

Mirona WIEWIÓROWSKA

**Sytuacje i działania pielęgnacyjne wobec człowieka chorego \***

The Activity of Nursing the Sick

Уход за больным

Podstawowym zjawiskiem społecznym, które powinni badać socjologowie — stwierdził Znaniecki — są działania społeczne<sup>1</sup>. W badaniach socjologicznych nad problematyką zdrowia zwraca się uwagę na potrzebę analiz dotyczących działań medycznych<sup>2</sup>. Obejmuje to także pielęgnowanie, którego poznanie ma istotne znaczenie dla ujmowania i rozumienia szerszej problematyki socjomedycznej. Można uzasadnić to ogólną teorią Floriana Znanieckiego, który, mówiąc o poziomach analizy socjologicznej, traktował działania jako podstawowe zjawiska w rzeczywistości społecznej. Otóż — według tego autora — życie zbiorowe odbywa się na poziomie stosunków społecznych, ról społecznych, grup społecznych oraz społeczeństwa globalnego. Działania zaś są tym zjawiskiem, które występuje we wszystkich poziomach<sup>3</sup>. Zatem badając pielęgniarstwo zarówno w aspekcie 1) stosunków społecznych (np. pielęgniarka —

\* Jest to zmodyfikowany fragment pracy doktorskiej napisanej pod kierunkiem doc. dr hab. Włodzimierza Mirowskiego.

<sup>1</sup> F. Znaniecki, *Nauki o kulturze*, PWN, Warszawa 1971, s. 663.

<sup>2</sup> Por. m.in. Z. Bizoń, *Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych*, [w:] *Socjologia a zdrowie*, red. M. Sokołowska i in., PWN, Warszawa 1976, s. 107—132; M. Sokołowska, *Przedmowa*, [w:] *Socjologia zawodów medycznych. Wybór problematyki*, red. M. Sokołowska, S. Kosiński, PAN IFiS, Warszawa 1978, s. 7—10.

<sup>3</sup> W *Social Actions* Znaniecki traktuje działania społeczne jako podstawowy poziom życia społecznego (Poznań 1936, s. 2). Później jednak zmodyfikował swą koncepcję, traktując działania społeczne jako element obecny na wszystkich poziomach życia społecznego i uzupełnił ją o poziom społeczeństwa, którego pierwotnie nie uznawał (*Basic Problems of Contemporary Sociology*, „American Sociological

pacjent, czy pielęgniarka — personel medyczny), 2) roli zawodowej, 3) życia grupowego czy 4) miejsca pielęgniarstwa w społeczeństwie globalnym trudno pominąć problematykę związaną z czynnościami pielęgnacyjnymi.

Oprócz tej perspektywy wertykalnej na pielęgnowanie można także patrzeć w perspektywie horyzontalnej. Interesować nas będzie wówczas **zarówno obecność jak i** miejsce działań pielęgnacyjnych w różnych sytuacjach medycznych, które obejmują nie tylko ludzi chorych, ale i zdrowych (np. w poradni dzieci zdrowych, gabinetach higieny szkolnej itp.).

W tym tekście będę się starała spojrzeć na zagadnienie pielęgnowania w odniesieniu do człowieka chorego. Interesować mnie będzie udział działań pielęgnacyjnych w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych różnych kategorii pacjentów.

#### TEORETYCZNA ANALIZA PIELEGNOWANIA

Pielęgnowanie — jak każde działanie ludzkie, w tym także społeczne — skierowane jest na realizację określonych zamiarów, którymi są zmiany wywoływane w człowieku pielęgnowanym. Zmiany te mają różny charakter i dotyczą wielu wymiarów zdrowia człowieka. Najbardziej ogólnie zamiary pielęgnowania w 1860 roku określiła twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa — F. Nightingale — jako „pomaganie ludziom żyć”. Bliższe określenie tego ogólnego sformułowania możliwe jest na podstawie jej wielu dzieł, w których szczegółowo wyklada koncepcję pielęgnowania<sup>4</sup>. Także współczesne ujęcia rozwijają sformułowany przez Nightingale zamiar pielęgnowania. Jest on zrelatywizowany ze względu na cechy jego przedmiotu (określające ogólną sytuację medyczną). A więc ze względu na zakres przedmiotu pielęgnowania może ono być skierowane na zdrowie jednostki lub zbiorowości.

W odniesieniu do kondycji zdrowotnej człowieka mówi się o pielęgnowaniu ludzi zdrowych oraz ludzi chorych. W sytuacji choroby odmienności w działaniach pielęgnacyjnych występują jeszcze w zależności od przebiegu choroby (np. ostra lub przewlekła), występujących następstw (są lub ich brak), etapu (powstawania choroby, terapii zaawansowanej choroby) czy miejsca pielęgnowania (dom lub instytucja opieki medycznej). V. Henderson — współczesny wybitny teoretyk pielęgniarstwa —

Review”, 1954, vol. XIX, s. 321, cyt. za: H. Znaniecka-Lopata, *Florian Znaniecki: Ewolucja twórcza socjologa*, [w:] *Florian Znaniecki i jego rola w socjologii*, red. A. Kwilecki, Poznań 1975, UAM, s. 13).

<sup>4</sup> *Selected Writings of Florence Nightingale*, zebrany przez L. Seymer (Macmillan Comp., New York 1954).

jako uniwersalny element pojęcia pielęgnowania traktuje przyczynianie się do rozwoju zdrowej niezależności ludzi<sup>5</sup>.

W każdej z wymienionych sytuacji można wskazać pewne stałe elementy pielęgnowania stanowiące jego istotną treść. Należą do nich:

1) działania wzmacniające organizm (lecnicze, profilaktyczne),

2) działania wspierające (np. rozładowywanie napięć),

3) działania wychowawcze (np. kształtowanie biopozytywnych zachowań),

4) działania rozwijające sprawności (np. uczenie poruszania się po amputacji nogi).

Działania wzmacniające zmierzają do zapewnienia sprawnego funkcjonowania organizmu. Są one tradycyjnie utożsamiane z pielęgnowaniem, zapewniają osobistą opiekę w sytuacji choroby i są realizacją zaleceń lekarskich wynikających z diagnozy medycznej. W przypadku ludzi zdrowych są to różnego rodzaju szczepienia, badania kontrolne, zalecenia profilaktyczne. Wobec chorych będą to, najogólniej mówiąc, działania leczące chorobę, np. wykonywanie zastrzyków, podawanie leków, toaleta ciała itp. Henderson wymienia osiem typów takich działań<sup>6</sup>. E. C. Abdellah określa je jako opiekę podtrzymującą życie oraz jako opiekę leczącą<sup>7</sup>. H. Szymańska nazywa to zaspokajaniem potrzeb biologicznych oraz współdziałaniem w medycznym leczeniu<sup>8</sup>. Niezależnie od tego, jakiego użyjemy określenia, faktem jest, że pielęgnowanie spełnia m.in. wyznaczone bezpośrednio przez lekarzy zadania czy to w ramach procesu terapeutycznego (wobec chorych), czy w ramach medycznej opieki profilaktycznej (wobec zdrowych).

Działania wspierające oznaczają pomoc jednostce (lub grupie, np. rodzinie) w sytuacji chorowania oraz w różnych sytuacjach życiowych, polegającą na łagodzeniu przykrych doznań, niepokojów, napięć, wobec których jednostka (lub grupa) mogłaby być bezsilna. Mają one na celu podtrzymywanie równowagi psychicznej pacjenta, naruszonej przez dolegliwości towarzyszące chorobie, uciążliwości leczenia, trudności w przy-

<sup>5</sup> V. Henderson, *The Concept of Nursing*, „Journal of Advanced Nursing”, 1978, vol. III, s. 115—130.

<sup>6</sup> Należą do nich: pomoc pacjentowi w oddychaniu, w odżywianiu, w wydalaniu, w zachowaniu postawy ciała, chodzeniu, siedzeniu, leżeniu, a także pomoc przy zmianie pozycji, w odpoczywaniu, w doborze ubrania, a także w ubieraniu i rozbieraniu, w zachowaniu czystości, w zachowaniu stałej temperatury ciała (*Basic Principles of Nursing*, ICN, S. Krager—Basel—München—Paris—London—New York—Sydney 1969, s. 19—44).

<sup>7</sup> F. C. Abdellah i in., *Patient-Centered Approach to Nursing*, Macmillan Comp., New York 1960, s. 51—52.

<sup>8</sup> *Metodologiczne problemy oceny poziomu pielęgnacji chorych w szpitalu*, „Zdrowie Publiczne”, 1977, vol. LXXXVIII, nr 12, s. 771—782.

stosowaniu do warunków hospitalizacji itp. Chorowanie jest bowiem procesem trwającym w czasie i jest ściśle związane z cierpieniem, bólem wynikającym zarówno z choroby jak i z niektórych zabiegów leczniczych, a także z samotnością. Hospitalizacja z natury rzeczy wyłącza chorego z jego środowiska mieszkalnego, izoluje go od rodziny, przyjaciół, osób bliskich. Stresorodna jest również atmosfera instytucji medycznych. Opisane przez H. Selye'go objawy „distressu” (przyspieszenie oddechu, tętna, wzrost ciśnienia krwi), występują u chorych oczekujących na wizytę lekarską, na badanie, a także przy przyjęciu do szpitala<sup>9</sup>. Redukcja wszystkich tych napięć warunkuje powodzenie stosowanej terapii i należy do podstawowych zadań pielęgnacyjnych. W swych rozważaniach nad pielęgniarstwem B. J. Hadley ujmuje to następująco:

podstawową racją bytu pielęgnowania jest zapobieganie i/lub redukowanie napięć powstających w człowieku, a będących rezultatem stresów towarzyszących jego wejściu do systemu opieki medycznej<sup>10</sup>.

Działania wychowawcze zmierzają do rewizji dotychczasowych wzorów zachowań, modyfikacji postaw, poglądów, przekonań itp. Wzbogacają podstawową wiedzę jednostki (lub grupy) o funkcjonowaniu organizmu, warunkach zachowania zdrowia, odczuwanych dolegliwościach, bólach, sposobach reagowania na nie itp. Prowadzi to często do zmiany dotychczasowych wyobrażeń, poglądów, postępowania dotyczącego zdrowia, doznawanych objawów chorobowych, odporności organizmu. Zakres i treść przekazywanej wiedzy zależą od wieku odbiorcy, poziomu umysłowego, jego problemów zdrowotnych, ewentualnie doświadczanej choroby, stopnia jej zaawansowania, płaszczyzny instytucjonalnej (szpital, przychodnia) itp. Można powiedzieć, że w ostatnim okresie w dyskusjach i ujęciach pielęgnowania ten aspekt działań pielęgnacyjnych traktowany jest jako szczególnie ważny<sup>11</sup>. Jasno jego potrzebę sformułowała w latach trzydziestych E. Roosevelt (żona prezydenta Stanów Zjednoczonych).

[...] oczekujemy pielęgniarki działającej w roli nauczyciela na wielu liniach [...] oczekujemy, że nasze pielęgniarki pokażą nam jak żyć z fizycznego punktu widzenia, abyśmy mogli być zdrowszymi, szczęśliwsi ludźmi. [...] społeczeństwo powinno oczekiwać, by praca pielęgniarek — prewencyjna, wychowawcza była taką, w której ludzie będą uczeni, jak zachować dobry stan zdrowia, i która nauczy ich,

<sup>9</sup> R. C. Leonard i in., *The Application of Behavioral Science to Patient Care as Illustrated by the Etiology and Control of Stress in Clinical Settings*, [w:] *Nursing Research I*, ed. P. J. Verhoniok, Little-Brown 1975, s. 93—121.

<sup>10</sup> *Evolution of Conception of Nursing*, „Nursing Research”, 1965, vol. XVIII, no. 5, s. 401.

<sup>11</sup> Por. *Teaching and Rehabilitating the Cardiac Patient*, „Nursing Clinics of North America”, 1976, vol. XI, nr 2; J. Jenny, *A Strategy for Patient Teaching*, „Journal of Advanced Nursing”, 1978, vol. III, s. 341—348.

jak postępować z małymi dolegliwościami w rodzinie, by nie przerodziły się w duże, i która nauczy ich, gdzie iść i co mówić, kiedy potrzebują pomocy<sup>12</sup>.

Wreszcie działania rozwijające sprawności zmierzają do przywracania dawnych umiejętności przez chorobę osłabionych lub wypracowywania (wytworzenia) nowych, wynikających z sytuacji chorowania czy zachowania zdrowia. Przygotowują one do samodzielnego życia sprzyjającego zdrowiu lub z konsekwencjami choroby. Zachowanie zdrowia wymaga wielu umiejętności, np. wydawałoby się, że zabieg higieniczny, jakim jest mycie zębów, jest prosty i łatwy dla każdego. Tymczasem, aby spełnił swoje zadania, powinien być wykonywany w określony sposób, określonymi ruchami szczoteczki itp. Chorowanie nie zawsze kończy się powrotem do stanu przedchorobowego. Nierzadko pozostaje trwałe kalectwo spowodowane np. amputacją ręki czy nogi. Wówczas pacjent musi zdobyć umiejętność poruszania się za pomocą kul lub wózka, radzenia sobie w różnych czynnościach drugą ręką względnie bez rąk. Wiele chorób wymaga dostosowania trybu życia do zmienionych możliwości organizmu, np. resekcja żołądka wymaga kontrolowania diety, zawał serca — modyfikacji stylu życia. Czasami przebyta przez pacjenta choroba nakłada na niego szczególnego rodzaju obowiązki, np. codzienne wykonywanie sobie iniekcji z insuliny (u chorych z cukrzycą), obsługiwanie sztucznego odbyt (u pacjentów po colostomii) itp.

Wymienione działania są zjawiskiem powszechnym w praktyce pielęgniarstwa. Występują one w różnym stopniu i w różnych konfiguracjach w zależności od typu problemów zdrowotnych, jakie mają podopieczni. Spróbujmy choć krótko je przeanalizować.

### PIELĘGNOWANIE CZŁOWIEKA CHOROGE

Choroba jako zjawisko nie jest łatwa do precyzyjnego określenia. Występuje ona przynajmniej w dwojakiej postaci: „jest chory” oraz „czuje się chory”. Można więc mówić o obiektywnym istnieniu stanu choroby (stwierdzalnym niezależnie od doświadczanych przez chorą jednostkę objawów) oraz o subiektywnym odczuciu stanu choroby.

Stan typu obiektywnego można stwierdzić za pomocą aparatury technicznej rejestrującej poziom zmian organicznych (patologicznych). Jest to biologiczny wymiar choroby. Obok wymiaru somatycznego choroba ma też wymiar społeczny. Pociąga za sobą pewne naruszenie dotychczasowych sposobów postępowania. Poza tym w każdej społeczności istnieje

<sup>12</sup> E. Roosevelt, *What Does the Public Expect from Nursing*, „American Journal of Nursing”, 1934, vol. XLIII, nr 7, s. 637.

jakaś definicja choroby i nie każdy stan obiektywnej zmiany w organizmie uznawany jest za chorobę wymagającą poważniejszej uwagi i przeciwdziałania<sup>13</sup>.

Subiektywny wymiar choroby oznacza, że jednostka doświadcza jakichś zaburzeń w swym samopoczuciu i może o sobie powiedzieć: „czuję się chora”. Interesujące jest, że subiektywne poczucie choroby nie musi być wynikiem zmiany obiektywnej — biologicznej, a może występować niezależnie jako efekt dyskomfortu, np. społecznego. Co więcej, również zmiana biologiczna nie zawsze prowadzi do subiektywnego poczucia: „jestem chora”. Występuje to tylko wówczas, jak zauważa Ch. Boorse<sup>14</sup>, gdy objawy:

- 1) są nieprzyjemne dla jednostki i,
- 2) wymagają specjalnego leczenia, a także gdy
- 3) wynikające z choroby zachowania nie są akceptowane przez otoczenie i wymagają koniecznego usprawiedliwienia.

Świadomość tych różnych wymiarów choroby jest istotna w pielęgnowaniu. Medycyna interesuje się najbardziej biologicznym wymiarem choroby i z tym potrafi sobie radzić. Jednakże nie bez znaczenia dla skuteczności działań leczniczych pozostaje uwzględnianie także innych wymiarów. Oczywiście jest bowiem, że jeżeli jakiś zespół zmian nie jest w danej społeczności ujmowany w kategoriach choroby, to nie będzie on również tak traktowany przez jednostki go doświadczające.

W pielęgnowaniu chorego szczególnie istotne jest zwrócenie uwagi na dwa podstawowe problemy: akceptację choroby (uznanie objawów) i wynikające z niej przyjęcie (odrzućenie) roli chorego (poszukiwanie pomocy instytucjonalnej). W konkretnych sytuacjach problemy te mogą przybierać następujące formy:

- 1) akceptacja czynna i aktywne przyjęcie roli chorego,
- 2) akceptacja bierna i bierne przyjęcie roli chorego,
- 3) brak akceptacji i odrzucenie roli chorego.

Akceptacja czynna związana jest ściśle z racjonalną oceną aktualnej sytuacji, znajomością szans leczenia, uznaniem choroby, przyjęciem roli chorego i aktywnym udziałem chorego w leczeniu i pielęgnowaniu.

<sup>13</sup> Por. M. Zborowski, *Cultural Components in Responses to Pain*, [w:] *A Sociological Framework for Patient Care*, red. J. Folta, E. Deck, John Wiley and Sons, New York—London—Sydney 1966, s. 258—271; I. K. Zola, *Culture and Symptoms: An Analysis of Patients' Presenting Complaints*, [w:] *A Sociology of Medical Practice*, red. C. Cox, A. Mead, Collier-Macmillan, London 1975, s. 23—48; E. Becker, *Socialization, Command of Performance and Mental Illness*, [w:] *ibid.*, s. 62—73.

<sup>14</sup> Ch. Boorse, *On the Distinction between Disease and Illness*, „Philosophy and Public Affairs”, 1975, vol. V, nr 1, s. 49—68.

Udział ten polega nie tylko na akceptującym przyjmowaniu leczenia i stosowaniu się do zaleceń. Oznacza on także intelektualne zainteresowanie tym, co się ze zdrowiem dzieje. Chory chce wiedzieć np., co oznaczają jego objawy (pyta personel, czyta książki, szuka informacji), ale także chce przekazywać posiadane przez niego informacje, wynikające z subiektywnych doznań. Ponadto kontroluje przebieg leczenia: interesuje się podawanymi lekami, stosowanymi metodami terapii, ich znaczeniem itp. Jest to chory bardzo podatny na oddziaływanie wychowawcze i wspierające. Przekonany, podejmuje chętnie trud opanowywania nowych sprawności, niezbędnych, by mógł być niezależny, ponieważ sam dąży również do niezależności. W miarę swych możliwości stara się samodzielnie lub aktywnie współpracując z osobami pomagającymi mu, podejmować czynności sprzyjające zachowaniu sprawności organizmu.

Akceptacja bierna oznacza milczącą zgodę na chorobę i leczenie. Wiąże się z brakiem zainteresowania swoją sytuacją. Chory uznaje, że wszystko zależy od profesjonalistów i od ich starań. W konsekwencji biernie poddaje się terapii, nie kwestionuje niczego, ani niczego nie żąda. Jest to pacjent tradycyjny. Swym uległym podporządkowaniem zyskuje sympatię u personelu. Wbrew pozorom jest trudny do pielęgnowania. Najistotniejszego znaczenia nabierają wobec niego działania o charakterze wspierającym i wychowawczym. Konieczne jest dotarcie do motywów jego bierności i uaktywnienie do współpracy.

Brak akceptacji może manifestować się zarówno niechęcią do podejmowania roli chorego czy pacjenta, jak również występować podczas leczenia. Pierwsza postać przejawia się w lekceważeniu wszelkich dolegliwości i zaleceń profesjonalistów. Tacy chorzy, obserwując objawy choroby, lekceważą je całkowicie, bądź też stosują swoje środki, nie naruszając przy tym porządku dnia codziennego. Jak wynika z badań A. Ostrowskiej, charakterystyczny jest dla nich niski stopień zaufania do medycyny, niski rygoryzm w stosowaniu się do zaleceń lekarskich oraz niska wiedza medyczna<sup>15</sup>. Jest to kategoria ludzi, wobec której szczególne zadania przypadają pielęgniarstwu środowiskowemu. Pielęgniarka — przychodząca do domu, szkoły czy zakładu pracy — nastawiona nie tyle na leczenie, ile na przedwczesne wykrywanie i zapobieganie chorobie, dysponuje możliwościami wszechstronnego poznania uwarunkowań takiej postawy<sup>16</sup> i może skutecznie zastosować oddziaływanie wychowawcze, wspierające i w różnym zakresie kształtujące nowe umiejętności.

<sup>15</sup> A. Ostrowska, *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*, OBOPiSP, Warszawa, s. 52.

<sup>16</sup> Por. T. Chętnik, W. Mirowski, *Pielęgniarstwo środowiskowe*, PZWL, Warszawa 1974.

Są również sytuacje leczenia chorych wbrew ich woli. Zostają poddani leczeniu, mimo iż nie znajdują, w swej ocenie, powodu a nawet wprost nie zgadzają się na proponowaną im terapię. Dotyczy to nie tylko chorych zakaźnie (których leczenie i odizolowanie jest uzasadniane względami bezpieczeństwa otoczenia), ale również chorych psychicznie i somatycznie. Pacjenci tacy zwykle nie zgadzają się na uznanie ich za chorych i kwalifikowanie do leczenia. Nie chcą poddać się reżimowi terapeutycznemu. U chorych psychicznie może to wynikać z trudności zrozumienia ich sytuacji zdrowotnej lub z lęku przed hospitalizacją. Jest nawet takie przekonanie w medycynie, że stopień akceptacji choroby psychicznej jest wskaźnikiem jej zaawansowania i konieczności leczenia. Im pacjent bardziej zaprzecza, tym bardziej wymaga leczenia. Chorzy somatycznie są zwykle zbyt zaangażowani w życie społeczne i dlatego nie dopuszczają do siebie myśli o chorobie lub boją się choroby tak dalece, że mimo objawów zaprzeczają jej istnieniu (dotyczy to bardzo często nowotworów).

Brak akceptacji może przejawiać się w postaci jawnej lub ukrytej<sup>17</sup>. Jawnie protestują pacjenci przekonujący wszystkich wokół, w domu czy w szpitalu, że czują się dobrze i nie wymagają leczenia lub mogą być wypisani do domu, że ich dolegliwości są wyolbrzymiane. Trudniejsi do rozpoznania są protestujący w formie ukrytej. Oni nie zgadzają się na swoją sytuację, ale swój żal przelewają na wszystkich wokół. Stwarzają pozory odwracające uwagę od ich faktycznych problemów. Są czasem opryskliwi wobec swego otoczenia; mogą nawet świadomie robić to, o czym wiedzą, że jest przykre dla innych, przenosząc w ten sposób swój gniew z powodu choroby na innych<sup>18</sup>. Zaprzeczanie chorobie może wynikać z: 1) niewiedzy i lęku przed nieznanym (widzianym bardzo często jako zło np. w przypadku carcinofobii), 2) systemu wartości (stan choroby może być uważany za porażkę życiową przez osobę przypisującą duże znaczenie sprawności fizycznej), 3) z brakiem umiejętności reagowania na nową sytuację. Nie są to bynajmniej sprawy obojętne dla procesu pielęgnacyjnego i wymagają różnych środków zaradczych.

Stosunkowo najłatwiej pomóc człowiekowi znajdującemu się w trzeciej z wymienionych sytuacji. Wystarczy mu czasami jedynie wskazać odpowiednie sposoby reagowania, by pogodził się z powstałą zmianą. Nieco trudniej pomóc ludziom znajdującym się w sytuacji pierwszej. Łagodzenie lęku przed nieznanymi, a czasami nieubłaganymi następstwami

<sup>17</sup> M. M. Kiening, *Denial of Illnes*, [w:] *Behavioral Concepts and Nursing Intervention*, red. C. E. Carlson, Lippincott, Philadelphia—Toronto 1970, s. 9—28.

<sup>18</sup> Por. E. Kubler-Ross, *Dying with Dignity*, „Canadian Nurse”, 1971, vol. LXVII, nr 10, s. 31—35.



choroby wymaga od pielęgniarki dużego doświadczenia w pracy z ludźmi cierpiącymi. Poza samymi słowami ważne jest praktyczne przekonanie się pacjenta, że z zaistniałą zmianą można żyć na co dzień i nie musi ona oznaczać przekreślenia dotychczasowych ideałów. Pacjentem najtrudniejszym jest człowiek, któremu załamał się dotychczasowy system wartości. Oslania się on zwykle barierą nieufności do wszystkiego i wszystkich. Wydaje mu się, że wszystko, co dotychczas stanowiło dla niego przedmiot aspiracji albo chluby, zostało przekreślone. Odbudowanie u takiego człowieka wiary w siebie, w życie, w świat wykracza niejednokrotnie poza możliwości pielęgniarki. Mimo to jednak nie może ona traktować go jak osobnika straconego, na którego szkoda czasu i wysiłku. Jej bowiem zaangażowanie, trud, choć wątpliwe, by przyniosły pełny sukces, w znacznym stopniu mogą przyczynić się do podtrzymania wygasającego zaufania do ludzi.

Akceptacja choroby i roli chorego ma istotne znaczenie dla przebiegu procesu terapii. Jak wykazują liczne próby aktywnego włączania pacjentów w leczenie i pielęgnowanie, wzrasta wówczas podatność na stosowane środki terapeutyczne, przez co przyspieszony zostaje powrót do zdrowia<sup>19</sup>. Jednocześnie wskazują one, że brak zainteresowania postawą chorych może w trudnych sytuacjach sprzyjać zachowaniom niekorzystnym, np. wcześniejsze, wbrew zaleceniom lekarskim, wypisywanie się, a nawet ucieczki ze szpitali ftyzjatrycznych. Pomoc okazana pacjentom w zrozumieniu celowości długotrwałego leczenia wpływa na zmniejszenie samowolnego opuszczania szpitali<sup>20</sup>.

Poza tymi podstawowymi problemami w chorobie w ogóle, można jeszcze wyróżnić wiele sytuacji pielęgnacyjnych w zależności od wieku i płci chorego, miejsca chorowania, przebiegu, etapu i konsekwencji choroby.

1. Ze względu na wiek i fazy życia jednostki można wyróżnić trzy kategorie: dziecko, człowiek dorosły, człowiek stary.

W przypadku dziecka, akceptacja i zrozumienie konsekwencji choroby zależy od wielu czynników decydujących o jego rozwoju (na przykład wiek, pochodzenie społeczne, przebieg socjalizacji), a także od reakcji rodziców. Choroba bardzo gwałtownie zmienia warunki życiowe dziecka. Trudne może być uzyskanie jego zgody na pozostawanie w łóżku czy

<sup>19</sup> Por. *An Introduction to Medical Sociology*, ed. D. Tuckett, Tavistock Publ., London 1976, s. 25—26; K. Jankowski, *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, PIW, Warszawa 1975, s. 228—252.

<sup>20</sup> E. E. Drummond, *Patient-Centered and Task-Centered Tuberculosis Nursing. A Study of the Relationships between Nursing Care and Rate of Irregular Discharge*, „Nursing Research”, 1964, vol. XIII, nr 1, s. 56—62.

hospitalizację. Konieczne staje się, zwłaszcza w warunkach szpitala, zindywidualizowane podejście do dziecka, mające na celu osłabienie napięcia, wywołanego zmianą warunków, i przekonanie go o takiej właśnie konieczności. Dziecko, zwłaszcza młodsze, nie rozumie diagnozy medycznej i wynikających z niej następstw, ale doskonale potrafi wyczuwać z zachowania innych grożące mu niebezpieczeństwo. Na stawiane pytania oczekuje krótkiej i często natychmiastowej odpowiedzi. W pielęgnowaniu dziecka chorego porozumienie i współpracę chorego uzyskuje się zarówno przez przekonującą informację, budzące zaufanie ciepło i pomoc, ale także przez delikatne wykonywanie zabiegów służących sprawności organizmu. Warto też zwrócić uwagę na różnego rodzaju formy zabawowe, sprzyjające oddziaływaniu na dzieci.

Człowiek dorosły większość swej aktywności koncentruje wokół rodziny i pracy. W chorobie głównym problemem jest troska o szybki powrót do pełnej aktywności życiowej i obawa czy choroba nie ograniczy dotychczasowego życia.

Dla ludzi aktywnych i niezależnych przyznanie się do choroby jest przyznaniem się do słabości i ma w sobie nawet czasem coś wstydliwego [...] Ograniczenie aktywności zawodowej rodzi lęk, na który jedni reagują wzmożeniem aktywności, a inni agresją, w postaci złości i kłótniwości<sup>21</sup>.

Może to stwarzać sytuacje trudne zarówno dla samego chorego jak i dla jego otoczenia. W tym też leży często przyczyna wcześniej omawianego braku akceptacji choroby. Jednakże motywacja powrotu do niezależności jest czynnikiem bardzo ważnym, mogącym ułatwić oddziaływaniom wspierające i wychowawcze.

Sytuację człowieka starego charakteryzuje tzw. wypadanie z ról społecznych i stopniowe ograniczanie aktywności życiowej. Głównymi problemami wieku starczego są obawy przed samotnością, utratą niezależności oraz potrzeba uzyskania umiejętności radzenia sobie samemu ze zdrowiem. Często ludzie starzy nie potrafią pogodzić się ze zmianami dokonującymi się w ich organizmie i w ogólnej sprawności. Stąd niejednokrotnie większe znaczenie od pomocy fizycznej ma dla nich kontakt psychiczny, pozwalający lepiej zrozumieć i w większym stopniu przystosować się do swojej sytuacji. Toteż w przypadku choroby człowieka starego najważniejsze znaczenie mają czynności wspierające, pozwalające rozładować niepokoje i poczucie odrzucenia. Temu m.in. służy wytwarzanie niezależności poprzez kształtowanie nowych umiejętności pozwalających przystosować się do samodzielnego zaspokajania potrzeb i do zmian wynikających z procesu starzenia się organizmu.

<sup>21</sup> H. D. Lederer, *How the Sick View Their World*, cyt. za: K. Engelhardt, *Pacjent w swojej chorobie*, PZWL, Warszawa 1974, s. 153.

2. Kryterium płci różnicuje reakcje ludzi zarówno na wystąpienie choroby, jak i na jej leczenie czy konsekwencje. Kobiety — co wynika z ich struktury biologicznej i psychicznej — reagują na chorobę z większymi emocjami i nawet bardziej irracjonalnie (choć samo cierpienie potrafią dłużej znosić). Bywają okresy, gdy są nadmiernie pobudliwe, drażliwe i trudno im wówczas o spokojną ocenę swego stanu zdrowia. Podczas hospitalizacji często niepokoją się o dom, rodzinę i wszystkich, którzy pozostali poza szpitalem<sup>22</sup>. Choroba łącząca się z trwałymi konsekwencjami, zwłaszcza fizycznym kalectwem kobiety, wymaga zwiększonego oddziaływania emocjonalnego. Dotyczy to zarówno kobiet niezamężnych jak i mężatek, ponieważ kalectwo kobiety często wiąże się z samotnością, jeśli nie fizyczną to przynajmniej psychiczną<sup>23</sup>. Kobiety poddawane operacyjnemu leczeniu ginekologicznemu przebywają niepokoję o ich sprawność i atrakcyjność dla partnera seksualnego. Te obawy bywają utrzymywane jeszcze długo po zakończeniu hospitalizacji<sup>24</sup>. Istotne jest więc dostarczenie racjonalnych argumentów uwalniających je od niepotrzebnych zmartwień (gdyż te z kolei mogą stać się przyczyną zmian psychosomatycznych).

Mężczyzna nieco inaczej reaguje na zjawisko choroby. W naszej kulturze ideał mężczyzny zawiera cechy niezależności, odwagi i odporności — wywierające niewątpliwie pewien wpływ na częstą wśród mężczyzn postawę lekceważącą wobec zdrowia. Niemal wszystkie badania dotyczące reakcji na chorobę, jeśli płeć traktują jako zmienną niezależną, mężczyznom przypisują częstsze lekceważenie objawów aniżeli kobietom, które są bardziej wrażliwe na symptomy dysfunkcji organizmu<sup>25</sup>. Jednakże w trudnych sytuacjach stwarzanych przez chorobę, mężczyźni gorzej sobie radzą, trudniej znosząc hospitalizację i leczenie<sup>26</sup>. Być może wystę-

<sup>22</sup> J. Dodge, *Factors Related to Patient's Perceptions of Their Cognitive Needs*, „Nursing Research”, 1969, vol. XVIII, s. 502—513.

<sup>23</sup> Por. M. Sokołowska, A. Ostrowska, *Socjologia kalectwa i rehabilitacji*, Ossolineum, Wrocław—Warszawa 1976; E. Gorczycka, *Problemy socjologiczne chorych po amputacjach*, [w:] *Amputacja fizjologiczna*, red. M. Weiss, Warszawa 1972, s. 192—198; Cz. Łuszczynski, *O łagodzeniu skutków kalectwa*, IW CRZZ, Warszawa 1980; I. Kowalczyk, *Poza granicą skargi*, WL, Kraków 1974.

<sup>24</sup> M. C. Drellich i in., *The Psychological Impact of Cancer and Cancer Surgery*, „Cancer”, 1956, vol. IX, s. 1120—1126; R. W. Raven, *The Problems Created by Cancer for the Patient and the Family*, [w:] *Symposium on Cancer. The Patient and the Family*, red. R. W. Raven, John Sherratt and Son Ltd., London 1974, s. 10—17.

<sup>25</sup> Por. A. Ostrowska, *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*, Ossolineum, Wrocław—Warszawa 1975.

<sup>26</sup> D. Togliazzo, H. O. Mauksch, *The Patient View of the Patient's Role*, [w:] *Patients, Physicians and Illness*, red. G. E. Jaco, Free Press, New York 1972, wyd. 2, s. 172—185.

puje tu ten sam mechanizm, o którym pisze I. Janis, a mianowicie: tłumienie przeżyć w sytuacjach trudnych powoduje ujawnianie ich z większą siłą, gdy mija zagrożenie<sup>27</sup>. Najmocniej pod względem emocjonalnym przeżywane są przez mężczyzn ewentualne zaburzenia sprawności seksualnej. Ogólna sprawność organizmu czy zdolność do pracy mają u nich znaczenie drugorzędne<sup>28</sup>.

Pielęgnowanie mężczyzn i kobiet wymaga różnych środków i metod. O ile w odniesieniu do kobiet najważniejszy wydaje się aspekt oddziaływania emocjonalnego, to w przypadku pacjentów płci męskiej wskazane jest przede wszystkim wiarogodne informowanie.

3. Ze względu na miejsce chorowania wyróżnia się dwie kategorie pacjentów: korzystających z opieki ambulatoryjnej oraz przebywających w różnych instytucjach lecznictwa zamkniętego. Kryterium wyróżnienia jest tu: nadzór medyczny — stały lub krótkotrwały, oraz stopień izolacji — brak lub całkowity. Z tego wynikają cechy obu kategorii i odpowiadające im problemy pielęgnacyjne.

Pacjenci ambulatoryjni pozostają w domu (nie występuje więc izolacja). Jednakże ze względu na krótkotrwałość nadzoru, polegającego na wydaniu zaleceń dotyczących dalszego postępowania pacjenta, ciężar ich realizacji spoczywa wyłącznie na chorym i jego rodzinie. Aby potrafili podjąć te zadania, potrzebują wiedzy o tym, jak uczestniczyć w zachowaniu zdrowia, leczeniu choroby oraz znajomości form samopielęgnacji czy też sprawowania stosownej opieki przez rodzinę. Dlatego istotne znaczenie mają czynności wychowawcze i uczące nowych, koniecznych w danej chorobie umiejętności. W niektórych przypadkach — zwłaszcza chorobach długotrwałych czy terminalnych — większego znaczenia nabiera psychiczne wsparcie.

Pacjenci szpitalni (podobnie jak chorzy korzystający z innych form leczenia tzw. zamkniętego) znajdują się pod stałym nadzorem medycznym. Są wolni od odpowiedzialności za przebieg leczenia. Znajdują się jednak w zupełnie nowej sytuacji stworzonej przez reżim terapeutyczny i warunki szpitalne. Już samo wejście do takiej instytucji jest czynni-

---

<sup>27</sup> *Psychological Stress*, J. Wiley and Sons, New York 1958, cyt. za: M. Aastedrud, *Explanation to the Patient*, [w:] *Social Interaction and Patient Care*, red. J. K. Skipper, R. C. Leonard, Lippincott Comp., Phila—Montreal 1965, s. 84; por. także S. E. Taylor, *Hospital Patients Behavior: Reactance, Helplessness or Control?*, „Journal of Social Issues”, 1979, vol. XXXV, nr 1, s. 156—164; Togliazzo, Mauksch, *op. cit.*

<sup>28</sup> Np. w wykazie najważniejszych narządów lub części ciała wśród mężczyzn wysoką i najwyższą pozycję zajmują narządy płciowe (Sokołowska, Ostrowska, *op. cit.*, s. 65—67, por. także s. 126—127).

kiem wywołującym stresy<sup>29</sup>. Utrzymywanie się tego napięcia może być czynnikiem zmniejszającym lub hamującym postęp leczenia<sup>30</sup>. E. L. Brown wymienia siedem cech charakteryzujących sytuację pacjenta hospitalizowanego<sup>31</sup>:

— wejście do szpitala (w którym obowiązują nieznane zasady postępowania),

— utrata tożsamości (pacjent przestaje być osobą, staje się numerem, przypadkiem chorobowym),

— opuszczenie domu (i wszystkiego, co bliskie),

— brak zindywidualizowanej opieki (odbywa się ona niejako ponad pacjentem, jego wprawdzie dotyczy, ale jego specyficzne cechy nie są w niej istotne),

— patrzeć na człowieka przez pryzmat choroby (zachowania chorego są zrozumiałe dla personelu w kategoriach zmiany patologicznej),

— jednostronne przygotowanie personelu (do postępowania z chorobą),

— brak komunikacji (nie tylko pomiędzy personelem a pacjentami jest ona słaba, ale także nie jest dostateczna pomiędzy członkami personelu).

Ta nienaturalność warunków, w których znajduje się człowiek chory w szpitalu, nie pozostaje bez wpływu na jego samopoczucie i percepcję otoczenia. Toteż sprawą zasadniczą w pielęgnowaniu pacjentów przebywających w szpitalu staje się pomoc w przystosowaniu do nowych warunków, wprowadzenie w nie, a także niwelowanie, gdzie to możliwe, ich ujemnego wpływu. Zatem poza oddziaływaniami ostrego zagrożenia życia, gdzie największe znaczenie mają czynności służące zachowaniu sprawności organizmu, pierwszoplanowe znaczenie mają działania wspierające emocjonalnie i podtrzymujące kondycję psychiczną pacjentów hospitalizowanych.

4. Ze względu na przebieg choroby wyróżnia się trzy zasadnicze typy chorych: chorzy z ostrą chorobą, chorzy z chorobą przewlekłą oraz chorzy śmiertelnie (terminalnie).

Chorobę ostrą charakteryzuje gwałtowny, ale i z reguły krótkotrwały

<sup>29</sup> Patrz przypis 9; Por. także R. S. Duff, A. B. Hollingshead, *Sickness and Society*, Harper and Row Publ., New York—Evanston—London, 1968; A. McGhee, *The Patient's Attitude to Nursing Care*, E. and S. Livingstone LTD, Edinburgh—London 1961.

<sup>30</sup> Pcr. Engelhardt, *op. cit.*, s. 124—126; B. J. Anderson i in., *Two Experimental Tests of a Patient-Centered Admission Process*, „Nursing Research”, 1965, vol. XIV, nr 2, s. 151—157.

<sup>31</sup> E. L. Brown, *Meeting Patient's Psychosocial Needs in the General Hospital*, [w:] *Social Interaction and Patient Care...*, s. 6—16.

przebieg, kończący się wyeliminowaniem jej przyczyny oraz objawów. Jednak to niespodziewane pojawienie się choroby stanowi zaskoczenie dla człowieka. Niejednokrotnie nie potrafi jeszcze zaakceptować tego, co zaszło, o ile jest świadomy swego stanu. Dlatego mimo koniecznego oddziaływania na organizm niezbędne jest zwracanie uwagi na reakcje chorego i stosowanie oddziaływania psychoterapeutycznego. Chory jest zaskoczony tym, co zaszło, niepokoi się o swój stan, o czas trwania choroby, o jej konsekwencje. Jego obawy są często wyolbrzymiane z powodu braku znajomości stanu faktycznego. Toteż w pielęgnowaniu tych chorych wszystkie czynności mają okresowo istotne znaczenie. W ostrym zagrożeniu życia podstawowe znaczenie mają działania skierowane na organizm. W miarę ustępowania zagrożenia niezbędne staje się oddziaływanie wspierające emocjonalnie. W dalszym etapie ważne jest wychowanie — dostarczanie wiedzy i umiejętności współdziałania w leczeniu, a także sprzyjających zachowaniu zdrowia.

Chorobę przewlekłą charakteryzuje przebieg długotrwały z nasilającymi się okresowo objawami, bez perspektyw uwolnienia od nich pacjenta. Chory osiąga stan pewnego stopnia pogodzenia (z życia się) z chorobą. Nie oczekuje nawet, że szybko wyzdrowieje. Nierzadko on i jego rodzina mają wyrobiony pogląd na chorobę — jakże często szkodliwy — że nic nie jest w stanie pomóc<sup>32</sup>. W okresach zaostrzenia choroby istotnego znaczenia nabierają działania łagodzące dolegliwości. Gdy one mijają, konieczne staje się nauczenie pacjenta tworzenia warunków łagodzących przebieg choroby i umożliwiających zachowanie, mimo stanu swego zdrowia, maksimum uczestnictwa w życiu społecznym<sup>33</sup>. Na przykład, w sytuacji chorego na cukrzycę istotne jest przyjmowanie leków, kontrola poziomu cukru oraz ograniczenia dietetyczne. By chory mógł zachować niezależność i aktywność życiową, możliwe jest nauczenie go podawania insuliny w postaci iniekcji, kontrolowania poziomu cukru w moczu oraz pouczenie o możliwych kombinacjach diety z uwzględnieniem zawartości cukru i wartości kalorycznych potraw oraz jego gustów.

Chorobę nieuleczalną (nazywaną także terminalną) charakteryzuje nieokreślony czas przebiegu przy występującym stale i nasilającym się bólu oraz braku pozytywnej prognozy (a właściwie prognozie negatywnej). Nie ma możliwości powstrzymania rozwoju choroby. Chorzy są z reguły świadomi swej sytuacji bądź na podstawie odczuwanych zmian w organizmie, bądź z obserwacji zachowań personelu i rodziny. Nie wszyscy jednak potrafią przyjąć, pogodzić się z nią. Toteż wielu w sposób świa-

<sup>32</sup> E. W. Markson, *Patient Semeiology of a Chronic Disease*, „Social Science and Medicine”, 1971, vol. V, s. 159—167.

<sup>33</sup> Por. Dodge, *op. cit.*

domy lub nieświadomy zaprzecza chorobie. Jak wykazują doświadczenia E. Kubler-Ross, może to być ukrywanym wołaniem o pomoc<sup>34</sup>. Indywidualizacja pielęgnowania jest w tej sytuacji wymogiem podstawowym. Wśród zadań pielęgnacyjnych zasadnicze znaczenie mają czynności podtrzymujące samopoczucie psychiczne. Przedmiotem ich jest zarówno chory, jak i jego bliscy. Nie znaczy to, że bez znaczenia są czynności skierowane na organizm, zwłaszcza te, które przynoszą ulgę w cierpieniu. Ważna jest przy tym kontrola reakcji chorego na lek, ustalenie indywidualnej dawki oraz czasu podawania leku<sup>35</sup>.

5. Ze względu na etap choroby można wyróżnić fazę powstawania, fazę leczenia (i chorowania) oraz fazę pozostających po niej ewentualnych konsekwencji<sup>36</sup>.

W pierwszej fazie, bardziej aniżeli w innych, istotne znaczenie ma potoczna definicja zdrowia i choroby oraz miejsce, jakie zajmuje zdrowie w społecznym systemie wartości. Przyczyny powstawania chorób są różne. Wiele z nich tkwi w stylu życia ludzi, ich nawykach, codziennych zachowaniach. Nie wszyscy jednak są tego świadomi. Nie wierzą, że ich tryb życia, atmosfera w pracy czy w domu ma wpływ na doznawane dolegliwości. Dlatego też skuteczne przeciwdziałanie chorobom, ich wcześniejsze wykrywanie niemożliwe jest bez wcześniejszego uwrażliwienia ludzi na najbardziej sprzyjające chorobom warunki. Jak stwierdza jeden z autorów, z 409 tys. śmierci spowodowanych rakiem — 111 tys. można było uniknąć, gdyby chorzy wcześniej zgłosili się do lekarza<sup>37</sup>. Aby to uczynili, trzeba było ich o tym uświadomić, tzn. dostarczyć im wiedzy pozwalającej racjonalnie ocenić nadchodzące niebezpieczeństwo i związane z nim wymogi leczenia.

Faza leczenia choroby jest etapem zmierzającym do wyeliminowania lub osłabienia zmian patologicznych w organizmie. Pomyślny efekt zależy nie tylko od możliwości instytucjonalnych i umiejętności personelu, lecz także od współdziałania chorego w procesie terapii. Udział ten wy-

<sup>34</sup> *Dying with Dignity...*; *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, PAX, Warszawa 1979.

<sup>35</sup> C. Saunders, *Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym*, [w:] *Śmierć i umieranie*, red. L. Pearsons, PZWL, Warszawa 1975, s. 45—72; *Hospicjum św. Krzysztofa*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, ZNAiK, Kraków 1980, s. 266—298.

<sup>36</sup> E. Suchman wyróżnia pięć faz choroby: 1) doświadczanych objawów, 2) uznania się chorym, 3) poszukiwania opieki medycznej, 4) poddania się leczeniu, 5) wyzdrowienia lub rehabilitacji (*Stages of Illness and Medical Care*, [w:] *Patients, Physicians...*, s. 155—170).

<sup>37</sup> G. S. Cameron, *Cancer Control: Challenge or Chimera?* „Cancer”, vol. XXXIII, 1974, s. 402—413, cyt. za: G. S. Wilkinson i in., *Can-Dial: An Experiment in Health Education and Cancer Control*, „Public Health Reports”, 1976, vol. LILI, nr 3, s. 222.

znaczącą m.in. możliwości porozumiewania się pacjenta z personelem, oczekiwania pacjenta, umiejętność chorego radzenia sobie w trudnych sytuacjach (jaką jest niewątpliwie sytuacja choroby), postawa chorego wobec choroby (znaczenie przypisywane jej przez chorego) itp.<sup>38</sup>. Pacjent, aby mógł uczestniczyć aktywnie jako partner zespołu leczącego, powinien otrzymać minimum informacji o tym, co się aktualnie z nim dzieje, czego oczekują od niego leczący, jaki jest zakres jego odpowiedzialności za wyniki leczenia itp. Informowanie takie nie może być przekazywaniem nakazów i zakazów, lecz musi wynikać z poznania (i uznania) indywidualnej sytuacji chorego. Tego właśnie bardzo często dotyczą oczekiwania pacjentów. Jest to zrozumiałe, gdyż umożliwia zachowanie podmiotowości, tak często naruszanej w warunkach chorowania i hospitalizacji. Wiadomo też, że chorowanie i poddawanie się leczeniu jest jedną z najbardziej przykrych sytuacji życiowych dla człowieka. Trudności z wejściem w rolę chorego bywają pogłębiane przez wyolbrzymiony obraz choroby i negatywne wyobrażenia o szansach leczenia. Takie podejście może stanowić skuteczną blokadę współdziałania chorego z leczącymi. Dlatego tak ważny jest wspomniany wyżej partnerski stosunek do chorego, usuwający wszelkiego rodzaju stereotypy szkodliwe dla prawidłowego przebiegu procesu leczenia<sup>39</sup>.

Konsekwencje choroby mogą dotyczyć sfery fizycznej, psychicznej i społecznej jednostki. Rzadko dotyczą wyłącznie jednej. Utrata np. kończyny jest zmianą nie tylko w strukturze organizmu. Poruszanie się z protezą czy na wózku inwalidzkim może wywierać wpływ na obraz samego siebie u inwalidy, a także utrudniać jego obecność i funkcjonowanie w życiu społecznym. Udział pielęgnowania w minimalizacji skutków choroby może być realizowany w różnym wymiarze zależnie od charakteru pozostawionych następstw. Najczęściej chodzi jednak o działania kształtujące nowe umiejętności, konieczne przy pogorszonej sprawności organizmu. Innym razem może być konieczne podjęcie przede wszystkim działań typu wychowawczego. Bywa też, że nieodzowne stają się działania pielęgnacyjne różnego rodzaju, np. w przypadku pacjenta po zawale należy go przekonać o konieczności zmian w dotychczasowym trybie życia, w pracy, a także ułatwić mu opanowanie nowych umiejętności (jak gimnastyka oddechowa).

Parafrazując wspomnianą tezę Znanieckiego należałoby powiedzieć,

<sup>38</sup> Por. Sokołowska, Ostrowska, *op. cit.*, s. 83; I. Heszen-Klemens, *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Ossolineum, Wrocław—Warszawa 1979; Engelhardt, *op. cit.*

<sup>39</sup> K. Wrześniewski, *Informacja pacjenta o chorobie a jego postawa wobec leczenia i rehabilitacji*, „Polski Tygodnik Lekarski”, 1978, vol. XXXIII, nr 15, s. 595—598; Heszen-Klemens, *op. cit.*, s. 115—117.



że podstawowym zjawiskiem, jakie powinni badać socjologowie medycyny, są działania społeczne w instytucjach medycznych. Wśród nich niebagatelną rolę odgrywają działania pielęgnacyjne. W powyższym tekście starałam się pokazać, że są one nie tyle czynnikiem towarzyszącym procesowi terapeutycznemu, ile warunkującym jego powodzenie. A badanie ich może być interesującym zadaniem dla socjologa.

#### SUMMARY

In its essence nursing is a social activity as understood by Florian Znaniecki. It may be analysed in its vertical aspect (the functioning of nursing activities in social relations, e.g. in the relation between the nurse and the patient, in social roles etc.) or in its horizontal aspect (the functioning of nursing activities in various medical situations). In this article the author deals with nursing in its horizontal aspect, particularly in relation towards the sick.

The first part of the article is devoted to a theoretical systematization of problems concerning nursing. The considerations indicate that the significant elements of nursing include: activities strengthening the organism, aiding activities, educational activities, and skill-developing activities. They occur in various configurations, depending on the health problems of a patient. In the second part of the article the author discusses nursing activities depending on such characteristics as age and phase of life of a patients, sex, place of being ill, and the course and stage of the illness.

#### РЕЗЮМЕ

Уход за больным является общественным действием по мнению Флориана Знанецкого. Оно может быть рассматриваемое в вертикальном изложении (функционирование ухода за больным в общественном отношении ир. отношение медсестры к пациенту, общественная роль) или в горизонтальном изложении (функционирование ухода за больным в разных медицинских ситуациях). В данной работе автор сосредоточил свое внимание на горизонтальном изложении, особенно по отношению к больному человеку.

В первой главе работы теоретически систематизировано проблематику ухода. Из определений вытекает, что существенными элементами ухода являются: укрепление организма, поддержка, воспитание и физическое развитие. Они выступают в разном соотношении в зависимости от лечебных проблем человека.

Во второй главе работы автор обсуждает уход за больным в зависимости от таких характеристик как: возраст и фазы жизни человека, пол, место болезни, ход болезни, этап болезни.

