

# Z życia pielęgniarki

*Oh!me*  
magazyn dla kobiet

**Co może powiedzieć pielęgniarka anestezyjologiczna z niemal 30-letnim stażem? Co może powiedzieć kobieta, która przez ostatnie 25 lat pracowała w pogotowiu, na intensywnej terapii, na bloku operacyjnym? Która widziała taki ogrom cierpienia i bólu, że mało kto z nas by go udźwignął? Co w końcu może powiedzieć ktoś, czyja praca nie jest szanowana ani wynagradzana tak, jak być powinna?**

**„... przeraża mnie ogrom nieszczęścia”**

W anestezyjologii i intensywnej terapii nie ma powołania. Od samego początku sprawa była prosta: pracowało się przez trzy miesiące z jedną osobą i to ona wydawała opinię, czy przedłużyć nam umowę na następny rok, czy może ktoś jest świetny, ale nie w anestezyjologii i intensywnej terapii.

Kiedy po tych moich trzech miesiącach oddziałowa spytała mnie: „Z czym sobie nie radzisz?”, odpowiedziałam, że przeraża mnie ogrom nieszczęścia. „Lubisz anestezyjologię i intensywną terapię? Jeśli tak, to spróbuj traktować pacjenta jak narzędzie swojej pracy, bo inaczej ześwirujesz. Nie wolno ci zapominać, że możesz kiedyś być na miejscu tego człowieka, że trzeba go traktować jak swoich rodziców, jak sami byśmy chcieli być traktowani, ale jeśli w jakimś momencie zaczniemy się roztkliwiać nad pacjentem na intensywnej lub na bloku operacyjnym, to albo ześwirujemy, albo nie będziemy w stanie normalnie pracować”.

W tej pracy widzi się tragedię, któ-

rych żaden film, żadna telewizja nie są w stanie pokazać, dlatego wszyscy, którzy pracują wiele lat na tych oddziałach, wypracowali sobie swój własny mechanizm obronny, co nie znaczy, że ta praca nie odbija się na nas. Bo odbija się. Wśród pielęgniarek anestezyjologicznych i w ogóle w środowisku anestezyjologów i pracowników pogotowia jest najwięcej rozwodów. Ostatnio policzyliśmy, że z 25 pielęgniarek na porannej odprawie 16 jest po rozwodzie. Ale to nie wszystko, bo na przykład rzadko która z nas zachodzi w ciążę wtedy, kiedy chce, mało której z nas udaje się donosić pierwszą ciążę. I wszyscy o tym wiedzą, ale nikt nie mówi tego głośno.

Trzeba się nauczyć z tym żyć. Sposoby są różne; akurat w środowisku, w którym ja pracuję, najwięcej jest uzależnień od alkoholu, leków pobudzających, narkotyków i hazardu. Ale my też pracujemy inaczej niż reszta środowiska. My nie mamy psychologa, nie mamy dodatkowych urlopów, nie mamy godziny na odpoczynek. U nas po nieudanej reanimacji rzucamy rękawiczki i zajmujemy się kolejnym pacjentem. Nie mamy nawet 15 minut dla siebie. Ja w takim „hardkorze” pracuję do wielu, wielu lat. I nie jest to jedynie wina obecnego ministra zdrowia, to są zaszczości od lat, ktoś kiedyś na to pozwolił, ktoś inny udawał, że nie widzi...

**„Mój rekord pracy to 72 godziny z rzędu i to wcale nie było tak dawno”**

Mało kto z nas może sobie pozwolić na pracę na jednym etacie.

Lekarz-anestezyjolog oprócz tego, że ma swój etat normalnie, rzadko kiedy schodzi od razu po dyżurze, anestezyjologów jest po prostu za mało. Oni mają średnio 15-18 dyżurów w miesiącu. A młodzi, którzy są bez specjalizacji, biorą dodatkowe dyżury, żeby zarobić na życie, bo mają podstawy mniej niż ja, a za coś żyć muszą.

Pielęgniarki robią dokładnie to samo. Zawsze w większym mieście są dwa lub trzy zaprzyjaźnione szpitale, które wymieniają się pielęgniarkami. Jeśli dziewczyna kończy w swoim szpitalu dniówkę (od 7:00 do 19:00 – przypis red.), leci na nocną od 19:00 do innego szpitala. Tam pół godziny po swoim dyżurze czeka na nią koleżanka, bo wie, że następnym razem ona poczeka na nią u siebie w szpitalu. To jest wymiana.

My, pielęgniarki w wieku około 50 lat, napracowałyśmy się już na kontraktach, takie warunki pracy są dla młodych, więc chcemy umowę o pracę, ale nawet pracując na umowę i tak wyrabiamy dwa etaty. Ja jestem akurat w komfortowej sytuacji, bo od kilku lat pracuję w jednym miejscu na jednym etacie. Ale wiele lat pracowałam tak, jak większość z nas. W Poznaniu wymieniałam się z kolegą z pogotowia – ja miałam dzień na oddziale, on miał w pogotowiu i ustawialiśmy grafik tak, żeby móc pracować na zmianę. Tak pracujemy od zawsze, wszyscy o tym wiedzą. Mój rekord pracy to 72 godziny z rzędu i to wcale nie było tak dawno. Tak naprawdę 36 godzin pracy to jest nic, trzy doby to jest hardkor, ale dwie doby na nikim w moim środowisku zawodowym nie robią wrażenia.

Trzeba przy tym dodać, że na intensywnej terapii się nie śpi. Tam wchodzi się na salę i stamtąd się nie wychodzi, tam się dzień od nocy nie różni.

**„Po prostu wybieramy mniejsze zło”**

Oczywiście nadal obowiązuje stereotyp, że pielęgniarki są tylko od

czekoladek, kawy i spania w nocy. Takie myślenie jest pewnie wynikiem starych czasów, które ja też pamiętam ze swoich praktyk. Ale pielęgniarstwo się zmieniło, mamy dużo więcej obowiązków, odpowiedzialności, dokumentów, jesteśmy lepiej wykształceni.

W anestezyjologii jesteśmy partnerami dla lekarzy – oni słuchają, co mamy do powiedzenia, liczą się z naszym zdaniem. Ufamy sobie nawzajem. Mnie teoretycznie nie wolno podać niczego „na gębę”, czyli kiedy pacjent ma bradykardię (nieprawidłowa praca serca – przypis red.), to powinnam zadzwonić do anestezyjologa i spytać, czy mogę mu podać atropinę. Ale ja dzwonię dopiero po podaniu pierwszej dawki, zaciągając drugą, bo inaczej, gdybym czekała na zgodę, musiałabym już podać

na intensywnej terapii, pracowałyśmy we trzy plus czwarta, która się uczyła. Teraz jesteśmy we dwie, pacjentów mamy więcej, a robimy dokładniej to samo, co wcześniej.

W moim szpitalu jest wiele specyficznych zabiegów – bardzo trudnych, skomplikowanych – mamy potężną neurochirurgię, wykonywane są przeszczepy, co drugą dobę mamy dyżur „kończynowy”. To znaczy, że jeśli gdzieś w Polsce coś zostanie ucięte, odcięte, odpadnie, to pacjent jest przywożony do nas. Ląduje helikopter – musimy się zorganizować. Nie mamy zespołu do ostrych wypadków, już dawno nie mamy, bo nie ma z kogo go sklecić.

Na mojej sali mamy różnych pacjentów. Takich po usunięciu guzów nerki, gdzie trzeba uważać, żeby nie



pacjentowi adrenaliny, żeby ratować mu życie. Dlatego ja i moje koleżanki najpierw reagujemy, a dzwoniemy po chwili i nikt nie ma pretensji. Musimy tak pracować, bo jest nas za mało. Po prostu wybieramy mniejsze zło. Tak samo się pracuje na intensywnej terapii, na każdym obciążonym oddziale, na kardiologii. Wszędzie, gdzie trzeba szybko podjąć decyzję.

A zarabiamy tyle samo, co nasze koleżanki na okulistyce czy dermatologii. Nie mamy żadnych dodatków za odpowiedzialność, za stres...

**„Moja mama całe życie twierdziła, że pielęgniarki nic nie robią”**

Jestem szefem sali budzeń – po operacyjnej, na którą trafiają pacjenci po zabiegach, ciężkich operacjach, także ci, którzy powinni znaleźć się na intensywnej terapii, ale nie ma dla nich tam miejsca. Trzy lata temu na sali, na której budzimy dziennie około 30 pacjentów po zabiegach, którzy są na respiratorach, którzy są wentylowani mechanicznie, którzy czekają dobę, dwie, a nawet trzy na miejsce

doszło do krwawienia, pilnować każdego drenu, reagować na każdy spadek ciśnienia. Mamy dużą chirurgię onkologiczną, pacjentów po tarczycy, a tej nikt nie lubi, bo to zabieg na szyi i jakiegokolwiek krwawienie do środka powoduje niewydolność oddechową. Jest ogromna klinika chirurgii naczyniowej, więc trafiają do nas pacjenci po pękniętych tętniakach, którzy czekają na miejsce na intensywnej terapii, wentylowani mechanicznie.

Moja mama całe życie twierdziła, że pielęgniarki nic nie robią, że w nocy śpią (bo jak ja mam w nocy nie spać, przecież wszyscy śpią). Leżała ostatnio na mojej sali, bo miała operowaną tarczycę. Od niej, 70-letniej już prawie kobiety, usłyszałam wtedy: „Przepraszam”... Powiedziała, że nie miała zielonego pojęcia, w jakim ja kołchozie pracuję, jakimi pacjentami się zajmuję i jakie decyzje podejmuję.

Często słyszę: co wy tam na OIOM-ie robicie? Jedna pielęgniarka na jednego pacjenta, a na innych mają po dwudziestu. A ja mam jed-

cd. na stronie 5

R E K L A M A

**NOWA Rehabilitacja**

**ZAPRASZA NA BEZPŁATNE SZKOLENIA W RAMACH ROZSZERZONEGO ZAKRESU PROJEKTU**

Zapraszamy przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych na bezpłatne wykłady i warsztaty dotyczące interdyscyplinarnej diagnostyki, profilaktyki i rehabilitacji geriatrycznej.

**ZGŁOSZENIA PRZYJMUJEMY TELEFONICZNIE 783 444 444 / 123 525 525**

lub online przez formularz kontaktowy na stronie projektu.  
Więcej informacji: [www.geriatrya.nowarehabilitacja.pl](http://www.geriatrya.nowarehabilitacja.pl)

Projekt współfinansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009-2014, pt. Realizacja Projektu Diagnostyki, Profilaktyki Geriatrycznej z wykorzystaniem elementów Teleopieki sposobem lepszego dostosowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb szybko rosnącej populacji osób powyżej 60 roku życia.

eea grants  
norway grants