

# bioethica

---

Biuletyn Informacyjny  
Studenckiego Koła Naukowego Etyki i Bioetyki

NR 11 (3/2016)

Studenckie Koło Naukowe  
Etyki i Bioetyki  
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



# DRODZY CZYTELNICY,

z ogromną radością przekazujemy Wam ostatni w roku akademickim 2015/2016 numer Biuletynu Informacyjnego Studenckiego Koła Naukowego Etyki i Bioetyki „Bioethica”.

Przygotowaliśmy dla Państwa wiele artykułów oraz obszerne fotogalerie z organizowanych przez nas wydarzeń. W najnowszym Biuletynie nie zabrakło tematów dotyczących etyki w zawodach medycznych – „Wyniki badań klinicznych dla ludu”, historii zawodu pielęgniarki – „Wpływ aktów prawnych na rozwój pielęgniarstwa polskiego”, promocji zdrowia – „Integracja społeczna a dostęp do opieki zdrowotnej dla najbiedniejszych populacji Indii(...)”, psychologii – „Śmierć pacjenta – psychologiczne konsekwencje dla personelu medycznego”. W sposób szczególny zapraszamy do zapoznania się z wywiadem, którego udzieliła Agnieszka Kaluga – autorka bloga Zorkownia (Blog Roku 2011) i książki o tym samym tytule, wolontariuszka poznańskiego hospicjum Palium.

Życząc miłego wakacyjnego wypoczynku serdecznie zapraszamy do lektury!

Aleksandra Bendowska

*Redaktor naczelna*



# SPIS TREŚCI

O NAS	Wywiad z Klaudią Wesołowską i Katarzyną Zdunek	7
Z ŻYCIA KOŁA	„Transkulturowa opieka medyczna w obliczu narodzin i śmierci” - Związek Romów Polskich	11
	„Transkulturowa opieka medyczna w obliczu narodzin i śmierci” - Judaistyczny Związek Wyznaniowy	14
WYDARZENIA	Spotkanie autorskie „Medycyna w cieniu nazizmu”	21
PRACE STUDENTÓW	Wpływ aktów prawnych na rozwój pielęgniarstwa polskiego	24
	Co nas motywuje?	31
WAŻNY TEMAT	Integracja społeczna a dostęp do opieki zdrowotnej dla najbiedniejszych populacji Indii. Przykład programu ubezpieczenia zdrowotnego Rashtriya Swasthya Bima Yojana	34
WYWIAD	Życie to nie jest film, w którym wszystko kończy się dobrze	39
ETYKA VS PRAKTYKA	Śmierć pacjenta – psychologiczne konsekwencje dla personelu medycznego	43
	Wyniki badań klinicznych dla ludu?	47
POLECAMY	Dobre Ręce Polskich Położnych	49
WSPOMNIENIA	„Transkulturowa opieka medyczna w obliczu narodzin i śmierci” - Związek Romów Polskich - fotogaleria	51
	„Transkulturowa opieka medyczna w obliczu narodzin i śmierci” - Judaistyczny Związek Wyznaniowy - fotogaleria	57
	Poznański Festiwal Nauki i Sztuki – warsztaty dla młodzieży i debata „Jak zostać dawcą. Podaj dalej!” - fotogaleria	65
	Spotkanie autorskie – „Medycyna w cieniu nazizmu” - fotogaleria	71

**BIOETHICA**  
Kwartalny Biuletyn Informatyczny Studenckiego Koła Naukowego Etyki i Bioetyki

**Redaktor Naczelna:**  
Aleksandra Bendowska

**Redakcja:**  
Marta Bęczkowska  
Jagoda Krupska  
Agnieszka Smerdka  
Dominika Sobieraj  
Klaudia Wesołowska  
Katarzyna Zdunek

**Adres Redakcji i Wydawca:**  
Katedra Nauk Społecznych  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu  
ul. Dąbrowskiego 79  
60-529 Poznań

**Zamknięcie składu:**  
20.07.2016

**Opracowanie graficzne:**  
Magdalena Marchocka  
magdalenamarchocka@gmail.com

**Skład numeru:**  
Marcel Bartosz

**Prosimy o przesyłanie materiałów na adres:**  
kns@ump.edu.pl

© Copyright by bioethica



# O NAS

Serdecznie zapraszamy do przeczytania wywiadu, którego udzieliły Członkinie Zarządu Koła – Klaudia Wesołowska i Katarzyna Zdunek.



## Co studiujesz na naszej Uczelni i dlaczego akurat ten kierunek?

**Klaudia Wesołowska:** Studiuję Zdrowie Publiczne, ponieważ już w szkole interesowała mnie medycyna w szerszym, populacyjnym rozumieniu. Nie jestem odpowiednią osobą do pełnienia opieki nad pojedynczym pacjentem, ale jednocześnie chciałabym zmienić jakość życia polskich pacjentów.

**Katarzyna Zdunek:** Studiuję Kosmetologię, która na samym początku była zupełnym przypadkiem w wyborze. Po drugim roku studiów zaczęło mi czegoś brakować i w okresie rekrutacji złożyłam dokumenty na Pielęgniarstwo. Obecnie studiuję na dwóch kierunkach.

## Jakie są Twoje zainteresowania i co robisz w wolnym czasie?

**Klaudia:** Moje zainteresowanie to taniec, dobry film i książka. W ostatnim czasie jestem fanką rosyjskiego pisarza Głuchowskiego i nie mogę się opędzić od trylogii „Metro”.

**Kasia:** Biorąc pod uwagę kierunki jakie obrałam na studiach to właśnie to odbija się na co dzień w moim życiu. Staram się na bieżąco śledzić nowinki w dziedzinie kosmetologii i dermatologii. Ciekawią mnie wszystkie nowe rozwiązania terapeutyczne czy wymagające przypadki pacjentów. Jeśli chodzi o wolny czas, najpierw trzeba go mieć :), ale tak na poważnie, to jeżeli już się znajdzie, to wystarczy do-

bry film czy książka.

## Z jakiego źródła dowiedziałas się o istnieniu Studenckiego Koła Naukowego Etyki i Bioetyki?

**Klaudia:** Moim źródłem informacji była Pani Doktor Katarzyna Głodowska. Po zajęciach zostałam zaproszona do współpracy przy Konferencji „Medycyna w okupowanej Polsce w cieniu nazizmu”. Bardzo się cieszę, że zdecydowałam się pomóc.

**Kasia:** Był to czas przed 40-leciem Wydziału Nauk o Zdrowiu. Pani Dr Głodowska na zajęciach z Historii Pielęgniarstwa, a później Etyki

Zawodowej zachęcała nas do udziału, ale także do współorganizowania wydarzenia z ramienia SKN.

## Dlaczego zdecydowałaś się na pracę w kole naukowym?

**Klaudia:** Oprócz najważniejszej sprawy, czyli osób pracujących w Kole, zachęciły mnie do tego bardzo ciekawe projekty, w których mogłam wziąć udział. Zawsze intrygowała mnie etyka w zawodach medycznych i mogłam pogłębić swoją wiedzę pracując dla Koła.

**Kasia:** Na początku z uwagi na brak czasu myślałam, że zaangażuje się tylko w organizację

40-lecia, potem zostałam zaproszona na seminarium w Berlinie i wtedy już jakoś ciężko było się z tym rozstać. Grupa młodych ludzi poruszająca trudne, ale jednak ciekawe tematy, to było to.

**Jakie korzyści czerpiesz z przynależności do koła naukowego?**

**Klaudia:** Sama przynależność do tak prestiżowego Koła jest dla mnie ogromną korzyścią. Dzięki Kołu mogłam rozwijać swoje zainteresowania naukowe i poznać bardzo ambitnych i interesujących studentów naszej Uczelni.

**Kasia:** Dzięki zróżnicowaniu Członków Koła pod względem kierunków studiów każdy może realizować się na różnym polu, w tych dziedzinach, w których czuje się najlepiej. Możemy

także wspólnie rozwiązywać małe i duże problemy, także na polu prywatnym. I pomimo tego iż historia, etyka i szeroko pojęte nauki humanistyczne nigdy nie były moim konikiem, to dzięki Kołu zaczęłam zabierać głos w dyskusjach właśnie o takiej tematyce. Korzyści to może trudne słowo, ale w kole nauczyłam się, że tak naprawdę nie ma sytuacji bez wyjścia.

**Czy zachęciłabyś studentów do działania w kole naukowym?**

**Klaudia:** Z całego serca zachęcam studentów do działania w kole naukowym. Osobiście bardzo żałuję, że już na pierwszym roku nie zdecydowałam się znaleźć odpowiedniego koła. Przynależność do Koła to same zalety, ale tylko wtedy kiedy chcemy się rozwijać i dać coś od siebie.

**Kasia:** Oczywiście! Współpraca z jakimkolwiek kołem naukowym otwiera wiele drzwi na drodze do samorealizacji.

**Dlaczego warto angażować się w działalność naukową Uczelni, na której się studiuje?**

**Klaudia:** Moim zdaniem samo studiowanie nie czyni z nas studenta Uczelni Wyższej. Powinniśmy wykazywać się dodatkową działalnością naukową, ponieważ wtedy nauczymy się dużo więcej niż na zajęciach.

**Kasia:** Chyba każdy z nas chce się realizować zawodowo, a skoro Uczelnia nam to umożliwia, to czemu by nie skorzystać? Wystarczy tylko chcieć. Studia to nie tylko ciągła nauka i egzaminy, ale także wszystko co dzieje się wokół. I właśnie te małe/duże rzeczy sprawiają, że tworzymy wspólnie naszą historię.

**Jakie jest Twoje życiowe motto, ulubiony cytat?**

**Klaudia:** Nie posiadam życiowego motta, po prostu staram się być dobrym człowiekiem i okazywać miłość swoim bliskim. Jeśli chodzi o cytaty to często mam w głowie jeden autorstwa Huxleya, który można odnieść do naszej rzeczywistości: „Gdyby zaś jakimś nieszczęśliwym trafem zdarzyło się coś niemiłego, to cóż, wtedy pozostaje zawsze soma; ona uwalnia od przykrych faktów, soma koi gniew, pogodzi z wrogami, doda cierpliwości i wytrwałości. Dawniej można to było osiągnąć tylko wielkim wysiłkiem po latach trudnych ćwiczeń woli. Dziś połyka się dwie lub trzy półgramowe tabletki i załatwione. Dziś każdy obdarzony jest cnotami, co najmniej połowę swej moralności nosi w fiolce”.

**Kasia:** „Życie jest jak pudełko czekoladek - nigdy nie wiesz, co ci się trafi” – Winston Groom – Forrest Gump

# „TRANSKULTUROWA OPIEKA MEDYCZNA W OBLICZU NARODZIN I ŚMIERCI” ZWIĄZEK ROMÓW POLSKICH

22. marca 2016 roku o godz. 16.00 w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym odbył się trzeci wykład z cyklu „Transkulturowa opieka medyczna w obliczu narodzin i śmierci”. Spotkanie dotyczyło opieki nad pacjentem – Romem.

W sali wykładowej zgromadziło się ponad 150 słuchaczy, w tym studenci pielęgniarstwa, położnictwa, wydziału lekarskiego, fizjoterapii, zdrowia publicznego oraz pracownicy placówek ochrony zdrowia. Swoją obecnością zaszczylicili: prof. dr hab. Edmund Grześkowiak – Prorektor ds. studenckich, prof. dr hab. Michał Musielak – Kierownik Katedry Nauk Społecznych, opiekun Koła Naukowego Etyki i Bioetyki, dr n. med. Rafał Staszewski – Zastępca Dyrektora ds. Administracji Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, dr n. med. Agnieszka Dyzmann-Sroka – Kierownik Zakładu Epidemiologii i Profilaktyki Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

Wykład składał się z 4 części. Pierwszym prelegentem był Pan Andrzej Łuczak – doktorant Uniwersytetu Zielonogórskiego na kierunku historia, publicysta, organizator i uczestnik wielu imprez o charakterze edukacyjnym i kulturalnym. Obecnie dyrektor Instytutu Pamięci i Dziedzictwa Romów oraz Ofiar Holokaustu działającego przy Związku Romów Polskich w Szczecinku. Autor publikacji „Sytuacja ludności romskiej na ziemi lubuskiej w XX wieku”. Opowiedział zebranym o pochodzeniu ludności romskiej, jej historii w Polsce i w Europie, problemach, z jakimi musieli się zmierzyć będąc mniejszością etniczną.

Kolejnym prelegentem była Pani Justyna Matkowska – doktorantka Uniwersytetu Wro-



**Aleksandra Bendowska**

Przewodnicząca SKN Etyki i Bioetyki. Studentka I roku położnictwa na studiach uzupełniających magisterskich. Studiowanie tego kierunku daje Jej ogromną satysfakcję i radość z możliwości współpracy z pacjentką i jej rodziną. Przygodę z SKN Etyki i Bioetyki rozpoczęła od Konferencji „Medycyna w okupowanej Polsce w cieniu nazizmu”, która odbyła się w październiku 2014 roku.

cławskiego. Pełnomocnik Wojewody Dolnośląskiego Do Spraw Mniejszości Narodowych i Etnicznych. Członkini grupy roboczej Komisji Wspólnej Rządu i Mniejszości Narodowych i Etnicznych do spraw finansowania zadań oświatowych służących podtrzymywaniu tożsamości narodowej, etnicznej i językowej mniejszości. Aktywnie działa na rzecz Związku Romów Polskich. W swoim wystąpieniu mówiła o tradycjach Romów, wartościach, które są dla nich ważne. Podkreśliła, że Romowie nie są grupą jednorodną, co wynika z tego, że w obrębie swojej społeczności dzielą się ze względu na pochodzenie, a ponadto zamieszkują różne kraje i często ich kultura przenika się z kulturą kraju zamieszkania.

Trzecim prelegentem była Pani Katarzyna Czarnota - socjolożka, doktorantka Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, działaczka społeczno-polityczna. W latach 2009-2013 prowadziła badania osiedli kontenerowych w Polsce w kontekście segregacji społecznej. Zajmuje się zjawiskiem segregacji migrantów ekonomicznych pochodzenia romskiego. Tematem jej wystąpienia był dostęp migrantów romskich pochodzenia rumuńskiego do opieki zdrowotnej w Polsce. Przedstawiła zebranym warunki, w których żyją migranci w Polsce oraz problemy, z jakimi spotykają się w przypadku konieczności hospitalizacji.

Ostatnią częścią wykładu była debata z prelegentami, w której odpowiedzieli na py-



tania: Czy mężczyzna może być obecny przy porodzie? Czy wybór profesji medycznej w społeczności romskiej jest zakazany? Dlaczego Romowie niejednokrotnie wahają się przed wyrażeniem zgody na operację? Czy transplantacja narządów jest akceptowana? Czy dozwolone jest zapłodnienie in vitro? Czy antykoncepcja stanowi temat tabu? Czy aborcja jest dozwolona? Dlaczego podczas hospitalizacji tak wielu członków rodziny odwiedza pacjenta?





# „TRANSKULTUROWA OPIEKA MEDYCZNA W OBLICZU NARODZIN I ŚMIERCI” JUDAISTYCZNY ZWIĄZEK WYZNANIOWY

We wtorkowe popołudnie, 17. maja 2016 roku, w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu miał miejsce ostatni wykład z cyklu poświęconego transkulturowości w medycynie organizowany przez nasze Koło. Specjalistami, którzy opowiadali o opiece medycznej nad wyznawcą judaizmu byli: Alicja Kobus – Wiceprzewodnicząca Rady Związku Gmin Wyznaniowych Żydowskich Rzeczypospolitej Polskiej oraz Michael Schudrich – Naczelny Rabin Polski.

Swoją obecnością wydarzenie uświetnili przedstawiciele Władz Uczelni: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Jacek Wysocki, prof. dr hab. Edmund Grześkowiak – Prorektor ds. Studenckich, prof. dr hab. Maciej Wilczak – Prodziekana ds. Organizacji promocji i rozwoju Wydziału Nauk o Zdrowiu, prof. dr hab. Michał Musielak – kierownik Katedry Nauk Społecznych. Zaproszenie na wykład przyjęli również: Aleksander Imas – Członek Zarządu Związku Gmin Wyznaniowych Żydowskich Oddział Poznań, prof. UM dr hab. Beata Pięta – Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych, mgr Aleksandra Kopińska – Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Oddział w Poznaniu,

dr n. med. Rafał Staszewski – zastępca Dyrektora ds. Administracji Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, dr n. med. Agnieszka Dyzmann-Sroka – kierownik Zakładu Epidemiologii i Profilaktyki Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii oraz Prezydent IFMSA Poland Oddział Poznań – Paulina Birula.

W wykładzie udział wzięło ok. 190 słuchaczy. Podczas pierwszej części wykładu mogli oni zapoznać się z historią Gminy Żydowskiej w Poznaniu oglądając film, do którego komentarz wygłosiła Alicja Kobus, zwracając uwagę na długoletnią współpracę Uniwersytetu Medycznego i Gminy Żydowskiej.

Główną częścią wykładu było wystąpie-



**Aleksandra Bendowska**

Przewodnicząca SKN Etyki i Bioetyki. Studentka I roku położnictwa na studiach uzupełniających magisterskich. Studiowanie tego kierunku daje Jej ogromną satysfakcję i radość z możliwości współpracy z pacjentką i jej rodziną. Przygodę z SKN Etyki i Bioetyki rozpoczęła od Konferencji „Medycyna w okupowanej Polsce w cieniu nazizmu”, która odbyła się w październiku 2014 roku.

nie Michaela Schudricha, który mówił o postrzeganiu zdrowia, choroby, początku życia i śmierci w religii żydowskiej oraz obrzędach związanych z tymi wydarzeniami. Opowiadał o stosunku Żydów do antykoncepcji, aborcji i transplantologii, a także o obrzezaniu – zabiegu, który wykonuje się u noworodków płci męskiej około 8 dnia po porodzie. Kolejną częścią wykładu była debata z Naczelnym Rabinem Polski, którą poprowadziły Magdalena Narkun oraz Aleksandra Bendowska. W czasie jej trwania słuchacze pytali o wykonywanie obrzezania u wcześniaków lub dzieci chorych na hemofilię, dopuszczalność antykoncepcji hormonalnej oraz obyczaje związane z Szabatem.

Ostatni wykład poświęcony judaizmowi

był również wykładem kończącym cykl. Był to czas na refleksję czy udało się spełnić cele, które zakładano tworząc projekt. Na zakończenie wydarzenia podsumowania projektu dokonali prof. dr hab. Michał Musielak oraz dr n. o zdr. Katarzyna B. Głodowska oraz wręczyli podziękowania instytucjom współpracującym i zaangażowanym w organizację cyklu wykładów. Głównymi organizatorami było Studenckie Koło Naukowe Etyki i Bioetyki działające przy Katedrze Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Dział Promocji Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział Poznań, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Studenckie Koło Naukowe Open



Physiotherapy, Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Wśród współorganizatorów projektu znaleźli się: Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny w Poznaniu, IFMSA Oddział Poznań, Polskie Towarzystwo Położnych.

Serdecznie dziękujemy wszystkim instytucjom i osobom, które udzieliły wsparcia projektowi oraz wszystkim uczestnikom wykładów.

Uważamy, że za sprawą wiedzy znika lęk, zakłopotanie, zagubienie i frustracja. Ufamy, że dzięki wiedzy z zakresu transkulturowości jesteśmy dla pacjenta partnerem i wsparciem, a on dla nas nie jest już wyzwaniem, lecz osobą, która potrzebuje naszej opieki.

Mamy nadzieję, że przekonaliśmy uczestników wykładów, że kultura to nie tylko język, piękne stroje ludowe, potrawy, dzieła literackie i sztuka użytkowa, ale również wyznawane wartości, język ciała, przekonania, postawy, zwyczaje, role przypisywane płciom i w końcu stosunek do zdrowia i medycyny.

4 kultury  
4 religie  
4 wykłady

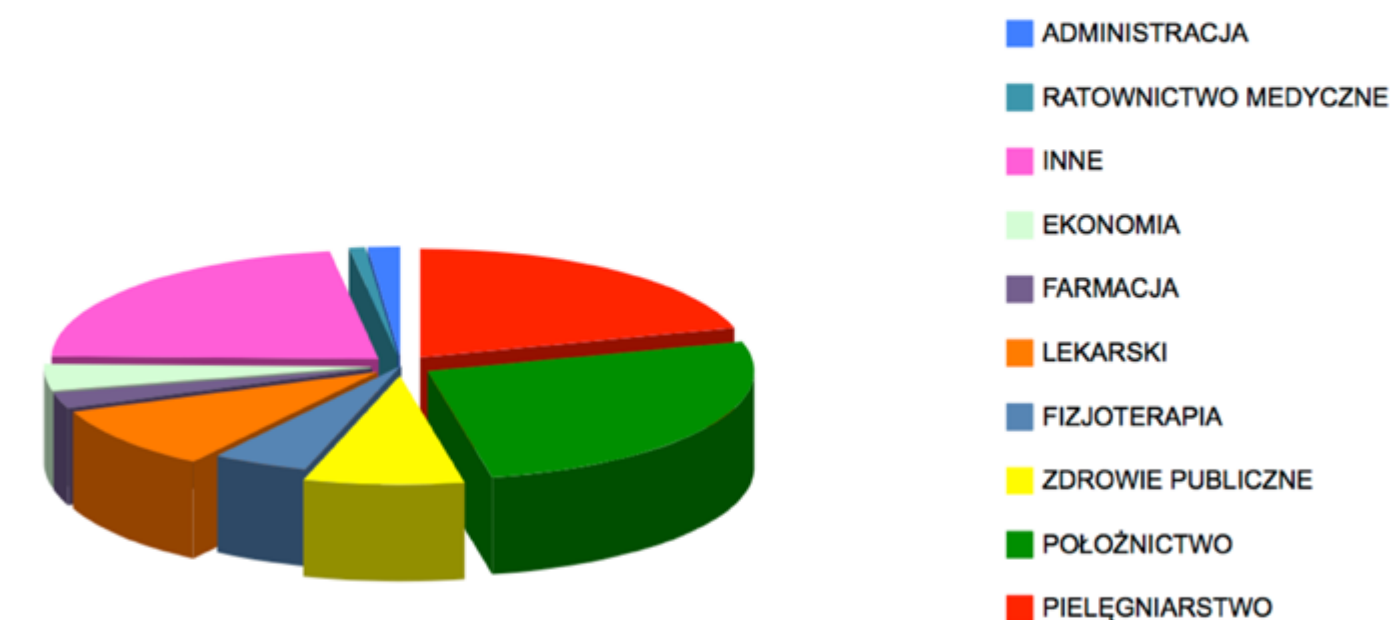


690  
UCZESTNIKÓW



8 EKSPERTÓW

### Grupy zawodowe uczestników wykładów



## WSPÓŁPRACA NAUKOWA ZE ŚLĄSKIM UNIWERSYTETEM MEDYCZNYM W ZABRZU

W bieżącym roku akademickim podjęliśmy współpracę z Kołem Naukowym działającym przy Katedrze i Zakładzie Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrze.

Owoce tej współpracy było powstanie pracy autorstwa Angeliki Stellmach z SKN Etyki i Bioetyki oraz Wioletty Szczurek ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego na temat komunikacji lekarzy oraz studentów medycyny z pacjentami. Opiekunami pracy była dr n. o zdr. Katarzyna B. Głodowska oraz dr hab. n. med. Janusz Kasperczyk. Badanie poruszało wiele istotnych kwestii, m.in. edukację studentów wydziału lekarskiego z zakresu komunikacji lekarz-pacjent, stosunek studentów do tematu komunikacji, oczekiwania chorych oraz ich zaufanie do pracowników ochrony zdrowia. Wy-

niki badań zostały przedstawione 14.04.2016r. na XI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Życiodajna śmierć - pamięci Elizabeth Kübler-Ross” w Białymstoku oraz International Medical Congress of Silesia w Katowicach w dniu 28.04.2016r.

**Angelika Stellmach**

## PODIUM NA KONFERENCJI „ŻYCIODAJNA ŚMIERĆ – PAMIĘCI ELISABETH KÜBLER- ROSS”

W dniach 14-17 kwietnia 2016 roku w Białymstoku oraz Supraślu odbyła się XI Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Życiodajna śmierć - pamięci Elizabeth Kübler-Ross”. Główna tematyka konferencji dotyczyła pacjenta i jego rodziny oraz różnych dylematów etycznych, prawnych i społecznych, z którymi na co dzień spotykają się pracownicy służby zdrowia. Udział w niej wzięły dwie członkinie naszego Koła – Aleksandra Bendowska oraz Angelika Stellmach.

Praca „60 czy 120 dzień? Dopuszczalność aborcji w islamie” autorstwa Aleksandry Bendowskiej oraz dr n. o zdr. Katarzyny B. Głodowskiej zdobyła drugą nagrodę w sesji studenckich kół naukowych, a praca Angeliki Stellmach oraz Wioletty Szczurek "Komunikacja lekarz-pacjent oczami studenta kierunku

lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach" – trzecią nagrodę w sesji multimedialnej.

**Aleksandra Bendowska**





Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# MEDYCYNĄ W CIENIU NAZIZMU

redakcja Michał Musielak, Katarzyna B. Głodowska

Poznań 2015



Joanna Borek

Jest studentką fizjoterapii II roku studiów uzupełniających magisterskich na Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Praca w Kole daje jej satysfakcję oraz możliwość rozwoju na różnych płaszczyznach. Poznała tutaj wspaniałych ludzi z olbrzymią pasją i zaangażowaniem. W wolnym czasie pasjonuje się cukiernictwem oraz malarstwem.

## „MEDYCYNĄ W CIENIU NAZIZMU” SPOTKANIE AUTORSKIE

W Centrum Edukacyjnym Instytutu Pamięci Narodowej „Przystanek Historia” w Bibliotece Raczyńskich 20 maja 2016r. odbyło się spotkanie autorskie poświęcone książce „Medycyna w cieniu nazizmu”. Na liczne pytania w trakcie spotkania odpowiadali jej autorzy: prof. dr. hab. Michał Musielak oraz dr n. o zdr. Katarzyna B. Głodowska, którzy reprezentowali Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dr hab. Tadeusz Nasierowski z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz dr n. med. Maria Ciesielska z Wirtualnego Muzeum Historii Medycyny.

Książka jest pokłosiem międzynarodowej konferencji naukowo-szkoleniowej „Medycyna w okupowanej Polsce w cieniu nazizmu” zorganizowanej w październiku 2014 r. przez Katedrę Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie” und Zwangssterilisation, Gedenkort-T4.eu, Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin, Międzynarodowe Centrum Edukacji o Auschwitz

i Holokauście Państwowego Muzeum Auschwitz-Birkenau w Oświęcimiu.

Książka „Medycyna w cieniu nazizmu” ukazuje przyczyny, przebieg oraz społeczne i moralno-etyczne skutki jednej z najstraszniejszych w historii nowożytnej Europy zbrodni, jaką było wysterylizowanie, a później zamordowanie tysięcy osób niepełnosprawnych oraz chorych psychicznie w III Rzeszy.

Polscy i niemieccy autorzy przedstawiają wpływ ideologii, bardzo popularnej w pierw-



szej połowie XX wieku, zwanej higieną ras lub eugeniką. Była ona jedną z przyczyn dużego zaangażowania środowiska medycznego w mordowanie osób nieprzydatnych niemieckiemu społeczeństwu.

Warto zapoznać się z tą pozycją z kilku powodów. Jednym z nich jest przedstawienie niemieckiej służby zdrowia na okupowanych przez nazistów ziemiach z dwóch perspektyw. Z jednej strony opisuje próbę zachowania człowieczeństwa w ekstremalnie trudnych warunkach, np. starania o zorganizowanie opieki medycznej w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau. Z drugiej strony przedstawia lekarzy III Rzeszy, którzy wierząc w higienę ras potrafili sprzeniewierzyć się przysiędze Hipokratesa. Autorzy starają się udzielić odpowiedzi na pytanie - dlaczego lekarze włączyli się w proces uśmiercania pacjentów. Lekarze uczący się na najlepszych uczelniach medycznych, mimo wyśmienitego wykształcenia, nie potrafili okazać szacunku drugiej osobie pozbawiając chorego prawa do opieki i życia. To właśnie ci lekarze stanęli na rampie w Auschwitz-Birkenau, by dzielić więźniów na tych, którzy mieli umrzeć i tych, którzy byli wysyłani do niewolniczej pracy.

Wydawać by się mogło, iż wszystkie zbrodnie nazistów III Rzeszy będą zapomniane. Mimo końca wojny wszystkie tajne akta, dokumenty, manuskrypty były sukcesywnie likwidowane. Próbowano zataić każde morderstwo. Na szczęście wraz z obaleniem nazistowskiego systemu udaremnilo kasację prawdy o tych wydarzeniach.

W dzisiejszych czasach, aby uwrażliwić społeczeństwo, już w szkołach uczniowie otrzymują informacje o zbrodniach II wojny światowej. Analizowane są motywy i skutki działań ludzi, którzy walczyli o poszanowanie godności drugiego człowieka oraz tych, którzy

tą godność odbierali i bezczęścili. Starajmy się wyciągać wnioski z naszej historii. Bądźmy tymi, którzy nie popełniają błędów przeszłości, lecz czerpią z nich naukę. W dzisiejszych czasach bardzo łatwo popaść w pułapkę niechęci, pogardy, braku poszanowania i zrozumienia drugiego człowieka. Powodów tej awersji może być wiele: pochodzenie, stan majątkowy, rasa, wyznanie. Nie zapominajmy, że nasza postawa może być drogowskazem dla innych. Zachowajmy człowieczeństwo pomimo przeciwności.

# WPŁYW AKTÓW PRAWNYCH NA ROZWÓJ PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO

Paulina Schab  
Łukasz Tąta  
Natalia Tomaszewska  
Joanna Wachowiak  
Ewa Zawadzka

Jak akty prawne wpłynęły na rozwój pielęgniarstwa w Polsce? Poprzez przyznawanie pielęgniarcom coraz większych uprawnień dotyczących ich profesji, przez wprowadzenie nauczania zawodu na uczelniach wyższych, poszerzanie działań i możliwości pielęgniarek, ale także uznanie ich zawodu jako samodzielnego. Wszystkie te aspekty przedstawimy za pomocą porównania trzech ustaw i dwóch rozporządzeń.

Pierwsza ustawa regulująca prawa zawodowe pielęgniarek powstała 21 lutego 1935 roku. Od tego czasu zostało wydanych około 150 różnego rodzaju rozporządzeń, zarządzeń i obwieszczeń, ale tylko dwie ustawy dotyczące wykonywania zawodu. Pierwszą a drugą ustawą wydaną 5 lipca 1996 roku minęło ponad 60 lat, a kolejną uchwalono po 20 latach, dokładnie 29 grudnia 2011 roku – ta ustawa weszła w życie pierwszego dnia 2012 roku i obowiązuje do dzisiaj.

Na tych ustawach skupimy się w niniejszym artykule. Przedstawimy też Rozporządzenie z dnia 7 listopada 2007 roku, ponieważ jest to akt, który przedstawia rodzaj i zakres świadczeń udzielanych przez pielęgniarzkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, co obrazuje ogromny przełom, który dokonał się w prawach pielęgniarek. Analizie poddamy również rozporządzenie z dnia 11 września 2015 roku, które pokazuje najnowsze zmiany w prawach pielęgniarek.

Na początku porównamy ustawy w trzech kategoriach dotyczących edukacji pielęgniarek, praw i obowiązków oraz kar, które mogą być nałożone na pielęgniarzkę, która w sposób nieprawidłowy wypełnia swoje obowiązki.

## EDUKACJA

### Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie. Dz.U. 1935 nr 27 poz. 199

Art. 3. 1. Prawo wykonywania praktyki pielęgniarstwa może być stałe lub czasowe.

2. Stałe prawo wykonywania praktyki pielęgniarstwa mają osoby, które posiadają obywatelstwo polskie i dyplom szkoły pielęgniarstwa, przewidziany w art.10 i 11.

Art. 11. 1. Minister Opieki Społecznej zatwierdza statut szkoły pielęgniarstwa, regulamin rady szkolnej, program i system nauczania, regulamin egzaminu końcowego i wzór dyplomu.  
2. Nauczanie w szkole pielęgniarstwa winno



trwać przynajmniej dwa i pół lat.

Art. 12. Szkoły pielęgniarstwa mogą być zakładane jedynie w miejscowościach, które posiadają odpowiednie warunki do szkolenia uczennic tak teoretycznego, jak i praktycznego w pielęgnowaniu chorych i opiece społeczno-higienicznej.

Art. 13. Szkoły pielęgniarstwa obowiązane są do utrzymywania internatów dla swych uczennic. Zamieszkiwanie uczennic poza internatem jest wzbronione. Wyjątki dopuszczalne są tylko dla uczęszczających do szkół pielęgniarstwa siostr zakonnych, którym reguła zabrania mieszkania poza zgromadzeniem zakonnym.

Art. 15. 1. Warunki, którym winny odpowiadać kandydatki, wstępujące do szkół pielęgniarstwa, są następujące:

- ukończone przynajmniej gimnazjum lub wykształcenie, uznane przez władze właściwe jako równorzędne,
- ukończony 18, a nie przekroczony 30 rok życia,
- odpowiednie właściwości psychiczne i uzdolnienie fizyczne,
- nieskazitelna przeszłość.

2. Minister Opieki Społecznej może na wniosek dyrektorki szkoły pielęgniarstwa zezwolić w drodze wyjątku na przyjęcie kandydatki, która przekroczyła 30 rok życia.

#### **Ustawa z dnia 5 lipca 1996 o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U. 1996 nr 91 poz. 410**

Art. 7. 1. Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa. Położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły położnych.

2. Szkołą pielęgniarstwa w rozumieniu ustawy jest, prowadząca kształcenie w zawodzie pielęgniarki:

Art. 9. 1. Pielęgniarka po ukończeniu szkoły, o której mowa w art. 7 ust. 2 pkt 1, oraz położna po ukończeniu szkoły, o której mowa w art. 7 ust. 3 pkt 1, w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu są obowiązane do odbycia 12-miesięcznego stażu podyplomowego w zakładzie opieki zdrowotnej.

Art. 10. 1. Pielęgniarka, położna ma prawo do doskonalenia zawodowego w różnych formach

kształcenia podyplomowego oraz obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy zawodowej.

2. Pielęgniarka, położna może uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, po odbyciu przeszkolenia i złożeniu egzaminu państwowego.

#### **Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039**

Art. 52. 1. Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa

Art. 56. 1. Pielęgniarka i położna będące obywatelami państwa członkowskiego Unii Europejskiej mają prawo używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oryginalnego tytułu określającego wykształcenie, uzyskanego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, lub jego skrótu.

Art. 61. 1. Pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Art. 66. 1. Ustala się następujące rodzaje kształcenia podyplomowego:

- szkolenie specjalizacyjne, zwane dalej „specjalizacją”;
- kurs kwalifikacyjny;
- kurs specjalistyczny;
- kurs doszkalcący.

2. Kształcenie podyplomowe jest prowadzone w systemie stacjonarnym i niestacjonarnym.

#### **PRAWA I OBOWIĄZKI**

##### **Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie.**

Art. 1. Przez praktykę pielęgniarstwa rozumie się zawodowe wykonywanie następujących czynności:

- pielęgnowanie chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych,
- wykonywanie zleceń lekarza przy chorych,
- pracę w zakładach leczniczych, instytucjach zapobiegawczych, zakładach opiekuńczych, instytucjach społecznych, szkołach, zakładach

przemysłowych oraz domach prywatnych w zakresie szerzenia higieny ogólnej i osobistej, zwalczania epidemii oraz zapobiegania chorobom.

Art. 3. 1. Prawo wykonywania praktyki pielęgniarstwa może być stałe lub czasowe.

4. Czasowe prawo wykonywania praktyki pielęgniarstwa może nadać Minister Opieki Społecznej: (...)

2) w czasie wojny, epidemii lub innych klęsk społecznych, osobom, nie mającym uprawnień do wykonywania praktyki pielęgniarstwa, lecz posiadającym przeszkolenie sanitarne lub doświadczenie w zakresie pielęgnowania chorych. Minister Opieki Społecznej może ograniczyć prawa tych osób do częściowego wykonywania praktyki pielęgniarstwa.

Art. 6. 1. Pielęgniarka traci prawo wykonywania praktyki pielęgniarstwa:

- w razie utraty obywatelstwa polskiego, z wyjątkiem przypadku, gdy utraci je na skutek poślubienia cudzoziemca,
- w razie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej, na czas trwania ubezwłasnowolnienia,
- w razie orzeczenia wyrokiem sądowym utraty prawa wykonywania praktyki pielęgniarstwa.

Art. 7. 1. Pielęgniarka obowiązana jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym się dowiędzie w związku z wykonywaniem praktyki pielęgniarstwa.

2. Od obowiązku zachowania tajemnicy pielęgniarka zwolniona jest:

- w stosunku do lekarza, pod którego opieką chory pozostaje,
- gdy ciąży na niej z mocy przepisów prawa obowiązek doniesienia władzy,
- w pracy higieniczno-zapobiegawczej w stosunku do władz przełożonych.

Art. 22. Ilekroć przepisy ustawy niniejszej mówią o pielęgniarkach, uczennicach, dyrektorkach i kandydatkach do szkół pielęgniarstwa oraz o siostrach zakonnych, przepisy te dotyczą również pielęgniarzy, uczniów, dyrektorów i kandydatów do szkół pielęgniarstwa oraz braci zakonnych.

##### **Ustawa z dnia 5 lipca 1996 o zawodach**

##### **pielęgniarki i położnej**

Art. 15. 1. Podjęcie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej po upływie pięciu lat od ukończenia stażu podyplomowego lub po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat wymaga odbycia przeszkolenia.

2. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych ustala program i sposób przeszkolenia, o którym mowa w ust. 1.

Art. 17. 1. Prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej wygasa w razie:

- utraty obywatelstwa polskiego,
- utraty prawa stałego pobytu,
- utraty pełnej zdolności do czynności prawnych,
- upływu czasu, na jaki zostało przyznane.

2. Wygaśnięcie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu, z przyczyn określonych w ust. 1, powoduje wykreślenie z rejestru właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem była pielęgniarka lub położna.

Art. 20. 1. Pielęgniarka, położna ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach.

Art. 21. 1. Pielęgniarka, położna ma obowiązek do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Art. 22. 1. Pielęgniarka, położna zobowiązana jest do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej.

Art. 24. Pielęgniarcie, położnej, wykonującej zawód na podstawie umowy o pracę lub w przypadku, o którym mowa w art. 19, przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariusza publicznego.

##### **Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej**

Art. 4.

1. Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Art. 7.

Zawód pielęgniarki i położnej może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych



oraz osoba, o której mowa w art. 24 i art. 25 Art. 8.

1. Osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym „pielęgniarka” albo „pielęgniarka”, „położna” albo „położny”.

4. Pielęgniarka i położna posiadająca ukończone szkolenie specjalizacyjne przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa albo dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Art. 10.

1. Pielęgniarki i położne mają prawo używania uroczystego stroju zawodowego. Uroczysty strój zawodowy pielęgniarki i położnej podlega ochronie prawnej.

Art. 12.

1. Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 1.

Art. 13.

Pielęgniarka i położna mają prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

Art. 17.

1. Pielęgniarka i położna są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Art. 18.

Pielęgniarka i położna mają obowiązek prowa-

dzenia i udostępniania dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Art. 19.

1. Pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód:

- 1) w ramach umowy o pracę;
- 2) w ramach stosunku służbowego;
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 4) w ramach wolontariatu;
- 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Art. 26.

1. Pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonywania odpowiednio zawodu pielęgniarki lub położnej, legitymującej się co najmniej 5-letnim doświadczeniem zawodowym, zwanej dalej „opiekunem”. Opiekuna wskazuje kierownik podmiotu, w którym odbywa się przeszkolenie.

Art. 28.

Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przysługuje osobie:

- 1) posiadającej świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarstwa bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej świadectwo lub dyplom, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły pielęgniarstwa lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej;
- 2) posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki;
- 4) która wykazuje nienaganną postawę etyczną.

## KARY

### USTAWA z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie

Art. 5. 1. Przed przystąpieniem do wykonywania praktyki pielęgniarstwa pielęgniarki obowiązane są do zarejestrowania się u wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, składając dowody posiadanych uprawnień oraz świadectwo zdrowia; władza ta wydaje pielęgniarkom pisemne zaświadczenia o uprawnieniu do wykonywania praktyki pielęgniarstwa.

2. Pielęgniarki obowiązane są do zawiadomienia powiatowej władzy administracji ogólnej o każdorazowej zmianie stałego miejsca wykonywania praktyki pielęgniarstwa i adresu.

Art. 9. Ustawa niniejsza nie narusza w niczym praw osób, uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej, felczerskiej i położniczej.

Art. 20. 1. Egzaminacje, uprawniające do uzyskania prawa praktyki na zasadzie art. 19 pkt. 2), odbywać się będą w ciągu lat czterech od wejścia w życie ustawy niniejszej przed komisją egzaminacyjną przy urzędach wojewódzkich.

Art. 21. 1. Winny przekroczenia art. 5 ust. (1) i (2), art. 6 ust. (4) i art. 10 podlega karze aresztu do 3 miesięcy i grzywny do 3.000 złotych lub jednej z tych kar, jeżeli za czyny te nie grozi kara surowsza.

2. Do orzekania powołane są powiatowe władze administracji ogólnej.

### USTAWA z dnia 5 lipca 1996 o zawodach pielęgniarki i położnej

Art. 32. 1. Kto, nie będąc uprawnionym, udziela zawodowo świadczeń, o których mowa w art. 4 lub art. 5, podlega karze grzywny

Art. 33. W ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 i z 1996 r. Nr 24, poz. 110) w art. 3 skreśla się wyrazy «i "asystentkę pielęgniarską"».

### USTAWA z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej

Art. 84. Kto bez wymaganego prawa wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych określonych w art. 4 ust. 1 pkt 1–6 lub art. 5 ust. 1 pkt 1–9, 11 i 12, podlega karze grzywny.

Art. 85. Jeżeli sprawca czynu określonego w art. 84 działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub wprowadza w błąd, co do posiadania takiego prawa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 86. Kto zatrudnia do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w art. 4 ust. 1 pkt 1–6 lub art. 5 ust. 1 pkt 1–9, 11 i 12 osobę nieposiadającą prawa wykonywania zawodu wymaganego do udzielenia tych świadczeń, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.

Art. 87. Postępowanie w sprawach o czyn określony w art. 84 toczy się według przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. z 2008 r. Nr 133, poz. 848, z późn. zm.15).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

Już sam tytuł tego rozporządzenia wskazuje na to, że pielęgniarstwo w Polsce się rozwija i przedstawiciele tego zawodu mają coraz większy zakres kompetencji. W sposób szczególny wskazują na to trzy ostatnie słowa „bez zlecenia lekarskiego”.

Rozporządzenie ukazuje cztery obszary, w których pielęgniarka może sama wykonywać czynności. Są to:

1. świadczenia zapobiegawcze,
2. świadczenia diagnostyczne,
3. świadczenia lecznicze,
4. świadczenia rehabilitacyjne.

Świadczenia zapobiegawcze obejmują:

- a. prowadzenie poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do człowieka chorego i jego rodziny,
- b. prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia dorosłych oraz dzieci zdrowych,
- c. pielęgnację skóry i błon śluzowych z zastosowaniem środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
- d. organizację izolacji chorych zakaźnie



w miejscach publicznych i w warunkach domowych.

Świadczenia diagnostyczne obejmują:

- wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,
- oznaczanie glikemii za pomocą glukometru,
- wykonywanie pulsoksymetrii,
- ocenę wydolności oddechowej metodą spirometrii,
- wstępną ocenę ciężkości urazów i organizację bezpiecznego transportu chorego,
- przewodzenie bilansu wodnego.

Świadczenia lecznicze obejmują:

- ustalenie diety w żywieniu ludzi chorych w oparciu o obowiązujące w tym zakresie wytyczne,
- dobór i wykorzystanie różnych technik karmienia u chorych,
- zakładanie zgłębnika do żołądka i odbarczenie treści,
- wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,
- zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika,
- płukanie pęcherza moczowego,
- wykonywanie zabiegów doodbytniczych (lewatywa, wlewka, kroplówka)
- doraźne podawanie tlenu,
- wykonywanie inhalacji,
- stosowanie baniek lekarskich,
- wykonywanie kaniulacji żył obwodowych,
- doraźną modyfikację stałej dawki leczniczej insuliny krótkodziałającej,
- zastosowanie unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotowanie chorego do transportu,
- zlecenie transportu chorego;

Świadczenia rehabilitacyjne obejmują:

- przewodzenie rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,
- przewodzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi).

Wyżej wymienione zakresy to czynno-

ści, które pielęgniarka może wykonywać po ukończeniu studiów. Można by powiedzieć, że zakres świadczeń jest niewielki. Można więc zapytać: gdzie ten rozwój pielęgniarstwa, o którym mówimy? Pielęgniarki powinny mieć o wiele więcej uprawnień, chociażby do wykonywania EKG, prowadzenia tlenoterapii, przyrządowego udrażniania dróg oddechowych, usuwania szwów lub szycia chirurgicznego, co z pewnością przyspieszyło by pracę lekarzy na bloku operacyjnym czy na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). Bardzo przykre jest to, że pielęgniarki mogą wykorzystywać bardzo ograniczone sposoby resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Mogą użyć worka samorozprężalnego lub automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), a czasami naprawdę decydują sekundy o przeżyciu, dlatego mogłyby wykonać intubację czy defibrylację manualną, ale niestety nie znajduje się to w zakresie ich kompetencji. Tak więc gdzie ten rozwój? Na szczęście lub nieszczęście – stanu konta, pielęgniarki mogą się ciągle kształcić, co gwarantuje ustawa z dnia 15 listopada 2011. Istnieją w niej zapisy mówiące o tym, że pielęgniarka może uzupełniać swoją wiedzę i doskonalić umiejętności poprzez kursy kwalifikacyjne lub specjalizacje. Dopiero po takiej formie doksztalcenia zakres świadczeń znacząco się zwiększa i właśnie w tym objawia się rozwój pielęgniarstwa!

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. wyróżnia formę pielęgniarki/pielęgniarsza w państwowym ratownictwie medycznym, gdzie nadaje tytuł "pielęgniarki systemu". Pokazuje to kolejną formę rozwoju pielęgniarstwa. Umożliwia pracę w karetce pogotowia lub na SOR, gdzie, jak każdy wie, pracują głównie ratownicy medyczni.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku zawiera również osiem pozycji leków, które pielęgniarka może podać samodzielnie pacjentowi, bez zlecenia lekarskiego. Naszym zdaniem jest to za mało, ale znowu możemy zauważyć rozwój pielęgniarstwa, gdyż po specjalizacji jest już ich 28.

Pielęgniarstwo w Polsce się rozwija i bardzo dobrze tę sytuację obrazuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015r. w

sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.

Rozporządzenie dotyczące wystawiania recept przez pielęgniarki jest kolejną zmianą w polskim pielęgniarstwie, która pokazuje, że zawód ten cały czas podlega ewaluacji i przekształcaniom.

Niektórzy twierdzą, że wystawianie recept to kolejny ciężar, który kładziony jest na barki pielęgniarek, wystarczająco obciążonych wypełnianiem dokumentacji medycznej. Inni, że jest to kolejny krok w rozwoju tego zawodu. Jak jest w praktyce? To już pozostawiamy do oceny Czytelników.

Przedstawione zmiany w aktach prawnych odzwierciedlają rozwój pielęgniarstwa w Polsce na przestrzeni dwóch wieków. Ewolucję, która wyniosła pielęgniarki ze stanowiska pomocy lekarskiej na stanowisko osoby wykonującej samodzielny i odpowiedzialny zawód. Nie stało się to z dnia na dzień, ale miało miejsce przez lata. W czasie, kiedy zmieniała się rzeczywistość, mentalność ludzi i zadania, jakie pielęgniarka musi spełniać opiekując się chorymi.

Akty prawne miały taki sam wpływ na rozwój pielęgniarstwa, jaki rozwój pielęgniarstwa miał na akty prawne – co doskonale można zaobserwować przy porównaniu ustaw z różnych lat – zmiany wymusiły nowe prawa, a one przyczyniły się do powstania kolejnych zmian. Najlepszym tego przykładem jest brak, w ustawie z 1935 roku, kiedy pacjenci byli tylko przedmiotem leczenia, zapisu o nakazie informowania pacjenta o jego stanie zdrowia – co w XXI wieku jest nie do pomyślenia, ponieważ teraz pacjent jest partnerem w leczeniu, a nie tylko jego przedmiotem. Co roku nowe akty prawne wchodzą w życie wciąż zmieniając zawód pielęgniarki i kształtując go, a trwa to od 1935 roku. Jakie uprawnienia, obostrzenia, zakazy i nakazy pojawią się w kolejnych latach tego nie da się przewidzieć, ale wiadomo jedno – będą one miały znaczący wpływ na rozwój charakteru zawodu pielęgniarki w Polsce.

# CO NAS MOTYWUJE?

**Natalia Skrzypczak**  
**Małgorzata Bendowska**

Studentki III roku psychologii na Uniwersytecie im.  
Adama Mickiewicza w Poznaniu. Członkinie Studenckiego  
Koła Naukowego „Poznawczo Aktywni”.

Motywacja jest siłą napędową człowieka, która umożliwia mu samorozwój i doskonalenie nabytych umiejętności. Dzięki niej stawiamy i osiągamy założone sobie cele, realizujemy marzenia, ale również wywiązujemy się z codziennych obowiązków.

Przedstawiciele różnorodnych dziedzin stawiają sobie pytania jak zmotywować ludzi, by lepiej radzili sobie w codziennym życiu. Pracodawcy szukają osób cechujących się dużym zaangażowaniem w pracę, nauczyciele pragną zmotywować uczniów do jak najcięższej pracy, która przełoży się na przyszłe sukcesy edukacyjne, trenerzy chcą, aby ich podopieczni poświęcali się danej dyscyplinie i wytrwale dążyli do zwycięstwa. Motywacja ma zasadnicze znaczenie dla sukcesu jednostki, który z kolei zaprocentuje pewnością siebie, pozytywnym obrazem własnej osoby oraz poczuciem mocy i sprawstwa – przeświadczenie o tym, iż człowiek jest zdolny kreować nie tylko swój własny świat, ale również najbliższe otoczenie. W zależności od paradygmatu psychologicznego zaproponowane zostały różne przyczyny motywacji do działania. Przedstawiciele klasycznej psychoanalizy źródła motywacji do działania będą (zgodnie z teorią popędów Freuda) szukać w popędzie śmierci i miłości. Behawioryści stać będą na stanowisku, iż kierunek oraz siła motywacji jest kształtowana poprzez sumę pozytywnych wzmocnień oraz unikniętych kar. Psychologowie systemowi wzoru dla dynamiki motywacji jednostki upatrywać będą wśród najbliższego otoczenia, traktowanego w tych teoriach jako autorytety do naśladowania oraz źródło natychmiastowej i mającej ogromne znaczenie dla jednostki informacji zwrotnej. Poznawcze podejście

uwzględni natomiast sposób, w jaki człowiek postrzega swoje mocne i słabe strony oraz ich interakcję z bodźcami ze świata zewnętrznego. Są to wszelkie przekonania na temat tego co jednostka (zdaniem jej samej) jest w stanie osiągnąć, jakim wysiłkiem oraz w jaki sposób, na czyją pomoc może liczyć podczas realizacji zadania oraz w jakim stopniu jest ona konieczna.

Już w 1957 roku Herzberg, Mausneri oraz Synderman jako pierwsi przedstawili podział motywacji na zewnętrzną związaną z reakcją otoczenia w postaci pozytywnych bodźców nagradzających zachowanie jednostki (np. pochwała, podwyżka, złoty medal) oraz wewnętrzną, która dotyczy uczuć i doświadczeń jednostki będących motorem napędowym do dalszego działania w określonym kierunku (np. praca stanowiąca wyzwanie, pragnienie doskonalenia). Zatem motywacja zewnętrzna związana jest z konsekwencjami płynącymi z podejmowanych czynności, natomiast wewnętrzna wiąże się raczej z treścią realizowanego zadania. W licznych badaniach udowodniono, że motywacja zewnętrzna choć w swoich efektach jest szybsza to jej wpływ jest krótkotrwały. W związku z czym, aby prawdziwie zmotywować daną osobę do działania należy pracować nad rozwojem jej motywacji wewnętrznej. Jest to zadanie o wiele trudniejsze, gdyż wymaga zdolności do empatii oraz zrozumienia drugiego człowieka, jego potrzeb

oraz wartości. Jednakże praca i wysiłek w tym zakresie, patrząc z perspektywy czasu, przynoszą lepsze efekty. Ludzie, których cechuje wysoka motywacja potrafią poświęcić wiele czasu i energii na osiągnięcie założonego celu. Zbigniew Zaleski w swojej książce „Psychologia zachowań celowych” wspomina o modelu „człowieka intencjonalnego”, dla którego stawianie oraz realizacja celów stanowi zasadniczą część jego natury. Autonomiczny wybór celów, do których dąży jednostka ma zdaniem autora kluczowe znaczenie dla motywacji wewnętrznej człowieka. Sam dobór zadań ujawnia wartości, jakimi kieruje się dana osoba oraz jej sposób myślenia. Pozwala podążyć za refleksją danej osoby i zrozumieć jej sposób działania.

Każdy człowiek stawia sobie inne cele, szuka źródeł motywacji w różnych obszarach życia. Co jest zatem niezbędne żeby wzbudzić motywację do działania? W terminologii psychologicznej potrzeba rozumiana jest jako brak czegoś, co prowadzi do dyskomfortu jednostki. Przedłużający się okres niezaspokojenia jakiegoś pragnienia prowadzi do napięcia, które z kolei wzbudza określone dążenie. W momencie, w którym jakieś działanie jest w stanie doprowadzić do rozładowania tego napięcia, człowiek decyduje się na jego realizację. Można powiedzieć, że proces motywacyjny zależy od dwóch czynników: użyteczności wyniku – re-

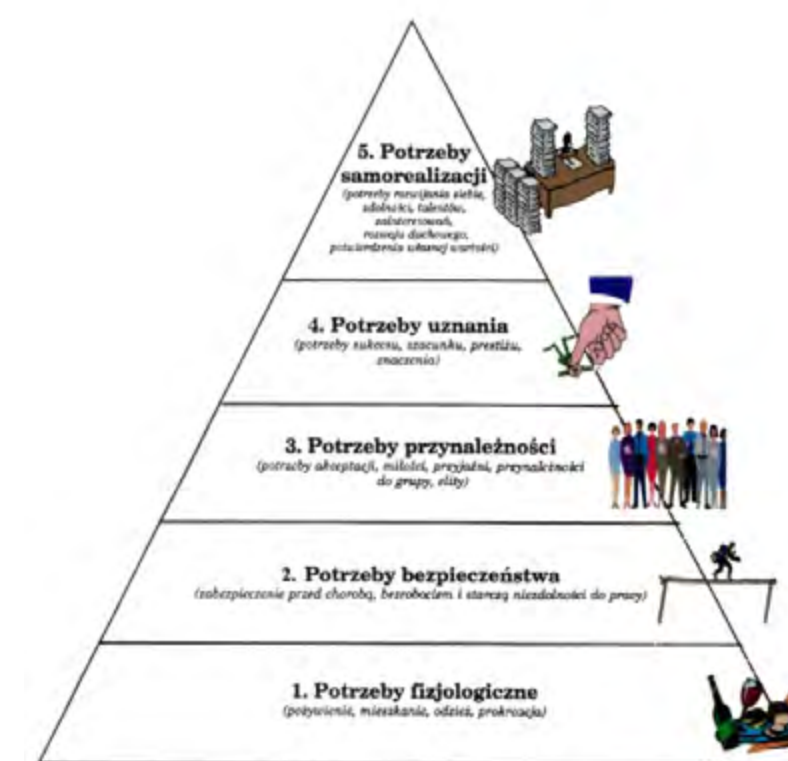
zultat podjętej czynności musi zostać oceniony jako pożądany oraz wartościowy oraz subiektywnego prawdopodobieństwa osiągnięcia wyniku – jednostka musi wierzyć, że dysponując dostępnymi jej zasobami jest w stanie osiągnąć założony cel.

Proces motywacyjny zapoczątkowany jest wzbudzeniem energii. Następnie jednostka ukierunkowuje swój wysiłek w postaci zdefiniowania celu działania. Krok trzeci jest konsekwencją działań wcześniejszych i polega na uwrażliwieniu na bodźce związane z podjętym zadaniem oraz wyciszeniu na potencjalny szum w kanale komunikacyjnym z otoczeniem. Następnie kształtuje się określony wzorzec reakcji łączący zasoby, jakimi dysponuje jednostka z realizacją celu. Działanie jest kontynuowane aż do momentu zmiany w otoczeniu, która wzbudza pobudzenie emocjonalne zgodne z osiągniętym rezultatem – uczucia pozytywne w przypadku realizacji celu lub negatywne w wyniku porażki.

A co nas najbardziej motywuje do działania? Spośród licznych opracowań można wymienić wiele czynników powodujących wzrost naszego zaangażowania. Specjaliści do spraw zarządzania zasobami ludzkimi wymieniają takie czynniki jak: wynagrodzenie, uznanie, poczucie satysfakcji z dobrze wykonanego zadania, prestiż, poczucie rozwoju dzięki podejmowaniu nowych wyzwań, siłę,

## Piramida potrzeb A. Maslowa

Źródło grafiki:  
[http://www.zarzyccy.pl/p\\_piramida-potrzeb-maslowa.html](http://www.zarzyccy.pl/p_piramida-potrzeb-maslowa.html)





niezależność oraz rodzinę.

Psychologowie podawali liczne zestawienia kluczowych wartości, które sprawiają, że ludzie chętnie podejmują się określonych działań. Warto wspomnieć tutaj nazwisko Abrahama Maslowa, który już w 1943 roku przedstawił swoją do dziś aktualną i szeroko stosowaną piramidę potrzeb.

Zdaniem tego wybitnego psychologa, aby móc zaspokajać potrzeby wyższego rzędu konieczne jest zabezpieczenie potrzeb stanowiących podstawę piramidy. I tak na przykład nie ma mowy o samorealizacji w momencie, w którym jednostka nie ma zapewnionego poczucia bezpieczeństwa czy przynależności. Pierwsze dwa poziomy określone są jako potrzeby niższego rzędu, natomiast pozostałe stanowią potrzeby wyższego rzędu. Zapewnienie zaspokojenia pierwszych czterech poziomów oznacza pracę nad redukcją odczuwalnych braków, natomiast potrzeba samorealizacji jest rozumiana jako dążenie do stworzenia czegoś ponad to, co jest obecnie dostępne w bieżących zasobach jednostki.

Inny wybitny psycholog Henry Murray określa potrzebę jako siłę działającą w mózgu danej osoby, organizującą jej sposób spostrzegania świata oraz modyfikującą jej reakcje mające na celu zmianę napięcia. Murray wymienił 27 potrzeb m.in. przynależności, uległości, autonomii, zabawy, zrozumienia, nabywania czy kompensacji. W oparciu o swoją teorię stworzył Test Apercepcji Tematycznej, który obecnie jest powszechnie stosowany na całym świecie do oceny osobowości człowieka. Joanna Samuel oraz Anna Tomczuk w swoich badaniach dotyczących motywatorów mających kluczowe znaczenie we współczesnej rzeczywistości podzieliły je na 5 czynników: finansowe, związane z rozwojem, życiem rodzinnym, z przedsiębiorstwem oraz postrzeganiem własnej osoby przez innych. Przy czym 4 ostatnie stanowią około 46-54% całej motywacji pracowników.

Współczesne badania sprawdzające zależności między osobowością a postrzeganiem oraz doświadczaniem motywacji prezentują szereg bardzo interesujących wniosków. Na oso-

by, które cechuje konsekwencja w realizowaniu określonych zadań bardziej wpływają motywatory odnoszące się do motywacji wewnętrznej jak np. pochwała, aniżeli bodźce zewnętrzne (np. podwyżka wynagrodzenia). Pobudzanie zaangażowania do pracy pracowników ambitnych przyniesie większe skutki jeśli będzie skupiało się na zwiększaniu ich poczucia własnej wartości oraz budowaniu pozytywnej atmosfery w pracy, aniżeli na dostarczaniu coraz większej ilości dóbr materialnych. Tą samą zależność zauważono u pracowników ceniących sobie współpracę oraz realizację projektów w grupach. Również osoby, które mają tendencję do poświęcania się pracy lepiej zmotywowane będą dzięki pochwałom oraz poczuciu stabilności w pracy. Aspekty finansowe stanowiąc będą silny motywator dla pracowników stawiających sobie bardzo wysokie wymagania oraz ceniących dokładność.

Podsumowując motywacja wzbudzana jest poprzez subiektywne odczucie deficytu w jakimś obszarze życia prowadzącym do powstania napięcia. Próba zredukowania tego napięcia prowadzi do poznawczego opracowania bieżącej sytuacji i zaplanowania, na podstawie własnych zasobów i możliwości, działania realizującego daną potrzebę. W zależności od wartości, jakie wyznaje dany człowiek oraz jego bieżącej sytuacji życiowej cele, jakie sobie stawia mogą się różnić. Stawianie celów oraz realizacja potrzeb stanowią główną siłę napędową człowieka, która pozwala mu kształtować własne doświadczenie oraz wpływać na otoczenie w którym funkcjonuje.

#### Literatura:

1. C. S. Hall, G. Lindzey, *Teorie osobowości*, PWN, 1994.
2. M. Maćkiewicz, E. Drop, *Młoda psychologia Tom 1*, Liberi Libri, 2012.
3. J. Strelau, *Psychologia: podręcznik akademicki. Psychologia ogólna tom 2*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2007.
4. Z. Zaleski, *Psychologia zachowań celowych*, PWN, 1991.

## INTEGRACJA SPOŁECZNA A DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA NAJBIEDNIEJSZYCH POPULACJI INDII. PRZYKŁAD PROGRAMU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO RASHTRIYA SWASTHYA BIMA YOJANA



**Maja Miłkowska**

Ukończyła studia licencjackie Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu na kierunku Zdrowie Publiczne, ze specjalnością z zarządzania w ochronie zdrowia. Zainteresowanie organizacją oraz systemami ochrony zdrowia, a także polityką zdrowotną, stały się przyczynkiem do rozpoczęcia studiów magisterskich w ramach programu Europejskie Zdrowie Publiczne, a rok później, do przystąpienia do programu Zdrowie Globalne na Uniwersytecie w Maastricht w Holandii, gdzie obecnie studiuje.

Dążenie do powszechnej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia wszystkim ludziom dostępu do profilaktycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych świadczeń zdrowotnych, będących w zasięgu ich możliwości finansowych, jest jednym z kluczowych celów każdego systemu zdrowotnego. Dążąc do realizacji tego celu kraje o niskich i średnich dochodach wprowadzają różnorodne reformy finansowania systemów zdrowotnych, na przykład w formie dopłat za opiekę zdrowotną dla grup o niskim statusie społeczno-ekonomicznym

czy symbolicznych przedpłat za świadczenia medyczne. Jednakże, pomimo wprowadzania takich mechanizmów ponad miliard ludzi na świecie nadal nie posiada dostępu do niedrogiej opieki zdrowotnej, a 150 milionów ludzi każdego roku doświadcza poważnych problemów finansowych w następstwie korzystania z opieki zdrowotnej. Dlaczego, pomimo istniejących programów ubezpieczeń zdrowotnych czy znaczących dopłat, osoby ubogie nadal nie posiadają pełnego dostępu do usług zdrowotnych? Odpowiedzi dostarcza spojrzenie

na problem z perspektywy integracji społecznej tych grup.

Niedroga i bezpieczna opieka zdrowotna o wysokiej jakości świadczonych usług jest powszechną aspiracją krajów niezależnie od stopnia ich rozwoju. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje powszechną opiekę zdrowotną jako sytuację, w której wszyscy ludzie otrzymują niezbędne usługi zdrowotne bez konieczności ponoszenia nadmiernego obciążenia materialnego związanego z ich finansowaniem. Pełne spektrum usług zdrowotnych powinno pokrywać zarówno promocję zdrowia, prewencję, leczenie, jak i rehabilitację oraz opiekę paliatywną. Jak podkreśla WHO idea powszechnej opieki zdrowotnej winna odnosić się nie tylko do sposobu jej finansowania, lecz w istocie uwzględniać wszystkie elementy systemu zdrowotnego (takie jak świadczenie usług zdrowotnych, zakłady opieki zdrowotnej i technologie zdrowotne, pracowników ochrony zdrowia, mechanizmy zapewniania jakości czy prawodawstwo w dziedzinie zdrowia). Dlatego też, celem powszechnej opieki zdrowotnej jest nie tylko zagwarantowanie minimalnego pakietu usług zdrowotnych osobom objętym ubezpieczeniem, ale również zapewnienie stopniowego rozszerzania zasięgu ubezpieczenia, jak i ochrony przed nowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zdrowotne, mając na uwadze minimalizowanie kosztów pacjenta. W rezultacie, powszechna opieka zdrowotna obejmuje znacznie więcej niż tylko aspekt zdrowotny. Jej wprowadzenie wymaga podjęcia równorzędnych wysiłków na rzecz podejmowania kwestii takich jak równość, integracja czy spójność społeczna.

Do głównych wyzwań indyjskiego systemu zdrowotnego należą przede wszystkim wysokie opłaty ponoszone z kieszeni pacjentów, niskie wydatki publiczne na zdrowie, a także problem przejrzystości i odpowiedzialności systemu publicznego. Dla prawie 80% miejskich i 90% wiejskich gospodarstw domowych średnie koszty leczenia szpitalnego wynoszą prawie połowę całkowitych rocznych wydatków domowych, co stanowi istotną barierę w momencie poszukiwania profesjonalnej opieki zdrowotnej. Nawet 3% populacji kraju każdego

roku przekracza umowną granicę ubóstwa na skutek ciężaru wydatków ponoszonych na zdrowie. W latach 2011-2012 procent ludzi żyjących poniżej poziomu ubóstwa szacowano na 25,7% w rejonach wiejskich, 13,7% w rejonach miejskich, i 21,9% w skali kraju.

Zgodnie z powyższymi staraniami na rzecz zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej, szczególnie dla najbardziej potrzebujących grup społecznych, rząd indyjski w roku 2008 wprowadził ubezpieczenie zdrowotne Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY). Program ten ma na celu poprawę dostępu do usług leczenia szpitalnego dla rodzin żyjących poniżej poziomu ubóstwa. Beneficjenci programu, po uiszczeniu rocznej opłaty w kwocie 30 rupii (INR) za rejestrację rodziny i wydaniu odpowiedniej karty, zyskują prawo do opieki szpitalnej o wartości do 30 tys. INR rocznie dla rodziny. Ubezpieczenie pokrywa nie więcej niż pięć osób w rodzinie. Pokrywane są także koszty transportu pacjentów związane z hospitalizacją (100 INR za hospitalizację i do 1000 INR za rodzinę za rok). Interwencje wyceniane są przez rząd centralny, natomiast rząd stanowy wybiera ubezpieczyciela w drodze procedury przetargowej. Na poziomie każdego stanu utworzone zostały agencje odpowiedzialne za wprowadzenie, monitorowanie i nadzór oraz koordynację działań pomiędzy instytucją ubezpieczającą, szpitalem, władzami dystryktu i innymi podmiotami lokalnymi. W praktyce jednak, pomimo wprowadzenia takiej formy ubezpieczenia zdrowotnego, obserwuje się relatywnie niewielki stopień wykorzystania programu przez uprawnionych pacjentów. Jednym z głównych powodów niezgłaszania rodzin do ubezpieczenia jest niska świadomość charakteru, procedur oraz korzyści związanych z ubezpieczeniem. Dodatkowo, występują także inne bariery o charakterze ekonomicznym, politycznym i społeczno-kulturowym, których poznanie pozwala na wprowadzanie zmian sprzyjających szerszemu objęciu ubezpieczeniem tychże pacjentów.

Dotychczas prowadzone badania pozwalają na wysunięcie hipotezy, iż to wykluczenie społeczne jest ważną przyczyną ograniczonego sukcesu programu. Pojęcie

wykluczenia społecznego określić można jako szereg procesów, w wyniku których jednostki, gospodarstwa domowe, społeczności czy nawet całe grupy społeczne zostają wyrzucone poza struktury społeczne, w których funkcjonują. Zjawisko obejmuje nie tylko brak niezbędnych dóbr natury materialnej, lecz także pozbawienie możliwości pełnego uczestniczenia w życiu społecznym. W kontekście dostępu do opieki zdrowotnej, wykluczenie społeczne może objawiać się jako kulturalnie niestosowne, pozbawione szacunku lub dyskryminujące praktyki personelu medycznego bądź świadczeniodawców usług zdrowotnych. Wykluczenie społeczne z usług zdrowotnych oznacza, iż zniesienie barier finansowych w dostępie do opieki zdrowotnej nie zawsze gwarantuje sprawiedliwy i powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych. Teoria ta wyróżnia ekonomiczne, polityczne i społeczno-kulturowe przyczyny uzasadniające brak finansowania opieki zdrowotnej. Zróżnicowany dostęp do informacji, procedury biurokratyczne, złożone zasady kwalifikacji, piętnujące kryteria materialne czy wykorzystywanie programów przez osoby nieuprawnione – wszystkie te czynniki utrudniają grupom społecznie wykluczonym rejestrację w programach ubezpieczeń gwarantujących korzystanie z ubezpieczenia zdrowotnego nawet za symboliczne opłaty. Według danych z roku 2013 w stanie Karnataka aż 49% gospodarstw domowych kwalifikujących się do korzystania z programu nigdy o nim nie słyszało, a osoby posiadające informacje o programie wskazywały na fragmentaryczność posiadanych danych. Rozpatrując przyczyny o charakterze ekonomicznym, wiele najuboższych rodzin nie mogło pozwolić sobie na uczestnictwo w przeprowadzanych spotkaniach rejestracyjnych, gdyż to wiązało się z opuszczeniem dnia pracy i utratą źródła dochodów. Jako powszechną praktykę raportowano także formy przekupstwa za włączenie do programu osób nieuprawnionych oraz płacenie za informacje na temat zasad programu. Z punktu widzenia politycznego, przedstawiciele władz lokalnych w sposób niewystarczający informowali potencjalnych beneficjentów o programie, nierzadko dostarczając informacji

według własnych preferencji czy sympatii. Ponadto, miały miejsce także przypadki usuwania z list uprawnionych nazwisk osób należących do społeczności plemiennych. Ważnym aspektem było także poczucie jedności i przynależności do grupy społecznej. Im ono większe, tym członkowie danej społeczności byli bardziej skłonni do dzielenia się informacjami na temat programu lub inicjowania kontaktu z przedstawicielami właściwych struktur lokalnych.

Z perspektywy równości dotychczasowe doświadczenia pokazują, iż grupy marginalizowane społecznie nie korzystają w pełni z możliwości, jakie daje program finansowania leczenia szpitalnego Rashtriya Swasthya Bima Yojana. Pomimo zamiaru objęcia ubezpieczeniem najuboższych i najbardziej narażonych na wykluczenie grup społecznych, z programu nieproporcjonalnie częściej korzystały grupy ekonomicznie, politycznie lub kulturowo uprzywilejowane, ponieważ wdrożenie programu odbywało się w ramach istniejących struktur, które zazwyczaj wykluczają społeczności plemienne. Dotarcie do tych grup wymaga dodatkowego czasu, zwiększenia zasobów kadrowych i dodatkowych nakładów finansowych. W procesie formułowania rozwiązań w celu zwiększenia korzystania z programu wartościowym byłoby uwzględnienie głosów samych beneficjentów. Jednakże dalsze poznawanie mechanizmów prowadzących do wykluczenia społecznego wymaga uwzględnienia właściwego kontekstu kulturowego, co z kolei pozwoli utorować drogę rozwiązaniom dążącym do większej integracji społecznej, na której to budować można system ochrony zdrowia o lepszej dostępności.





Fot.: M. Miłkowska



Źródło: <http://cdn.youthkiawaaz.com/wp-content/uploads/2013/01/Rashtriya-Swasthya-Bima-Yojana.jpg>

Literatura:

1. Xu, K., Evans, D., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A., M. (2005). Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. Technical Briefs for Policy Makers, Number 2. WHO, Department of Health Systems Financing: Geneva.
2. The London School of Economics and Political Science Portal. Does Social Exclusion Limit the Impact of Health Care Financing Reforms in India? Dostępne pod: <http://blogs.lse.ac.uk/southasia/2012/09/17/does-social-exclusion-limit-the-impact-of-health-care-financing-reforms-in-india/>
3. WHO (2014). Universal Health Coverage (UHC). Fact Sheet No. 395. Dostępne pod: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>
4. Nagpal, S. (2013). Expanding Health Coverage for Vulnerable Groups in India. UNICO Studies Series 13. The World Bank: Washington DC. Dostępne pod: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17207220/expanding-health-coverage-vulnerable-groups-india>.
5. Earnst & Young (2012). Universal Health Cover for India. Demystifying Financial Needs. Dostępne pod:

<http://www.ficci-heal.com/programme/Execsummary.pdf>.

6. Government of India (2013). Press Note on Poverty Estimates for 2011-12. Dostępne pod: [http://planningcommission.nic.in/news/pre\\_pov2307.pdf](http://planningcommission.nic.in/news/pre_pov2307.pdf).

7. National Portal of India (2013). Rashtriya Swasthya Bima Yojana. Dostępne pod: <http://india.gov.in/spotlight/rashtriya-swasthya-bima-yojana>.

8. Rashtriya Swasthya Bima Yojana Portal. Details of the Scheme. Dostępne pod: [http://www.rsby.gov.in/about\\_rsby.aspx](http://www.rsby.gov.in/about_rsby.aspx)

9. Democratic Dialogue (1995). Special Reports: Report 2 – Social Exclusion. Dostępne pod: <http://www.dem-dial.demon.co.uk/index.htm>.

10. Health Inc Consortium. 2014. Towards Equitable Coverage and More Inclusive Social Health Protection. Antwerp: ITG Press.



# ŻYCIE TO NIE JEST FILM, W KTÓRYM WSZYSTKO KOŃCZY SIĘ DOBRZE

Z Panią Agnieszką Kalugą spotykam się w jednej z cukierni znajdującej się na Łazarzu i przy aromatycznej kawie zaczynam rozmowę. Dla mnie, jako adeptki sztuki pielęgniarstwa – bardzo cenną. Po trzech latach studiów rozmawiam o holistycznym podejściu do pacjenta z autorką Bloga Roku 2011. Zapraszam do lektury.

**Dominika Sobieraj: Skoro przeprowadzam wywiad na potrzeby Biuletynu Koła Etyki i Bioetyki, na samym wstępie chciałabym zapytać: czy w swojej wolontariackiej pracy spotkała się Pani z nieetycznymi zachowaniami personelu?**

**Agnieszka Kaluga:** Nie spotkałam się z jakimiś strasznie nieetycznymi zachowaniami. Każdy ma lepsze i gorsze dni. Jeżeli jakieś sytuacje, których byłam świadkiem się rozwiązały, to nie mam potrzeby źle mówić o np. pielęgniarce. Może raz – było to podanie soli fizjologicznej zamiast morfiny, żeby sprawdzić czy pacjenta naprawdę boli. Dla mnie to niedopuszczalne, ale zdarzyło się to dawno i nie powtórzyło. Z drugiej strony rozumiem tę próbę, ponieważ niejednokrotnie mam pacjentów, którzy są strasznie roszczeniowi albo udają ból, by ściągnąć na siebie większą uwagę, której z jakichś względów potrzebują. Są to bardzo złożone tematy.

**D.S.: Z chęcią posłucham.**

**A.K.:** Tak naprawdę ciężko oceniać kto robi dobrze, a kto niepoprawnie – mamy też pacjentów, którzy ze zrozumiałych względów nie zachowują się wzorowo. Nie jest tak, że pacjent jest tylko dobry, a pielęgniarka albo wolontariusz – dobry albo średni. Często spotykamy się z ludźmi, z którymi w innych warunkach byśmy się nie zaprzyjaźnili, ale każdy ma do wykonania swoją pracę i wszystkie oceny, jakie mamy odnośnie tych osób musimy zostawić za drzwiami. Nie jest dla mnie istotne w co wierzy dana osoba lub za jaką opcją polityczną przystaje – w tym momencie jest to osoba, która jest chora. Ja zrobię jej herbatę, poprawię poduszkę, usiądę i posłucham, ale nie będę wchodziła w dyskusję światopoglądową – bo to nie jest na to miejsce i czas.

**D.S.: Czego można nauczyć się podczas pracy na rzecz hospicjum?**

**A.K.:** Można nauczyć się pokory. W hospicjum nauczyłam się bardzo wielu rzeczy o ludziach. Ponadto dużej tolerancji na inność. Nauczyłam się nie ingerować na siłę – nawet jeśli moje



**Dominika Sobieraj**

Studentka III roku pielęgniarstwa na naszym Uniwersytecie. W Kole od października bieżącego roku. W wolnym czasie marzy o podróżach, a czasem nawet te marzenia spełnia, fotografuje i jeździ konno.

intencje są słuszne i chcę dobrze. Przypomina mi się historia pana, który był przez wiele lat za granicą. Rozchorował się tam, został sprowadzony do kraju, nie miał dowodu osobistego, kontaktu z rodziną. Naszym marzeniem było poinformować jego byłą żonę i dzieci, że jest w hospicjum, umiera, chcieliśmy zaproponować spotkanie. Ale prawda była taka, że on 15 lat temu uciekł z domu, zostawił żonę z dwójką małych dzieci i w ogóle się nimi nie interesował. Proponowaliśmy mu poszukiwania, ale on powiedział, że nie chce kontaktu z żoną, jej litości w czasie trwania choroby. Nauczyłam się szanować ludzkie decyzje. Życie to nie jest film, w którym wszystko kończy się dobrze, wszyscy żegnają się, wybaczą i trzymają za ręce. Często spotkałam się z sytuacjami, że człowiek umierał bez przebaczenia, bez załatwienia spraw...

**D.S.: Myślałam, że w hospicjum jest łatwiej odchodzić...**

**A.K.:** Nie zagłaszczemy tego świata. Nam jest

łatwiej myśleć jak byłoby lepiej, bo jesteśmy z zewnątrz. Ale gdybyśmy to my byli tą żoną, córką... przebaczenie nie jest takie proste.

**D.S.: Zwykle pewnie odpowiada Pani na pytanie – dla kogo jest wolontariat. Ja chciałabym najpierw zapytać przewrotnie – kto na pewno nie powinien być wolontariuszem?**

**A.K.:** Nadużyciem jest forsowanie swojego światopoglądu. Mam na myśli chrześcijański ryt. Wiem w jakim kraju żyjemy, ale to nie ma znaczenia. Światopogląd zostaje na zewnątrz. Jeżeli ktoś przychodzi i każdemu pacjentowi wciska różaniec lub święte obrazki to wydaje mi się, że coś jest nie tak. Ten wolontariusz przychodzi wtedy nie dla pacjenta, ale dla innych celów. Ma misję i będzie nawracać. Forsowanie swojego jedyne słusznego światopoglądu – to jest pycha. Tymczasem wolontariusz ma dać jakąś opcję, propozycję – ale nie nakaz. Sama nie mam problemu, jeśli jakiś pacjent chce na przykład odmówić różaniec, ale inicjatywa



wychodzi zwykle od niego. Wolontariusz może też czasem poprowadzić modlitwę przy umierającym na prośbę rodziny. Moim prywatnym doświadczeniem jest, że prędzej znajdę Boga w hospicjum niż w kościele. Poza tym osoby samotne, nie potrafiące ułożyć sobie relacji, znaleźć męża, pracy – będą angażowały się w pracę na rzecz hospicjum nadmiarowo, kosztem swojego życia. Ale nikogo nie odrzucamy – w wolontariacie jest tyle pracy, tyle aspektów – można odrabiać lekcje, malować motylki. Oddział to tylko jedna z możliwości. Wolontariat nie jest ani poświęceniem, ani ucieczką od problemów. Dla mnie hospicjum nie było terapią po utracie dziecka.

**D.S.: Czym więc powinien cechować się wolontariusz?**

**A.K.:** Przede wszystkim trzeba się dobrze czuć będąc sobą. Gdy zaczynam udawać osobę, którą nie jestem – wtedy bardzo mnie to męczy. Lubię dbać o siebie i czuć się dobrze z sobą. Zobaczyłam, że w hospicjum najlepiej sobie radzę w... byciu. Najpierw myślałam, że jest to jakiś mój deficyt, bo nie jestem dobra w pielęgnacji – mogę towarzyszyć przy zmianie pampersa lub przy myciu, ale gdy mam to zrobić sama – czuję strach. Wiem, że robię to

dwa razy dłużej, może pacjenta boleć. Dlatego nie udaję kozaka – nie jestem specjalistą od wszystkiego. Najpierw czułam wyrzuty sumienia, że nie jestem taka dobra, ale teraz widzę ile dobrych rzeczy udało mi się zrobić zwykłym słuchaniem. Uczę wolontariuszy, aby byli sobą. Wolontariusz musi też nauczyć się, że nawet jeśli wejdzie z kimś w głębszą relację – to kiedyś tej osoby zabraknie. Wolontariusz musi być w hospicjum w pełni – dlatego powinien mieć życie pozahospicyjne: jeździć na fajne wakacje, spotykać się ze znajomymi. Tam będzie się wysycać, nabierać kolorów... i to życie ma przynieść do hospicjum.

**D.S.: Czy większość historii opisanych na blogu spisuje Pani na gorąco, czy wymagają dłuższego zastanowienia?**

**A.K.:** Bardziej na bieżąco pisałam na początku – były to relacje dla mnie, dzięki temu układałam te wszystkie obrazy, które mnie otaczały. Wtedy jednak blog był dostępny tylko dla przyjaciół. Nawet jeśli ostatni wpis jest z dość dawna nie oznacza to, że nie ma mnie w hospicjum – w głowie mam tyle mocnych, pięknych i trudnych historii, jest dużo osób, które czekają na wpis – także rodzin pacjentów. Oczywiście dbam o anonimowość pacjentów – jeśli piszę

o pani Róży, to nie ma ona na imię Róża, ani nie musi się dziać to teraz – historia mogła wydarzyć się nawet pół roku temu. Nie chodzi o rozliczanie ze słów – pan X powiedział to i to. Chodzi o prawdę emocjonalną, prawdę tej historii w całości. Oczywiście jest, że nie chodzę z dyktafonem. Szczegóły, dekoracje – to wszystko jest do zmiany. Nie chodzę do hospicjum, żeby pisać – to jest tylko efekt uboczny.

**D.S.: Z jakimi profitami wiąże się działalność na blogu, oprócz nagród i pewnej popularności?**

**A.K.:** Otrzymuję piękny feedback. Niedawno dostałam maila od dziewczyny, która chciała porzucić studia lekarskie, ale po przeczytaniu książki postanowiła skończyć studia i zostać lekarzem hospicyjnym. Nawet tylko dla tej dziewczyny warto było tę książkę napisać! Przez lata może być cudownym lekarzem, drugim profesorem Łuczakiem i cieszę się, że stanęłam na jej drodze.

**D.S.: Jakie rady dałaby Pani studentom medycyny lub pielęgniarstwa?**

**A.K.:** Przede wszystkim, żeby pamiętali, że jest to praca człowieka z człowiekiem – czy pełnią funkcję psychologa, lekarza czy pielęgniarki – to są przypisane role, trzeba być przede wszystkim człowiekiem. Decyzje podejmują ludzie, nie komputery. Pozostańcie sobą.

**D.S.: Dziękuję za poświęcony czas i życzę wielu inspirujących spotkań.**



**Agnieszka Kaługa**

Autorka bloga Zorkownia i książki o tym samym tytule. Od sześciu lat wolontariuszka poznańskiego hospicjum Palium. Felietonistka Wysokich Obcasów i Onet.pl. Działaczka organizacji zrzeszających rodziców po stracie oraz rodziców dzieci chorych „Dlaczego”.

# ŚMIERĆ PACJENTA - PSYCHOLOGICZNE KONSEKWENCJE DLA PERSONELU MEDYCZNEGO

**Małgorzata Bendowska  
Natalia Skrzypczak**

Studentki III roku psychologii na Uniwersytecie im.  
Adama Mickiewicza w Poznaniu. Członkinie Studenckiego  
Koła Naukowego „Poznawczo Aktywni”.

Śmierć. Jedno słowo, a potrafi wywołać silny afekt, ciąg skojarzeniowy, reakcję behawioralną. Mimowolne wspomnienia, obrazy, ruminacje, chęć ucieczki, wzdrygnięcie, zamykanie oczu, potrząsanie głową, wzruszenie, łzy, tęsknota...

Choć każdy bodziec wywołuje inną reakcję w zależności od tego, jak dana osoba go zinterpretuje, ważny jest też kontekst jego wystąpienia. W jednym z badań podjęto próbę uchwycenia współczesnych postaw ludzi wobec śmierci. Okazało się, że aż 71,9% respondentów słysząc słowo „śmierć” odczuwa zadumę, przywołuje ono refleksję o nieuchronności i przemijaniu ludzkiego życia (66,8%). Śmierć, agonia, zgon, umieranie, przemijanie, odchodzenie... Choć każde z tych słów ma inne konotacje, splata je jedna wiązka znaczeniowa: odnoszą się do końca. Wśród wielu synonimów słowa „śmierć” można wymienić również i takie: katastrofa, klęska, niepowodzenia, plajta, porażka, przegrana, regres, schyłek, upadek, zguba, zmierzch, które traktują koniec w odmienny sposób, wskazując raczej na jego negatywne aspekty. Słowa te w większości nie wywołują w odbiorcy zadumy, rozważania nad czasowością, nieuniknionej wędrówki ku kresowi, a raczej uczucie rozczarowania, frustracji, zniechęcenia czy żalu. I choć wśród społeczeństwa wydaje się, że istnieje pojęcie „dobrej” i „złej” śmierci, dla personelu medycznego śmierć oznacza przede

wszystkim przegraną.

W 1967 roku dwaj psychiatrzy – Thomas Holmes oraz Richard Rahe – opracowali skalę 43 wydarzeń życiowych. Znajdowały się na niej takie pozycje jak: zmiana miejsca zamieszkania, kłótnie w domu, mandat, przejście na emeryturę, urlop czy Boże Narodzenie. Naukowcy zajmowali się badaniem względnej siły działania sytuacji stresujących. Poprosili respondentów o uszeregowanie 43 wydarzeń od najbardziej do tych najmniej stresujących poprzez przypisywanie im wartości od 0 do 100. Wartości te miały symbolizować jednostki stresu. Po analizie zebranych danych okazało się, że na pierwszym miejscu, ze statystycznie najwyższym efektem stresorów, znalazła się śmierć współmałżonka (100), natomiast na piątym miejscu śmierć bliskiego członka rodziny (63). Pokazuje to, że zasadniczo śmierć nie jest ludziom obojętna, a występuje raczej jako silnie stresujące doświadczenie – doświadczenie, które trudno uniknąć... O wiele trudniej, gdy wykonuje się prace związane z ochroną i ratowaniem życia ludzkiego.

Można zauważyć, że na przestrzeni dziejów postrzeganie śmierci przez

społeczeństwo radykalnie się zmieniło. Przez wieki łączono zgon z przemianą duchową i cielesną. Myśl ta obecna jest w większości systemów filozoficznych i religijnych do dnia dzisiejszego, jednak coraz częściej zastępuje ją odhumanizowana i zmedykalizowana wizja śmierci, która skupia się głównie na biologicznym przejawie ustania czynności życiowych organizmu. To w wyniku rozwoju medycyny, sukcesów w leczeniu „nieuleczalnych” dotąd chorób, postępu w transplantologii jak i wielu innych dziedzinach medycyny, śmierć przestano traktować jako nieuchronną konieczność, mającą swoje uzasadnienie w odwiecznych prawach natury, a zaczęto utożsamiać z porażką. To nie czynnik nadprzyrodzony, boski, los czy fatum miało rządzić tym, czy ludzkie życie miało dalej trwać, czy przejść w Krainę Cienia, a sprawna dłoń chirurga, czujne oko pielęgniarki, szybka reakcja kierowcy karetki. To praca personelu medycznego ma chronić życie ludzkie, ma więc przeciwdziałać śmierci. Co dzieje się, gdy życia nie udaje się uratować..?

Badacze zwracają uwagę, że współcześnie nie ma akceptacji śmierci jako naturalnego elementu życia człowieka, tak więc w personelu wzmacnia się lęk przed umieraniem oraz śmiercią. Muraczyńska (2001) wskazuje, że znacząca liczba pielęgniarek starając się unikać kontaktu ze śmiercią, wykonuje ostatnie czynności przy chorym w sposób bezosobowy, tak, jakby ciało pacjenta było „obiektem”

pozbawionym cech ludzkich. W innym badaniu (Guzowski i wsp., 2013) odnotowano, że najczęściej obieraną postawę wobec śmierci wyraża zdanie: „wyraźnie unikam kontaktu z umierającymi, innymi członkami rodziny, personelem medycznym oraz rozmów na tematy związane ze śmiercią”, a najrzadziej: „akceptuję śmierć jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć, dopóki to możliwe, ale też, z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża”.

Stosunkowo dużo powstało prac skupiających się na badaniu konsekwencji śmierci współmałżonka, dziecka, rodzica, przyjaciela. Poddawano analizie wpływ wielkich kataklizmów naturalnych, w których ginęły tysiące ludzi, katastrof z czynnikiem ludzkim, badano syndrom ocalałego pod II wojnie światowej... Wśród literatury przedmiotu można znaleźć różnorodne zapisy doświadczeń osób chorych onkologicznie, ich rodzin, najbliższego otoczenia. Charakteryzują one przeżycia, a w szczególności cierpienie na poszczególnych płaszczyznach funkcjonowania chorego i rodziny sprawującej nad nim opiekę. Jednak, jak się wydaje, w niewielkim dotychczas stopniu psychoonkologia zajmowała się badaniem przeżyć personelu sprawującego profesjonalną opiekę. Niewiele więc można znaleźć śladów świadczących o zainteresowaniu badaczy tematyką śmierci pacjenta w kontekście przeżywanych przez



personel medyczny uczuć, jak i specyficznych potrzeb.

Choć śmierć jest współcześnie swoistym tematem tabu, w szpitalu personel medyczny styka się z nim na co dzień. Prawda o ludzkiej egzystencji i jej przemijalności zaznacza swoją obecność na szpitalnych łóżkach umierających pacjentów, na stole operacyjnym, gdy słychać wysoki, jednostajny dźwięk aparatury, mówiący o ustaniu akcji serca, czy po przybyciu na miejsce tragicznego wypadku. Śmierć w szpitalu jest obecna i jak wspomniano wcześniej, jest doświadczeniem, które ma stosunkowo silny wpływ na jednostkę, która jest jej świadkiem. Badacze przyjmują, że żałoba dla opiekującego się pacjentem personelu zaczyna się po zgonie chorego, w czasie, gdy śmierć pacjenta jest antycypowana, np. po uzyskaniu przez pacjenta złe rokującej diagnozy lub może rozpocząć się dopiero wiele dni po stracie pacjenta. Żałoba, którą wówczas przeżywają pracownicy ochrony zdrowia obejmuje zarówno poznawcze, behawioralne jak i emocjonalne symptomy. Wśród poznawczych objawów znajdują się między innymi ruminacje na temat pacjenta i opieki, jaką otrzymał przed śmiercią oraz zwątpienie w własne możliwości. Behawioralne oznaki żałoby to w szczególności płacz oraz kłopoty z zasypianiem. Emocjonalnie żałoba wyraża się w smutku, żalu, drażliwości, poczuciu winy, straty, bezradności lub ulgi. Wielkość poczucia straty zależy między innymi od rodzaju schorzenia, jakości relacji nawiązanej podczas sprawowania opieki, wieku i historii życia chorego. Znaczenie ma też czy śmierć pacjenta pojawiła się nagle i niespodziewanie, czy też zauważono oznaki zbliżającej się agonii. Wśród społeczeństwa panuje krzywdzący stereotyp mówiący o tym, że ludzie, którzy pracują z umierającymi, przyzwyczajają się do wszechobecnej śmierci, do umierania innych i to stąd wynika często bezosobowa forma sprawowania opieki – jest spowodowana rutyną. W kontekście przytoczonych wyżej danych można wysunąć hipotezę, że to nieumiejętność radzenia sobie ze śmiercią pacjentów, nieumiejętność traktowania jej jako naturalnego, ludzkiego elementu życia, blokowanie przeżyć przez napięcie

wywołane żałobą po stracie pacjentów – powoduje stosowanie nieefektywnych strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, co ma negatywny wpływ na jakość świadczonych usług jak i kontakt z pacjentami. Nasuwa się więc wniosek, aby profesjonalistom, którzy w swoich codziennych obowiązkach zajmują się udzielaniem pomocy i opieki nad chorymi, zagwarantować wsparcie adekwatne do ponoszonych przez nich kosztów.

Najważniejszym zagadnieniem wydaje się być wentylacja uczuć po stracie pacjenta, a umożliwić ją może, między innymi, wspólna rozmowa personelu medycznego opiekującego się danym chorym. Wymiana doświadczeń, refleksji wśród osób objętych zjawiskiem żałoby sprawia, że nie jest już ona, w odczuciu ją przeżywających, tak społecznie nieusankcjonowana i nieusprawiedliwiona. Poczucie wspólnoty w obliczu śmierci pacjenta umacnia więzi wśród personelu, wpływa korzystnie na relacje pomiędzy jego członkami, co pozytywnie odbija się na jakości świadczonej opieki. W ten sposób śmierć znów ma okazje przybrać bardziej społeczną formę. Niegdyś przez publiczne obrzędy, całonocne żale i modlitwy oraz żałobne uczy manifestowano swoją postawę otwartości, przyzwolenia na „naturalną kolej rzeczy”, przepracowywano wspólnie często trudne lub traumatyczne doświadczenia nagłej śmierci bliskich osób. Gdyby praktyka omawiania swoich doświadczeń po stracie pacjenta wśród personelu medycznego była częściej stosowana, można wysnuć przypuszczenie, że pojęcie śmierci pacjenta jako swoistej porażki, klęski personelu mogłoby zostać zredefiniowane.

Walka o ludzkie życie nie jest łatwym pojedynkiem, jednak wielu pracowników ochrony zdrowia stawia sobie ją za główny cel swojej pracy. Podczas wypełniania swoich obowiązków, sprawowania opieki nad chorymi, niejednokrotnie muszą mierzyć się z sytuacjami trudnymi, w tym, ze śmiercią pacjenta. Śmierć może wyzwać w ludziach różne reakcje, w tym złożony mechanizm żałoby. Ważne jest, aby traktować śmierć jako naturalny element ludzkiej egzystencji oraz udzielić wewnętrzne przyzwolenie na to, że w wielu przypadkach

koniec życia następuje w sposób nagły i niezapowiedziany lub wbrew woli walczącego o życie i zdrowie personelu medycznego. Warto też na koniec zaznaczyć, że postawa zaangażowania nie jest wyznacznikiem braku profesjonalizmu, ale dowodem na istnienie wrażliwości na ból i cierpienie drugiego człowieka, które tak często towarzyszą ostatnim chwilom umierających.

#### Literatura

1. BejdGuzowski, A., Krajewska-Kułak, E., Kułak, A., Lankau, A., Sarnacka, E. (2014) Zmiany percepcji i postaw wobec śmierci, umierania, kultu zmarłych i pochówku, *Medycyna paliatywna*, 6(4), 190–198.
2. Bishop, B., M., Shumate, L. (2015). Coping with death in the patient care setting. *American Journal of Health-System Pharmacy Society*, 72, 918-920.
3. Cybulski, M., Guzowski, A., Krajewska-Kułak, E., Kułak, A., Sarnacka, E. (2013) Współczesne postawy wobec śmierci i umierania, *Medycyna Paliatywna*, 5(4), 163–170.
4. Fopka-Kowalczyk, M., J., (2015). Wsparcie oczekiwane przez pracowników opieki paliatywnej w kontekście poczucia straty po śmierci pacjentów, *Medycyna Paliatywna*, 7(2), 122–129.
5. Hoelterhoff, M., Cheung Chung, M. (2013). Death anxiety and well-being; Coping with life-threatening events. *Traumatology*, 19(4), 280–291.
6. Jovita Amurwon, J., Hajdu, F., Seeley, J. (2015) The relevance of timing of illness and death events in the household life cycle for coping outcomes in rural Uganda in the era of HIV, *International Journal for Equity in Health*, 14(105).

7. Leeat Granek, L., Krzyżanowska, M., K., Tozer, R., Mazzota, P. (2012). Difficult patient loss and physician culture for oncologists grieving patient loss, *Journal of Palliative Medicine*, 15(11), 1254-1260.

8. Pesactore, M. (2015). Coping with Heath and dying in Afganistan: a reflection. *MEDSURG Nursing*, 264(4), 264-265.

# WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH DLA LUDU?



## Klaudia Wesołowska

Studentka II roku studiów magisterskich na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Studiuje na kierunku zdrowie publiczne (specjalność: Monitorowanie Badań Klinicznych). Swoją przyszłość zawodową wiąże z branżą farmaceutyczną. Praca w Kole pozwala jej na poszerzanie swoich horyzontów oraz na poznanie wspaniałych ludzi. Uwielbia taniec i literaturę obcą.

W ostatnim czasie problematyka udostępniania wyników badań klinicznych stała się coraz częściej poruszanym tematem. Organizacje takie jak Cochrane Collaboration, Światowa Organizacja Zdrowia i Europejska Agencja Leków (ang. European Medicines Agencies), coraz częściej zabierają głos w tej sprawie. Problem dostępu do wyników badań klinicznych wiąże się z wieloma zagadnieniami prawnymi, etycznymi, ekonomicznymi i technologicznymi. Udostępnianie wyników badań klinicznych interesuje zarówno badaczy i sponsorów badań klinicznych, jak i samych pacjentów oraz lekarzy.

Obecnie decyzje dotyczące metodologii analizy statystycznej i udostępnianie jej wyników należy do badaczy i sponsorów badania. Organizacja Cochrane w swoich danych podaje, że 74% danych z badań klinicznych jest niepublikowanych. W swoich badaniach dowodzą, że 62% przypadków śmierci w badaniach klinicznych nigdy nie zostało opublikowanych. Ponadto wskazują na to, iż bardzo istotnym problemem jest tzw. błąd publikacji. Polega on na wybiórczym publikowaniu wyników badań klinicznych

dotyczących ich skuteczności, jak i działań niepożądanych. Według danych Cochrane Collaboration z 2009 roku badania, które wykazywały pozytywne efekty miały prawie czterokrotnie większą szansę na opublikowanie niż badania, które wykazywały negatywne efekty kuracji lub jej brak. Tak zwany błąd wybiórczej publikacji jest istotnym problemem dla agencji, które zajmują się rejestracją leków, ponieważ to na ich podstawie podejmują decyzje o zarejestrowaniu leku na danym terenie. Ponadto zwolennicy proaktywnego publikowania wyników badań klinicznych wskazują na problem samej jakości rozpowszechnianych danych. Ważne jest to, aby sponsorzy oraz badacze udostępniali pełen pakiet danych, a nie pojedyncze raporty dotyczące badania. Zwracają oni również uwagę na harmonizację i ujednolicenie publikowania wyników badań klinicznych. Problemem jest także niekonsekwencja w ustalaniu punktów końcowych danego badania, które mogą się znacznie od siebie różnić lub być inaczej zdefiniowane, przez co nie można wiarygodnie porównać otrzymanych wyników. Kolejnym z argumentów jest to, że konieczność udostępniania narzucona regulacjami

prawnymi chroni lekarzy oraz pacjentów przed manipulacjami marketingowymi. Do głosu dochodzą takie organizacje jak AllTrials, które walczą o pełne raportowanie wyników wszystkich badań klinicznych. W odpowiedzi na ich działania 2 października 2014 roku Europejska Agencja Leków (EMA) wydała dokument traktujący o polityce publikowania danych dotyczących badań klinicznych. Obecnie dokument jest wdrażany. Głównym założeniem Europejskiej Agencji Leków jest proaktywne publikowanie wyników badań klinicznych, które zapobiegnie duplikacji badań klinicznych. Udostępnianie wyników badań klinicznych przyspieszy i zachęci badaczy do odkrywania nowych skutecznych metod leczenia. Ponadto wpłynie na wzrost zaufania społecznego do instytucji EMA oraz pomoże w ponownej ocenie badań klinicznych przez środowiska akademickie.

Jednym z argumentów przeciwników rozpowszechniania wyników badań klinicznych dla szerokich mas jest to, że ujawnianie danych w pewnym stopniu naraża uczestników. Wiąże się to przede wszystkim z niską świadomością medyczną pacjentów, którzy w zderzeniu z tak dużą liczbą informacji mogą zaniechać leczenia i pogorszyć swój stan zdrowia. Ponadto środowiska, które są przeciwne przymusowi prawnemu udostępniania wyników badań klinicznych uważają, że dane uzyskane na drodze badań klinicznych są własnością sponsorów owych badań, czyli

firm farmaceutycznych. Sponsorzy badań klinicznych nie chcą udostępniać swojej własności, która może nie doprowadzi do rejestracji nowego leku, ale może im posłużyć w kolejnych badaniach klinicznych. Publikowanie badań klinicznych jest coraz częściej poruszanym tematem. Deklaracja Helsińska już dawno uregulowała tę kwestię w punkcie 36., który mówi, że badacze, autorzy, sponsorzy, redaktorzy i wydawcy mają obowiązek publicznego udostępniania wyników badań prowadzonych z udziałem ludzi. Mimo tego nadal zostają publikowane raporty mówiące o nieprzestrzeganiu tego moralnego obowiązku.

### Źródła:

Oficjalna strona Europejskiej Agencji Leków <http://www.ema.europa.eu/ema/>

Oficjalna strona Naczelnej Izby Lekarskiej <http://www.nil.org.pl/>

Oficjalna strona polskiej agencji Cochrane Collaboration <http://poland.cochrane.org/pl>

Oficjalna strona Komisji Europejskiej [http://ec.europa.eu/index\\_pl.htm](http://ec.europa.eu/index_pl.htm)



# DOBRE RĘCE POLSKICH POŁOŻNYCH



**Dominika Różycka**

Studentka I roku studiów magisterskich na kierunku położnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Ambasadorka Fundacji Dobre Ręce Polskich Położnych.



Czy wiesz kim jest położna? Pytanie wydawałoby się proste, ale czy na pewno? Większość Polaków powiedziałaby, że położna to osoba, która przyjmuje porody i opiekuje się matką oraz jej dzieckiem w okresie porodu. Jednak położna to osoba, która opiekuje się kobietą na każdym etapie jej życia, od poczęcia aż do śmierci.

Często powtarza to znana polska położna mgr Jeannette Kalyta, która z myślą szerzenia wiedzy na temat zawodu położnej założyła Fundację Dobre Ręce Polskich Położnych. „Działamy na wielu płaszczyznach. Poczynając od kobiet, ich edukacji oraz bezpośredniej opieki, po pracę na rzecz środowiska położnych, dążąc do podnoszenia rangi tego zawodu”- dodaje.

Ambasadorki Fundacji to położne z wielu miast Polski, w tym również z Poznania. Poznańska grupa składa się z kilkunastu położnych oraz studentek położnictwa Uniwersytetu Medycznego, które działając na terenie naszego miasta prowadzą zajęcia edukacyjne z przedszkolakami, młodzieżą,

kobietami ciężarnymi oraz organizują konferencje i spotkania dla położnych.

Położne dla położnych to jedno z założeń Fundacji Dobre Ręce Polskich Położnych. Zgodnie z tym przesłaniem Ambasadorki z Poznania 8 czerwca 2016 roku zorganizowały konferencję „O tym się nie mówi, czyli co położna skrywa w sercu”. Spotkanie, na którym poruszane były tematy z zakresu położnictwa, jak również psychologii cieszyło się dużą liczbą słuchaczy.

Ambasadorki Fundacji DRPP są otwarte na potrzeby kobiet oraz ich propozycje. Ich działania można śledzić na fanpagu Facebook Dobre Ręce Polskich Położnych lub Poznańskie spotkania z położną.



# TRANSKULTUROWA OPIEKA MEDYCZNA W OBLICZU NARODZIN I ŚMIERCI - ZWIĄZEK ROMÓW POLSKICH

MATEUSZ BUDZISZ  
AGNIESZKA SMERDKA













# TRANSKULTUROWA OPIEKA MEDYCZNA W OBLICZU NARODZIN I ŚMIERCI – JUDAISTYCZNY ZWIĄZEK WYZNANIOWY

MATEUSZ BUDZISZ

















**POZNAŃSKI FESTIWAL NAUKI  
I SZTUKI – WARSZTATY DLA  
MŁODZIEŻY I DEBATA  
„JAK ZOSTAĆ DAWCĄ.  
PODAJ DALEJ!”**

**MARGERITA SARNA  
KATARZYNA GŁODOWSKA**



**Jak zostać dawcą.**  
Podaj dalej.











# **SPOTKANIE AUTORSKIE „MEDYCYNA W CIENIU NAZIZMU”**

**MATEUSZ BUDZISZ**







