograficznej i ekonomicznej polskiego społeczeństwa. W różnych okresach historycznych na plan pierwszy wysuwały się różne problemy społeczne, w rozwiązywanie których w ten czy inny sposób włączało się również środowisko pielęgniarstwa, często w specyficzny sposób i w specyficznej formie. Jedną z takich form, już nie istniejącą, ale o której bezwzględnie należy pamiętać ze względu na jej znaczenie w określonym okresie historycznym i osiągnięcia, była Kolejowa Służba Zdrowia, w ramach której funkcjonowały dworcowe punkty sanitarne, dworcowe izby dla matki i dziecka, prewentoria kolejowe (dla dzieci z rodzin dotkniętych gruźlicą, jak również dla dzieci z rodzin zaniedbanych higienicznie), pociąg Kolejarskiej Służby Krwi, farmacja kolejowa (apteki, punkty apteczne, składnice sanitarne), a także Obwody Lecznictwa Kolejowego. Dla potrzeb rozwoju Kolejowej Służby Zdrowia nawiązano współpracę z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim, prowadzono własną działalność wydawniczą oraz własną Kolejową Szkołę Pielęgniarstwa, znajdującą się pod patronatem Ministerstwa Komunikacji, a ulokowaną w Poznaniu. Informację o Kolejowej Służbie Zdrowia przedstawił w swoim wystąpieniu mgr Wojciech Wiśniewski z Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu.

Pielęgniarka powinna mieć różnego rodzaju kompetencje, czasami takie, o których na co dzień się nie pamięta. Jedną z takich kompetencji jest ocena stanu odżywienia pacjenta. Niedożywienie pacjenta jest efektem długotrwałego niedokarmienia jego organizmu. W swoim artykule dr Franciszek Krawczyszyn eksponuje niedokarmienie jako kluczowe źródło niedożywienia pacjentów, które w konsekwencji może prowadzić do braku

postępów w leczeniu choroby podstawowej. W tym kontekście bardzo ważne są działania personelu medycznego, a szczególnie pielęgniarek, ukierunkowane na podniesienie świadomości negatywnych konsekwencji niewłaściwego odżywiania się przez pacjenta.

Pielęgniarka coraz częściej wchodzi na nowe obszary, które dotychczas nie były przedmiotem jej zainteresowania. Okazuje się jednak, że pielęgniarka, która opiekuje się osobami starszymi w ramach swoich podstawowych obowiązków, może z powodzeniem podjąć się także opieki psychoterapeutycznej nad osobą starszą lub opieki psychoonkologicznej, pod warunkiem uzyskania odpowiednich kwalifikacji w tym zakresie. W swoim artykule dr n. hum. Jerzy Mazurek i mgr piel. Joanna Seregiet omawiają rodzaje psychoterapii, które mają zastosowanie w geriatrycznej opiece nad pacjentem, a które mogą być realizowane przez pielęgniarki. Możliwość realizacji funkcji psychoterapeuty czy psychoonkologa przez pielęgniarki wynika, zdaniem autorów artykułu, z tego, że pielęgniarka jest osobą, która w porównaniu z innymi kategoriami personelu medycznego, ma najdłuższy kontakt ze starszym pacjentem, stąd też – przy dysponowaniu odpowiednio wykształconymi umiejętnościami praktycznymi i wiedzą teoretyczną – może pełnić te nowe dla siebie role. Konieczne jest jednak odpowiednie umocowanie

We współczesnym świecie, również w Polsce, obserwuje się wzrost liczby zaburzeń psychicznych szczególnie wśród młodego pokolenia, które nie radzi sobie z różnymi problemami życia codziennego. W związku z tym konieczne jest podejmowanie szerszych działań profilaktycznych, w tym edukacyjnych, które mogą dostarczyć istotnych przesłanek służących minimalizacji tego problemu. W swoim artykule prof. dr hab. Elżbieta Łuczak skoncentrowała się głównie na dwóch rodzajach zaburzeń związanych z uzależnieniami wśród młodzieży (uzależnieniami chemicznymi i behawioralnymi) oraz z zaburzeniami nastroju wykazującymi związek z zachowaniami suicydalnymi. Aczkolwiek nie zostało to powiedziane wprost, to można przyjąć, że dużą rolę w przeciwdziałaniu wskazanym zaburzeniom może odegrać pielęgniarka, wyposażona w odpowiednią wiedzę i umiejętności specjalistyczne z zakresu zaburzeń zachowania.

Prowadzenie edukacji terapeutycznej jest jednym z zadań pielęgniarki/pielęgniarsza. Współtworząc zespół terapeutyczny stwarza dobre

warunki dla włączenia edukacji do terapii, zwiększa szansę na podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności do radzenia sobie z chorobą.

W swoim artykule dr n. med. Elżbieta Grajczyk stara się przybliżyć tematykę programów zdrowotnych i edukacyjnej roli pielęgniarki/pielęgniara. Na koniec artykułu stawia ważne pytanie: W którym obszarze edukacji zdrowotnej znajdujesz się ty, Drogi Czytelniku?

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) wyzwaniem w pracy pielęgniarek International Classification for Nursing Practice (ICNP®) as a challenge for nurses work

Krystyna Przybyła^{1,A-F}, Agata Cieżniewska^{2,A-F}

¹Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Oddział Okulistyczny

²Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Oddział Chemioterapii

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2018; 1(20): 9-17

Streszczenie

Pielęgowanie, troszczenie się, pomaganie innym jest jedną z najstarszych aktywności człowieka. W przednowoczesnym pielęgowaniu dążono do poprawy opiekuńczo-pielęgnacyjnego działania. Pionierka nowoczesnego pielęgowania Florence Nightingale zapoczątkowała wielkie zmiany twierdząc, że pielęgniarstwo jest zawodem [1]. Pielęgniarstwo wykorzystuje założenia teoretyczne w praktyce. Teorie pielęgniarskie są przewodnikiem dla praktyki pielęgniarskiej, wyjaśniają istotę pielęgniarskiego oraz jego odrębność.

Celem pracy jest prezentacja znaczenia diagnozy pielęgniarskiej w świetle procesu pielęgowania oraz założeń i istoty Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP® – *International Classification for Nursing Practice*).

Uznaną metodę pracy pielęgniarki stanowi proces pielęgowania określane jako koncepcja pielęgowania podnosząca jego efektywność. Proces pielęgowania powoduje konieczność stawiania diagnozy pielęgniarskiej, która pozwala pielęgniarkom koncentrować się na zjawiskach związanych z pielęgowaniem. Istnienie wielu terminologii skłoniło pielęgniarki do usystematyzowania terminologii pielęgniarskiej i opracowania taksonomii diagnoz.

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) systematyzuje język pielęgniarski, ujednolica określenia dotyczące rozpoznania pielęgniarskiego, planowanych działań i uzyskanych wyników. Stwarza możliwość wymiany informacji oraz podnosi efektywność pracy pielęgniarek.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, diagnoza pielęgniarska, klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej.

Summary

Nursing, taking care and helping others are one of the oldest actions taken by humans. In pre-modern nursing they strived to improve caring and nursing actions. Modern nursing pioneer Florence Nightingale initiated major changes claiming that nursing is a profession [1]. Nursing takes advantage of theoretical assumptions in practice. Nursing theories are a guide to nursing practice, explain the essence of nursing and its distinctiveness.

The purpose of this thesis is to present the significance of nursing diagnosis in the nursing process, as well as assumptions and the core of International Classification for Nursing Practice (ICNP®).

Recognised method of nursing work is nursing process described as nursing approach increasing its effectiveness. Nursing process requires making nursing diagnosis which allows nurses to concentrate on nursing related phenomena. The existence of multiple terminology urged nurses to systemise the nursing language and develop taxonomy of diagnoses.

International Classification for Nursing Practice (ICNP®) systematises nursing language, standardizes definitions concerning nursing diagnosis, planned actions to be taken and obtained results. It creates the possibility to exchange information and increases effectiveness of nursing work.

Keywords: nursing, nursing diagnosis, classification for nursing practice

Wstęp

Pielęgniarstwo spełnia wielką misję społeczną w opiece nad zdrowiem i nakłada obowiązek podejmowania wysiłków na rzecz ludzkiego zdrowia. Wysoko oceniane jest pielęgnowanie, w którym pielęgniarki są skoncentrowane na pacjencie, jego potrzebach i wspólnie z pacjentem określają cele, do których będą zmierzać. Umiejętność podejścia indywidualnego jest wartością pielęgniarstwa. Zindywidualizowane pielęgnowanie jest utożsamiane z procesem pielęgnowania, który implikuje konieczność sformułowania rozpoznania pielęgniarskiego czyli diagnozy obrazującej stan biopsychospołeczny podopiecznego.

Diagnoza (gr. *diagnosis*) oznacza rozpoznanie prowadzone przez lekarzy, psychologów, rehabilitantów, pedagogów i pielęgniarki. Diagnoza pielęgniarska opisuje w precyzyjny i zwięzły sposób reakcję pacjenta na jego problem zdrowotny [2].

Proces diagnozowania wiąże się z podejmowaniem planowych działań w celu określenia stanu podopiecznego. Dotyczy gromadzenia, analizowania i syntetyzowania informacji oraz ustalenia postępowania. Stawianie diagnozy jest jednym z podstawowych zadań, mających fundamentalne i niepodważalne znaczenie w praktyce pielęgniarskiej. Istotną cechą pielęgnowania jest diagnozowanie pielęgniarskie, będące obowiązkiem i prawem pielęgniarki. Obejmuje ono systematyczne gromadzenie danych i wnioskowanie oparte na niezbędnej wiedzy medycznej i ogólnej. Diagnoza nakłada na pielęgniarkę obowiązek określenia celu, a także rezultatu, jaki chce uzyskać (spotęgowanie, ochrona, zachowanie, przywrócenie zdrowia pacjentowi). W teoretycznym znaczeniu diagnoza porządkuje terminologię współczesnego pielęgniarstwa.

Diagnoza w indywidualizacji opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska stanowi główne zainteresowanie teoretyków i praktyków pielęgniarstwa. Przypisuje się jej ważne znaczenie, bowiem definiuje i wyznacza zadania, określa działania, które pielęgniarka powinna podjąć w celu zmiany – poprawy stanu podmiotu opieki.

Istnieje ścisły związek między teorią a praktyką pielęgniarską. Diagnozowanie i diagnoza mają ścisły związek z pielęgnowaniem zindywidualizowanym, co oznacza, że jest dostosowane do wymogów i oczekiwań pacjenta [3].

Pielęgowanie zindywidualizowane czerpie z:

- teorii – modeli pielęgowania,
- *Primary Nursing*,
- procesu pielęgowania.

Teorie pielęgniarstwa stanowią podbudowę praktyki. W koncepcjach pielęgowania przyjęto pojęcia: osoba, zdrowie, pielęgniarstwo, środowisko. Oparcie pielęgowania na teorii wpływa na jakość świadczonej opieki [4].

Polskie pielęgniarstwo czerpie z założeń teoretyków światowego pielęgniarstwa. Teorie umożliwiają dostrzeganie faktów o pacjencie. Są przewodnikami do gromadzenia pielęgniarskiej wiedzy. Stanowią podstawę do stawiania pytań, pozwalają na formułowanie hipotez. Rodzime pielęgniarstwo najczęściej odwołuje się do założeń teoretycznych F. Nightingale, V. Henderson oraz D. Orem. Florence Nightingale stworzyła ramy ukierunkowujące na obserwację pacjenta, zainspirowała pielęgowanie określane współcześnie mianem procesu pielęgowania. Virginia Henderson określiła unikatowe funkcje pielęgniarki i zdefiniowała zadania w opiece nad chorym. Zadaniem pielęgniarki jest „asystowanie człowiekowi choremu lub zdrowemu w podejmowaniu działań znaczących dla zachowania i przywracania zdrowia, a także dla zapewnienia spokojnego umierania”. Głównym elementem jej modelu jest czternaście potrzeb, wokół których powinny się koncentrować zadania pielęgniarki. W koncepcji V. Henderson cele diagnozy określają, która z potrzeb nie jest przez pacjenta zaspokajana. Zgodnie z tą koncepcją zakres diagnozy powinien obejmować ocenę, czy i w jakim zakresie zaspokajana jest każda z czternastu potrzeb. Dorothea Orem przyjmuje, że „istota ludzka wymaga ciągłego wkładu w siebie i w swoje otoczenie, aby utrzymać się przy życiu i funkcjonować zgodnie ze swoją ludzką naturą”. Głównym pojęciem w modelu D. Orem jest deficyt samoopieki. Oznacza on brak określonej potrzeby (wymagań), brak „wkładów w siebie i w swoje otoczenie”. Celem diagnozy w tym modelu staje się określenie deficytu samoopieki w realizacji niezbędnych życiowych i rozwojowych wymagań [5].

Ideą *Primary Nursing* jest stwierdzenie: „mój pacjent, moja pielęgniarka”. Oznacza to taką organizację opieki nad pacjentem, w której pielęgniarka wraz z podległym jej zespołem opiekuje się pacjentem od momentu przyjęcia do chwili wypisania z oddziału szpitalnego [3]. *Primary*

Nursing jako struktura organizacyjna odwołuje się do założeń procesu pielęgnowania. Warunkami zastosowania *Primary Nursing* są:

- świadomość pielęgniarstwa – roli pielęgniarki i jej miejsca w opiece,
- akceptowanie odpowiedzialności zawodowej – wynikającej z przyjętych założeń opieki,
- wysokie kompetencje i kwalifikacje zawodowe – umiejętność współpracy z pacjentem i jego rodziną oraz zespołem terapeutycznym,
- wiedza i doświadczenie zawodowe – pozwalające na zastosowanie procesu pielęgnowania w oparciu o wybrane koncepcje pielęgniarstwa [6].

W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że **proces pielęgnowania** jest formą opieki obejmującą rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego oraz postawienie diagnozy w celu podjęcia planowych działań zmierzających do zmiany rozpoznanego stanu. Proces pielęgnowania jest propozycją opieki, w której pielęgniarka wykorzystuje rozpoznanie stanu podmiotu opieki, podejmuje celowe i planowe działania na rzecz podmiotu w oparciu o postawioną diagnozę pielęgniarską.

W procesie pielęgnowania wyróżnia się etapy rozpoznania, planowania, realizowania i oceny, które wzajemnie przenikają się dając w konsekwencji obraz ciągłości działań pielęgniarki. W wyniku podjętych przez pielęgniarkę działań dochodzi do ustalenia rozpoznania pielęgniarskiego czyli postawienia diagnozy pielęgniarskiej [7]. W klasyfikacji ICNP[®] przyjmuje się, że proces pielęgnowania obejmuje pięć etapów: gromadzenie danych o pacjencie (niezbędnych do wypracowania diagnozy pielęgniarskiej i przygotowania planu opieki), diagnozę pielęgniarską, planowanie opieki, realizację planu oraz ocenę [2].

Historia diagnoz pielęgniarskich

Początek zainteresowania diagnozą pielęgniarską w Stanach Zjednoczonych przypada na połowę lat pięćdziesiątych XX wieku. W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku powstało Biuro Informacyjne ds. Diagnozy Pielęgniarskiej, które zajęło się klasyfikacją i rozpowszechnianiem informacji na temat diagnoz pielęgniarskich [8].

Z inicjatywy Północnoamerykańskiego Towarzystwa Pielęgniarek (ang. *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA) rozpoczął się

proces mający na celu uporządkowanie i usystematyzowanie diagnoz pielęgniarskich. Na początku lat 60-tych XX wieku powstała taksonomia diagnoz pielęgniarskich. Propozycja NANDA dokonuje klinicznej oceny w odniesieniu do indywidualnego pacjenta, która dotyczy aktualnych lub potencjalnych problemów.

Prace amerykańskich pielęgniarek w obszarze systematyzowania diagnoz i rozwoju właściwej terminologii wzbudziły zainteresowanie pielęgniarek na całym świecie [6]. Stworzenie klasyfikacji diagnoz jest wynikiem prac teoretyków pielęgniarstwa. W 1987 roku dr Phyllis Kritek jako pierwsza zaprezentowała przestrzenny zapis diagnoz pielęgniarskich tzw. „drzewo taksonomiczne” [8].

Kategoryzowanie diagnoz nakłada obowiązek tworzenia języka wewnętrznego, który pozwoli pielęgniarkom na wyrażenie opinii, nazwanie zdarzeń i sformułowanie diagnozy pielęgniarskiej zrozumiałej dla innych pielęgniarek. Wspólny język umożliwi wymianę informacji w grupie zawodowej i pozwoli na rozwój poprawnej terminologii.

Pielęgniarki europejskie wzorując się na dorobku pielęgniarek amerykańskich rozpoczęły prace nad taksonomią diagnoz pielęgniarskich. W 1989 roku w Niemczech powstaje Europejska Klasyfikacja Opieki Pielęgniarskiej (ang. *European Nursing Practice* – ENP). Powołane w 1995 roku Towarzystwo Wspólnych Europejskich Diagnoz i Wyników Pielęgniarskich (ang. *The Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes* – ACENDIO) zajęło się wspieraniem rozwoju zawodowego języka pielęgniarskiego w ramach współpracy z krajami Europy, które były zainteresowane tym zagadnieniem.

Pierwsze doniesienia w Polsce na temat diagnozy pielęgniarskiej pojawiły się w latach 60-tych XX wieku. Zagadnienie diagnozy znalazło się w programie pielęgniarstwa środowiskowego, który był realizowany Przez Centralny Ośrodek Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych w Warszawie [9]. Koncepcja stawiania diagnozy jako rozpoznanie potrzeb i problemów była rozpowszechniona w rodzimym pielęgniarstwie w latach 60-tych i 70-tych XX wieku. W latach 90-tych XX wieku podjęto systematyczne badania nad diagnozą pielęgniarską.

Istota ICNP[®]

Z inicjatywy Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ang. *International Council of Nurses – ICN*) w 1989 roku powstał projekt tworzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ang. *International Classification for Nursing Practice – ICNP[®]*). Projekt realizowano zgodnie z ustaloną strategią, która określała etapy prac:

- opracowanie ICNP[®],
- wypromowanie w społeczności pielęgniarskiej i uzyskanie akceptacji środowiska pielęgniarskiego,
- zadbanie o zgodność ICNP[®] z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. *International Statistical Classification of Diagnoses and Related Health Problems – ICD-10*) oraz klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization – WHO*),
- wprowadzenie ICNP[®] do dokumentacji pielęgniarskiej,
- stworzenie międzynarodowej bazy danych na podstawie ICNP[®] [10].

Założenia konstrukcyjne ICNP[®]

Rozwój ICNP[®] to jeden z projektów realizowanych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek. Ujednolicenie słownictwa warunkuje poprawną komunikację wewnętrzną i zewnętrzną grupy zawodowej. Projekt ICNP[®] jest realizowany zgodnie z przyjętą strategią, która obejmuje etapy:

- opracowanie ICNP[®] – z uwzględnieniem wszystkich specyficznych procesów i uzyskiwanych rezultatów,
- wypromowanie ICNP[®] w krajowych i międzynarodowych społecznościach pielęgniarskich oraz zdobycie ich akceptacji,
- zadbanie o zgodność i komplementarność ICNP[®] z ICD-10, rodziną klasyfikacji WHO i produktami innych grup standaryzacyjnych takich jak Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ang. *International Organization for Standardization – ISO*), oraz troska o zaakceptowanie ICNP[®] przez inne systemy klasyfikacyjne,
- wprowadzenie ICNP[®] do dokumentacji pielęgniarskiej w poszczególnych krajach,
- stworzenie międzynarodowej bazy danych na podstawie ICNP[®].

Klasyfikacja ICNP[®] zawiera słownik oraz gramatykę, czyli zasady hierarchicznego porządkowania terminów, ich doboru i łączenia w zdania. Przy tworzeniu słownika korzystano z narzędzi klasyfikacyjnych NANDA i Usystematyzowanej Nomenklatury Medycznej (SNOMED). Podstawę podziału słownictwa stanowi merytoryczna analiza istoty zawodu. Grupy problemowe zajęły się określeniem, co pielęgniarki robią (działania, interwencje pielęgniarskie i wykonywane czynności), w odpowiedzi na potrzeby człowieka; określono więc problemy pielęgnacyjne podmiotu opieki, określono adekwatne działania, aby osiągnąć właściwe rezultaty.

Autorzy ICNP[®] zdefiniowali zjawiska pielęgniarskie, których dotyczą działania pielęgniarskie oraz aspekt zdrowia, będący przedmiotem praktyki pielęgniarskiej. Klasyfikacja określa działania pielęgniarskie i przedstawia mierzalne wyniki lub skutki działań ukierunkowanych na uprzednio zdefiniowane zjawiska, które obejmują między innymi zapobieganie, utrzymywanie, poprawę stanu pacjenta lub rozwiązanie problemu [11].

Konstrukcja ICNP[®]

Zaproponowana w 2005 roku wersja ICNP[®] zawiera 7 osi: przedmiot opieki, ocena, środki, działanie pielęgniarskie, czas, lokalizacja, odbiorca. Pojedynczą oś tworzą terminy, uporządkowane hierarchicznie w oparciu o generyczną relację oraz ich kody numeryczne. Każdej osi przypisano listę definicji przyjętych terminów; gdzie definicje zbudowane są z nadrzędnego terminu oraz cech, które wyróżniają dane pojęcie z szerszej grupy.

1. **Oś przedmiotu opieki** – jest obszarem zainteresowania pielęgniarstwa. W klasyfikacji wyróżniono trzy typy przedmiotów opieki: podmioty, procesy, stany. Podmioty dotyczą organizmu człowieka, określają strukturę fizjologiczną i psychologiczną oraz opisują efekty działania. Procesy to realizowane czynności, a także zmiany zachodzące w jego psychice oraz w otoczeniu. Stan definiuje stan organizmu i wszystkie elementy, które są uwzględniane przy formułowaniu diagnozy.
2. **Oś oceny** – zawiera opinię kliniczną lub określenia przedmiotu opieki pielęgniarskiej. Terminy z tej osi wartościują oceniany przedmiot opieki w aspekcie: pozytywny, negatywny.
3. **Oś środków** – przedstawia sposób lub metodę przeprowadzenia interwencji, np. porady dietetyczne, bandażowanie. Występują tu

- podkategorie obejmujące osoby udzielające opieki, wykorzystywane narzędzia, sprzęt, materiały czy stosowaną terapię [12].
4. **Oś działania pielęgniarskiego** – definiowane jako świadomy proces wykonywany w odniesieniu do pacjenta bądź przez pacjenta, np. kształcenie, zmiana, podawanie, monitorowanie. W tym obszarze autorzy proponują takie typy działań, jak towarzyszenie, badanie, informowanie, zarządzanie, wykonywanie, które odnoszą się do relacji z pacjentem i jego rodziną; gromadzenia i przekazywania informacji, praktyki opieki, podejmowania decyzji.
 5. **Oś czasu** – czas zdefiniowany jako punkt, okres, wystąpienie, trwanie danego zjawiska. W podziale wyróżniono czas trwania, częstotliwość, stan, sytuację, punkt lub przedział czasowy oraz ciągłość.
 6. **Oś lokalizacji** – uwzględnia terminy opisujące umiejscowienie „przedmiotu opieki” w obrębie organizmu pacjenta. Lokalizacja to orientacja anatomiczna i przestrzenna diagnozy lub interwencji, np. poprzedzający, brzuch, szkoła, lokalny ośrodek zdrowia.
 7. **Oś odbiorcy** – odbiorca definiowany jako podmiot lub adresat interwencji, np. noworodek, opiekun, rodzina, lokalna społeczność [13].

Podsumowanie

Uznaną metodą pracy pielęgniarki jest proces pielęgnowania definiowany jako koncepcja pielęgnowania, podnosząca poziom efektywności działań dostosowanych do potrzeb człowieka. Jak podaje WHO, proces pielęgnowania odnosi się do interwencji pielęgniarskich i wymaga zastosowania naukowych metod w identyfikowaniu potrzeb pacjenta [14]. Trafne postawienie diagnozy pozwala na podjęcie skutecznych działań. Taksonomia diagnoz ukierunkowuje pielęgniarkę, a diagnoza pozwala w zwięzły sposób opisać reakcję chorego na sytuację zdrowotną.

ICNP jest narzędziem opisującym praktykę pielęgniarską w celu wzmocnienia aspektów pielęgniarstwa na tle sektora opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Poznańska S. *Zdrowie i opieka nad zdrowiem*. [w:] Zahradniczek K. red. Pielęgniarstwo, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004, s. 34-44.
2. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010, s. 39-42.

3. Górąjek-Jóźwik J. *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007, s. 23-25.
4. Poznańska S. *Pielęgniarstwo, jego naukowość oraz istota*. [w:] Zahradniczek K. red. *Pielęgniarstwo*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004, s. 113-136.
5. Poznańska S. *Proces pielęgnowania*. [w:] Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001, s. 3-123.
6. Górąjek-Jóźwik J. *Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania*. [w:] Zahradniczek K. red. *Pielęgniarstwo*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004, s. 140-150.
7. Górąjek-Jóźwik J. *Zasady zindywidualizowanego pielęgnowania*. [w:] Ciechaniewicz W. red. *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006, s. 110-115.
8. Górąjek-Jóźwik J. *Historia klasyfikacji i kategoryzacji Diagnoz Pielęgniarskich*. [w:] Górąjek-Jóźwik J. *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007, s. 41-46.
9. Górąjek-Jóźwik J., Węgrzyn Z. *Pojęcie i zakres diagnozy pielęgniarskiej na podstawie literatury*. [w:] *Diagnoza pielęgniarska. Materiały z Konferencji*, Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej w Lublinie, Lublin 1984.
10. Kisilowska M. *Założenia i istota ICNP®*. [w:] Górąjek-Jóźwik J. *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studiów medycznych*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007, s. 118-124.
11. Górąjek-Jóźwik J. *Międzynarodowa klasyfikacja dla potrzeb praktyki pielęgniarskiej (ICNP®) – podstawy i założenia. V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”*, Kraków 2000, Abs. 71-74.
12. Kisilowska M. *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej jako narzędzie profesjonalnej opieki. Materiały Konferencyjne*, 29 września 2009, s. 52-54.
13. Kisilowska M. *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej – powstające narzędzie opisu pracy pielęgniarek*. *Zagadnienia Informacji Naukowej* 2000, 2, s. 59-69.
14. Płaszewska-Żywko L. *Założenia procesu pielęgnowania*. [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L. red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010, s. 27-34.

Adres do korespondencji:

Krystyna Przybyła

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.06.2018

Po recenzji: 10.08.2018

Zaakceptowano do druku: 01.10.2018

Konflikt interesów:

Nie występuje

Copyright

© 2018 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Pielęgniarka kolejowa Rail nurse

Wojciech Piotr Wiśniewski^{A-F}

Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Niemowląt, Blok operacyjny

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2018; 1(20): 18-38

Streszczenie

Wraz z rozwojem Dróg Żelaznych dochodziło do rozwoju Kolejowej Służby Zdrowia, mającej na celu dbałość o pracowników pełniących służbę w nowopowstającym środku transportu. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości zapoczątkowano ujednocianie systemu opieki nad pracownikami kolejowymi. Z czasem zaczęto zatrudniać oprócz lekarzy, także pielęgniarki, w różnych miejscach pracy, zarówno tak oczywistych jak szpitale i przychodnie, jak również w specyficznych dla Kolejowej Służby Zdrowia, jak Dworcowe Punkty Sanitarne, Dworcowe Punkty dla Matki i Dziecka, i inne. Kolejowa Służba Zdrowia, świadoma specyfiki pracy na Kolei powołała Szkołę Pielęgniarską Ministerstwa Komunikacji w Poznaniu, w celu kształcenia przyszłych kadr pielęgniarskich ukierunkowanych na służbę na kolei.

Cel pracy: przedstawienie historii Kolejowej Służby Zdrowia oraz roli i znaczenia pielęgniarek w jej funkcjonowaniu.

Słowa kluczowe: Kolejowa Służba Zdrowia, pielęgniarstwo, kolej

Abstract

Along with the development of Railroad Roads, Railway Health Service was developed too. After Poland regained its independence, the system of caring for railway employees began to be unified. In time, doctors, including nurses, started to be employed in various workplaces, both as obvious as hospitals and outpatient clinics, as well as in specific only for the Railway Health Service, such as Train Stations Sanitary Points, Train Stations Point for Mather and children, and others. The Railway Health Service, aware of the specifics of work on the Railways, established the Nursing School of the Ministry of Transport in Poznań, to educate future nursing staff oriented at railway service.

The aim of the work is to show the Railway Health Service and the role and importance of nurses in its functioning.

Keywords: Railway Health Service, nurses, the railways

Wstęp

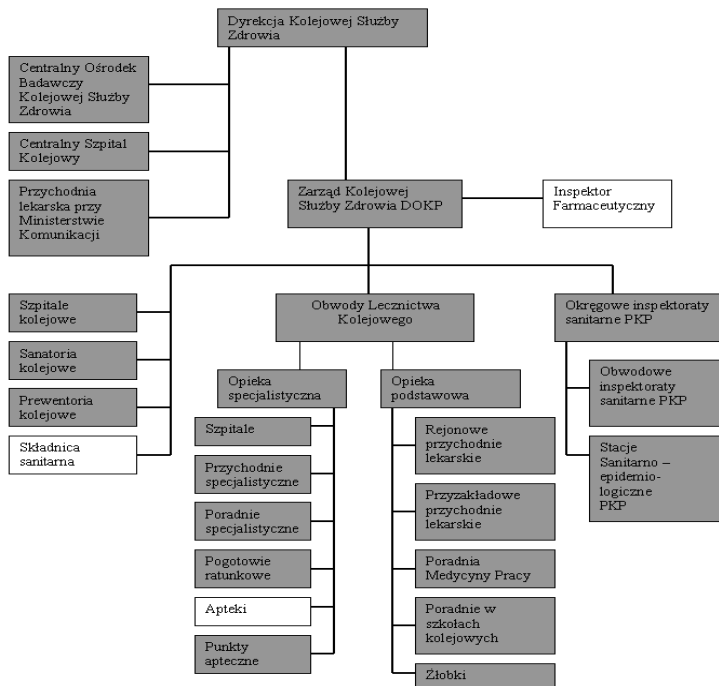
Rozwój Kolejowej Służby Zdrowia na ziemiach polskich przypada na okres powstawania kolei żelaznych. Początkowo w każdym państwie zaborczym organizacja tej służby przebiegała w sposób odmienny. W 1918 roku, wraz z odzyskaniem państwowości, rozpoczął się proces ujednociania struktur Kolejowej Służby Zdrowia.

W okresie międzywojennym stopniowo zwiększano liczbę osób uprawnionych do korzystania z opieki tej formacji. Proces ujednociania i rozszerzania uprawnień ostatecznie zakończył się po II wojnie światowej.

W ramach Kolejowej Służby Zdrowia funkcjonowały placówki często tożsame z placówkami służby publicznej, takie jak szpitale, sanatoria, przychodnie, stacje sanitarno-epidemiologiczne, stacje pogotowia ratunkowego oraz specyficzne, charakterystyczne tylko dla Kolei, jak Dworcowe Punkty Sanitarne, Dworcowe Izby dla Matki i Dziecka, Wagony Rentgenowskie, Wagony Stomatologiczne i inne. Personel Kolejowej Służby Zdrowia stanowili początkowo lekarze, którzy w okresie międzywojennym sprawowali funkcję tzw. lekarzy zaufania; wraz z rozwojem placówek stacjonarnych w okresie powojennym coraz większą liczbę personelu zaczęły stanowić pielęgniarki. W celu ustawicznego kształcenia kadr pielęgniarskich na potrzeby Kolejowej Służby Zdrowia powołano Kolejową Szkołę Pielęgniarstwa Ministerstwa Komunikacji w Poznaniu.

Organizacja i podległość służbowa w Kolejowej Służbie Zdrowia

Struktura organizacyjna Kolejowej Służby Zdrowia rozwijała się przez lata, aby ostatecznie przybrać formę przedstawioną na schemacie 1. (zaciemniono te komórki organizacyjne, w których mogły zostać zatrudnione pielęgniarki).



Schemat 1. Struktura organizacyjna Kolejowej Służby Zdrowia

Źródło: opracowanie własne

Głównym organem sprawującym nadzór nad organizacją i funkcjonowaniem całej organizacji była Dyrekcja Kolejowej Służby Zdrowia zlokalizowana przy Dyrekcji Generalnej Polskich Kolei Państwowych w Warszawie. Na niższym szczeblu zarząd nad placówkami Kolejowej Służby Zdrowia pełnił Zarząd Kolejowej Służby Zdrowia w poszczególnych Dyrekcjach Okręgowych Kolei Państwowych. Pielęgniarki zatrudnione na kolei podlegały zwierzchnikom, kolejno przełożonym pielęgniarkom poszczególnych zakładów, następnie przełożonym pielęgniarkom zatrudnionym w Zarządzie Służby Zdrowia oraz naczelnaj pielęgniarsce sprawującej swoją funkcję w Dyrekcji Kolejowej Służby Zdrowia przy Dyrekcji Generalnej Polskich Kolei Państwowych w Warszawie.

Zatrudnienie w Kolejowej Służbie Zdrowia

W tabeli 1 przedstawiono informację na temat zatrudnienia pielęgniarek w Kolejowej Służbie Zdrowia w latach 1974 i 1983.

Tabela 1. Zatrudnienie w placówkach Kolejowej Służby Zdrowia w latach 1974 i 1983

Zatrudnienie w placówkach kolejowej służby zdrowia											
Rok	Ogółem	Działalność podstawowa							Pracownicy techniczni, ekonomiczni i administracyjni	Pracownicy gospodarczy i obsługi	
		Razem	Lekarze	Lekarze dentyści	Farmaceutyci	Inni z wykształceniem wyższym	Średni personel medyczny	Niższy personel			
Pracownicy pełnozatrudnieni											
Stan na koniec roku	1974	17784	13367	2480	791	486	269	7527	1814	872	3545
	1983	20361	15509	2754	826	510	417	9028	1974	1105	3747
Przeciętne zatrudnienie w roku	1974	17568	13165	2435	786	477	266	7403	1798	866	3537
	1983	20121	15315	2712	812	500	410	8928	1953	1095	3711
Pracownicy niepełnozatrudnieni											
Przeciętne zatrudnienie w roku	1974	3464	3079	2187	324	568			6	379	
	1983	3501	2917	1789	227	34	867	xxx	xxx	584	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [1,2]

W 1974 roku w Kolejowej Służbie Zdrowia zatrudnione były 17784 osoby, z czego średni personel medyczny (pielęgniarki) stanowił 7527 osób,

co daje 42,32%, natomiast w 1983 roku zatrudnienie ogółem wzrosło do 20361 osób, z czego pielęgniarek 9028, co stanowi 44,33%.

Zgodnie z organizacją Kolejowej Służby Zdrowia, większość pielęgniarek znalazła zatrudnienie w lecznictwie otwartym (przychodnie, Dworcowe Punkty Sanitarne, Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne), a także w lecznictwie zamkniętym (szpitale, sanatoria, prewentoria).

Kolejowa Służba Zdrowia oferowała o wiele lepsze warunki pracy, w porównaniu z tzw. społeczną służbą zdrowia. Osoby zatrudnione otrzymywały wyższe wynagrodzenia zasadnicze, otrzymywały również liczne przywileje pozapłacowe jak np. zniżkowe przejazdy kolejowe, własną służbę zdrowia, mieszkania, dodatki mundurowe itp. W związku z tym oczywiste jest, iż Kolejowa Służba Zdrowia nie borykała się z problemem wakujących stanowisk pielęgniarskich, w przeciwieństwie do publicznej służby zdrowia.

Pielęgniarki pracujące w tym resorcie, w celu właściwego realizowania powierzonych im funkcji, oprócz ukończenia szkoły pielęgniarskiej, musiały przejść przeszkolenie oraz posiadać znajomość specyfiki pracy na kolei [3]. Jak wspomina Józefa Klimek-Rynowska, „Kolejowa Służba Zdrowia nie mogłaby funkcjonować bez pielęgniarek, które pełniły w niej bardzo ważne funkcje. To one w głównej mierze zajmowały się pracą administracyjną, ułatwiając pracę lekarzom. Dbały one o właściwe zaopatrzenie placówek, wypisując zapotrzebowania na materiały i środki lecznicze, biurowe i inne. Do ich obowiązków należało dbanie o wygląd placówek, przygotowywanie gazetek ściennych. Dobre warunki zatrudnienia, jakie im oferowaliśmy, powodowały, że zawsze mieliśmy ręce do pracy, a sami byliśmy postrzegani jako dobrzy pracodawcy” [4].

Zadania pielęgniarek

Zadania jakie należały do pielęgniarek zatrudnionych w Kolejowej Służbie Zdrowia opisuje Zofia Muszkowa, wieloletnia instruktorka kolejowego pielęgniarstwa:

1. Lecznictwo otwarte:

- *organizatorem pracy i osobą odpowiedzialną za nadzór była pielęgniarka przełożona,*
- *organizacja pracy personelu pielęgniarskiego uzgadniana była z kierownikiem przychodni oraz w oparciu o wytyczne okręgowej instruktorki pielęgniarstwa,*

- *do zadań przełożonej należała dbałość zarówno o poziom fachowości podległego personelu, jak również jego właściwe moralne oblicze,*
- *przełożona pielęgniarek:*
 - *pod względem fachowym powinna przewyższać podległy jej personel,*
 - *powinna swą postawą moralną być przykładem dla całej załogi,*
 - *powinna posiadać zdolności organizacyjne,*
 - *winna mieć ukończoną szkołę pielęgniarską oraz tzw. dużą maturę,*
 - *powinna mieć minimum pięcioletni staż pracy zawodowej.*

Pracę pielęgniarek w przychodniach regulowały ogólne regulaminy Ministerstwa Komunikacji. Do głównych obowiązków pielęgniarek należało m.in.:

- *wykonywanie zleceń lekarskich w gabinetach zabiegowych,*
- *prowadzenie dokumentacji zabiegowej (książek zabiegowych, książki zabiegów domowych),*
- *udział w odprawach i szkoleniach,*
- *udział w akcji oświaty sanitarnej wśród pacjentów w poczekalniach,*
- *prowadzenie wywiadów w poradniach D, C i G,*
- *prowadzenie lustracji środowiska pod kątem występujących patologii i zagrożeń sanitarnych.*

2. Lecznictwo zamknięte:

- *Szpitalne lecznictwo zamknięte:*
 - *Do zadań pielęgniarki należało sprawne organizowanie pracy dla dobra pacjenta, szczególnie poprzez:*
 - ❖ *stosowanie zasad psychoterapii elementarnej,*
 - ❖ *dbałość o przestrzeganie praw pacjenta,*
 - ❖ *skrócenie i zminimalizowanie formalności podczas przyjęcia chorego do szpitala.*
 - *Pielęgniarki zatrudnione w szpitalu podległe były przełożonej pielęgniarek, do zadań której należało:*
 - ❖ *ujednoczenie pracy wszystkich oddziałów,*
 - ❖ *ujednoczenie dokumentacji pielęgniarskiej,*
 - ❖ *ujednoczenie obowiązującego umundurowania,*
 - ❖ *organizowanie systematycznych szkoleń personelu,*

- ❖ *udział w porannej odprawie,*
 - ❖ *pilnowanie dyscypliny pracy pielęgniarskiej,*
 - ❖ *nadzór nad właściwym jadłospisem i przygotowaniem posiłków,*
 - ❖ *poza godzinami pracy przeprowadzanie niezapowiedzianych kontroli na podległych stanowiskach pracy zarówno w dzień, jak i w nocy,*
 - ❖ *opieka nad absolwentkami szkół pielęgniarskich i wprowadzanie ich do zawodu,*
 - ❖ *współpraca z ordynatorem i dyrekcją szpitala.*
- *Sanatoryjne leczenie zamknięte:*
- *Praca w sanatoriach kolejowych była bardzo specyficzna ze względu na:*
 - ❖ *lokalizację, głównie w znacznym oddaleniu od dużych ośrodków miejskich,*
 - ❖ *dużą rotację personelu pielęgniarskiego.*
 - *Jednym z głównych ról pielęgniarki pracującej w sanatorium było:*
 - ❖ *nadzorowanie przestrzegania przez podopiecznych regulaminu placówki,*
 - ❖ *otaczanie podopiecznych troskliwą opieką,*
 - ❖ *stworzenie chorym warunków zarówno do leczenia, jak i odpoczynku,*
 - ❖ *asystowanie pacjentowi podczas zabiegów balneologicznych,*
 - ❖ *dbałość o estetyczny wystrój sanatorium,*
 - ❖ *nadzór nad wydawaniem i jakością posiłków (w przypadku braku dietetyczki),*
 - ❖ *stosowanie zasady psychoterapii elementarnej,*
 - ❖ *prowadzenie rozmowy z pacjentami” [5].*

Specyficzne miejsca pracy w Kolejowej Służbie Zdrowia

Dworcowy Punkt Sanitarny

Na większych stacjach, w których spodziewano się większej liczby podróżnych tworzono Dworcowe Punkty Sanitarne. Miały one na celu udzielanie pomocy przedlekarskiej osobom, które doznały uszczerbku na zdrowiu na terenie kolejowym, jak również miały udzielać rekonwalescentom

i chorym podróżującym do szpitala udzielenie niezbędnej pomocy, na czas oczekiwania do odejścia pociągu.

Budowa i urządzenie Dworcowego Punktu Sanitarnego wiązało się ściśle z jego funkcją, gdyż był on podzielony na trzy części, z których pierwsza umożliwiała wykonywanie prostych czynności zabiegowych. Drugie pomieszczenie służyło jako poczekalnia (sala obserwacyjna) dla osób, które uległy wypadkowi i oczekiwały na przyjazd karetki. Trzecia izba była miejscem, w którym schronienie znaleźć mogli rekonwalescenci. Oprócz wyżej wymienionych pomieszczeń punkt sanitarny posiadał pomieszczenie socjalne.

Personel Dworcowego Punktu Sanitarnego stanowiły pielęgniarki, które oprócz funkcji opiekuńczych nad rekonwalescentami, terapeutycznej nad chorymi i potrzebującymi pomocy w zakresie swoich obowiązków dbały o właściwe funkcjonowanie Punktu, czyli m.in. właściwe wyposażenie w leki i środki medyczne, wygląd i wystrój Punktu oraz kontrolowanie i zapewnianie właściwych warunków sanitarno-epidemiologicznych. Pielęgniarki pełniły również funkcję edukatora zdrowotnego poprzez zobowiązanie ich do przygotowywania materiałów edukacyjnych w postaci gablot, gazetek ściennych, przygotowywania krótkich zapowiedzi megafonowych zachęcających do dbałości o własne zdrowie itd. [5].

Dworcowa Izba dla Matki i Dziecka

Organizację Dworcowych Izb dla Matki i Dziecka rozpoczęto w latach pięćdziesiątych XX wieku. Lokalizowano je tylko na największych stacjach pasażerskich, w których ruch podróżnych był zdecydowanie największy. Z usług Izby korzystały osoby posiadające ważny bilet, podróżujące z dzieckiem, które nie mogło wykazywać objawów choroby zakaźnej (co oceniane było podczas przyjmowania dziecka) oraz kobiety ciężarne.

Celem działalności Dworcowej Izby dla Matki i Dziecka było udzielenie schronienia i umożliwienie krótkiego odpoczynku podczas podróży, a także stworzenie warunków umożliwiających opiekę nad dzieckiem. W tym celu każda Izba wyposażona była w przewijaki, kącik sanitarny, kuchnię mleczną, gdzie za niewielką opłatą wydawane było ciepłe mleko; wyposażenie obejmowało także łóżeczka dla dzieci oraz miejsce odpoczynku dla matki.

W Dworcowych Izbach dla Matki i Dziecka zatrudnione znajdowały pielęgniarki, które miały za zadanie:

- badanie dziecka pod kątem występowania choroby zakaźnej,
- przygotowywanie i wydawanie herbaty oraz mleka,
- opiekowanie się dzieckiem podczas odpoczynku matki,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie prawidłowego żywienia i pielęgnacji dziecka, właściwej higieny odpoczynku itd. W tym celu pielęgniarki dysponowały materiałami propagandowymi wydawanymi przez PCK,
- dbanie o właściwy wygląd Izby, w tym o jej właściwy stan higieniczno-sanitarny, odpowiednią ilość i jakość bielizny pościelowej dla dzieci, wyposażenie Izby w sprzęt, leki i środki opatrunkowe, środki myjąco-dezynfekujące,
- dbanie o właściwe prowadzenie edukacji zdrowotnej i zaopatrzenie w materiały edukacyjne, rozpropagowanie Izby wśród podróżnych [5].

Prewentorium Kolejowe w Nowym Targu – Kowańcu

Epidemia gruźlicy po II Wojnie Światowej spowodowała konieczność podjęcia licznych akcji profilaktycznych realizowanych przez Kolejową Służbę Zdrowia. Jednym z takich działań było otwieranie prewentoriów przeciwgruźliczych, w których dzieci z rodzin dotkniętych tą chorobą, jak również z rodzin zaniedbanych higienicznie mogły podratować i umocnić swoje zdrowie.

Jedno z takich prewentoriów zostało zlokalizowane w Nowym Targu – Kowańcu (fot. 1). Wyborowi tego miejsca sprzyjał zarówno krajobraz (ulożone zostało na wzniesieniu, które dominuje nad okolicą, otoczone z jednej strony licznymi wzgórzami, pokrytymi bogatą szatą roślinną, natomiast po drugiej stronie z okien rozciągał się piękny widok na pobliskie dolinki i płynące w nich wartkie, szemrzące potoki górskie; wszechogarniająca cisza czasem zakłócana świergotem ptaków sprzyjała wypoczynkowi). Również specyficzny mikroklimat, który ze względu na obniżone ciśnienie parcjalne tlenu sprzyjał wydajniejszej pracy układu sercowo-naczyniowego i krwiotwórczego [6].



Fot. 1. Prewentorium kolejowe w Nowym Targu – Kowańcu

Źródło: <http://www.nowytarg.pl/picofday.php?cat-35> (15.05.2010)

Lokalizacja prewentorium i olbrzymia powierzchnia lasów otaczająca tę placówkę sprzyjała oczyszczeniu powietrza z zanieczyszczeń oraz wzbogacała powietrze w tlen. Nie trudno więc zrozumieć, dlaczego właśnie ta okolica została wybrana na budowę prewentorium, miejsca, w którym dzieci otrzymywały właściwą pomoc lekarską oraz w którym występujące warunki klimatyczne sprzyjały szybkiej rekonwalescencji. Prewentorium rozpoczęło swoją działalność w 1959 roku. W jego skład wchodziło osiem budynków o łącznej powierzchni 4900 metrów kwadratowych, które usytuowane były na działce o powierzchni 3 hektarów [7].

Kuracjuszami prewentorium były dzieci od 6. do 14. roku życia. Jednorazowo prewentorium mogło przyjąć 150 dzieci, 50 chłopców oraz 100 dziewczynek. Kuracjusze zamieszkiwali trzy domki, po pięćdziesiąt osób w każdym z nich. Głównymi powodami przyjęć były: ekspozycja na prątki gruźlicy, wyleczona choroba zakaźna o ciężkim przebiegu, przebyte zapalenie płuc i oskrzeli o ostrym przebiegu. W prewentorium leczono również pacjentów z przewlekłym stanem zapalnym migdałków, śluzówki nosa, gardła i zatok obocznych nosa. Ponadto przyjmowano tu osoby z dychawicą oskrzelową oraz niedokrwistością, a także dzieci, u których stwierdzono zaniżony wzrost oraz ciężar ciała w stosunku do prawidłowego [6].

Oprócz powyższych schorzeń, kryterium przyjęcia do prewentorium stanowiło pochodzenie z rodzin zaniedbanych higienicznie. Jak mówił dyrektor prewentorium Jerzy Stryjecki: „Zaraz po przyjeździe wszystkie dzieci

przechodzą przegląd głów. Przeciętnie 15 procent przyjeżdża w oplatowanym stanie: brudne, zawszone, zagnidzone. Trzeba je szybko umyć, wysuszyć, przystąpić do walki z wszami (...) u wielu dzieci widoczny jest brak wyrobionych nawyków higienicznych. Nie są też należycie wyposażone w bieliznę, odzież, przybory szkolne, książki. Bardzo duży odsetek, bo aż 45 procent posiada zniekształcenia i nieprawidłowości zgryzu” [6].

Prewentorium w Kowańcu służyło swoją pomocą dzieciom kolejarskim z terenu całej sieci PKP. Ponieważ był to ośrodek świadczący swe usługi przez cały rok, a czas trwania jednego turnusu wynosił dwa miesiące, dzieci kontynuowały naukę w szkole podstawowej zlokalizowanej na terenie ośrodka [6]. Główną opiekę nad dziećmi stanowił personel pielęgniarski wykonując zarówno czynności leczniczo-profilaktyczne, jak również czynności opiekuńcze.

Zbiorną informację o prewentoriach kolejowych w Polsce w poszczególnych latach przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Prewentoria kolejowe w Polsce

Rok	Łóżka		Kuracjusze		
	ogółem	w tym dla dzieci:	liczba osób	osobodni	przeciętny czas pobytu
1959	290	bd*	1296	78153	60
1960	360	bd	1869	101974	55
1961	370	bd	1933	121066	63
1962	370	bd	1827	118991	65
1963	360	bd	2117	122112	58
1964	360	bd	1900	121455	64
1973	385	385	1986	123705	62
1974	385	385	2031	117468	58
1983	370	370	2458	98837	40
1984	365	365	2386	101520	43
1993	370	370	2821	92909	33
1994	350	350	2803	92033	33
w 1974 roku:					
Kowaniec	150	150	861	45323	53
Janowice Wielkie	235	235	1170	72145	62

Źródło: opracowanie własne na podstawie [1,2,8,9]

* bd – brak danych

Pociąg Kolejarskiej Służby Krwi

Kolejarze bardzo chętnie włączali się w działalność Polskiego Czerwonego Krzyża w zakresie krwiodawstwa. Liczne Zakładowe Kluby Honorowych Dawców Krwi organizowane były przy parowozowniach, stacjach oraz w innych miejscach i skupiały wiele osób. W 1979 roku na terenie Poznańskiej DOKP pierwszy raz zorganizowano specjalny „Pociąg Kolejarskiej Służby Krwi”, dzięki staraniom Poznańskiej Stacji Krwiodawstwa, Zarządu Wojewódzkiego PCK, a przede wszystkim poznańskich kolejarzy, którzy przystosowali dwa wagony na cele mobilnego punktu krwiodawstwa. Swój debiut miał on na torach poznańskiego dworca kolejowego (fot. 2).

Dobrze przemyślana praca mobilnego punktu krwiodawstwa, wraz ze wzorcowym rozpropagowaniem tego pomysłu w postaci zapowiedzi megafonowych na dworcu kolejowym, jak również współpraca z mediami – prasą, radiem i telewizją, zachęciły wielu podróżnych, mieszkańców Poznania, jak również samych kolejarzy do oddawania krwi w tymże wagonie. Jak pisał Pan Andrzej Fersten: *„Teraz więc pozostaje już tylko powrócić do dawnego projektu uruchomienia pociągu, który będzie objeżdżał różne zakątki kraju i sprowokuje ich mieszkańców do przyłączenia się do ruchu HDK. Często bowiem tak bywa, iż „duch ochoczy, ale ciało mdłe”. Po prostu dla wielu zbyt daleko znajdują się stacje i punkty krwiodawstwa. Przejazd specjalnego pociągu ominie tę przeszkodę”* [10]. Oczywiście był fakt zatrudnienia w tym mobilnym punkcie personelu pielęgniarskiego.



Fot. 2. Wagon Kolejarskiej Służby Krwi – wagon do poboru krwi. Poznań, 1979 [10]

Farmacja kolejowa

Zaopatrzenie w leki i środki opatrunkowe początkowo następowało w aptekach społecznych. Wraz z rozwojem Kolejowej Służby Zdrowia zaczęły powstawać Kolejowe Apteki i Składnice Sanitarne (fot. 3). W 1924 roku spór pomiędzy właścicielami aptek prywatnych, obawiających się utraty dochodów ze względu na tworzenie aptek państwowych i resortowych przybrał bardzo duże rozmiary, w związku z czym zwołano w Ministerstwie Kolei spotkanie mające na celu ustalenie zasad, warunków istnienia i funkcjonowania aptek kolejowych [11].



Fot. 3. Tablica Apteki Kolejowej w Katowicach

Źródło: archiwum rodzinne

Rozwój aptek kolejowych natrafił od samego początku na następujące problemy, wynikające z braku:

- właściwych, spełniających warunki higieniczno-sanitarne i prawne lokali, w których miały być zlokalizowane apteki,
- specjalistycznej aparatury i urządzeń,
- zrównania aptekarzy z pozostałymi urzędnikami kolejowymi,
- właściwego wyposażenia,
- opieki socjalnej ze strony PKP [12].

W tabeli 3 przedstawiono dane na temat liczby aptek, punktów aptecznych i składnic sanitarnych PKP w wybranych latach okresu 1959-2009.

Jak wynika z tabeli, w roku 2009 nie pozostała już ani jedna apteka, punkt apteczny czy składnica sanitarna, które znajdowałyby się pod nadzorem PKP.

Tabela 3. Apteki, punkty apteczne i składnice sanitarne PKP w poszczególnych latach

Rok	Apteki			Punkty apteczne			Składnice sanitarne
	w lecznictwie						
	ogółem	otwartym	zamkniętym	ogółem	otwartym	zamkniętym	
1959	33	bd*	bd	bd	bd	bd	9
1960	42	bd	bd	bd	bd	bd	9
1961	47	bd	bd	bd	bd	bd	9
1962	47	bd	bd	bd	bd	bd	8
1963	51	bd	bd	bd	bd	bd	8
1964	53	bd	bd	bd	bd	bd	8
1973	76	63	13	477	454	17	8
1974	78	65	13	475	458	17	8
1983	87	68	19	473	459	14	8
1984	87	68	19	475	461	14	8
1993	98	76	22	227	219	8	8
1994	99	73	26	173	172	1	8
2009	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie [1,2,8,9]

* bd – brak danych

Dynamiczny rozwój Farmacji Kolejowej rozpoczął się w 1956, kiedy to zgodnie z rozporządzeniem Ministra Komunikacji objęto opieką Kolejowej Służby Zdrowia dodatkowe osoby. W tymże roku powołano Inspektorów Sanitarnych przy Dyrekcjach Okręgowych Kolei Państwowych. Do ich zadań należało czuwanie nad sprawnym działaniem aptek kolejowych oraz koordynacja pracy podległych jednostek (apteki, punktów aptecznych, składnic sanitarnych). W tym miejscu należy wspomnieć o fakcie, iż w wielu punktach aptecznych zatrudniane były pielęgniarki, do których zadań należało wydawanie leków przepisanych przez lekarzy. Sytuacja taka miała miejsce głównie w małych punktach aptecznych, zlokalizowanych przy przychodniach rejonowych, gdzie pielęgniarki oprócz swoich podstawowych czynności sprawowały funkcję aptekarek [12,13].

Na fot. 4 przedstawiono receptę, w której w pozycji „Płatnik” była możliwość zaznaczenia przedsiębiorstwa PKP jako płatnika.

W związku z przejściem z gospodarki centralnej do gospodarki rynkowej w 1990 roku rozpoczął się stopniowy spadek liczebności aptek kolejowych, na skutek wprowadzenia rachunku ekonomicznego i konieczności likwidacji

placówek deficytowych. Ponadto prawo farmaceutyczne nie zezwalało na zatrudnianie w aptekach pielęgniarek, natomiast pozyskiwanie techników bądź magistrów farmacji napotykało na olbrzymie trudności, gdyż pracownicy ci nie mieli zagwarantowanej porównywalnej płacy ze społecznymi placówkami.

<input type="checkbox"/>	
..... (pieczęć zakładu)	
..... (imię, nazwisko, wiek chorego)	
..... (adres chorego)	
Płatne: bezpłatne, ryczałt, 30%, 50%, 100%, limit (niepotrzebne skreślić) Płatnik: MON,MSW i A,PKP** <input type="checkbox"/> BL** <input type="checkbox"/>	Taksacja
Rp.	
Dnia..... <div style="text-align: right;">..... (podpis i pieczęć lekarza)</div>	
* ¹ Zaznacza się tylko w przypadkach wystawiania recept dla osób uprawnionych do świadczeń resortowych ** ¹ Zaznacza się tylko przy wystawianiu recept w placówkach MON, MSW i A i PKP dla osób nie uprawnionych do świadczeń resortowych.	
Mz/Pom-3 l	

Fot. 4. Recepta. W pozycji „Płatnik” możliwość zaznaczenia przedsiębiorstwa PKP jako płatnika

Źródło: archiwum rodzinne

Reorganizacja placówek Farmacji Kolejowej stała się jednym z priorytetowych działań władz PKP. Na początku lat 90 XX wieku zamknięto dużą liczbę nierentownych aptek i punktów aptecznych. W 1994 roku w każdym okręgu kolejowym utworzono Kolejowe Zakłady Zaopatrzenia Farmaceutycznego, które przejęły pod swój zarząd składnice sanitarne, apteki i punkty apteczne [12]. Obecnie nie istnieją już ani Kolejowe Składnice Sanitarne ani Apteki Kolejowe.

Lecznictwo otwarte – Obwody Lecznictwa Kolejowego

Obwód Lecznictwa Kolejowego był podstawową jednostką organizacyjną lecznictwa otwartego Kolejowej Służby Zdrowia (fot. 5). Podlegał bezpośrednio Zarządowi Służby Zdrowia właściwej Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych. Obwodem Lecznictwa kierował dyrektor, który miał do pomocy:

- dwóch zastępców: do spraw profilaktyki, lecznictwa i orzecznictwa oraz do spraw organizacyjno-ekonomicznych,
- głównego księgowego,
- naczelną pielęgniarkę Obwodu Lecznictwa Kolejowego,
- instruktorkę pielęgniarstwa, do której zadań należało m.in.:
 - wprowadzanie do zawodu nowych adeptek,
 - prowadzenie szkoleń pielęgniarek zatrudnionych w Okręgu,
 - dbanie o właściwy poziom etyczny i moralny personelu pielęgniarstwa danego Obwodu,
 - koordynacja pracy pielęgniarstwa Okręgu.



Fot. 5. Tablica z Rejonowej Przychodni Lekarskiej w Głogówku

Źródło: archiwum rodzinne. Głogówek 2004

Do zadań zatrudnionych w Obwodzie pielęgniarek należało:

- udzielanie świadczeń profilaktycznych w środowisku pracy (zakłady kolejowe), nauki (szkoły kolejowe) oraz w miejscu zamieszkania (mieszkania służbowe kolejarzy),
- wykonywanie podstawowych badań przesiewowych,
- sprawowanie nadzoru nad miejscami pracy,

- udzielanie pomocy przedlekarskiej osobom, które doznały uszczerbku na zdrowiu na obszarze podlegającym Kolejowej Służbie Zdrowia,
- prowadzenie statystyki medycznej,
- nadzór nad żłobkami kolejowymi,
- prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych.

Współpraca z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim

Współpraca Kolejowej Służby Zdrowia z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim zapoczątkowana została w dniu 14 XI 1974 roku. Wtedy to powołano do życia trzydzieste drugie Terenowe Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Śląskiej Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych w Katowicach, którego przewodniczącą została Naczelna Pielęgniarka Śląskiej DOKP Wanda Kądziołka. Działalność Koła ukierunkowana była na realizację działań Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, integrację środowiska, prowadzenie szkoleń i sesji naukowych.

Działalność wydawnicza

Kolejowa Służba Zdrowia niemalże od początków swojego istnienia zdawała sobie sprawę z konieczności podnoszenia własnych kwalifikacji zawodowych oraz dzielenia się własnymi doświadczeniami związanymi z wykonywaną pracą. W tym celu w 1929 roku zaczęto wydawać periodyk poświęcony Kolejowej Służbie Zdrowia, początkowo pod nazwą „Lekarz Kolejowy”, a następnie „Medycyna komunikacyjna” (fot. 6).



Fot. 6. Okładka czasopisma Medycyna Komunikacyjna wydawanego przez Centralny Ośrodek Badawczy Kolejowej Służby Zdrowia

Źródło: Medycyna Komunikacyjna, Warszawa, 1972, nr 6

Świadomość pielęgniarek – pracowników Kolejowej Służby Zdrowia, dotycząca stałego podnoszenia własnych doświadczeń zaczęła się pogłębiać w okresie powojennym, kiedy to do czasopisma „Medycyna Komunikacyjna” włączono rubrykę „Pielęgniarka Kolejowa”. Głównym redaktorem tej rubryki była pielęgniarka instruktorka Centralnego Zarządu Służby Zdrowia Ministerstwa Komunikacji Zofia Muszkowa.

Publikowane artykuły dotyczyły zagadnień odnoszących się do pracy pielęgniarskiej, nowych wytycznych w pielęgniarstwie, etyki zawodu pielęgniarskiego, opisu stanowisk pracy, jak również przybliżania roli pielęgniarki w Kolejowej Służbie Zdrowia oraz możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki.

Kolejowa Szkoła Pielęgniarstwa Ministerstwa Komunikacji w Poznaniu

W dniu 1 sierpnia 1958 roku Wanda Lubońska, znana w poznańskim środowisku pielęgniarskim działaczka uzyskała zgodę Ministerstwa Komunikacji na utworzenie Kolejowej Szkoły Pielęgniarstwa. Szkoła podlegała bezpośrednio Ministerstwu Komunikacji (fot. 7), w odróżnieniu od innych szkół pielęgniarskich, które podlegały Ministerstwu Zdrowia oraz Ministerstwu Szkolnictwa [14].



Fot. 7. Uczennice przed szyldem Kolejowej Szkoły Pielęgniarstwa Ministerstwa Komunikacji w Poznaniu

Źródło: portal Nasza-Klasa

Kształcenie pielęgniarek trwało pięć semestrów (dwa i pół roku). Szkoła kształciła pielęgniarki, które poznawały specyfikę pracy na kolei, realizując swoje praktyki, zarówno w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Poznaniu, jak również podczas zajęć na terenie kolejowym i w placówkach Kolejowej Służby Zdrowia (fot. 8).

Uczniowie szkoły mieli prawo do noszenia odznaki szkoły. Był to metalowy emblemat, na którym umieszczone były litery „KSP” na kielichu i wężu Hipokratesa, zaś na dolnej części koła znajdowało się obramowanie z liści laurowych oraz koło ze skrzydłami (fot. 9). „Umieszczona ona miała być na górnym otoku nad czołem na czapce mundurowej zaś przez uczennice na berecie”. Podstawę do tego stanowiło Zarządzenie Ministra Komunikacji nr 45 z dnia 25 lutego 1958 „w sprawie ustalenia wzorów mundurów, odznak służbowych i rozróżnienia służb pracowników kolejowych oraz wykazu pracowników obowiązanych do noszenia umundurowania w służbie” [14].



Fot. 8. Instruktorce Kolejowej Szkoły Pielęgniarskiej Ministerstwa Komunikacji w Poznaniu

Źródło: portal Nasza-Klasa



Fot. 9. Odznaka używana przez pracowników i uczennice Kolejowej Szkoły Pielęgniarstwa Ministerstwa Komunikacji w Poznaniu [17]

W szkole działał Związek Młodzieży Socjalistycznej, do którego należała większość słuchaczek, a w późniejszym czasie i słuchaczy szkoły. Okres socjalizmu to dla szkoły, oprócz działalności oświatowej, także czas, w którym organizowano różne prace społeczne i kulturalne (przedstawienia, akademie, kabarety), jak również inne formy wychodzenia szkoły „na zewnątrz”, na przykład w postaci organizacji Mikołaja dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych.

Ciekawym zjawiskiem był fakt, iż uczennice szkoły medycznej były zaprzyjaźnione ze studentami Wyższej Szkoły Wojsk Pancernych

w Poznaniu. Organizowano dla nich wspólne zajęcia integracyjne (wieczorki, potańcówki etc.) [15].

W dniu 1 września 1992 Medyczne Studium Zawodowe PKP zostało włączone do Zespołu Szkół Komunikacji im. Hipolita Cegielskiego w Poznaniu, natomiast ostatni rocznik słuchaczy tego studium ukończył naukę w 24 VI 1993 roku [16].

Piśmiennictwo

1. *Rocznik Statystyczny PKP 1984*, Warszawa: Centralny Ośrodek Informacji Kolejowej, 1985.
2. *Rocznik Statystyczny PKP 1974*, Warszawa: Centralny Ośrodek Mechanizacji i Automatykacji Obliczeń Statystycznych, 1975.
3. Jarocka-Nowak R., *W trosce o zdrowie kolejarzy*; Kolejarz nr 4/1977, s. 5.
4. Wspomnienia Józefy Klimek-Rynowskiej, byłej zastępcy Naczelnika Kolejowej Służby Zdrowia Śląskiej DOKP.
5. Muszkowa Z. *Rola pielęgniarki w Izbie Dworcowej dla Matki i Dziecka i w Punkcie Sanitarnym*, Kolejowa Służba Zdrowia. nr 1/1957, s. 31-32.
6. Jarocka-Nowak R. *Prewentorium w Kowańcu ma 20 lat*. Kolejarz, nr 5/46, s. 5.
7. *Internat przy szlaku?* URL: <http://www.nowy targ.pl/news.php?cod=2537>. [Data dostępu: 15.04.2018].
8. *Rocznik Statystyczny PKP 1964*, Warszawa: Centralny Ośrodek Mechanizacji i Automatykacji Obliczeń Statystycznych, 1965.
9. *Rocznik Statystyczny PKP 1994*, Warszawa: Centralny Ośrodek Informacji Kolejowej, 1995.
10. Fersten A. *Inicjatywy – konieczne do naśladowania*. Sygnały, nr 1532; s. 5.
11. *I Konferencja delegatów Wydziału Właścicieli Aptek w Ministerstwie Kolei*, Wiadomości Farmaceutyczne 1928, nr 46, s. 215.
12. Wójcik-Warchał B., Szylin M. [red.] *Kolejowa Służba Zdrowia na terenie Śląskiej Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych*, Wyd. I, Stowarzyszenie Promocji Zdrowia Kolejarzy „MED-KOL” przy Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Katowicach; Katowice 1998.
13. Zarządzenie Ministra Kolei z dnia 21 grudnia 1955 r. w sprawie określenia kategorii pracowników resortu kolei uprawnionych do korzystania ze świadczeń kolejowej służby zdrowia oraz w sprawie określenia zakresu i warunków udzielania tych świadczeń (M.P. 1956 nr 11 poz. 140).
14. Zarządzenie ministra Komunikacji nr 201 z dnia 31 lipca 1958 r. w sprawie otwarcia Kolejowej Szkoły Pielęgniarstwa w Poznaniu, Dziennik Urzędowy Ministerstwa Komunikacji 1959, poz. 229.
15. Ze wspomnień Pana Jacka Górzyńskiego, absolwenta Kolejowego Medycznego Studium Zawodowego w Poznaniu.
16. *Historia szkoły*. URL: http://www.zsk.poznan.pl/strona,2,Historia_szkoly.html. [Data dostępu 8.03.2010].
17. Zarządzenie Ministra Komunikacji nr 69 z dnia 18 kwietnia 1959 mieniające zarządzenie w sprawie ustalenia wzorów mundurów, odznak służbowych i rozróżniania służb pracowników kolejowych oraz wykazu pracowników obowiązanych do noszenia umundurowania w służbie; Biuletyn Ministerstwa Komunikacji nr 13/1959, poz. 98, 99, s. 148.

Adres do korespondencji:
mgr piel. Wojciech P. Wiśniewski
publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.06.2018
Po recenzji: 12.07.2018
Zaakceptowano do druku: 01.10.2018

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2018 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Niedożywienie pacjenta jako efekt jego niedokarmienia Malnutrition of the patient as an effect of his underfeeding

Franciszek Krawczyszyn^{A-F}

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2018; 1(20): 39-49

Streszczenie

Autor podejmuje próbę analizy niedożywienia pacjenta jako efektu długotrwałego niedokarmienia jego organizmu. Permanentne i długotrwałe niedokarmienie ujawnia się w postaci niedożywienia ustroju i jest to ostatni moment, w którym należy podjąć interwencję żywieniową w celu zapobieżenia dramatycznej utracie zdrowia przez pacjenta.

Artykuł eksponuje niedokarmienie jako kluczowe źródło niedożywienia pacjentów. Świadomość nieuchronnych i chorobowych następstw niedokarmienia dla zdrowia powinna skłaniać pacjenta do zmiany postawy wobec odżywiania się w trakcie pobytu na oddziale szpitalnym bądź klinicznym, a przede wszystkim w domu po opuszczeniu szpitala.

Słowa kluczowe: niedokarmienie, niedożywienie, niedożywienie szpitalne, komplikacje zdrowotne

Summary

The author attempts to analyze the malnutrition of the patient as a result of long underfeeding of his body. Permanent and prolonged underfunding is manifested in the form of malnutrition of the system and this is the last moment in which a nutritional intervention should be undertaken to prevent a dramatic loss of patient's health.

The article exposes long underfeeding as the key source of malnutrition of patients. Awareness of the inevitable and morbid consequences of health deficiencies should prompt the patient to change his attitude towards nutrition during his stay in a hospital or clinical ward, and above all at home after leaving the hospital.

Keywords: underfeeding, malnutrition, hospital malnutrition, health complication.

Wstęp

Niedożywienie dotyczy coraz większej liczby pacjentów szpitalnych i klinicznych leczonych na inne schorzenia. Wynika to ze wzrostu efektywności leczenia coraz szerszej liczby chorób, w tym najcięższych przypadków chorób onkologicznych i gastroenterologicznych. Sukces zespołu medycznego w leczeniu szpitalnym bądź klinicznym nie zawsze idzie w parze z całkowitym wyzdrowieniem pacjenta. Coraz częściej zdarza się, że efekty leczenia choroby podstawowej są powoli i systematycznie niweczone przez niedożywienie pacjenta. Niedożywienie [1], niedożywienie szpitalne [2] lub stan niedożywienia jako następstwo długotrwałego leczenia szpitalnego bądź

klinicznego rozwija się powoli i z tej przyczyny nie zawsze jest na czas rozpoznane. Rozpoznane i zdiagnozowane zbyt późno niedożywienie pacjenta przede wszystkim wydłuża jego pobyt w szpitalu, podnosi koszty leczenia, a ponadto wywołuje w organizmie szkodliwe dla jego zdrowia chorobowe zmiany metaboliczne i fizjologiczne. Wpływ głodzenia na strukturę i funkcjonowanie narządów może być znaczny [3], co ujawnia się jako zewnętrzny obraz niedożywienia.

Przed przyjęciem do szpitala pacjenci z reguły nie odczuwają i nie sygnalizują problemów związanych z pogłębiającym się stanem niedokarmienia. Wynika to z faktu, że odżywianie człowieka w ujęciu indywidualnym jest uwarunkowane wieloma czynnikami. Czynniki te można podzielić na zewnętrzne oraz wewnętrzne (wewnątrzustrojowe). Ze względu na złożony i wielowątkowy charakter, zagadnienie niedokarmienia i niedożywienia pacjentów autor sprowadza do płaszczyzny homeostazy ustroju człowieka, która jest podstawowym mechanizmem związanym z niedokarmieniem w odżywianiu się pacjenta.

Ujęcie statyczne homeostazy w odżywianiu się człowieka

Dla optymalnego i badawczego zobrazowania mechanizmu regulacyjnego w odżywianiu się człowieka stosuje się statyczne ujęcie homeostazy. W obszarze homeostazy wyróżnia się poziom spożycia (pokarmów) oraz efekty spożycia (pokarmów). Pomiędzy poziomem spożycia a efektem spożycia pokarmów umieszczone zostały procesy: odżywianie jako dowóz pokarmu do organizmu oraz rozwój organizmu będący efektem wewnątrzustrojowych procesów metabolicznych. Wyróżnione obszary są ze sobą współzależne na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Pełne statyczne ujęcie homeostazy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Statyczne ujęcie homeostazy w odżywianiu się człowieka

Lp.	OBSZARY HOMEOSTAZY		
1.	Poziom spożycia	P r o c e s y	Efekty spożycia
2.	poniżej normy	dowóz pokarmu, odżywianie / metabolizm, rozwój organizmu	niedożywienie
	w normie		w normie
	powyżej normy		otyłość
3.	s p r z e ą c i e n i e z w r o t n e		

Źródło: opracowanie własne

Niedokarmienie jest biologicznie naturalnym procesem, mającym szeroki kontekst naturalnych konsekwencji odżywiania się i poziomu spożycia pokarmu. Wynika to z faktu, że dla normalnego podtrzymania życia organizmu niezbędny jest ciągły przepływ energii i masy przez każdą komórkę organizmu. W efekcie spożycia pokarmu pobrane przez komórki substancje chemiczne są metabolizowane w jej wnętrzu jako:

- źródło energii przetwarzanej w pracę niezbędną dla funkcjonowania komórki,
- tworzywo dostarczające substratów syntezy nowych i odtwarzanych zużytych struktur komórkowych w procesach wzrostu i podziału,
- metabolity, czyli substancje biorące bezpośredni udział w reakcjach metabolicznych komórki [4].

Podstawowym mechanizmem, na którym opiera się to współdziałanie organizmu człowieka z zewnętrznymi czynnikami fizycznymi i chemicznymi jest homeostaza. Jest to szczególna zdolność biologiczna każdego organizmu, a równocześnie niezbędny mechanizm zapewniający ciągłość procesów ogólnoustrojowych i wewnątrz komórkowych. I.M. Jarowaja i W.N. Jarygin zwracają uwagę, że homeostaza to zdolność organizmu człowieka do utrzymania stałości swego wewnętrznego środowiska niezależnie od zmiany parametrów środowiska zewnętrznego. Podtrzymanie stałości homeostatycznej środowiska wewnętrznego organizmu człowieka jest stanem genetycznie uwarunkowanej homeostazy [5].

Powyższe wskazują jednoznacznie na podstawową rolę homeostazy w odżywianiu się człowieka, co oznacza, że homeostaza jest gwarantem utrzymania zdrowia człowieka. Podkreśla to jednoznacznie V.W. Rodwell, który oznajmia, że homeostaza, czyli utrzymanie składu środowiska wewnętrznego, jest bardzo ważna dla zdrowia [6]. U podstaw dobrego stanu zdrowia pacjenta leży jego dobre (w normie) odżywianie się, co warunkuje jednocześnie utrzymanie homeostazy organizmu. Należy jednak uwzględnić fakt, że odżywianie się człowieka jest procesem wieloetapowym i rozciągniętym w czasie, w efekcie którego do organizmu człowieka nieustannie wpływa szeroka gama różnorodnych substancji chemicznych. Skoro do wnętrza organizmu wprowadzane są różnorodne substancje, w różnych proporcjach, o różnej koncentracji, to muszą funkcjonować wewnątrzustrojowe mechanizmy gwarantujące utrzymanie równowagi homeostatycznej. Utrzymanie stanu równowagi w obrębie organizmu

człowieka wymaga istnienia precyzyjnie działającego mechanizmu kontrolującego i regulacyjnego, który sieciowymi powiązaniem obejmuje cały metabolizm. U człowieka występują zarówno bardzo proste jak i skomplikowane układy regulacji będące podstawą adaptacji metabolicznej organizmu [7].

Obecność regulacji na kilku poziomach pozwala w istotny sposób spowodować odpowiedź metaboliczną organizmu na permanentny i długotrwały stan niedokarmienia.

Stąd najistotniejszym celem badania oceny odżywiania się jest sformułowanie „diagnozy żywieniowej”, a następnie podjęcie odpowiedniego postępowania chroniącego pacjenta lub określoną populację przed skutkiem niewłaściwego żywienia, które prowadzić może do niedokarmienia [8].

Celem „diagnozy żywieniowej” jest określenie osobistego wzorca żywieniowego: jakie są trwałe nawyki i osobiste upodobania konsumpcyjne pacjenta. Każdy człowiek w okresie dorastania kształtuje swój wzorzec żywieniowy i jako dojrzały organizm odżywia się w sposób silnie indywidualizowany. Indywidualny profil żywieniowy organizmu jest osobistą cechą człowieka. Można w tym względzie mówić o osobistym i silnie indywidualnym wzorcu – profilu odżywiania. Niezależnie jednak od indywidualnego profilu odżywiania najistotniejsze jest, czy dostarczanie substancji pokarmowych do organizmu mieści się w normie wymagań biologicznych ustroju, czy jest poniżej tych wymagań. Zdaniem W. Łysiak-Szydłowskiej i E. Babicz-Zielińskiej sposób odżywiania się, obok aktywności fizycznej, jest podstawowym czynnikiem decydującym o zdrowiu [9].

Odżywianie się człowieka powinno opierać się na dostarczaniu organizmowi zbilansowanej ilości substancji pokarmowych, zgodnie z aktualnymi potrzebami organizmu. W opinii W. Łysiak-Szydłowskiej i E. Babicz-Zielińskiej badania populacyjne i epidemio-logiczne pozwoliły określić, jaka powinna być optymalna struktura diety zbilansowanej, określiły więc podstawowy wzorzec dietetyczny człowieka zdrowego, co obrazuje tabela 2.

Tabela 2. Polskie normy żywieniowe (1995)

Grupa ludności	Energia [kcal]	Białko [g/kg]	Tłuszcz (% energii)	Wit. A (µg retinolu)	Wit. C [mg]	Wapń [mg]	Żelazo [mg]
Kobiety							
20-60 lat	2300	0,8	30	800	70	900	18
w ciąży	+300	1,0	30	1250	80	1200	26
karmiące	+500	1,2	30	1600	100	1200	20
> 60 lat	2100	0,75	25	-	60	1100	13
Mężczyźni							
20-60 lat	2900	0,8	30	1000	70	900	15
> 60 lat	2000	0,75	25	1000	70'	900	15
Normy żywieniowe przyjęto dla osób o umiarkowanej aktywności fizycznej (kobiety: masa ciała 60 kg; mężczyźni: masa ciała 70 kg)							

Źródło: [9]

Analiza danych z tabeli 2 wskazuje na to, że w badaniach tych uwzględniono tylko podstawowe składniki diety zbilansowanej zdrowego człowieka, które ukazują podstawowe składniki pokarmowe tzn. energetyczne, budulcowe, mineralne oraz regulatorowe (witaminy). Podstawowym wymogiem normatywnym diety zbilansowanej jest to, aby całkowicie zaspokajała ona potrzeby energetyczne, budulcowe i regulatorowe zdrowego człowieka. Zaspokojenie tego zapotrzebowania zdrowego organizmu jest fundamentalnym wymogiem zbilansowanej diety. Tabela wskazuje, że energetyczne normy żywieniowe są bardziej zmienne od pozostałych. Stąd wyłania się konkluzja, że tylko właściwa struktura składowa spożywanego pokarmu zapewnia zdrowie człowiekowi. Składowa struktura diety zbilansowanej jest wielopłaszczyznowa. Na właściwą strukturę diety zbilansowanej składa się:

- właściwy skład substancji energetycznych,
- właściwy skład substancji budulcowych,
- właściwy skład substancji mineralnych,
- właściwy skład witamin.

Przy długotrwałym braku właściwej (zbilansowanej) struktury diety organizm doznaje stanu niedokarmienia, w języku potocznym zwanym głodzeniem. Niedokarmiony organizm to organizm wygłodzony. W opinii B. Szczygła, jeżeli okres głodzenia przedłuża się, dochodzi do niedożywienia

białkowo-energetycznego, a następnie do wyniszczenia, zaniku łaknienia i śmierci chorego. Jeżeli organizm nie otrzymuje dostatecznej ilości pokarmu, zaczyna zużywać własne zapasy energetyczne, które u zdrowego mężczyzny, o masie ciała 70 kg, wynoszą:

- węglowodany (glikogen) 200 g, zapas na 6-12 godzin,
- białko 4-6 kg, zapas na 10-12 dni,
- tłuszcze 12-15 kg, zapas na 10-25 dni [10].

Niedożywienie

W literaturze medycznej zagadnienie „niedokarmienia” jest marginalizowane, a cały wysiłek badawczy skoncentrowany jest na niedożywieniu pacjentów jako jednym z problemów opieki zdrowotnej.

Według Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ang. *Euro-pean Society for Clinical Nutrition and Metabolism* – ESPEN) niedożywienie to „stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożywania substancji żywieniowych, prowadzący do zmiany składu ciała, upośledzenia fizycznej i mentalnej funkcji organizmu oraz wpływający niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej” [11]. Zgodnie z M. Łyszkowską można przyjąć, że niedożywienie jest skutkiem niedostosowania podaży substancji odżywczych do aktualnych potrzeb i możliwości metabolicznych organizmu chorego, zaburzeń trawienia bądź wchłaniania pokarmu [1]. Jest to stan towarzyszący różnym chorobom przewlekłym: chorobom nowotworowym, chorobom zakaźnym, chorobom przebiegającym z wysoką gorączką, w marskości wątroby czy zespole złego wchłaniania. Ze względu na zaburzenia metaboliczne, zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej, enzymatycznej i hormonalnej, aż do śmierci włącznie, stan ten należy traktować jako dynamiczny, przebiegający w następujących po sobie etapach proces chorobowy:

1. Do organizmu dostarczana jest niewystarczająca ilość składników odżywczych spowodowana ich małą podażą, nadmierną utratą lub zaburzeniami przemiany bądź zwiększonym zapotrzebowaniem na nie.
2. Następuje wyczerpanie zapasów ustrojowych.
3. Dochodzi do zaburzenia procesów fizjologicznych i biochemicznych, pojawiają się nieznaczne objawy niedożywienia
4. Pojawiają się widoczne objawy niedożywienia, z towarzyszącymi zmianami narządowymi [11].

Inne podejście do niedożywienia prezentuje T. Cederholm i wsp., którzy niedożywienie definiują jako strukturalną i funkcjonalną zmianę składu ciała. Chociaż termin niedożywienie jest powszechnie używany w znaczeniu niedożywienia, obejmuje zarówno utratę masy (niedożywienie), jak i przyrost masy ciała (nadwaga i otyłość). Fizjologiczną podstawą niedożywienia i otyłości jest deficyt (niedożywienie) lub nadmiar (otyłość) kalorii; oba te stany powodują mierzalne negatywne skutki dla wyników klinicznych [12].

Wśród pacjentów szczególnie narażonych na ryzyko wystąpienia niedożywienia znajdują się przede wszystkim pacjenci onkologiczni (5-80%), chorzy na intensywnej terapii (0-100%), chorzy z oddziałów neurologicznych (4-66%), z chorobami układu oddechowego (5-60%), z chorobami przewodu pokarmowego i wątroby (3-100%), chorobami nerek (10-72%), a także osoby starsze (0-85%) [13].

Należy podkreślić, że **niedożywienie jest chorobą i należy je leczyć**. W warunkach szpitalnych stanowi ono zły czynnik rokowniczy, zwiększający częstość powikłań pooperacyjnych i śmiertelność. Wydłuża także czas pobytu w szpitalu. [11].

W opinii B. Szczygła w chwili przyjęcia do szpitala różnego stopnia niedożywienie stwierdza się u 25-60% chorych. U 70% spośród nich niedożywienie ulega pogłębieniu lub rozwija się podczas leczenia w szpitalu. Zespół ten określono mianem **niedożywienia szpitalnego** [10].

W niedożywieniu podkreśla się ujemny wpływ hospitalizacji, niedostateczną konsumpcję posiłków, a także różnice kulinarne pomiędzy kuchnią szpitalną a domową oraz nawyki żywieniowe pacjenta.

Dotyczy to zwłaszcza pobytów przekraczających 10 dni. Długotrwała rozłąka z rodziną wpływa niekorzystnie na nastrój i samopoczucie pacjenta. Na oddziale szpitala bardzo często pacjenci pozostają na czczo ze względu na konieczność wykonania badań diagnostycznych. Z obserwacji autora wynika, że czas i sposób serwowania posiłków na oddziałach szpitalnych jest wysoce zróżnicowany. W jednych szpitalach posiłki są serwowane tradycyjnie ze zbiorczych pojemników i po nałożeniu na talerz wnoszone do sali z dwoma, trzema pacjentami, na stolik, do którego powinni podejść pacjenci. Leżący w łóżku obłożnie chory, często po ciężkiej operacji chirurgicznej pacjent nie zawsze zainteresowany jest spożywaniem posiłku. Samo wstanie z łóżka i podejście kilka kroków do stolika jest dla niego dużym wysiłkiem fizycznym. U pacjenta po operacji każdy ruch i wysiłek

fizyczny sprzężony jest z bólem i cierpieniem, co zniechęca pacjenta do spożywania posiłku. Często osłabiony i cierpiący pacjent śpi w łóżku i nie jest zainteresowany akurat wstaniem do posiłku. To tylko kilka sytuacji, które mogą potęgować stan niedożywienia szpitalnego. W salach wieloosobowych posiłek podawany jest często do łóżka pacjenta, co nie sprzyja wygodnemu spożywaniu posiłku. Obawa przed rozlaniem i zabrudzeniem łóżka jest niekiedy większa niż apetyt pacjenta.

W systemie kontenerowym serwowania posiłków każdy pacjent na sali otrzymuje do łóżka pakiet posiłkowy w postaci zamkniętego zestawu naczyń plastikowych. Jest to bardzo wygodny i higieniczny dla szpitala sposób podawania posiłków, który niestety nie zapobiega niedożywieniu szpitalnemu. Autor całkowicie pomija walory smakowe posiłków szpitalnych i brak możliwości ich poprawy, co dodatkowo przyczynia się do powstawania stanu niedożywienia.

Poza wieloma czynnikami zewnętrznymi stymulującymi rozwój i utrwalanie się stanu niedożywienia pacjenta największe znaczenie mają czynniki chorobowe. Zdaniem J. Ryżko niedożywienie może wynikać z zakażeń ogólnoustrojowych. Przy podwyższeniu temperatury ciała o 1°C tempo podstawowej przemiany materii zwiększa się o 10%. Podobnie u chorych z nadczynnością tarczycy tempo przemiany materii też zostaje nasilone. U pacjentów chirurgicznych i gastroenterologicznych występują straty składników pokarmowych i białek przez przetoki. U chorych oparzonych straty białek i wielu składników, zwłaszcza elektrolitów, występują przez uszkodzoną skórę, co pogłębia niedożywienie [14].

W literaturze przedmiotu można spotkać też podejście wyróżniające trzy rodzaje nie-dożywienia: niedożywienie typu marasmus, kwashiorkor i typu mieszanego.

Niedożywienie typu marasmus (niedożywienie białkowo-kaloryczne) powstałe w wyniku niedoborów białka i kalorii w diecie. Przyczyną tego typu niedożywienia może być długotrwałe głodzenie, urazy oraz stany pooperacyjne.

Niedożywienie typu kwashiorkor charakteryzuje się istotnym spadkiem stężenia białek i albumin w surowicy oraz widocznymi obrzękami i zaburzeniami w gospodarce wodno-elektrolitowej. Zdarza się, że u osób z tym typem niedożywienia nie dochodzi do zaniku masy mięśniowej. Częściowo mogą być zachowane rezerwy tkanki tłuszczowej, a masa ciała

może wzrastać na skutek obrzęków i zatrzymania wody w organizmie. Następuje szybki rozwój niedożywienia. Zły stan chorego pogłębia się bardzo gwałtownie, a obserwowana nadwaga sprawia, że nie podejrzewa się tak ciężkiego niedożywienia, co może być tragiczne w skutkach.

Niedożywienie typu mieszanego jest połączeniem dwóch poprzednich typów niedożywienia. Obserwuje się je przy nasilonym wyniszczeniu, znaczące obniżenie masy ciała i odporności komórkowej, obniżenie stężenia białek, albumin i prealbuminy w surowicy, poważne zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, trudne do leczenia, a rokowanie zależy od tego, który rodzaj niedożywienia przeważa [11].

Podsumowanie

Termin „niedokarmienie” pacjenta nie wszedł jak dotąd do terminologii opieki zdrowotnej, ma wysoki ładunek emocjonalności i swoim znaczeniem wykracza poza problematykę leczenia szpitalnego. Stąd też cały ciężar badawczy zogniskowany jest na niedożywieniu, jako stricte medycznym problemie. Tymczasem „niedokarmienie” i niedożywienie dotyczy tej samej osoby – pacjenta, który powinien mieć świadomość konsekwencji swego złego odżywiania się, szczególnie w okresie około chorobowym.

Niedożywienie pacjenta ma bardzo często swoje źródło w sposobie jego odżywiania się, a permanentne i długotrwałe niedokarmienie (głodzenie organizmu) prowadzi do wyniszczenia i osłabienia organizmu, co jest objawem niedożywienia.

O możliwości pojawienia się niedożywienia i jego negatywnym wpływie na oczekiwane rezultaty leczenia należy informować pacjenta już w szpitalnej izbie przyjęć. Przyjmowany do szpitala pacjent powinien mieć świadomość, że jego odżywianie się i domowy sposób spożywania posiłków ulega modyfikacji i zmienia się na żywienie szpitalne (kliniczne), które jest istotnym elementem leczenia szpitalnego (klinicznego).

Zagrożenie niedożywieniem szpitalnym powinno skłaniać personel medyczny oddziałów szpitalnych i klinicznych do zwracania uwagi pacjentom na fatalny, a niekiedy i dramatyczny wpływ niedożywienia na stan zdrowia pacjenta, a także na obniżkę efektów leczenia choroby podstawowej.

W dniu 8 listopada 2012 roku zmianie uległo Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 stycznia 2012 roku nakładające obowiązek przesiewowej oceny stanu odżywienia każdego pacjenta przyjętego do szpitala. Dotyczy to

wszystkich oddziałów szpitalnych oprócz oddziałów okulistycznych, otolaryngologicznych, alergologicznych oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jeżeli hospitalizacja pacjenta trwa krócej niż 3 dni, Dokument oceniający stan odżywienia musi się znaleźć w każdej historii choroby i przeprowadza się go przy pomocy jednej ze skal: NRS 2002 (ang. *Nutritional Risk Screenig*) lub SGA (ang. *Subjective Global Assessment*) [15]. Należy wykorzystywać metody, dzięki którym szybko i łatwo można ocenić, czy pacjent jest w grupie ryzyka występowania niedożywienia, lub czy grozi mu niedożywienie w trakcie trwania choroby. Jeśli pacjent na podstawie powyższych badań został zakwalifikowany do grupy ryzyka wystąpienia niedożywienia, należy przeprowadzić pogłębione badanie obejmujące: wywiad żywieniowy, badania antropometryczne i badania biochemiczne [11].

Piśmiennictwo

1. Łyszkowska M.: *Niedożywienie*, Postępy Żywności Klinicznej 2011; 6(1): 20-23.
2. Steen B.: *Niedożywienie szpitalne*, Żywnienie człowieka i metabolizm 1990; 4(17): 264-266.
3. Barendregt P.B., Soeters S.P., Allison S., Skowrońska U.: *Wpływ niedożywienia na funkcje fizjologiczne*. [w:] Podstawy żywienia klinicznego, red. L. Sobotka, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007, s. 19-21.
4. Filipowicz B., Więckowski W.: *Zarys Biochemii*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1979.
5. Jarowaja I.M., Jarygin W.N.: *Biologia rozwoju*. [w:] Biologia, pod red. W.N. Jarygina, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003, s. 169-250.
6. Rodwell V.W.: *Woda i pH*. [w:] Murray R.K., Granner D.K., Mayes P.A., Rodwell V.W., *Biochemia Harpera*, Wyd. V, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006, s. 7-16.
7. Warchoń W., Świdziński T., Jaroszyk F.: *Elementy teorii informacji i sterowania*. [w:] *Biofizyka*, pod red. F. Jaroszyka, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006, s. 244-270.
8. Babicz-Zielińska E.: *Ocena sposobu żywienia*. [w:] *Żywnienie kliniczne – wybrane zagadnienia*, praca zbiorowa pod red. W. Łysiak-Szydłowskiej, Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica, 2000, s. 23-30.
9. Łysiak-Szydłowska W., Babicz-Zielińska E.: *Wzorce żywieniowe*. [w:] *Żywnienie kliniczne – wybrane zagadnienia*, praca zbiorowa pod red. W. Łysiak-Szydłowskiej, Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica, 2000, s. 31-40.
10. Szczygieł B.: *Leczenie żywieniowe w chorobach układu trawiennego*. [w:] *Gastroenterologia i hepatologia kliniczna*, pod red. S.J. Konturka, Wyd. IV, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2001, s. 51-78.
11. Wnęk D. *Niedożywienie i ocena stanu odżywienia pacjenta*
<https://www.mp.pl/pacjent/dieta/niedozywienie/110018,niedozywienie-i-ocena-stanu-odzywienia-pacjenta> [data dostępu: 30.05.2018].
12. Cederholm T. at all: *Diagnostic criteria for malnutrition – An ESPEN Consensus Statement*, *Clinical Nutrition*, 2015; 34: s. 335-340.
13. Meier R., Stratton J. R., Skowrońska U.: *Epidemiologia zaburzeń odżywienia*. [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, pod red. Sobotka L, Korta T., Łyszkowska M. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 34.

14. Ryżko J., Socha J.: *Niedożywienie u pacjentów hospitalizowanych*. [w:] *Niedożywienie a zdrowie publiczne*, pod red. P. Januszewicza, A. Mazurka, J. Sochy, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2011, s. 47-58.
15. <http://polspen.pl/jak-ocenic-stan-odzywienia-pacjentow-w-szpitalu> [data dostępu: 30.05.2018].

Adres do korespondencji:
dr F. Krawczyzsyn
publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.06.2018
Po recenzji: 12.07.2018
Zaakceptowano do druku: 01.10.2018

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2018 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Pielęgniarka – psychoterapeuta w geriatrici i onkologii Nurse – A Psychotherapist in Geriatrics and Oncology

Jerzy Mazurek^{1,A-F}, Joanna Seregiet^{2,A-F}

¹Miejskie Centrum Zdrowia – Poradnia Zdrowia Psychicznego w Rudnej

²Dolnośląski Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny „Niebieski Parasol” w Chojnowie

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2018; 1(20): 50-58

Streszczenie

W artykule przedstawiono rodzaje psychoterapii mające zastosowanie w geriatrici, a które mogą być realizowane przez pielęgniarki. Przybliżono także funkcję psychoonkologa. Starzejące się społeczeństwo oraz chorzy onkologicznie mają ogromne zapotrzebowanie na wsparcie psychiczne. Pielęgniarki przebywające najbliżej chorego, starszego człowieka mają wysokie kwalifikacje, profesjonalną wiedzę oraz pełne predyspozycje do pełnienia funkcji psychoonkologa (psychoterapeuty).

Słowa kluczowe: pielęgniarka, geriatrica, onkologia, psychoterapia

Summary

The following publication will describe kinds of psychotherapies which are applied to geriatrics and which can be implemented by nurses. It will also present the features of a psycho-oncologist. An ageing population and patients with oncological diseases are in great need of mental support. The nurses who are closest to ill elderly people have high qualifications, professional knowledge and full qualities to work as a psychooncologist (psychotherapist).

Keywords: nurse, geriatrics, oncology, psychotherapy

Wprowadzenie

Jest oczywistym fakt, iż ostatnie lata XX wieku i czasy najnowsze dostarczyły medycynie wiele metod zarówno diagnozy, jak i terapii. Stały się one wyznacznikiem konieczności solidnego, często wielokierunkowego, holistycznego wykształcenia wraz ze specjalizacjami w zawodach medycznych. Dotyczy to w szczególności tych obszarów wiedzy medycznej, które dla człowieka u schyłku życiowej drogi stanowią ewidentną potrzebę fizyczną i psychiczną.

Najbliższą osobą w realizacji jego oczekiwań – w warunkach domu pomocy i nie tylko – jest niewątpliwie pielęgniarka. Coraz częściej jest ona specjalistką najwyższej klasy – również w zakresie szeroko pojętej psychoterapii.

Niestety, w polskiej literaturze z dużym trudem doszukać się można opracowań dotyczących pracy pielęgniarek jako psychoterapeutów. Niniejsze

opracowanie ma na celu wypełnienie tej luki chociaż w niewielkim zakresie. Być może, stanie się również przyczynkiem podjęcia trudu edukacji w tej dziedzinie służby zdrowia.

Psychoterapia i psychoterapeuta

Wszystkie „szkoły” psychoterapii uwzględniają jej istotę w szerokim, jak i wąskim znaczeniu tego pojęcia.

Generalnie przyjmuje się, że szeroko rozumiana psychoterapia to dziedzina skupiająca najogólniejsze pytania o naturę ludzką, o zdrowie i chorobę oraz koncentrująca się na indywidualnym człowieku, który jest cierpiący i potrzebuje pomocy.

W wąskim, profesjonalnym rozumieniu, psychoterapia to specjalistyczna metoda leczenia polegająca na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, wykorzystująca wiedzę teoretyczną oraz umiejętności w procesie niesienia pomocy. To także terapeutyczna postawa w kontakcie i komunikowaniu się z podopiecznym, to tworzenie właściwej atmosfery, poczucia bezpieczeństwa oraz zdolność pielęgniarki do empatii. I głównie ten aspekt stanowi istotę płaszczyzny pielęgniarka-psychoterapia.

Przed przedstawieniem rozwiązań związanych z tym problemem, warto mieć wgląd w sytuację braku formalnego osadzenia tego zawodu oraz jasno zdefiniowanych oczekiwań wobec osoby go wykonującej. Oczywiście istnieją dość jednoznaczne kryteria sposobu pracy psychoterapeuty w rozumieniu kompetencji związanych z wykształceniem, doświadczeniem klinicznym, standardami pracy, koniecznością stałej superwizji oraz stałego doskonalenia się. W przypadku pielęgniarek to program ramowy specjalizacji w pielęgniarstwie psychiatrycznym oraz studia pielęgniarstwa II stopnia zawierają podstawy psychoterapii. Można także uzupełnić tę wiedzę kursem specjalistycznym z zakresu prowadzenia psychoterapii podstawowej z elementami psychoterapii kwalifikowanej.

We Wrocławiu możliwość zdobycia uprawnień psychoterapeuty daje Dolnośląskie Stowarzyszenie Psychoterapeutów (działające wspólnie z Oddziałem Dolnośląskim Sekcji Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego), Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej oraz Dolnośląskie Koło Naukowe Psychoterapii Psychoanalitycznej.

Metody psychoterapii stosowane w psychogeriatricznym

W tym miejscu skrótowo przedstawimy te kierunki w psychoterapii geriatricznej, których znaczenie dla praktyki nie budzi, naszym zdaniem, żadnych wątpliwości. Do tych metod zaliczamy o terapię behawioralno-poznawczą, psychoterapię wspierającą (podtrzymującą), a także o inne metody psychoterapii (np. terapię interpersonalną, psychoanalizę, hipnoterapię itd.). Dla uzupełnienia wiedzy dotyczącej możliwości uzyskania stosownego certyfikatu w zakresie inicjowanej przez nas problematyki informujemy, że jesienią 2018 r. będzie możliwość uczestniczenia w całościowym kursie psychoterapii atestowanym przez Sekcję Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego we Wrocławiu (Wrocławski Instytut Psychoterapii, ul. Sołtysowicka 65a, 51-168 Wrocław).

Terapia behawioralno-poznawcza - Wskazuje na konieczność traktowania objawów psychopatologicznych pacjenta jako nieprzystosowawcze zachowania nabyte w procesie uczenia się. Zachowania dezadaptacyjne powstają w rezultacie niewłaściwego procesu percepcji i interpretacji zdarzeń przez podopiecznego. Stwierdzane zaburzenia emocjonalne i dysfunkcjonalne zachowania są skutkiem zaburzeń myślenia. W fazie diagnostycznej psychoterapeuta – na podstawie wywiadu z pacjentem i ewentualnie rodziną, a także w oparciu o kliniczne i eksperymentalne badanie psychologiczne – identyfikuje sposób ukształtowania się nieprzystosowawczego nawyku. Ponadto analizuje powtarzające się sekwencje „bodziec – nawyk dezadaptacyjny”. W sposób dostępny wyjaśnia pacjentowi mechanizm powstawania jego nieprawidłowych nawyków, proponuje procedury terapeutyczne i wyjaśnia mechanizm ich działania. Na koniec, psychoterapeuta wraz z pacjentem wspólnie ustalają cel terapii prowadzący się do usuwania zaburzeń myślenia i emocji oraz szeroko rozumianej korekty funkcjonowania.

Psychoterapia wspierająca (podtrzymująca) - to forma psychoterapii stosowana u osób z przewlekającymi się zaburzeniami psychicznymi, której zasadniczym celem jest uzyskanie przez podopiecznego umiejętności radzenia sobie ze zmianami i wyzwaniem codziennego funkcjonowania indywidualnego i społecznego. Ponadto ma ona wzmacniać u pacjenta samoocenę poprzez wskazywanie przez psychoterapeutę jego rzeczywistości istniejących zasobów i osiągnięć oraz urealnienie przez niego oczekiwań i uświadomienie ograniczeń.

Ogólnie należy przyjąć, iż psychoterapia podtrzymująca korzysta z technik wyjaśniających oraz dyrektywnych nastawionych na działanie.

Inne metody psychoterapii - to metody z wyboru dostosowane do terapii nasilonych objawów głównie lękowych, depresyjnych, zaburzeń z pogranicza z psychotycznymi. Z reguły są one uzupełnieniem farmakoterapii. Do nich należą m.in. terapia interpersonalna, psychoanaliza, hipnoterapia i inna.

Pielęgniarka jako psychoterapeuta

Pielęgniarka, z uwagi na częsty kontakt z seniorem jako pierwsza zauważa niepokojące objawy, zachowania starszego człowieka, które zgłasza rodzinie, lekarzowi rodzinnemu, oraz proponuje konsultację u specjalisty. W domach opieki czy też w środowisku domowym pielęgniarki są członkami zespołu terapeutycznego i często to właśnie one są organizatorami, koordynatorami i realizującymi proces pielęgnowania oraz różnych form terapii.

Pielęgniarka posiada kompetencje, aby prowadzić **psychoterapię elementarną**, polegającą na stałej obecności przy podopiecznym. To głównie pielęgniarka ochrania pacjenta przed sytuacjami urazowymi, stara się zwiększać jego odporność psychiczną zapewniając tym samym poczucie bezpieczeństwa. Podczas częstych kontaktów z chorym seniorem zmienia priorytety chorego, zwracając uwagę na satysfakcję nawet z najmniejszych osiągnięć.

Podstawowym celem psychoterapii elementarnej jest łagodzenie napięć i negatywnych emocji wywołanych dolegliwościami, chorobą, procesem leczenia czy obawą o przyszłość. Pielęgniarka wykorzystując doświadczenie oraz wiedzę, przeciwdziała poczuciu zagrożenia u starszego człowieka, przeciwdziała jego bezradności. Mobilizuje siły obronne podopiecznego i wskazuje rozwiązania możliwe do zrealizowania, biorąc pod uwagę siły witalne i motywację seniora.

Wymaga to od pielęgniarki pełnego empatii podejścia do chorego lub niepełnosprawnego, starszego człowieka. Koncentruje się ona na silnych, pozytywnych cechach osobowości pacjenta, pobudzaniu jego nadziei i wiary. Dodawanie otuchy, okazywanie zrozumienia dla dręczących chorego uczuć pozwala mu na otwarcie, akceptację oraz racjonalną kompensację w sferze emocjonalnej.

U osób starszych często psychoterapii elementarnej towarzyszy **psychoterapia reminiscencyjna**. Można ją przeprowadzać w niewielkich grupach, gdzie seniorzy wspominają fragmenty swojego życia, słuchają opowieści, komentują, dodają swoje wątki. Pielęgniarka w takiej grupie pełni rolę moderatora porządkującego przebieg spotkania. Daje to seniorom okazję do przeanalizowania swojego życia, osiągnięć, ze szczególnym uwzględnieniem tego co było pozytywne, co „się w życiu udało”. Pozwala to na uzyskanie przez nich wglądu w „curriculum vitae”, co w rezultacie ułatwia im samoakceptację oraz motywację do społecznego funkcjonowania. W trakcie terapeutycznych spotkań grupowych, uczestnicy „otwierają się” z przekonaniem, że będą zrozumiani i akceptowani.

Pielęgniarka opiekująca się seniorami w ich środowisku domowym oraz placówkach opiekuńczych i leczniczo-opiekuńczych w swoim działaniu terapeutycznym realizuje również założenia **psychoterapii systemowej**. Istotą tej metody jest założenie, iż człowiek nie jest „samotną wyspą”, lecz częścią składową systemu jakim jest jego rodzina i najbliższe otoczenie, w którym żyje. Często rodziny czują się przytłoczone ciężarem opieki nad starym, często chorym człowiekiem. Kompensują to nadopiekuńczością, wrogością lub bezradnością. Nie znając choroby, jej symptomów, następstw – boją się jej. Często z ciężkimi wyrzutami sumienia oddają bliską osobę do placówki opiekuńczej nie radząc sobie z ciężarem wielogodzinnej opieki. Niewątpliwie taka sytuacja jest traumatycznym czynnikiem generującym u chorego stan dezorganizacji psychicznej o złożonym obrazie klinicznym wymagającym pomocy farmakologicznej.

Pielęgniarka prowadząc psychoterapię systemową pracuje z całą rodziną. Począwszy od wstępnej edukacji rodziny w zakresie wiedzy o chorobie, czy niepełnosprawności, analizuje relacje i emocje występujące w rodzinie, wskazuje racjonalne sposoby rozwiązywania konfliktów i problemów. Pielęgniarka uczy rodzinę empatycznego podejścia, rozumienia i akceptacji seniora wraz z jego ograniczeniami. Równocześnie daje nadzieję na pozytywne rozwiązanie problemów oraz zdejmuje poczucie winy ciężące na członkach rodziny.

Pielęgniarka jako psychoonkolog

W ostatnim czasie coraz częściej spotyka się pielęgniarki będące wysoko wykwalifikowanymi specjalistami i posiadające uprawnienia

psychoonkologa. Uzyskanie takich uprawnień wymaga 4-letniego szkolenia, dlatego na poszerzenie kwalifikacji w tym kierunku decydują się pielęgniarki pracujące z pacjentem onkologicznym dłużej czas. Być psychoonkologiem oznacza posiadanie wyższego wykształcenia (medycznego, psychologicznego), odpowiednio długiego stażu pracy z pacjentem onkologicznym oraz członkostwa Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Legitymowanie się certyfikatem wymaga spełnienia kolejnych kryteriów: ukończenia studiów podyplomowych z psychoterapii, organizowania i udziału w konferencjach, publikowania, udziału w supervizjach odpowiednio premiowanych punktami. Ponieważ płatnik świadczeń medycznych nie uregulował do tej pory wytycznych czy pielęgniarka może być psychoterapeutą (psychoonkologiem), osoby decydujące się na zdobycie takich uprawnień kończą także studia psychologiczne.

Psychoonkolog jest osobą udzielającą pomocy i wsparcia chorym onkologicznie i ich rodzinom w czasie różnych etapów choroby, leczenia, rekonwalescencji.

Do zadań psychoonkologa należy:

- dokonywanie diagnozy psychoonkologicznej na podstawie wywiadu z chorym, obserwacji oraz narzędzi psychometrycznych,
- rozpoznawanie bieżącej sytuacji zdrowotnej i życiowej pacjenta oraz jego rodziny, identyfikowanie jego stanu emocjonalnego, jego sposobu radzenia sobie ze stresem,
- udzielanie wsparcia chorym i ich rodzinom na oddziałach onkologicznych, paliatywnych, hospicjach,
- stosowanie różnych form psychoterapii dostosowanych do potrzeb chorego,
- motywowanie pacjenta do aktywnej współpracy z zespołem leczącym,
- szacowanie ryzyka samobójstwa i zapobieganie takim zachowaniom,
- wyjaśnianie pacjentom stanów i reakcji emocjonalnych przeżywanych w chorobie, redukcja lęku przed leczeniem,
- prowadzenie terapii z rodziną w trakcie choroby, po wyzdrowieniu, a także po śmierci pacjenta,
- organizowanie spotkań grupowych dla chorych i ich bliskim w celu wymiany doświadczeń i wsparcia,
- pełna współpraca z zespołem terapeutycznym,

- prowadzenie zajęć edukacyjnych i szkoleń dla personelu medycznego z zakresu komunikowania się z pacjentem onkologicznym, zapobieganie wypaleniu zawodowemu,
- prowadzenie działalności profilaktycznej i prewencyjnej wśród dorosłych i młodzieży z zakresu zapobiegania chorobom nowotworowym, poprawy jakości życia,
- stałe doskonalenie własnych umiejętności terapeutycznych i wiedzy na temat chorób onkologicznych.

Kontakt terapeutyczny

Aby jakakolwiek forma psychoterapii się powiodła, pielęgniarka musi nawiązać terapeutyczny kontakt z podopiecznym i jego bliskimi. Główne cechy terapeutycznego komunikowania się to:

- empatia,
- dostrzeganie pacjenta oraz zmian, które zachodzą w nim i jego otoczeniu,
- pełna akceptacja werbalna i pozawerbalna,
- oferowanie siebie, swojego czasu, uwagi,
- zachęcanie podopiecznego do opisu, nazywania swoich spostrzeżeń, emocji,
- informowanie, „ubieranie w słowa” tego, co sugeruje pacjent,
- autentyczność, czyli bycie sobą.

Chcąc zdobyć zaufanie seniora i chorego człowieka oraz jego rodziny, pielęgniarka musi unikać zachowań nieterapeutycznych oraz błędów jatrogennych tj.:

- sugerowanie odpowiedzi,
- odrzucanie myśli i zachowań pacjenta,
- ocenianie, osądzanie,
- zaprzeczanie urojeniom,
- komentowanie, zmiana tematu, czy też personalne odbieranie słów chorego,
- przybieranie postawy „ja wiem najlepiej” oraz „ojcowskiego” stosunku do pacjenta,
- nadmierny lub zbyt krótki dystans, poufałość,
- brak zainteresowania problemami chorego,
- przedwczesne stawianie diagnozy, bez wglądu w całość sytuacji,

- brak wyjaśnienia i uspokojenia co budzi nadmierne przeżywanie stosunkowo niegroźnych sytuacji.

Każde z tych zachowań może uniemożliwić lub zerwać nawiązaną już nić zaufania i porozumienia.

Podsumowanie

Przedstawione wyżej wymagania, aczkolwiek wysokie, wskazują, że pielęgniarka jest w stanie być psychoterapeutą, psychoonkologiem dla ludzi starszych, chorych, niepełnosprawnych i ich rodzin. Zaufanie pacjenta do pielęgniarki, dobre relacje pomiędzy nimi dają podstawy do realizowania jego potrzeb psychicznych. Przy obecnie szybko starzejącej się populacji Polaków oraz wysokiej zachorowalności na nowotwory jest to bardzo potrzebna funkcja. Pielęgniarki posiadając obszerną wiedzę medyczną, potrafią ocenić potrzeby bio-psycho-społeczne chorych ludzi, znają fazy życia człowieka i mają ogromne pokłady cierpliwości. Główna przeszkoda to narastające w katastrofalnym tempie braki kadrowe w tym zawodzie. Często w natłoku procedur, zleceń lekarskich, narastającej biurokratyzacji pielęgniarstwa brak jest czasu i miejsca na spokojne spotkanie, rozmowę, pełne rozpoznanie problemu i profesjonalną pomoc. Także w miejscach pracy pielęgniarki często są słabo motywowane do podnoszenia i poszerzania kwalifikacji. A osoby w starszym wieku i chore onkologicznie, terminalnie bardzo tej pomocy potrzebują wybierając właśnie pielęgniarkę na powiernika swoich trosk. Znaczna część funkcji zawodowych pielęgniarki wpisuje się w zadania psychoterapeuty i psychoonkologa. Mając stały kontakt z pacjentem zdobywa ona jego zaufanie i ma możliwość pilnej obserwacji stanu oraz zachowania chorego człowieka, dlatego też ma pełne predyspozycje do wykonywania tego zawodu. Lęk ogarniający chorego chroni go przed śmiercią, ale lęk długotrwały, opanowujący człowieka w całości jest emocją zabójczą. Psychoterapeuta nie radzi, nie opiniuje, nie osądza i nie ocenia, za to cierpliwie słucha, daje tak potrzebny pacjentowi czas i uwagę.

Literatura uzupełniająca

1. Sobów T. *Praktyczna psychogeriatrya*. Wrocław: Wyd. Continuo, 2010.
2. Czabała J.Cz. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN, 2006.
3. Cierpiatkowska L. *Szanse i pułapki badań naukowych nad efektywnością psychoterapii*. [w:] *Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej*. red. M. Fajkowska-Stanik, K. Drat-Ruszczak, M. Marszał-Wiśniewska, Warszawa: Wyd. Academia Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, 2003.

4. Bajurna B., Mendyka L., Nowakowska I. *Różnorodność problemów występujących w starszym wieku*. *Pielęgniarstwo Polskie* 2011; (39): 24-28.
5. Tyboń B. Psychogeneologia. *Psychologia w Praktyce* 2017; (5): 28-33.
6. Janoska K. *Problemy psychologiczne ludzi starszych*. *Psychologia w Praktyce* 2018; (1): 56-61.
7. Tobis S., Jakrzewska-Sawińska A., Talarska D., Wieczorowska-Tobis K. *Wieloprofesjonalizm opieki w geriatrici*. *Nowiny Lekarskie* 2013; (83): 51-55.
8. Brodziak A., Różyk-Myrta A., Wolińska A. *Czy pielęgniarka jest w stanie i powinna realizować niektóre formy psychoterapii?* *Psychiatria Polska* 2017; (51): 777-781.
9. Janikowska-Hołowienko D., Łucka I. *Starość czy późna dorosłość? Wyzwania terapeutyczne osób w podeszłym wieku*. *Psychologia w Praktyce* 2018; (2): 56-59.
10. Geldarska J. *Dialog motywujący. Jak motywować do podjęcia i pozostania w kontakcie terapeutycznym?* *Psychologia w Praktyce* 2018; (2): 25-28.
11. Borowicz K., Pietrzyk A. *O zagrożeniu życia jako sile, która determinuje więzi z bliskimi, sobą i światem*. *Psychologia w Praktyce* 2017; (3): 30-33.
12. Banout M. *To, jak mówisz ma znaczenie. Rzecz o zdrowej semantyce w komunikacji z pacjentem onkologicznym*. *Psychologia w Praktyce* 2018; (1): 68-72.
13. Banout M. *„Przecież muszę być smutny”. Jak pomóc pacjentowi w komunikacji emocjonalnej ze sobą i z innymi podczas przebiegu choroby nowotworowej*. *Psychologia w Praktyce* 2018; (2): 39-43.

Adres do korespondencji:
dr n. hum. Jerzy Mazurek
publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.06.2018
Po recenzji: 12.07.2018
Zaakceptowano do druku: 01.10.2018

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2018 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Rola edukacji w przeciwdziałaniu zaburzeniom psychicznym wśród młodzieży

The role of education in preventing mental disorders among young people

Elżbieta Łuczak^{A-F}

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Nauk Społecznych, Katedra Polityki Resocjalizacyjnej

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2018; 1(20): 59-74

Streszczenie

Obserwowany w naszym kraju wzrost zaburzeń psychicznych coraz częściej dotyczy młodego pokolenia. Wymaga on więc podejmowania szerszych działań profilaktycznych. W działaniach tych bardzo ważną rolę może odegrać edukacja dostarczając istotnych przesłanek służących minimalizowaniu wskazanego problemu. Kierując się tym przekonaniem w niniejszym opracowaniu podjęto próbę ukazania tej roli edukacji. W szczególności, uwagę skupiono na dwóch rodzajach zaburzeń związanych z uzależnieniami (zarówno chemicznymi jak behawioralnymi) oraz z zaburzeniami nastroju wykazującymi związek z zachowaniami suicydalnymi.

W analizie wymienionych zaburzeń skoncentrowano się głównie na ich zagrożeniach, przyczynach i konsekwencjach dla zdrowia psychicznego oraz na sposobach minimalizowania tych zaburzeń.

Słowa kluczowe: edukacja, zaburzenia psychiczne, zagrożenia, uzależnienia, zaburzenia nastroju, samobójstwa

Abstract

The observed increase of mental disorders in our country, more and more concerns of the younger generation. Thus it is requiring more and wider take preventive measures. In these activities education can be a very important role, providing important premises to minimize this problem. Guided by this conviction in this study attempts to show the role. Particular attention was focused on two types of disorders related to addictions (both chemical and behavioral) and mood disorders associated with suicidal behavior.

The analysis of the above-mentioned disorders mainly focused on the hazards resulting from them, their causes and consequences for mental health and ways of minimizing disorders.

Keywords: education, mental disorders, dangers, addictions, mood disorders, suicides

Wprowadzenie

Z wielu dotychczasowych statystyk wynika, że współcześnie obserwuje się wzrost zaburzeń psychicznych u znacznej części społeczeństwa polskiego. Zjawisko to jest tym bardziej niepokojące, że coraz częściej dotyczy młodzieży, a czasami nawet dzieci.

Uwikłani w te zaburzenia młodzi ludzie nie tylko doświadczają przykrych konsekwencji spowodowanych tymi zaburzeniami, ale również, porzucając swoje dotychczasowe zainteresowania, nie wykorzystują potencjału możliwości, a zdarza się również, że je całkowicie zaprzepaszczą.

Wobec takiej sytuacji koniecznością wręcz jest wzmożenie różnego rodzaju działań profilaktycznych zapobiegających powstawaniu tych zaburzeń, gdyż ponad wszelką wątpliwość od dawna zna maksyma „lepiej zapobiegać niż leczyć” jest wciąż aktualna.

W działaniach tych niewątpliwie bardzo dużą rolę może odegrać edukacja poprzez dostarczenie rzetelnych informacji na temat niebezpiecznych konsekwencji różnych zaburzeń, ich uwarunkowań, a także sposobów minimalizacji zagrożeń związanych z tymi zaburzeniami. Szczególnie przydatna tutaj może być edukacja szkolna ze względu na duży kontakt z uczniem (szkoła jest drugim w kolejności, po rodzinie, środowiskiem wychowawczym), a także ze względu na bardzo dużą potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych już od najmłodszych lat.

Mając na uwadze wymienione aspekty działań edukacyjnych w zakresie przeciwdziałania zaburzeniom psychicznym w niniejszym opracowaniu podjęto próbę bardziej szczegółowego ich przedstawienia. Równocześnie należy dodać, że prezentowane treści dotyczą tylko wybranych zaburzeń psychicznych, związanych z różnego rodzaju uzależnieniami, a także z zachowaniami suicydalnymi.

Za wyborem tych rodzajów zaburzeń przemawiało bardzo duże ich nasilenie w obecnej rzeczywistości i niezwykle duże zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia. Ważnym argumentem w wyborze tych zaburzeń do przedstawianych analiza było także dość częste ich współwystępowanie ze skłonnościami samobójczymi.

Zagrożenia dotyczące współczesnych uzależnień

Zagrożeń związanych ze współczesnymi uzależnieniami jest bardzo wiele. Choć w szczególności dotyczą one uzależnień od środków psychoaktywnych (głównie alkoholu), to jednak coraz więcej zagrożeń pojawia się na skutek coraz częstszego wchodzenia na drogę uzależnień behawioralnych. Mimo że wiele zagrożeń od wymienionych uzależnień jest już społeczeństwu dość dobrze znanych, to jednak z całą mocą należy

podkreślić, że nie zawsze zagrożenia te są przez społeczeństwo uświadamiane sobie, czego wyrazem są wzrastające odsetki młodych ludzi sięgających po różnego rodzaju środki uzależniające, czy też nadmiernie angażujących się w jakąś czynność i będących zagrożonymi uzależnieniami behawioralnymi.

W zespole zażywanych środków psychoaktywnych – mimo rozwoju nowych uzależnień – używanie narkotyków zajmuje wciąż znaczące miejsce. Mimo tego, że obecnie najczęściej używane narkotyki (amfetamina i jej pochodne oraz marihuana) mają mniejszą moc uzależniającą w odróżnieniu od uprzednio stosowanych (sprowadzających się do środków uspokajających w postaci opiatów), to jednak ich zażywanie może stać się również bardzo niebezpieczne zarówno dla zdrowia, jak i dla życia młodych ludzi.

Mniejsza moc uzależniająca współcześnie zażywanych narkotyków (nie powodująca zależności fizycznej) najprawdopodobniej sprawia, że skoro narkotyki te uzależniają „tylko” psychicznie, to najprawdopodobniej nie są tak groźne. Osoby zażywające te środki nie zdają sobie sprawy z tego, że działanie środka psychoaktywnego w dużej mierze uzależnione jest od indywidualnych predyspozycji jednostki i od jej stanu psychofizycznego. W związku z tym nikt nie jest tak naprawdę w stanie do końca przewidzieć, jakie konsekwencje może spowodować zażywany narkotyk, tym bardziej, że niektóre z nich na skutek kumulacji w organizmie rozłożone są w czasie. Dotyczy to szczególnie marihuany, która pod wpływem właściwości kumulacyjnych może pozostawać w organizmie człowieka od 6 tygodni do kilku miesięcy i w ten sposób powodować w dłuższym okresie czasu wiele niekorzystnych następstw [1].

Wynika z tego, że mimo tego, iż moc uzależniająca obecnie często używanych narkotyków w stosunku do poprzednich generalnie jest mniejsza, nie oznacza to jednak, że ich używanie może być tolerowane. Uzależnienie psychiczne powstające w następstwie używania tych środków, mimo braku dolegliwości natury somatycznej, nie pozostaje bez wpływu na funkcjonowanie człowieka. Przemawia za tym ciągła chęć zażywania środka narkotycznego, częste myśli związane z jego zdobyciem, prowadzące niejednokrotnie do zaniedbywania dotychczasowych obowiązków, porzucania zaprzyjaźnionych osób na rzecz tych, które wykazują podobne „zainteresowania”.

W rezultacie można powiedzieć, że uzależnienie psychiczne odbiera komfort psychiczny każdej osobie, bez względu na wiek, płeć, czy status

społeczny, czyniąc ją zniewoloną i podporządkowaną jednemu celowi, którym jest środek uzależniający. Jest ono problematyczne dla każdej jednostki, jednak gdy chodzi o ludzi młodych – szczególnie.

Biorąc pod uwagę inicjację narkotykową przypadającą często na okres dojrzewania, należy pamiętać, że ten okres w rozwoju młodego pokolenia jest nie tylko związany z burzliwymi przemianami, ale również jest okresem największych możliwości, poszukiwań, przybierających często postać tzw. ekspansji twórczej. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy warto ten czas przeznaczać na takie zniewolenia i w rezultacie go zaprzepaszczać, gdyż wskutek zażywania środków narkotycznych rozwój psychospołeczny jednostki może zostać zahamowany i to nawet bezpowrotnie.

Proces uzależnienia psychicznego (wbrew obiegowym opiniom) może się okazać niebezpieczny jeszcze z innego powodu. Chodzi tu o to, że proces ten jest trudny do natychmiastowego zdiagnozowania, ponieważ nie daje o sobie tak szybko znać w postaci wyraźnie zatrważających objawów. Ponadto wiele symptomów uzależnienia jest bardzo podobnych do zwykłego przemęczenia np. wskutek nieprzespanej noc (np. przekrwione oczy, nadpobudliwość, rozdrażnienie). Z tych też względów rozpoznanie owych symptomów jest dość trudne, gdyż takie objawy mogą wystąpić u każdej osoby, bez zażywania narkotyków [2].

Należy dodać, że z rozpoznaniem przyczyn wymienionych objawów mają problem nie tylko rodzice, nauczyciele i wychowawcy, ale również sami terapeuci, którzy na co dzień pracują z osobami narkotyzującymi się. Na tej podstawie można stwierdzić, że taka sytuacja uniemożliwia wczesną interwencję, stwarzając dogodne warunki do nasilania się procesu uzależnienia i związanych z nim zagrożeń.

Oprócz wskazanych zagrożeń, związanych z zażywaniem współczesnych narkotyków, do niezwykle niebezpiecznych należy zaliczyć jakość używanych obecnie środków narkotycznych. W szczególności dotyczy to narkotyków produkowanych nielegalnie przez tzw. „domorośłych wytwórców”, którzy w celu zwiększenia efektu oddziaływania środka narkotycznego dodają do niego różnego rodzaju substancje. Dzieje się tak zarówno w trakcie przygotowywania go do sprzedaży, jak i bezpośrednio przed użyciem. Są to najczęściej substancje o wysokim stopniu toksyczności, zanieczyszczenia lub z dodatkiem domieszki klasycznego narkotyku, np. heroiny, które sprawiają, że stężenie środka psychoaktywnego w danej

dawce jest o wiele większe, przez co środek ten w swych konsekwencjach jest trudny do przewidzenia, a więc jest bardzo groźny. Dodanie tych substancji poprzedza zwykle zwiększenie masy środka za pomocą substancji obojętnych; podyktowane jest to chęcią zwielokrotnienia zysku z nielegalnego handlu. Ze względu jednak na to, że substancje obojętne obniżają moc narkotyków, stąd dla wywołania efektu „uderzenia” dodaje się środek silniejszy [3].

Wynika z tego, że eksperymentowanie z nielegalnie dostępnymi środkami psychoaktywnymi jest niezwykle ryzykowne, gdyż skład tych środków jest nieznan, co w rezultacie może okazać się jeszcze bardziej niebezpieczne. Przykładowo, dzisiejsza marihuana jest o wiele silniej działającym narkotykiem, ponieważ znacznie bardziej podniesione jest w niej stężenie aktywnego komponentu THC, podobnie „obecnie produkowana kokaina jest 50 razy mocniejsza w działaniu, niż klasyczna” [4].

Niezależnie od wskazanych zagrożeń związanych z używaniem współczesnych narkotyków, bardzo duże niebezpieczeństwo należy widzieć w tym, że substancje te stanowią drogę do używania środków narkotycznych o wyższym potencjale uzależnienia. Sytuacja taka występuje ze względu na wzrost tolerancji organizmu, powodującej zwiększone zapotrzebowanie na coraz większe dawki środka lub na środek silniejszy. Można więc powiedzieć, że zażywanie środków psychoaktywnych, powodujących uzależnienie psychiczne, stanowi bardzo często pierwszy i zarazem początkowy etap w rozwoju zjawiska narkomanii, który ze względu na wskazane zagrożenia z całą pewnością nie powinien być tolerowany.

Jeszcze większe zagrożenia dla zdrowia i życia należy widzieć w coraz częściej zażywanych przez młodych ludzi dopalaczach. Ich niebezpieczeństwa związane są przede wszystkim z ich składem chemicznym, zawierającym wiele bardzo groźnych substancji, takich jak: kwas solny, benzyna, aceton czy fosfor [5], a także z ich nieodpowiednią produkcją, której efektem końcowym jest często produkt o zdecydowanie wyższym stężeniu substancji psychoaktywnej, co niewątpliwie ułatwia przedawkowanie i stwarza jeszcze większe zagrożenie dla organizmu. Ponadto produkcja dopalaczy w niesterylnych warunkach – mimo często tej samej nazwy – sprzyja także niejednorodności tych środków ze względu na zróżnicowanie składu chemicznego, a to z kolei utrudnia identyfikację tych środków i w konsekwencji także bezzłoczne podjęcie środków zaradczych.

Mimo wymienionych właściwości dopalaczy prowadzących często do poważnych zatruc, powikłań chorobowych, a nawet do zgonów, zainteresowanie młodzieży tymi środkami jest bardzo duże. Przyczynia się do tego wiele różnych czynników, wśród których przede wszystkim należy wyróżnić niską cenę, dość łatwą dostępność, legalność, różnorodność związaną z ich szerokim wyborem czy też „pozorne” bezpieczeństwo [6].

Wymienione właściwości dopalaczy zwiększają ich „atrakcyjność” i bardziej zachęcają młodzież do ich zażywania, z całą pewnością jednak potęgują zagrożenia z nimi związane.

Zagrożeń związanych ze współcześnie nasilającymi się uzależnieniami należy upatrywać nie tylko w środkach psychoaktywnych. Licznych zagrożeń dostarczają również obsesyjnie powtarzające się czynności podporządkowujące sobie całość funkcjonowania człowieka, przyjmujące często formę patologicznych zachowań. Czynnościami tymi, przykładowo, mogą być: nadmierne korzystanie z Internetu, telefonu komórkowego, zbyt duże angażowanie się w pracę, robienie zakupów itp. Wymienione czynności, objęte mianem „nowych uzależnień” ze względu na to, że dotyczą głównie sfery psychicznej, często są bagatelizowane, wydają się mniej szkodliwe niż zażywanie środków psychoaktywnych i mniej niebezpieczne. Tymczasem poprzez bardzo duże zaabsorbowanie daną czynnością prowadzą często do całkowitego wyobcowania z dotychczasowego środowiska, licznych konfliktów czy też zaniedbań ważnych obowiązków, skutkujących np. utratą pracy lub rozbiciem rodziny.

Wskutek nadmiernego zaangażowania w daną czynność dochodzi często do nieracjonalnego odżywiania, zaburzeń snu, wielu dolegliwości somatycznych, a w skrajnych przypadkach nawet do całkowitego wyniszczenia organizmu. Dodatkowym zagrożeniem współcześnie nasilających się zaburzeń psychicznych o charakterze behawioralnym jest współwystępowanie ich z uzależnieniami chemicznymi (alkoholizmem, narkomanią) zwiększającymi jeszcze bardziej niebezpieczeństwa z nimi związane.

Warto dodać, że w uświadamianiu licznych zagrożeń związanych z nowymi uzależnieniami dużą barierę stanowi to, że dotyczą one zachowań wchodzących w zakres powinności każdego człowieka, przez co całkowite ich zaprzestanie, jak to ma często miejsce w przypadku uzależnień chemicznych, jest zupełnie niemożliwe.

Minimalizowanie więc zagrożeń związanych z nowymi uzależnieniami powinno być ukierunkowane na racjonalne wykonywanie czynności mogących stać się przedmiotem uzależnienia. W tym racjonalnym wykonywaniu określonych czynności pewną barierę może stanowić nie tylko akceptacja społeczna tych czynności, ale czasami również swoistego rodzaju podziw zasługujący na uwagę, docenienie. Dzieje się tak w przypadku nadmiernego zaangażowania w pracę, pozostającego w związku z wymiernymi korzyściami materialnymi, zasługującymi w ocenie społecznej na szacunek i uznanie.

Takie postawy społeczne, stanowiące niewątpliwie dodatkowe utrudnienie w przeciwdziałaniu uzależnieniu od pracy, nie mogą jednak przesądzać o tolerowaniu nadmiernego zaangażowania w pracę, gdyż może to skutkować bardzo poważnymi i często trudnymi do przewidzenia konsekwencjami.

Wielu zagrożeń w rozwoju współczesnych uzależnień należy upatrywać także w zmianach ich etiologii, m.in. związanych z przeniesieniem zjawisk spatologizowanych na środowiska pozapatologiczne, które w ubiegłych dziesięcioleciach na ogół wolne były od tych zjawisk. Dotyczy to zwłaszcza środowisk dobrze sytuowanych, w których rodzice są zbyt mocno zaangażowani w pracę zawodową, w których problemy socjalizacji i wychowania młodego pokolenia traktowane są drugoplanowo, czego przejawem jest m.in. zbyt małe zainteresowanie rodziców dzieckiem i jego problemami.

Rozwój uzależnień w tych środowiskach jest dość trudny do natychmiastowego wychwycenia, gdyż „kłóci się” z dotychczasowym modelem genezy uzależnień, a to z kolei opóźnia wczesną interwencję i daje „ciche” przyzwolenie na dalszy rozwój uzależnienia.

Zmiany w etiologii współczesnych uzależnień szerzących się wśród młodzieży należy także upatrywać w innych czynnikach, wśród których znaczące miejsce zajmuje wzrost zapotrzebowania społecznego na tzw. „mocne wrażenia” (ujawniające się m.in. w zażywaniu środków psychoaktywnych, a obecnie coraz częściej w uzależnianiu się od wielu czynności, np. grania na komputerze, używania telefonu komórkowego i in.) prowadzące do wielu niebezpiecznych następstw w postaci różnych zaburzeń.

Zachowania suicydalne przejawiane przez współczesną młodzież i ich korelaty

Zachowania suicydalne (przejawiane w postaci myśli, prób i zamachów samobójczych), mimo tego, iż nie zawsze łączone są z zaburzeniami nastroju w postaci zaburzeń depresyjnych, to jednak z całą pewnością nie powinny być lekceważone, tym bardziej, że stają się coraz poważniejszym problemem społecznym nie tylko na świecie, ale również w Polsce. Chociaż dokładna liczba aktów samobójczych jest trudna do ustalenia, ponieważ często trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czy był to zamach samobójczy czy nieszczęśliwy wypadek, to jednak według danych statystycznych liczba osób dokonujących tych zamachów stale rośnie.

Najbardziej niepokojące jest to, że wśród osób popełniających samobójstwa w naszym kraju obserwuje się wyraźny wzrost suicydentów w coraz to młodszym wieku, zwłaszcza w przedziale 15-19 lat, a zdarza się również, że w jeszcze młodszym. Wskazują na to statystyki WHO, według których na całym świecie samobójstwo stanowi drugą – po wypadkach drogowych – przyczynę śmierci osób w grupie wiekowej 15-29 lat. Równie niepokojących danych dostarcza ostatni Raport Fundacji „Dajemy Dzieciom Siłę”, z którego wynika, że Polska znajduje się na drugim miejscu w Europie pod względem samobójstw nieletnich [7].

Na wzrost liczby zamachów samobójczych w ostatnich latach wśród nieletnich osób w Polsce wskazują także dane statystyczne Komendy Głównej Policji, z których wynika, że liczba prób samobójczych na przestrzeni lat 2011-2016 wzrosła z 248 do 475. Wymieniona liczba aktów samobójczych dotyczy głównie młodzieży między 15 a 19 rokiem życia, jednak w 70 przypadkach były to osoby, które nie przekroczyły 14 roku życia.

Równie niepokojących danych na temat zachowań suicydalnych młodzieży dostarczają statystyki policyjne z roku 2017, z których wynika, że do października 2017 roku na swoje życie targnęło się aż 440 nieletnich, z czego 66 osób zmarło. Należy dodać, że wśród osób dokonujących prób samobójczych w 7 przypadkach były to dzieci w wieku 7-12 lat.

Uwarunkowania aktów samobójczych są bardzo złożone. Wśród nich uwzględnia się zarówno czynniki zewnętrzne (środowiskowe), jak również wewnętrzne (indywidualne), osobiste. Nie są one jednak wyizolowane (pojedyncze), o samobójstwie bowiem decyduje najczęściej wyjątkowy splot różnych czynników, które tworzą określony suicydogeny układ sytuacyjny,

a następnie stykają się z odpowiednim typem osobniczych skłonności samobójczych [8]. W tym układzie sytuacyjnym niewątpliwie bardzo duży udział przypada współczesnym uwarunkowaniom ogólnospołecznym generującym szereg procesów dezintegracyjnych, związanych przede wszystkim z destabilizacją na rynku pracy, z osłabieniem i rozluźnieniem więzi rodzinnych, z wchodzeniem w spiralę zadłużeń.

Przyczyn rosnącej liczby zamachów samobójczych należy upatrywać również w negatywnych konsekwencjach zmiany stylu życia, nastawieniu na budowanie pozycji, dobrobytu, „wyścigu szczurów”. Wśród tych uwarunkowań niemałą rolę odgrywa również postępująca sekularyzacja społeczeństwa, a niekiedy także przywiązywanie mniejszej wagi do życia jako wartości nadrzędnej [9].

Dezintegracja życia społecznego stwarza warunki do powstawania różnego rodzaju zachowań niedostosowanych społecznie. Istnieje bowiem związek pomiędzy stanem funkcjonowania społecznego a powstawaniem zachowań dewiacyjnych. Zatem patologia społeczeństwa stwarza patologię jednostki, co jest potwierdzeniem poglądu E. Durkheima, który sformułował pojęcie „społeczeństwa suicydalnego” jako tego, które poprzez swoje wadliwe funkcjonowanie stwarza warunki dla człowieka do popełniania czynów autodestrukcyjnych [10].

Związek procesów dezintegracji społecznej z zachowaniami suicydalnymi wykazuje pewne zróżnicowanie w poszczególnych fazach życia. Inne bowiem elementy tego procesu uruchamiają mechanizm samobójstwa w okresie wczesnej młodości, inne natomiast w fazie dojrzewania, czy późnej starości. I tak, wielu autorów podkreśla, że wśród dzieci i młodzieży źródłem zachowań suicydalnych jest bardzo często niekorzystna sytuacja rodzinna wynikająca najczęściej z rozbicia rodziny, z alkoholizmu, czy też z niedostatecznej opieki nad dzieckiem (z braku rodziców w domu wskutek nadmiernego angażowania się w pracę zawodową), która w konsekwencji powoduje pozostawienie dziecka samego sobie z problemami, które je często przerastają.

Badania socjologiczne wskazują na wysoką korelację pomiędzy wzrostem samobójstw wśród nastolatków a wzrostem liczby rozwodów. Wynika to z tego, że większość dzieci obwinia siebie za spowodowanie rozejścia się rodziców, a bywa i tak, że jedno z rodziców wręcz obciąża dziecko winą za rozwód [11].

Czynnikiem warunkującym postawy samobójcze wśród dzieci i młodzieży jest również zaborcza miłość rodziców, wynikająca często z przenoszenia na dziecko niezaspokojonych pragnień [12]. Takie postępowanie rodziców prowokuje u dzieci agresję, której częstą konsekwencją jest duże poczucie winy i wewnętrzne rozdarcie. Ważnym generatorem zwiększonych możliwości wystąpienia zachowań samobójczych u dzieci są także zwiększone wymagania stawiane przez rodziców, lub zbyt duża ich pobłażliwość wynikająca z braku odpowiedniego kontaktu emocjonalnego w rodzinie.

Wśród mechanizmów zamachów samobójczych dokonywanych przez dzieci i młodzież znaczące miejsce zajmują również trudności szkolne (wynikające z niemożności sprostania wymaganiom stawianym przez program nauczania, a także z nieprawidłowych relacji nauczyciel-uczeń), jak również brak akceptacji ze strony grup rówieśniczych. Czynniki te same w sobie są bardzo niebezpieczne, jednak stają się tym bardziej groźne, jeśli towarzyszy im brak oparcia w rodzinie i całkowite osamotnienie dziecka. Kumulacja tych czynników połączona z bardzo silną presją ze strony rodziców, szkoły i rówieśników może prowadzić do całkowitego załamania się młodego człowieka i w konsekwencji do targnięcia się na własne życie.

Drugą bardzo ważną grupą uwarunkowań zachowań suicydalnych są czynniki wewnętrzne (indywidualne, osobiste). Chociaż w literaturze można spotkać różne podziały i określenia tych uwarunkowań, to jednak najczęściej rozpatrywane są one w aspekcie czynników osobowościowych i klinicznych [13].

Zbiór czynników osobowościowych generujących akty samobójcze jest bardzo złożony. Wśród najważniejszych należy wymienić: poczucie beznadziejności i bezradności, agresję i impulsywność, perfekcjonizm i zawyżone oczekiwania wobec siebie, ambiwalencję uczuć, a przede wszystkim brak umiejętności rozwiązywania różnego rodzaju problemów życiowych. Ważną rolę odgrywa również wysoki poziom lęku, zwłaszcza psychicznego, który powoduje, że jednostki takie popełniają samobójstwo ze strachu przed określonym zagrożeniem.

Wymienione cechy osobowości dają o sobie znać najczęściej przy doświadczaniu przez jednostkę różnych trudności, niepowodzeń, które podnoszą poziom frustracji. Niepowodzenia życiowe w połączeniu ze wskazanymi predyspozycjami osobowościowymi są szczególnie

niebezpieczne wówczas, gdy się nasilają, a jednostka nie posiada odpowiednich mechanizmów obronnych, aby je wykorzystać w sytuacji frustracyjnej. W takich przypadkach łatwo może dojść do totalnego załamania, do całkowitej utraty sensu życia i w konsekwencji do podjęcia próby samobójczej.

Podłożem zachowań suicydalnych stają się także różnego rodzaju uwarunkowania natury klinicznej. Do najważniejszych należą: stany depresyjne, uzależnienia, schizofrenia czy też molestowanie seksualne.

Wśród tych czynników szczególną uwagę należy objąć uzależnienia, ze względu na ich bardzo duże nasilenie, ale również rozszerzenie na wiele rodzajów dotychczas nieznanymi uzależnieniami. W pierwszej kolejności należy wymienić uzależnienia związane z używaniem środków psychoaktywnych, a więc alkoholizm, narkomanię, ale obecnie nie można pomijać również nowych uzależnień, które często stają się bardzo istotnym stymulatorem dokonywanych zamachów samobójczych.

O tym, jak duże znaczenie odgrywają uzależnienia w etiologii zachowań suicydalnych, świadczy fakt, że występują one w diagnozie przynajmniej jednej trzeciej samobójstw, zarówno dorosłych, jak i młodocianych [14]. Zagrożenie samobójstwem u osób uzależnionych wzrasta wraz z rozwojem nałogu, a więc wejściem w bardziej zaawansowane fazy, kiedy występuje już nie tylko uzależnienie o charakterze psychicznym, ale i fizycznym, któremu towarzyszy zespół abstynencyjny. Stan zespołu abstynencyjnego jest niezwykle niebezpieczny z punktu widzenia zachowań autodestrukcyjnych z tego względu, że charakteryzuje się bardzo poważnymi dolegliwościami i doznaniem zarówno od strony somatycznej, jak i psychicznej.

Jednak zespół abstynencyjny nie jest jedynym zagrożeniem zachowaniami suicydalnymi u osób uzależnionych. W przypadku uzależnień od narkotyków tendencje samobójcze mogą bowiem pojawiać się również na skutek specyficznych właściwości niektórych środków, np. amfetaminy i jej pochodnych, kiedy to pojawiająca się po ich zażyciu euforia przechodzi w tzw. „psychiczne zdołowanie” i kompletne wycieńczenie organizmu.

Obecnie podwyższone ryzyko samobójstw wiąże się również z różnego rodzaju nowymi uzależnieniami, zwłaszcza w obrębie wirtualnej rzeczywistości. Uzależnienia te mogą dotyczyć nałogowego uwikłania się w gry komputerowe, kontakty z nieznanymi osobami w sieci czy też przeżywania „hejtu” ze strony osób poznanych w Internecie. Pod wpływem

dotkliwego doznawania rozczarowań, presji, szantaży, a nade wszystko popadnięcia w totalne długi i niemożność wyjścia z tej sytuacji, może dochodzić do stanów całkowitego załamania, a nawet prób samobójczych.

Rodzaje działań profilaktycznych związanych z przeciwdziałaniem zaburzeniom psychicznym

Przedstawione treści pokazują, jak bardzo zagrażające dla zdrowia i życia młodzieży są współcześnie nasilające się uzależnienia oraz zachowania suicydalne.

Biorąc pod uwagę wymienione zagrożenia i uwarunkowania przedstawionych zaburzeń, należy z całą stanowczością stwierdzić, że trzeba je uwzględniać przy ustalaniu działań profilaktycznych, mających na celu zwiększenie zabezpieczenia młodzieży przed różnymi zaburzeniami psychicznymi. Chodzi o różnego rodzaju działania informacyjne, edukację emocjonalną młodych ludzi oraz o promowanie zdrowego stylu życia.

Działania informacyjne mogą zwiększyć świadomość zagrożeń i podnieść rangę problemów związanych z uzależnieniami i zachowaniami suicydalnymi. Szczególnie jest to niezbędne w przypadku tzw. „uzależnień nowych”, których mechanizm powstawania jest wciąż mało rozpoznany, a krąg specjalistów mających kompetencje i doświadczenie w walce z tymi uzależnieniami jest wciąż niewystarczający.

Większego także doinformowania wymagają młodzi ludzie w zakresie zachowań suicydalnych, dla których próba samobójcza jest bardziej aktem wołania o pomoc, zwrócenia na siebie uwagi, niżeli rzeczywistą chęcią odebrania sobie życia. Niestety, wiele osób dokonujących takich prób nie zdaje sobie sprawy z tego, że każda z nich może zakończyć się tragicznie.

Większą świadomość i umiejętności powinni mieć także młodzi ludzie w zakresie rozpoznawania różnych znaków ostrzegawczych i obalania mitów związanych z samobójstwami. Wiedza na ten temat może być pomocna nie tylko dla nich samych, ale i dla otoczenia rówieśniczego, gdyż dzięki niej będą oni mogli umieć rozpoznawać problemy suicydalne innych osób i w ten sposób zapobiegać wielu ryzykownym sytuacjom. Warto dodać, że posiadanie takich umiejętności jest bardzo ważne i przydatne zwłaszcza w sytuacji, gdy liczba zamachów samobójczych wśród dzieci i młodzieży w obecnej rzeczywistości tak bardzo się nasila.

Podejmowane działania profilaktyczne powinny mieć bardzo szeroki zasięg informacyjny, tak, aby trafiły do każdej placówki zarówno szkolnej, jak i pozaszkolnej, a także do każdego środowiska. Jest to bardzo ważne zadanie edukacyjne, ponieważ w dalszym ciągu wielu młodych ludzi bagatelizuje problem zarówno uzależnień, jak i zachowań suicydalnych. Przejawia się to m.in. w demonstrowaniu postawy kontrolującej uzależnienie, nie poddającej się temu procesowi, a przede wszystkim w umniejszaniu licznych bardzo niebezpiecznych konsekwencji związanych zarówno z uzależnieniami, jak i zachowaniami suicydalnymi.

Innym bardzo ważnym działaniem profilaktycznym związanym z zaburzeniami psychicznymi jest kształcenie emocjonalne młodych ludzi. Źródeł tych działań należy upatrywać w uwarunkowaniach wielu uzależnień, które mimo tego, że są bardzo zróżnicowane, to jednak posiadają wspólny mianownik, którym są licznie piętrzące się trudności i brak umiejętności ich pokonania. Należy pamiętać, że pokonywanie tych trudności w dużym stopniu potęgowane jest przemianami natury psychofizjologicznej, związanej z okresem dojrzewania, w którym osobowość młodych ludzi charakteryzuje się dużą niestabilnością i niespójnością, a także zwielokrotnioną intensywnością przeżywania przez nich różnych sytuacji, a zwłaszcza napotykanymi trudnościami.

Wszystko to razem sprawia, że reakcje młodych ludzi w przypadku napotykanymi trudnościami, a zwłaszcza niepowodzeń, są często bardzo intensywne i nieproporcjonalne do siły bodźca, a to z kolei tym bardziej przekonuje o konieczności obejmowania młodych ludzi edukacją emocjonalną. Tego rodzaju edukacja mogłaby przyczynić się do większego poczucia własnej wartości młodych ludzi, bardziej racjonalnego podejmowania decyzji (umiejętności zachowania się asertywnego), co z pewnością w znacznym stopniu zabezpieczyłoby ich przed ucieczką w złudny świat uzależnień czy też innych zaburzeń.

W realizacji oddziaływań związanych z edukacją emocjonalną przydatna może okazać się strategia prawidłowego postępowania w przypadku pojawienia się negatywnych emocji opracowana przez M. Wojciechowskiego [15]. Strategia ta, nazwana przez autora naturalną, oparta jest przede wszystkim na podejmowaniu takich działań, które przynoszą większą satysfakcję oraz unikaniu tych, które prowadzą do niezadowolenia. W myśl tej strategii rozwiązywanie problemów następuje nie przez środki chemiczne

lub też uporczywie powtarzające się czynności, lecz przez zrozumienie przyczyn zaistniałej sytuacji i uczenie się nowych doświadczeń. Taki sposób postępowania powoduje rzadsze występowanie trudności, co w rezultacie sprzyja poprawie ogólnego komfortu psychicznego

Za realizacją edukacji emocjonalnej przemawia również to, że współcześni rodzice często zaniedbują funkcje wychowawcze wobec swoich dzieci, uzasadniając to nadmiarem obowiązków zawodowych lub też brakiem umiejętności utrzymania prawidłowych relacji pomiędzy nimi a dziećmi. Objęcie więc młodzieży edukacją emocjonalną w szkole ułatwiłoby jej radzenie sobie z wieloma konfliktami i w ten sposób dałoby możliwość przeciwdziałania tak licznie nasilającym się obecnie zaburzeniom.

Próby oddziaływań profilaktycznych związanych z edukacją emocjonalną młodzieży były podejmowane w niektórych polskich szkołach, jednak na zdecydowanie zbyt małą skalę. Przykładem takich oddziaływań może być realizowany przez M. Słyk program „Spójrz inaczej”, podczas którego młodzież uczyła się właściwego postrzegania siebie i rozumienia swoich uczuć, rozwiązywania problemów czy też rozładowywania napięć emocjonalnych [16].

We współczesnej profilaktyce przeciwdziałającej zaburzeniom psychicznym dużą uwagę należy zwracać na promowanie zdrowego stylu życia. Sposoby spędzania wolnego czasu przez młodzież ponad wszelką wątpliwość mają bardzo duże znaczenie dla zachowania zdrowia psychicznego i fizycznego. Nabierają więc znaczenia takie działania, jak aktywność ruchowa, sposób odżywiania, fizjologia snu czy też po prostu organizacja czasu wolnego.

Niestety, wymienione formy działań we współczesnej rzeczywistości nie zawsze przebiegają prawidłowo, co zapewne nie pozostaje bez wpływu na kondycję psychiczną młodych ludzi. Wyrabianie więc u dzieci i młodzieży nawyków prozdrowotnych staje się nie-zwykle ważnym zadaniem profilaktycznym i edukacyjnym.

Podsumowanie

W ukazaniu roli edukacji w przeciwdziałaniu zaburzeniom psychicznym, która była głównym przesłaniem niniejszego opracowania, sporo uwagi i miejsca poświęcono kwestiom zagrożeń związanych ze współcześnie nasilającymi się zaburzeniami psychicznymi wśród młodzieży (zwłaszcza

uzależnieniami i zachowaniami suicydalnymi) oraz ich uwarunkowaniami. W szczególności chodziło o uwypuklenie tych zagrożeń i tych uwarunkowań, które w obecnej rzeczywistości stanowią swoistego rodzaju novum, a które często nie są przez młodzież dostrzegane lub wręcz bagatelizowane, co w rezultacie potęguje liczne niebezpieczeństwa związane ze współczesnymi zaburzeniami psychicznymi.

Wyodrębnione treści okazały się również bardzo przydatne w określeniu zadań edukacyjnych związanych z profilaktyką zaburzeń psychicznych. Za najbardziej pierwszoplanowe uznano działania informacyjne związane z uświadamianiem i nagłaśnianiem licznych zagrożeń, bo choć przepływ informacji współcześnie jest o wiele łatwiejszy, to jednak nie zawsze dotyczy najbardziej znaczących z punktu widzenia profilaktyki treści.

Bardzo dużą uwagę w działaniach profilaktycznych zwrócono na konieczność prowadzenia na szeroką skalę wśród młodzieży edukacji emocjonalnej poprzez kształcenie umiejętności pokonywania różnych problemów, która w znaczący sposób mogłaby zabezpieczać młodych ludzi przed różnymi zaburzeniami psychicznymi.

Konkludując należy stwierdzić, że edukacja, zwłaszcza szkolna (będąc bliżej ucznia) może odegrać znaczącą rolę w przeciwdziałaniu analizowanym zaburzeniom psychicznym wśród młodzieży. W wypełnianiu tej roli bardzo duże znaczenie ma zabezpieczenie lokalowo-sprzętowe i kadrowe, dostosowane do potrzeb uczniów. Miejmy nadzieję, że realizowana obecnie kolejna edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zakładająca wyraźne dofinansowanie podejmowanych w tym celu inicjatyw, pomoże wypełniać tę rolę.

Piśmiennictwo

1. Chruściel T.L., *Marihuana. Materiały do nauczania narkomanii*, Warszawa: Wyd. TZN, 1995.
2. Łuczak E., *Zmiany w preferowaniu środków odurzających i zagrożenia z nich wynikające*. [w:] *Nowe oblicza uzależnień*, E. Łuczak (red.), Olsztyn: Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, 2009.
3. Dymek-Balcerek K., *Patologie zachowań społecznych*, Radom: Wyd. Politechniki Radomskiej, 2000.
4. Pospiszyl I., *Patologie społeczne*, Warszawa: Wyd. Naukowe PWN, 2008.
5. Narodowy Instytut Leków, <http://www.nil.gov.pl/index.php/badania/designer-drugs>.
6. Ball H., Zięba S., *Stop dopalaczom. Pozory legalności i narkotykowy charakter dopalaczy*. Warszawa: Wyd. Medyk, 2011.
7. *Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2017.

8. Hołyst B., *Suicydologia*, Warszawa: Wyd. LexisNexis, 2002.
9. Łuczak E., Łuczak W., *Dynamika zachowań suicydalnych i jej niektóre korelaty*, [w:] *Pedagogika społeczna wobec procesów żywiołowych i zachowań ryzykownych*, M. Walancik, J. Hroncowa (red.), Toruń: Wyd. Edukacyjne „Akapit”, 2013.
10. Kozak S., *Patologie wśród dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wyd. „Difin”, 2007.
11. Anthony M.T., *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza „Vocatio”, 1994.
12. Ringel E., *Gdy życie traci sens*, Szczecin: Wyd. „Glob”, 1987.
13. Łuczak E., Łuczak W., *dz. cyt.*, s. 79.
14. Connor R.O., Sheehy N., *Zrozumieć samobójcę*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2002, s. 52.
15. Wojciechowski M., *Posłowie*, [w:] P. Popik, *Dlaczego narkotyki*, Warszawa: Wyd. Prószyński i S-ka, 2000.
16. Słyk M., *Jak korzystam z programu „Spójrz inaczej”*, *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 2000, nr 1.

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. Elżbieta Łuczak
publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.06.2018
Po recenzji: 12.07.2018
Zaakceptowano do druku: 01.10.2018

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2018 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Umiejętności edukacyjne w praktyce pielęgniarstwie Educational skills in nursing practice

Elżbieta Grajczyk^{A-F}

Specjalistyczny Szpital im. A. Sokolowskiego w Walbrzychu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2018; 1(20): 75-82

Streszczenie

W literaturze spotyka się wiele definicji edukacji zdrowotnej, która jest związana z całym kontekstem etapów życia człowieka. Znajduje ona odzwierciedlenie w programach edukacyjnych, które uwzględniają wiele różnorodnych celów zależnych od potrzeb danej grupy i obszaru tematycznego. Celem artykułu jest ukazanie miejsca pielęgniarki/pielęgniarsza w edukacji zdrowotnej i programach edukacyjnych począwszy od Narodowych Programów Zdrowia, poprzez programy w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia i jednostek samorządu terytorialnego, aż po edukację zdrowotną w różnych siedliskach, w których przebywa człowiek. Jest to moment, w którym Czytelnik tego artykułu może zastanowić się, w którym obszarze edukacji zdrowotnej się znajduje.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna; praktyka pielęgniarstwa.

Summary

In literature there are numerous definitions of health education, which is related to the whole context of human life stages. Health education is reflected in educational programs that take into account many different objectives dependent on a particular group's needs and the thematic area. This article aims to show the nurse's position in health education and educational programs, starting from National Health Programs, through programs within the framework of National Health Fund and local government units, and ending with health education in various environments inhabited by people. At this point the reader of this article may consider in which area of health education he/she is located.

Keywords: health education, nursing practice

Termin edukacja w potocznym znaczeniu wskazuje na wychowanie, wykształcenie; natomiast termin umiejętność – na praktyczną znajomość, czy zdolność wykonywania czegoś [1]. W działalności praktycznej pielęgniarki należy zwrócić uwagę na jej świadome, celowe działanie, jej doświadczenie, a także okres nabywania wprawy. To badania naukowe w zakresie pielęgniarstwa wskazują, iż planowa, systematyczna edukacja (czy to w sferze oddziaływań wychowawczych i edukacyjnych, czy w sferze ukierunkowanych na zmianę zachowań zdrowotnych) znajduje odzwierciedlenie w przebiegu choroby, powodując jej spowolnienie

i ograniczenie niepożądanych następstw. Nauczanie zmierzające do podejmowania korzystnych dla zdrowia zachowań pacjenta i jego rodziny jest podyktowane wieloma czynnikami, m.in. trafnym określeniem celów, doborem treści, zastosowaniem adekwatnych metod, środków dydaktycznych, przestrzeganiem zasad przekazywania wiedzy. W zasadniczym rozumieniu edukacji zdrowotnej są widoczne trzy rodzaje podejścia. Pierwsze z nich – podejście promocyjne – odnosi się do zdrowia rozumianego jako proces, który jest kategorią pozytywną i subiektywną, a który dąży do osiągnięcia dobrego samopoczucia. Drugie podejście – podejście profilaktyczne – dotyczy już stanu zdrowia zagrożonego zachorowaniem i obejmuje przeciwdziałanie odległym skutkom. Ostatnie podejście – podejście terapeutyczne – odnosi się do ludzi chorych, gdzie tzw. edukacja terapeutyczna powinna umożliwić im nabycie i zachowanie zdolności, które pozwolą im na kierowanie własnym życiem w sytuacji choroby [2].

Dla większości pielęgniarek podejście edukacyjne w relacji z pacjentem jest najbardziej realne, ponieważ mają możliwość uwzględnienia indywidualnych zasobów chorego i jego środowiska. Tu pielęgniarka dysponuje niezbędnymi wiadomościami o pacjencie, o jego systemach wartości, postawach i wierzeniach. Natomiast pacjent jako odbiorca przejawia potrzebę pozyskania informacji dotyczących zdrowia. Należy podkreślić fakt, iż podstawową intencją oddziaływania poprzez edukację jest uzyskanie zmiany korzystnej dla zdrowia.

W obszarze programów edukacji zdrowotnej należy wyodrębnić:

- I. Programy edukacji zdrowotnej w grupie osób zdrowych i zagrożonych ryzykiem choroby.
- II. Programy edukacyjne dla pacjentów i/lub opiekunów w wybranych chorobach przewlekłych.
- III. Edukację w różnych siedliskach.

Aby wdrożyć praktyczne działania w obszarze promocji, programy muszą spełniać pewne założenia. Wśród nich wyróżnia się: orientację na system, interdyscyplinarność, orientację na rozwiązanie problemu, orientację na zdrowie, międzysektorowość, uczestnictwo i wymianę międzynarodową [2].

Należy pamiętać, że centralną zasadą jest współpraca wielu podmiotów, np. szkolnictwa, biznesu, zdrowia, mediów, transportu. Ważne jest, aby łączyć różne podejścia i metody: edukację, legislację i działania fiskalne.

Podstawowym dokumentem regulującym politykę zdrowotną państwa jest Narodowy Program Zdrowia, którego koncepcja jest zgodna z merytorycznymi założeniami programu Unii Europejskiej oraz nową strategią zdrowia publicznego. Główne kierunki działań zmierzają ku zmianie stylu życia ludności (kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa), kształtowaniu sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki oraz zmniejszeniu różnic w stanie zdrowia i dostępie do świadczeń zdrowotnych poprzez aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia. W latach 90. XX wieku zostały rozwinięte inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia, która to przygotowała i rozpowszechniła wiele projektów w dziedzinie promocji i poprawy zdrowia. Były to m.in. następujące projekty programów: „Zdrowe Miasto”, „Zdrowe Miejsce Pracy”, „Szkoła Promująca Zdrowie”, „Szpital Promujący Zdrowie”. Planowanie programów, w myśl założenia podejścia interdyscyplinarnego, wymaga opracowywania projektów i realizowania ich przez wielu specjalistów, m.in. medyków (lekarze, pielęgniarki, położne, rehabilitanci, dietetycy), specjalistów zdrowia publicznego, socjologów, psychologów, pedagogów, prawników, ekonomistów, specjalistów marketingu i zarządzania, specjalistów bezpieczeństwa i higieny pracy, przedstawicieli pracodawców i samorządu lokalnego, a także przedstawicieli grup wsparcia oraz społeczności, do której program jest adresowany. Pielęgniarki biorą udział w ramach tychże programów ze względu na swoje kompetencje, zadania i profesjonalizm [3].

Proces pozyskiwania atrybutów prowadzący do wchodzenia w krąg profesji rozpoczął się od opracowania modelu pielęgniarstwa; poprzez podwyższanie poziomu przygotowania zawodowego aż do podwyższania kompetencji specyficznie pielęgniarских i osiągnięcia poziomu profesji [4]. W procesie tworzenia programu polegającego na oddolnym wprowadzaniu zmian (członkowie społeczności podejmują działania, które sami uznali za najistotniejsze z punktu widzenia ich zdrowia i samopoczucia), pielęgniarka jest wskazywana jako specjalista wspierający inicjatywę danej społeczności. Na przykład w programie „Szkoła Promująca Zdrowie” pielęgniarki środowiska nauczania szkolnego przypisano funkcję konsultanta i doradcy medycznego dla zespołu nauczycieli i dyrekcji, a także łącznika pomiędzy szkołą a systemem ochrony zdrowia [5]. Pielęgniarka/położna zajmuje także ważne miejsce w sprawnie działającej podstawowej opiece zdrowotnej (np.

program „Zdrowe Miasto”), a także należy do grupy profesjonalnych kadr w ramach realizacji potrzeb procesów promocji zdrowia w miejscu pracy (np. program „Zakład Promujący Zdrowie”). Również pielęgniarka prowadzi edukację zdrowotną w ramach swoich obowiązkowych zadań w programie „Szpital Promujący Zdrowie”.

Narodowy Program Zdrowia, formułując ogólne kierunki działań na rzecz zdrowia społeczeństwa w skali kraju, obok programów z zakresu promocji zdrowia wskazuje na programy profilaktyki. W populacyjnych programach zdrowotnych ukierunkowanych na grupy ryzyka chorobowego znajdują się programy zdrowotne finansowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz programy realizowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia i przez jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiaty, województwa).

Wśród programów o charakterze prewencyjnym znajdują się programy wieloletnie. W ich charakterystyce uwzględnia się cel programu, adresatów, zakresy działań i okres realizacji. Zasięg realizowanych programów może być ogólnopolski (np. program profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyki raka piersi, program badań prenatalnych, program profilaktyki układu krążenia), regionalny (np. program profilaktyki chorób odtytoniowych, profilaktyki gruźlicy, program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej).

W zakresie działań profilaktycznych programów zdrowotnych na szczeblu gminnym samorządu wymienia się badania profilaktyczne takie, jak: mammografia, badania w kierunku cukrzycy, nowotworu prostaty, „Białe Niedziele”. Realizacja wymienionych programów profilaktycznych w zakresie zdrowia będzie możliwa przy udziale osób profesjonalnie przygotowanych, do których między innymi należy pielęgniarka. Jest wykonawcą zleceń lekarskich, objętych zakresem świadczeń w ramach badań, np. wykonywanie pomiarów, pobieranie krwi, pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Bierze udział w edukacji zdrowotnej w pracy indywidualnej z pacjentem i jego rodziną.

Kolejną grupą programów edukacyjnych, do której duży wkład pracy wnosi pielęgniarka, są programy kierowane do pacjentów z rozpoznaną przewlekłą chorobą (a także do ich rodzin). Elementy składowe takiego programu to m.in.: określona diagnoza pielęgniarstwa, dobór uczestników edukacji i warunków wstępnych (które mają na celu rozpoznanie oczekiwań

pacjentów), określenie celów i efektów edukacji, dobór odpowiednich metod dydaktycznych, pomocy edukacyjnych, określenie formy organizacji pracy, a także metod ewaluacji. Należy również pamiętać o pełnieniu funkcji edukatora w praktyce pielęgniarskiej.

Kolejnym bardzo ważnym zagadnieniem jest edukacja zdrowotna w tzw. siedliskach (we wszystkich miejscach, w których ludzie żyją, uczą się, pracują, wypoczywają, korzystają ze świadczeń medycznych) – rodzina, przedszkole, szkoła, placówki ochrony zdrowia. Odbywa się ona w sposób naturalny (nieformalny) i formalny (zorganizowany) [6].

Od rodziny oczekuje się w zakresie kształtowania zdrowia stworzenia optymalnych warunków materialnych; właściwej atmosfery sprzyjającej zdrowiu fizycznemu i psychicznemu; aktywnej, systematycznej pracy nad kształtowaniem zachowań i postaw prozdrowotnych; organizacji życia zgodnej z zasadami higieny oraz współpracy z instytucjami ochrony zdrowia i edukacji.

Edukacja zdrowotna w rodzinie jest kierowana do wszystkich jej członków – stosownie do ich wieku i aktywności. W stosunku do dzieci i nastolatków obejmuje przekazywanie informacji o zdrowiu, uczenie umiejętności związanych z troską o ciało, uczenie umiejętności psychospołecznych oraz kształtowanie świadomości, postaw i odpowiedzialności za zdrowie. Dla kształtowania zachowań prozdrowotnych ważny jest mechanizm nazywany „dawaniem dobrego przykładu” (mechanizm modelowania) poprzez obrazowanie zachowań osób znaczących, w tym rodziców. Również dużą rolę odgrywa tradycja rodzinna, transmisja międzypokoleniowa, wspólne aktywności podejmowane razem z rodziną (tzw. współuczestniczenie) oraz wsparcie (emocjonalne, instrumentalne, materialne). W edukacji dorosłych codzienne interakcje rodzinne tworzą wspólny zasób wiedzy. Ważnym mechanizmem edukacji zdrowotnej w rodzinie jest transmisja międzypokoleniowa, która w przypadku oddziaływań w kierunku dzieci-rodzice staje się coraz bardziej widoczna jako proces socjalizacji wtórnej w zakresie zdrowia. W literaturze przedmiotu wskazuje się także na zachowanie odpowiedniej proporcji między czasem poświęcanym na obowiązki (praca zawodowa, szkoła), prace w domu i odpoczynek. Dla osób starszych rodzina stanowi środowisko ważne z punktu widzenia zarówno zdrowia fizycznego (wsparcie w chorobie i ekonomiczne, aktywizacja ruchowa), jak i psychicznego oraz społecznego (zapobieganie

samotności, poczuciu wykluczenia). Zachowanie aktywnego stylu życia (choć nie tylko w grupie osób starszych) wpływa korzystnie na samopoczucie, sprawność, zdrowie oraz na opóźnienie procesów starzenia. W utrzymaniu aktywności rodzina może pomóc poprzez stworzenie warunków aktywnego uczestnictwa

w życiu rodziny, rekreacyjnej aktywności fizycznej oraz umożliwienie podejmowania aktywności edukacyjnej. Ważne jest dbanie o prawidłowe odżywianie, odpowiednie ubranie i warunki mieszkaniowe. Ponadto, zachęcanie do badań profilaktycznych, przestrzeganie zaleceń lekarskich. W tym momencie dużą rolę ma do spełnienia pielęgniarka środowiskowo-rodzinna. Poprzez swoje wizyty patronażowe poznaje postawy i zachowania prozdrowotne całej rodziny.

Edukacja zdrowotna w kolejnym siedlisku to edukacja w ramach przedszkola. W jej planowaniu i realizacji należy wziąć pod uwagę właściwości rozwojowe dzieci. Ich zachowania zdrowotne i tryb życia zależy od osób dorosłych, a także od czynników, które sprzyjają realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolu. Wśród nich wymienia się: możliwość częstego kontaktu rodziców dzieci z pracownikami przedszkola, zapewnienie odpowiednich warunków środowiska fizycznego, różnorodność form pracy z dziećmi z integralnym po-wiązaniem działalności opiekuńczej, wychowawczej i dydaktycznej, dłuższy czas przebywania dzieci i ich mniejsza liczba w przedszkolu niż w szkole oraz brak rywalizacji i współzawodnictwa dzieci, co stwarza możliwość kształtowania umiejętności współpracy. Ponad-to, podstawa programowa wychowania przedszkolnego jest nasycona treściami dotyczącymi edukacji zdrowotnej, gdzie jednak w szkole treści z zakresu edukacji są najczęściej włączone do programów nauczania różnych przedmiotów. I tak w Polsce od roku 2009 wiodącym przedmiotem jest wychowanie fizyczne. W Ministerstwie Edukacji Narodowej trwają prace nad kolejną reformą strukturalną i programową w systemie edukacji, w tym nad opracowaniem nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego. Celem edukacji zdrowotnej w szkole jest udzielenie uczniom pomocy w zakresie poznawania siebie, śledzenia przebiegu swojego rozwoju, rozumienia czym jest zdrowie, od czego zależy, w jaki sposób powinno się o nie dbać. Ważnym elementem jest wzmacnianie poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości, rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne, a także innych. Uczeń winien być

przygotowany do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego otoczenia (dom, szkoła, miejsce pracy, społeczność lokalna). Realizując powyższe działania nierozzerwalnie będzie służyć rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań codziennego życia [6].

Jednym z czynników wspierających realizację edukacji zdrowotnej w szkole jest współpraca z pielęgniarką środowiska szkolnego. Ważne jest, aby uczestniczyła ona w programowaniu, realizacji i ewaluacji edukacji zdrowotnej. Powinno się dążyć w każdej placówce oświaty szkolnej (tak jak w programach „Szkoła Promująca Zdrowie”) do pełnienia przez pielęgniarkę funkcji konsultanta medycznego dla pracowników danej placówki. Ponadto, pielęgniarka spełnia ważną rolę łącznika pomiędzy szkołą, placówkami medycznymi i stacją sanitarno-epidemiologiczną.

Szpital (stacjonarna opieka zdrowotna) i przychodnia (ambulatoryjna opieka zdrowotna) to siedliska, z których korzystają ludzie w ramach świadczeń medycznych. W warunkach szpitalnych wyróżnia się cztery poziomy edukacji pacjenta (organizacyjna, terapeutyczna, budująca zaangażowanie i w zakresie promocji zdrowia), które winny spełniać określone oczekiwania osób tam leczonych i ich rodzin. Organizacja szpitalna nie może poprzestać na edukacji organizacyjnej. Standardowym postępowaniem w szpitalu powinno być prowadzenie edukacji terapeutycznej pacjenta i jego rodziny. Edukacja budująca zaangażowanie pacjenta spełnia jego oczekiwanie postawy edukatora budującego zaufanie. Także edukacja w zakresie promocji zdrowia zwraca uwagę na indywidualizację przekazu dostosowaną do charakterystyki pacjenta oraz zaadaptowanie do jego indywidualnej sytuacji uzyskanej wiedzy medycznej. Prowadzenie edukacji terapeutycznej jest jednym z zadań pielęgniarki/pielęgniarsza. Współtworząc zespół terapeutyczny stwarza dobre warunki dla włączenia edukacji do terapii, zwiększa szansę na podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności chorych niezbędnych do radzenia sobie z chorobą. Dużą rolę odgrywa efektywna komunikacja z pacjentem. Poprzez przyjęte rozwiązania organizacyjne (zadania w ramach edukacji organizacyjnej, odrębny gabinet, drukowane materiały edukacyjne, prezentacje multimedialne na monitorach, wewnętrzny kanał telewizyjny, kioski interaktywne) i komunikacyjne (metoda dialogu motywującego, technika teach back, edukacja w kierunku bycia aktywnym pacjentem) może zainicjować zainteresowanie pacjenta

edukacją w chorobie i dla zdrowia. Włączenie lekarzy rodzinnych i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych podstawowej opieki zdrowotnej do działań w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób warunkuje skuteczność i umożliwia kontynuację zaleceń poszpitalnych oraz wydawanych przez personel poradni specjalistycznych.

W którym obszarze edukacji zdrowotnej znajdujesz się Ty, Drogi Czytelniku?

Piśmiennictwo

1. <https://sjp.pwn.pl/szukaj/umiejetnosc.html> (dostęp:12.04.2018 r.).
2. Sierakowska M., Wrońska I.: *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwie*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015.
3. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U.2011, nr 174, poz.1039.
4. Karkowska D.: *Prawo medyczne dla pielęgniarek*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska SA, 2013.
5. Sokołowska M.: *Szkoła promująca zdrowie*, [w:] *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo* (red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz), Lublin: Wyd. Czelej, 2008.
6. Woynarowska B. (red.): *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017.

Adres do korespondencji:
dr E. Grajczyk
publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.06.2018
Po recenzji: 12.07.2018
Zaakceptowano do druku: 01.10.2018

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2018 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Regulamin publikowania prac

ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS zamieszcza recenzowane oryginalne prace badawcze oraz artykuły poglądowe z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education, wydanych przez New York Academy of Sciences Ad Hoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace doświadczalne odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki i zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Konwencją Helsińską i akceptowany przez odpowiednią komisję bioetyczną z macierzystej instytucji.

Przygotowanie edycyjne maszynopisu

Strona tytułowa. Na stronie tytułowej należy podać: tytuł pracy (polski i angielski), nazwiska i imiona autorów, afiliację i dokładny adres każdego z autorów oraz nazwisko, imię, telefon, faks, adres e-mail autora odpowiedzialnego za korespondencję. Zaleca się ponadto podanie tzw. krótkiego tytułu składającego się z około 45 znaków.

Streszczenie. Do artykułu należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych musi składać się z następujących wyodrębnionych części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja/Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo. Sekcja Materiał i metody musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników. Streszczenie w języku angielskim nie powinno przekraczać 400 słów, a w języku polskim 300. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione w artykule. Streszczenia prac poglądowych powinny zawierać od 150 do 250 słów. Po streszczeniu należy umieścić nie więcej niż 5 słów kluczowych w języku polskim i angielskim, rekomendowanych przez Index Medical Subject Headings MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Maszynopis. Prace poglądowe nie powinny zawierać więcej niż 6000 słów, oryginalne 5000. Praca oryginalna powinna składać się z następujących części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja/Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo. Artykuły należy pisać na papierze formatu A4 (21 × 30 cm lub 22 × 28 cm) z zachowaniem podwójnej interlinii (dotyczy to również wykazu literatury, podpisów do rycin i tabel). Każdą część pracy należy pisać na oddzielnej stronie. Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman lub

Arial. Odniesienia do literatury, rycin i tabel należy umieszczać zgodnie z kolejnością cytowania w tekście. W tekście nie można stosować żadnych wyróżnień. Wskazane jest, aby podawać międzynarodowe nazwy leków. Wyniki badań biochemicznych i innych powinny być podane w jednostkach zgodnych z układem SI. Należy ujawnić wszelką pomoc finansową i materialną.

Piśmiennictwo. Autorzy ponoszą odpowiedzialność za poprawność cytowanej literatury. Cytowanie prac należy ograniczyć tylko do pozycji najnowszych i łączących się bezpośrednio z przedstawionym tekstem. Liczba pozycji cytowanego piśmiennictwa w artykułach poglądowych nie może przekraczać 40, w pracach oryginalnych 30 pozycji. Wykaz i numeracja piśmiennictwa powinny być zgodne z kolejnością cytowania w tekście, tabelach i rycinach.

Przykłady cytowanego piśmiennictwa:

- A. schemat zapisu dla artykułów z czasopism powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł artykułu, tytuł czasopisma, rok wydania, numer wydania, strony,

np.: Szczepkowski M., Dobra stomia, Postęp Nauk Medycznych, 2006, 19: 240-248

- B. zapis dla pozycji książkowych powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł książki, nazwa wydawnictwa, miejsce wydania, rok wydania,

np.: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.): Procedury pielęgniarskie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009

- C. zapis dla rozdziału w książce powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów rozdziału, inicjały imion autorów rozdziału, tytuł rozdziału, [w:] nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł książki, nazwa wydawnictwa, miejsce wydania, rok wydania, strony rozdziału

np.: Ślusarska B., Edukacja pacjenta a pielęgnowanie, [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): Podstawy pielęgniarstwa. T. II. Wybrane działania pielęgniarskie, Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 959-962

- D. zapis artykułu on-line powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł artykułu, pełen zapis strony internetowej na której umieszczono artykuł, data dostępu/stan na dzień: (dz-m-r/r-m-dz)

np. Jarzynkowski P., Książek J., Bezpieczeństwo z elektrochirurgii, <http://issuu.com/termedia/docs/pchia1404-issuu01?e=6268539/10396087>, data dostępu: 11.12.2017

Pamiętać należy, że w każdej pozycji podaje się nazwiska maksymalnie do trzech autorów, jeżeli jest ich więcej, to należy podać nazwisko i inicjały pierwszego autora i skrót i in. (w przypadku pozycji anglojęzycznych skrót et al.)

Ryciny i tabele: Profesjonalnie przygotowane wykresy, rysunki i fotografie w trzech egzemplarzach należy numerować jako ryciny i dołączyć do pracy oddzielnie, poza tekstem, w wersji elektronicznej oraz wydrukowane na papierze. Wszystkie oznaczenia i symbole na rycinach muszą być czytelne. Podpisy do rycin w języku polskim i angielskim należy dołączyć oddzielnie. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi w kolejności, w jakiej ukazują się w tekście. Tabele należy zamieścić na oddzielnych stronach i numerować cyframi rzymskimi zgodnie z cytowaniem w tekście. Podpisy do tabel muszą być napisane w języku polskim i angielskim. Wszystkie skróty powinny być wyjaśnione w przypisie.

Nadsyłanie maszynopisów

Oryginał i dwie kopie maszynopisu zawierające wszystkie ilustracje i tabele powinny być nadsyłane pod poniższy adres: Redakcja ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS ul. Powstańców Śląskich 3 59-220 Legnica, Polska tel.: +48 76 854 99 33, e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Prace przygotowane na nośnikach elektronicznych

Redakcja przyjmuje prace na CD-ROM-ach lub przesłane e-mailem. Teksty należy przekazywać w formacie Word. Materiał ilustracyjny należy przygotować: w formacie TIFF-dla skanów, CorelDRAW lub Adobe Illustrator-dla grafiki wektorowej, Microsoft Excel-dla wykresów i diagramów. Każdy dysk musi być opisany: nazwisko autora, tytuł pracy, nazwa pliku, program i numer wersji. Tekst i materiał ilustracyjny muszą być w oddzielnych plikach. Tekst na dysku musi być zgodny z wydrukiem.

Korekta autorska

Korektę autorską należy zwrócić do Redakcji w ciągu 7 dni. W przeciwnym wypadku artykuł zostanie wycofany z danego zeszytu. Zmiany w korekcie autorskiej inne niż błędy składu drukarskiego są wprowadzone na odpowiedzialność autora.

Procedury zabezpieczające oryginalność prac naukowych

Ochrona danych pacjentów

Autorzy prac naukowych mają obowiązek chronić dane osobowe pacjenta. Do publikacji powinny trafiać jedynie dane o znaczeniu informacyjnym lub klinicznym. Jeżeli nie ma możliwości uniknięcia ujawnienia danych identyfikujących pacjenta, niezbędna jest na to zgoda pacjenta (lub prawnych opiekunów), co powinno być odnotowane w publikacji.

Odpowiedzialność cywilna

Redakcja stara się czuwać nad merytoryczną stroną wydawnictwa. Jednak za treść artykułów odpowiada Autor. Wydawnictwo ani Komitet Naukowy nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

Zasady kwalifikacji prac do druku

1. Prace są przesyłane pod adres Redakcji.
2. Każda praca jest recenzowana przez dwóch niezależnych recenzentów.
3. Komitet Naukowy kwalifikuje pracę do druku po uzyskaniu pozytywnych recenzji.
4. Ostateczną kwalifikację do druku podejmuje Redaktor Naukowy.
5. Autor otrzymuje artykuł do korekty autorskiej.
6. Wydrukowany artykuł staje się własnością Wydawcy, czyli Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Procedury zabezpieczające oryginalność prac naukowych stosowane przez czasopismo

1. Wszystkie nadesłane do Redakcji prace są recenzowane przez dwóch niezależnych recenzentów.
2. Autor(rzy) prac składają oświadczenie, że praca nie jest złożona w innej redakcji i nie była publikowana.
3. Nadesłanie pracy do Redakcji jest równoznaczne z akceptacją faktu, że manuskrypt może być poddany ocenie przez system wykrywania plagiatu. Wszystkie wykryte przypadki nierzetelności naukowej będą ujawniane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich instytucji.
4. Artykuły są systematycznie, komputerowo analizowane pod względem plagiatu przez system antyplagiatowy.
5. Native-speaker i redaktor sprawdzają artykuły zarówno pod względem językowym, jak i oryginalności.
6. Komitet Redakcyjny ocenia i podejmuje decyzję o druku artykułu, opierając się na kryteriach opracowanych przez COPE (Committee on Publication Ethics).

Formularz kontrybucji autorskiej

Kryteria autorstwa

Uznanie autorstwa powinno opierać się na: zasadniczym wkładzie w koncepcję i projekt, zebranie danych lub analizę i interpretację danych, napisaniu artykułu lub krytycznym zrecenzowaniu pod kątem istotnej zawartości intelektualnej, ostatecznej akceptacji wersji do druku. Autorzy powinni spełniać wszystkie ww. kryteria, a jeżeli praca była prowadzona przez dużą grupę osób z wielu ośrodków, grupa ta powinna

wskazać badaczy, którzy przyjmą bezpośrednią odpowiedzialność za pracę. Autor nadsyłający pracę zbiorową powinien określić kolejność autorów, wszystkich pojedynczych autorów wchodzących w skład danej grupy, a także jej nazwę. Wszystkie osoby określone jako autorzy muszą spełniać kryteria do autorstwa, a wszyscy, którzy się do niego kwalifikują, powinni być wymienieni. Każdy autor powinien uczestniczyć w pracy w takim stopniu, aby wziąć odpowiedzialność za właściwe fragmenty treści, jej zawartość oraz za konflikt interesów. Współpracownicy, którzy nie spełniają kryterium autorstwa, powinni być wymienieni, za ich pisemną zgodą, w podziękowaniach.

Określenie wkładu poszczególnych autorów w powstanie pracy, odbywa się wg następujących kryteriów:

1. Koncepcja i projekt badania.
2. Gromadzenie i/lub zestawianie danych.
3. Analiza i interpretacja danych.
4. Napisanie artykułu.
5. Krytyczne zrecenzowanie artykułu.
6. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu.
7. Inne (proszę wymienić).

Imię i nazwisko autora	Miejsce pracy autora	Wkład w powstanie pracy (opisowo lub za pomocą cyfr)

Autor do korespondencji jest zobowiązany do przesłania formularza w imieniu wszystkich autorów

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

Tytuł pracy:

Oświadczenie autorów

Oświadczam, że praca pt.
nie była dotychczas publikowana i nie jest złożona w innej redakcji.

.....
Podpis wszystkich autorów lub autora do korespondencji w imieniu wszystkich autorów

Przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z brzmieniem art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych–dalej „RODO”), Wydawca (Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy) informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy (59-220) przy ul. Powstańców Śląskich 3.
2. Dane osobowe autorów prac przetwarzane są w celu przeprowadzenia procesu wydawniczego.
3. Zgłaszając pracę autor wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych dla celów przeprowadzenia procesu wydawniczego, w tym także do otrzymywania korespondencji związanej z publikacją.
4. Autorom przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich poprawy oraz żądania ich usunięcia.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do publikacji pracy, a konsekwencją ich niepodania będzie nieprzyjęcie pracy do druku.
6. Wydawca nie przekazuje, nie sprzedaje i nie użycza zgromadzonych danych osobowych innym osobom lub instytucjom.
7. Autorowi przysługuje prawo wniesienia skargi w zakresie przetwarzania danych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie przekazanych danych narusza rozporządzenie RODO.

Copyright © Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy 2013-2018