



ad vocem

ISSN 1640 - 5307



**Wybory
2005**

Kraków
Nr 68

wrzesień/październik 2005 r.



TRUDNE DECYZJE

„Cokolwiek potrafisz lub myślisz, że potrafisz, rozpocznij to.
Odwaga ma w sobie geniusz, potęgę i magię.”

Johann W. Goethe

Plac zabaw, dzieci rozbawione bez troski budujące zamki z piasku, huśtawki małymi bucikami sięgające do nieba, karuzele wirujące w obłokach. Bez troski dzieciństwo kończą się z chwilą dźwięku pierwszego dzwonka.

- Ja nie chcę iść do szkoły, chcę się bawić! - krzyczy dziecko.

- Nie płacz - mówi matka.

- W szkole jest bardzo fajnie, nauczysz się literek i będziesz mógł sam czytać bajki.

- Wolę oglądać w telewizji - mówi malec.

Matka zamysliła się i po chwili rzekła:

- Wiem, że się boisz, to początek dorosłego życia, uwierz mi nie jest tak źle.

- Zawsze możesz zachować w sobie Piotrusia Pana i być szczęśliwym.

- Dobra, dobra, ale będę musiał wcześniej wstawać i jeść śniadanie...

- Wolę zostać w domu i oglądać teleranek.

Matka zastanawiała się nad argumentami, które przekonałyby syna. Wieczorem chłopiec zagorączkował, rodzice z niepokojem zastanawiali się czy to jakaś choroba, czy reakcja na stres. Wezwali lekarza.

- Witam cię drogi chłopczel!

- Jak się masz, boli Cię coś? - zapytał pan doktor.

- Tak boli.

- Hmm... Tu jest serce.

- Taaak?! A skąd pan wie?

- Widzisz, chodziłem do szkoły, później poszedłem na studia i zostałem lekarzem.

- Ja nie chcę iść do szkoły.

- Dlaczego?

- Nie chcę być dorosły, przestanę latać!

- Widzę, że doskonale znasz Piotrusia Pana i jesteś z nim w wielkiej przyjaźni.

- Tak, jest moim bohaterem!

Jeszcze przez chwilę rozmawiali, a żegnając się powiedział:

- Pewnie się jeszcze spotkamy...

Malec długo myślał, poczym oświadczył:

- Mamo, tato, podjąłem bardzo ważną decyzję, jutro pójdę do szkoły.

Rodzice spojrzeli na siebie, przytulili mocno syna i westchnęli...

Minęło wiele lat, z chłopca wyrósł mężczyzna, rodzicom przybyło siwych włosów, z troską parzyli jak dorasta, jakie podejmuje decyzje i czy będzie szczęśliwy.

- Mamo, tato, żenię się - kogoś dnia oświadczył w przełocie.

- Porozmawiajmy, to poważna decyzja, musisz? - zapytał ojciec.

- Nie, ale bardzo chcę - jestem naprawdę zakochany!

Wesele było skromne, bo młodzi chcieli pojechać w podróż poślubną do Tybetu. Rodzice odradzali tak daleki wyjazd.

- Dzisiaj jest niebezpiecznie, terroryzm, bomby...

- Wszystko będzie dobrze, jestem w czepku urodzony!

Samolot już odleciał, a rodzice długo jeszcze stali na lotnisku i wpatrywali się w znikający punkt.

- Tak, dzieci wychowuje się dla świata - cicho wyszeptwała matka.

- Ale dzisiaj świat jest zwiariowany - dopowiedział ojciec. Dziwny niepokój ogarnął rodziców. Syn w ostatnim czasie bardzo się zmienił i ta pochopna decyzja o ślubie. Pierwszy telefon jaki otrzymali zawierał krótką informację:

- Dolecieliśmy szczęśliwie.

- Gdzie Kuba? - zapytała matka.

- Zaszył się w klasztorze, przecież wiecie, że interesuję się buddyzmem.

Po przylocie z Tybetu Kuba, rzadko kontaktował się z rodzicami, przyjaciółmi, przestał rozmawiać z żoną, zniknął dawny zapał, humor. Ojciec postanowił porozmawiać w cztery oczy z synem.

- Co się dzieje Kuba, chcę ci pomóc!

- Tato, nie wiem jak mam żyć. Dokonałem złych wyborów, nie te studia, za wcześnie małżeństwo. Na dodatek by sprostać wymaganiom zacząłem pod koniec studiów brać amfetaminę.

- Jeżeli chcesz zmienić swoje życie, ale tak naprawdę to je zmienisz.

Przytulił syna i zapłakał.

Przychodnia była prawie pusta pod gabinetem tylko jeden człowiek.

- Pan do doktora?

- Tak.

Po chwili w drzwiach stanął lekarz:

- Zapraszam do gabinetu.

Jakie było zdziwienie Kubę, kiedy zobaczył te same oczy, które pamiętał z dzieciństwa.

- Panie doktorze, tak mi wstyd, wszystko ułożyło się nie tak jak chciałem. Proszę mi pomóc!

- Drogi chłopczel spróbuję ci pomóc, jeżeli naprawdę tego chcesz. Co cię nie zabije, to cię wzmocni. Każdy może upaść, lecz sztuką jest się podnieść.

W sali wykładowej zgromadziły się tłumy ludzi.

- Panie profesorze, zainteresowała mnie pańska wykład.

- Tak? A co cię tak zainteresowało młoda damo?

- Piotruś Pan - symbol wolności, fantazji i magii. Odwaga, z jaką Pan o tym mówił, a przecież jest pan dorosły.

- Gdyby każdy z nas zachował w sobie Piotrusia Pana, Alicję z Krainy Czarów pewnie byłoby lepiej na tym świecie.

- Jest pan idealistą?

- Tak, bo wierzę w człowieka.

- Panu się udało!

- Tobie też się uda, pod jednym warunkiem...

- Jakim? - przerwała zniecierpliwiona studentka.

- Posłuchaj - mówił łagodnym głosem. Malarz, kiedy maluje obraz nie myśli za ile go sprzeda, tylko jak będzie wyglądał. Przygotowuje płótno, poczym dobiera kolory, myśli o tworzeniu. Widzisz, każdy dzisiaj mówi za ile... za co... a ja po latach pytam... po co?... dla kogo...

- I to panu wystarcza?

- Tak, bo życie to tworzenie, każdy ma swoje płótno i pędzel i tylko od nas zależy czy powstanie dzieło sztuki, czy kicz.



Wydaje:

Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Adres redakcji:

Biuro Małopolskiej Okręgowej
Izby Pielęgniarek i Położnych
31-133 Kraków
ul. Dunajewskiego 6 IIIp.
fax/tel. 422 - 88 - 54

e-mail:

biuro@moipip.org.pl

biuro czynne:

od poniedziałku do piątku
w godz. 8⁰⁰ - 18³⁰

Sprawy związane z PRAWEM

WYKONYWANIA ZAWODU
załatwiane są
w poniedziałek
w godz. 9⁰⁰ - 16⁰⁰ oraz
od wtorku do piątku
w godz. 9⁰⁰ - 15⁰⁰

Porad prawnych dla członków samorządu z zakresu:

PRAWA PRACY I PRAWA MEDYCZNEGO
udziela

prawnik mgr Zbigniew Cybulski
we wtorki w godz. 10⁰⁰ - 12⁰⁰,
w czwartki w godz. 16⁰⁰ - 18⁰⁰
Telefon: 430-07-23.

Porad prawnych dla członków samorządu z zakresu: PRAWA

CYWILNEGO, PRAWA RODZINNEGO,
PRAWA KARNEGO I PRAWA PRACY
udziela

adwokat Monika Cała
w środy w godz. 15³⁰ - 16³⁰.
Telefon: 430-07-23.

Posiedzenia Komisji Socjalnej odbywają się w pierwszą środę miesiąca

Kasa czynna codziennie
od 12⁰⁰ - 16⁰⁰

W numerze:

Aktualności



| | |
|--|---|
| Bożena Dworska - Trudne decyzje | 2 |
| WYBORY 2005 | 4 |
| Wywiad z Tadeuszem Wadasem , przewodniczącym MORPiP, kandydatem do Senatu RP | 4 |
| Rozmowa z Marią Skołąbą , kandydatką do Sejmu RP | 6 |
| Pismo Władysława Puzonia | 7 |
| Stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniar- stwa rodzinnego | 7 |

Prawnie



| | |
|--|---|
| Zbigniew Cybulski - „Konsekwencje wprowadzenia w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej zakazu...” | 8 |
| Zbigniew Cybulski - Opinia w sprawie możliwości zatrudniania położnych w Domach Pomocy Społecznej | 9 |

Zawodowo



| | |
|---|----|
| Renata Pochylczuk - Postawy dzieci w wieku szkolnym wobec choroby przewlekłej | 10 |
|---|----|

Rozmaitości



| | |
|--|----|
| Bożena Bondyra - Zespół Opieki Zdrowotnej w Olkuszu | 13 |
| Krystyna Klimek - Sztuka życia a starość | 15 |
| Ewa Kurleto – Kalitowska - Ból i cierpienie (Rozważania filo- zoficzne) | 18 |
| Izabela Zajda - Praca w USA - Twój wybór | 22 |
| Halina Matoga, Irena Iżycka, Maria Jancik, | 24 |
| Krystyna Pęczalska - 25 rocznica „Sierpnia 80” | |
| Gabriela Ginalska (wybór fragmentów) - Stanisława Leszczyń- ska - wspomnienia o matce, fragmenty*) | 27 |
| Bogusława Szegłowska - Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie | 29 |
| Zarząd Oddziału Wojewódzkiego | |
| Lovela - program współpracy z położnymi środowiskowymi | 29 |
| Gratulacje dla Grażyny Gaj - Przewodniczącej Regionu Mało- polskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych | 30 |

Ogłoszenia



| | |
|--|----|
| Zuzanna Mysłowska - Informacje Komisji Kształcenia MOIPiP | 31 |
| Wykaz uczelni, które uzyskały akredytację Ministra Zdrowia | 32 |
| Podziękowania | 33 |
| Ogłoszenia o konkursach | 33 |
| Ogłoszenia | 33 |
| Kondolencje | 35 |

WYBORY 2005

Drodzy Czytelnicy

Tegoroczny wrzesień, pomimo nadchodzącej aury jesiennej, zapowiada się na najgorętszy miesiąc roku. A to za sprawą dwóch naraz kampanii wyborczych: parlamentarnej i prezydenckiej. Jak widać „dwa w jednym” to nie tylko sfera szamponów i kosmetyków.

O ile kampania prezydencka jest głównie medialnym i ulicznym („bilbordowym”) widowiskiem, o tyle kampania parlamentarna może okazać się ważnym, czy nawet przełomowym momentem dla środowiska pielęgniarskiego. W minionych latach przekonał się wielokrotnie (i nadal przekonujemy) jak bardzo sytuacja materialna, zawodowa i edukacyjna pielęgniarek i położnych zależy od prawa stanowionego w Sejmie i gabinetach ministrów, od rozeznania (raczej jego braku) w sprawach naszego środowiska - zaledwie kilkuset posłów i senatorów. Chyba żadna grupa zawodowa nie była tak, jak my poddana działaniom chybionych, złych ustaw i rozporządzeń. Ci, którzy je tworzą zmieniają się, a my latami odczuwamy skutki czyjegoś ignorancja, braku rozważli, czy znajomości tematu.

Nie pozwólmy by nadal decydowano o nas – bez nas!

Już pierwszy krok zrobiliśmy. Kierując się wypracowanymi w Programie „Political Leadership” celami lobbingowymi i wzorami angielskich kolegów podjęliśmy starania o wprowadzenie naszych przedstawicieli do Parlamentu. W całym kraju na listach kandydatów Polskiego Stronnictwa Ludowego do Sejmu znalazło się 5 pielęgniarek, wśród nich nasza koleżanka z Małopolski - Maria Skołuba. Również z listy PSL w Małopolsce kandyduje do Senatu Przewodniczący MOIPiP Tadeusz Wadas. Zachęcam do przeczytania wywiadów z nimi, które jak sądzę przybliżą ich sylwetki i przekonają Was do udziału w wyborach.

Nie zmarnujmy szansy. **Powalczmy o to, by nasz głos był słyszany nie pod Sejmem, ale w Sejmie.**

(-) Janina Łęgosz

NRPiP/V/13/05 Warszawa, dnia 30.08.2005r.

Pani / Pan
Przewodnicząca / Przewodniczący
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy,

Zbliżają się wybory parlamentarne, dla naszego środowiska byłoby korzystnie, gdyby do Parlamentu kandydowała jak największa liczba naszych koleżanek i kolegów - i oczywiście - jak największa liczba uzyskała mandaty. To czy tak się stanie, w dużej mierze zależy od nas; kto jak kto - ale na naszych kandydatów my powinniśmy głosować masowo. Jest nas tyle, że jesteśmy w stanie znacznie zwiększyć szansę tych, którym ofiarujemy swoje głosy. W naszym interesie powinni to być reprezentanci naszego środowiska zawodowego: znający i rozumiejący jego problemy i potrzeby, a w związku z tym z oddaniem pracujący na jego rzecz. Mówię to z pełnym przekonaniem, a przy tym nie boję się posądzenia o promowanie „swoich”. Pielęgniarki i położne domagając się przyznania większej roli dla swoich zawodów, walczą jednocześnie o zdrowszy system ochrony zdrowia i lepsze zdrowie dla Polaków. A więc pielęgniarki i położne w Parlamencie to lepsza opieka zdrowotna dla obywateli! To szansa na odbicie się systemu ochrony zdrowia od dna!

A zatem zachęcam Państwa do głosowania na naszych kandydatów. Głosujcie na pielęgniarki i położne.

Z wyrazami szacunku
Prezes
(-) Elżbieta Buczkowska

Wywiad z Tadeuszem Wadasem, przewodniczącym MORPiP, kandydatem do Senatu RP

Jest duża szansa, że środowisko pielęgniarskie uzyska liczną reprezentację w parlamencie. Jest Pan jednym z kandydatów. Czy ta reprezentacja /w Polsce startuje 6 osób/ ma szansę coś zdziałać dla Waszego środowiska?

■ Bardzo się cieszę, że kilka koleżanek z całej Polski kandyduje do parlamentu, głównie z listy PSL- jako osoby bezpartyjne. Widzę w tym szansę na zdoby-

cie mandatów, co sprawi, że głos naszego środowiska będzie słyszalny.

Jakie najważniejsze problemy powinny być rozwiązane przez ustawodawcę, czyli przyszły Parlament?

■ Najważniejsza sprawa: praca i godziwa płaca dla pielęgniarek, druga to: uporządkowanie systemu kształcenia, trzecia: ujednoczenie dokumentacji medycznej

nej w Polsce oraz wprowadzenie standardów europejskich w pracy.

Jak Pan ocenia klimat polityczny do rozwiązania tych problemów, oczywiście po wyborach?

■ Myślę, że jeżeli chociaż jedna pielęgniarka będzie reprezentować nasze środowisko w parlamencie, to będziemy mieć większe możliwości na złożenie interpelacji, projektów zmian w ustawie o zawodzie. Wszystko wskazuje na to, że będzie nas reprezentować więcej, możliwe, że nawet 6 osób, sekstet to jeszcze nie orkiestra, ale można już mówić silniejszym głosem o sprawach ważnych dla środowiska.

Startuje Pan z listy PSL, dlaczego właśnie z niej?

■ To była jedyna partia zainteresowana zaproszeniem pielęgniarek do startu w wyborach. PSL złożył mi taką propozycję. Stąd decyzja.

Czy ma Pan pomysł na zatrzymanie odpływu pielęgniarek na Zachód?

■ Jedyny skuteczny sposób to podwyższenie uposażenia pielęgniarkom. I to szybko... Kolejne rzesze koleżanek wyjeżdżają.

Jak Pan ocenia obecny system kształcenia w zawodzie?

■ To system do poprawki, jest nieuporządkowany, wymusza na pielęgniarkach kształcenie na licencji pomostowym. A to jest niepotrzebne. Powinny - na zasadach praw nabytych -, mieć uznanie kwalifikacji zawodowych, zarówno pielęgniarki po liceach, jak i po studium medycznym. O to walczę i będę walczył nadal.

Czy jako senator będzie Pan zajmował się tylko problematyką służby zdrowia?

■ Sprawy naszego środowiska są najważniejsze, ale chcę rozwiązywać problemy ludzi, którzy potrzebują pomocy. A takich w naszym kraju nie brakuje. Nie są mi obce, również problemy rolników, sam pochodzę ze środowiska wiejskiego.

Jest Pan znany w Małopolsce z trudnych negocjacji w konfliktach między dyrektorami placówek medycznych a zwalnianymi pracownikami, czy jak się to określa „redukowani”.

■ Zwalniani pracownicy muszą mieć komfort i bezpieczeństwo, jeżeli dochodzi do tak dramatycznej sytuacji, jak likwidacja placówki, powinni być informowani o działaniach podejmowanych przez organ założycielski. Ostatnio taki przykład ignorowania pracowników mieliśmy w likwidowanym Szpitalu Kolejowym w Krakowie. Przykro to stwierdzić, ale były to działania

niehumanitarne, pracownicy zostali pozostawieni sami sobie. Ja zawsze jestem po stronie słabszych, dlatego walczyłem o zabezpieczenie zwalnianych ludzi. Z pomyślnym skutkiem.

Włączył się Pan również w konflikt ZOL-u „Serdeczna Troska” z NFZ. To także można zaliczyć na konto Pańskiego sukcesu.

■ Bardzo trudna sytuacja, NFZ wypowiedział umowę placówce, gdzie przebywa 100 pensjonariuszy, nie przedstawiając dowodów uchybień. Jest to nowoczesnie i wzorcowo prowadzona placówka, doświadczonymi dobrze przygotowanymi pielęgniarkami. Pensjonariusze i ich rodziny chwalią nie tylko standard wyposażenia i usług pielęgniarskich, ale troskliwość, czułe i życzliwe traktowanie podopiecznych. Dzięki mojemu zaangażowaniu w negocjacje z NFZ, placówka została uratowana. Fundusz wycofał się z rozwiązania umowy.

Panie przewodniczący, Pana hasło wyborcze?

■ Zamiast hasła wolę przytoczyć moje życiowe credo: „w zdrowiu i chorobie zawsze z ludźmi”.

TADEUSZ WADAS
KANDYDAT DO SENATU RP

MIEJSCE 27 (ostatnie)

Skutecznie, uczciwie w polityce

www.wadas.pl

Komitet Wyborczy Polskiego Stronnictwa Ludowego

Rozmowa z Marią Skołąbą, kandydatką do Sejmu RP

Dlaczego zdecydowała się Pani kandydować?

■ Od wielu lat jestem związana ze służbą zdrowia, od szkoły pielęgniarstwa poprzez studia na Uniwersytecie i wieloletnią pracę zawodową. Stykałam się i stykam z różnymi problemami, które utrudniają nam wykonywanie zawodu, a niektórych wręcz skłaniają do jego porzucenia lub wykonywania poza krajem. Wiele z tych problemów można rozwiązać poprzez właściwe przepisy, zgodne z potrzebami społecznymi.

Kogo chce Pani reprezentować w przyszłym Sejmie?

■ Przede wszystkim moje najbliższe środowisko - czyli pielęgniarki i położne, ale również pacjentów. Bo mądre rozwiązania prawne powinny uwzględniać przede wszystkim dobro pacjenta, a jednocześnie umożliwiać pielęgniarkom jak najlepsze wykonywanie zadań za satysfakcjonujące wynagrodzenie. Uważam, że zmiana systemu wynagradzania pielęgniarek i położnych jest podstawą do powstrzymania emigracji naszych koleżanek za granicę. Jak widzimy zjawisko to narasta, niestety, póki co problem przez polityków jest ignorowany, a ich krótkowzroczność i skupienie na własnych doraźnych interesach doprowadzić może - w całkiem niedalekiej przyszłości - do poważnego niedoboru kadr pielęgniarskich, a co za tym idzie do ograniczenia opieki pielęgniarstwa dla pacjentów.

Rzeczywiście to poważny problem dla starzejącego się społeczeństwa.

■ Dlatego też należy rozszerzać sferę usług opiekuńczo-leczniczych, w czym znakomicie sprawdzają się już niektóre z nas, zakładając tego typu placówki. Nie tylko ja podziwiam ich odwagę, bo w dzisiejszych realiach ekonomicznych i prawnych nie jest to proste. Uważam, że wprowadzenie korzystnych przepisów ułatwiających zakładanie i prowadzenie zakładów opiekuńczo - leczniczych i pielęgnacyjnych, a przede wszystkim udostępnienie korzystnych źródeł finansowania, zachęci wiele koleżanek do podjęcia działalności w tym zakresie. Bo zarówno wiedzę, umiejętności, jak i wszystkie potrzebne kompetencje posiadamy, jedyne czego nam brakuje to pieniądze na rozpoczęcie działalności gospodarczej, ale to dlatego, że zawsze byliśmy tą najniższą uposażoną grupą zawodową.

Jakie jeszcze tematy i sprawy są Pani bliskie?

■ Wykonując od wielu lat zawód pielęgniarki stykam się nie tylko z problemami zdrowotnymi pacjentów, ale też z ich osobistymi tragediami, z ludzką biedą, życiową nieporadnością. Czasem sprawcą tego jest bezduszne prawo i bezduszność urzędników. Zawsze pomagałam i pomagam ludziom, dlatego też w Sejmie będę bronić, tych którzy potrzebują opieki Państwa, którzy na tą pomoc mają prawo liczyć: dzieci, osoby niepełnosprawne, ludzie starzy, chorzy, rodziny wielodzietne, samotne matki lub ojcowie.

Jak widzi się Pani w roli posłanki?

■ Przez całe życie uczciwie pracuję i utrzymuję rodzinę z pensji pielęgniarstwa, nie jestem osobą goniącą za pieniędzmi, obce są mi korupcja i nielegalne interesy. W Sejmie będę uczciwie i rzetelnie pracować z poczuciem odpowiedzialności wobec ludzi, którzy mi zaufali.

PSL

Lista nr 10
Pozycja 14

Wykwalifikowana
wyższa - magister
pielęgniarstwa

Rodzina:
mąż Jerzy
troje dzieci

Moje atuty:
skuteczność w działaniu,
uczciwość,
rzetelność,
odwaga,
szlachetność,
pracowitość

bezpartyjny
kandydat na posła

Maria Skołąba

będę walczyć o :

- radośne dzieciństwo naszych dzieci
- dobro rodziny
- godną starość poprzez współtworzenie ustaw gwarantujących godziwy poziom naszego życia

Na Skołąbę głosujesz,
w przyszłość inwestujesz...

www.skoluba.pl
e-mail: mskoluba@skoluba.pl

Komitet Wyborczy
Polskiego Stronnictwa Ludowego



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Poniżej publikujemy pismo Władysława Puzonia - Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia skierowane do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w związku z wątpliwościami w interpretacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2005 roku w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (Dz. U. Nr 38, poz. 383).

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Prawny

Warszawa, dnia 10 sierpnia 2005 r.

MZ-PR-024-2386/KB/05

**Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych**

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 15 czerwca 2005 r. (znak: NRPIP/XII/75/05) dotyczące wątpliwości interpretacyjnych w związku z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2005r. w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników, zwanego dalej „rozporządzeniem”, Departament Prawny przedstawia następujące wyjaśnienia.

Zdaniem Departamentu Prawnego, przepisy § 2 ust. 2 rozporządzenia jednoznacznie wskazują wyłącznie na szkolenie w zakresie uzupełniającym jako te, które są przeprowadzane nie rzadziej niż raz na 4 lata. W związku z tym, przepis nie dotyczy szkolenia w zakresie podstawowym, które ma charakter jednorazowy.

W związku z tym, że brak jest w rozporządzeniu przepisów o charakterze przejściowym, należy stwierdzić, że nie ma podstaw prawnych do uznania szkoleń w zakresie podstawowym, odbytych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia za szkolenia w zakresie podstawowym w rozumieniu przepisów rozporządzenia. W konsekwencji przyjęcia tego założenia nie można uznać, że pielęgniarki lub położne, które odbyły szkolenia przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, są obowiązane do odbywania po tym dniu wyłącznie szkoleń w zakresie uzupełniającym.

Równocześnie uprzejmie informuję, że podjęto prace nad zmianą przedmiotowego rozporządzenia zmierzające do uznania przepisem przejściowym za równoważne szkoleniom w zakresie podstawowym szkoleń przeprowadzonych przed dniem wejścia w przez podmioty, o których mowa w art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy, odpowiadające zakresowi określanemu w § 3 rozporządzenia, ukończone przez pielęgniarki i położne w okresie 4 lat przed wejściem w życie rozporządzenia, jeżeli szkolenia takie są poświadczane zaświadczeniem wydanym przez podmioty, o których mowa w art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy. Ponadto, proponuje się, aby pielęgniarki i położne były obowiązane do odbycia szkolenia w zakresie uzupełniającym w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia. Powyższe rozwiązania spowodują zapewnienie właściwego stosowania przedmiotowego rozporządzenia. Należy zakładać, że niebawem otrzyma Pani projekt zmiany przedmiotowego rozporządzenia w ramach uzgodnień między resortowych.

Dyrektor
Departamentu Prawnego
(-) Władysław Puzoń
Radca prawny

Stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

w sprawie: cewnikowania mężczyzn.

Z powodu licznych pytań odnośnie cewnikowania mężczyzn przez pielęgniarki rodzinne oraz niedoprecyzowanym zapisem w kompetencjach pielęgniarki rodzinnej w kontraktach z NFZ. - cewnikowanie - uprzejmie wyjaśniam, że procedura ta dotyczy cewnikowania kobiet.

W trakcie realizacji programu kształcenia pielęgniarek na poziomie licencjackim, a także magisterskim nie ma ćwiczeń z zakresu cewnikowania u mężczyzn. Stąd pielęgniarki nie posiadają umiejętności i kwalifikacji niezbęd-

nych przy wykonywaniu w/w zabiegu. Również program kursu kwalifikacyjnego i specjalizacji z pielęgniarstwa rodzinnego nie obejmuje ćwiczeń cewnikowania mężczyzn.

Aby uniknąć komplikacji z powodu braku doświadczenia w cewnikowaniu mężczyzn pielęgniarki rodzinne nie powinny wykonywać tej procedury medycznej.

Konsultant Wojewódzki
ds. Pielęgniarstwa Rodzinnego
(-) mgr Izabela Ćwiertnia



Zbigniew CYBULSKI
Aplikant radcowski



„Konsekwencje wprowadzenia w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej zakazu wykonywania w zakładach opieki zdrowotnej, na podstawie umowy cywilnoprawnej indywidualnych i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych.”

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wprowadziła bardzo istotną zmianę w zakresie zasad wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Istniejący w art. 27a ust. 1 ustawy o zawodach (...) - zakaz wykonywania grupowych praktyk pielęgniarek, położnych w zakładach opieki zdrowotnej, na podstawie umów cywilnoprawnych został rozszerzony na indywidualne i indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek, położnych.

Zmiana wchodzi w życie z **dniem 1 stycznia 2006 r.** i z tym dniem indywidualne praktyki prowadzone na terenie zakładów opieki zdrowotnej na podstawie umów cywilnoprawnych będą musiały zakończyć swoją działalność.

Wprowadzony przez cytowaną powyżej ustawę zakaz dotyczy indywidualnych i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych prowadzonych na podstawie umów cywilnoprawnych zarówno w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, jak i zakładach niepublicznych.

Przyjęcie zakazu prowadzenia indywidualnych praktyk na terenie zakładów opieki zdrowotnej podyktowane było chęcią ochrony pielęgniarek i położnych, przed coraz częstszą praktyką nakłaniania ich do rozwiązywania umów o pracę i zakładania indywidualnych praktyk, z którymi następnie zakłady opieki zdrowotnej podpisywały umowy cywilnoprawne.

Pielęgniarka, położna zgadzająca się na rozwiązanie umowy o pracę i przejście na świadczenie usług zdrowotnych na podstawie umowy cywilnoprawnej zawieranej przez zakład opieki zdrowotnej z prowadzoną przez nią indywidualną praktyką decydowała się na utratę wszystkich uprawnień pracowniczych wynikających z przepisów prawa pracy.

Jako przedsiębiorcy – pielęgniarki, położne prowadzące praktyki zarówno grupowe jak i indywidualne nie są objęte m. in. ograniczeniami dotyczącymi czasu pracy. Zakład opieki zdrowotnej zawierając umowę cywilnoprawną z pielęgniarką prowadzącą indywidualną bądź grupową praktykę nie jest związany ograniczeniami zapisanymi w przepisach prawa pracy i może dowolnie kształtować postanowienia takich umów.

Pielęgniarka, położna zawierająca jako przedsiębiorca umowę cywilnoprawną z zakładem opieki zdrowotnej zobowiązuje się do wykonywania na rzecz jego pacjentów, określonych w umowie świadczeń medycznych. Za wykonywane świadczenia otrzymuje ona ustalone w umowie wynagrodzenie.

Z otrzymanego wynagrodzenia pielęgniarka musi sama opłacić zaliczkę na podatek dochodowy, składki na ubez-

pieczenie społeczne i zdrowotne oraz pokryć wszystkie inne koszty funkcjonowania praktyki, w tym koszty ewentualnego zastępstwa za okres, w którym np. ze względów na przerwę wypoczynkową nie będzie świadczyła pracy.

Należy zaznaczyć, iż pracownik rozwiązując umowę o pracę i zawierając umowę cywilnoprawną traci prawo do urlopu. Jeżeli w umowie cywilnoprawnej zawartej pomiędzy pielęgniarką – przedsiębiorcą, a zakładem opieki zdrowotnej nie zastrzeżono jej prawa do przerwy urlopowej, za którą zachowuje ona prawo do wynagrodzenia to w okresach nie świadczenia pracy będzie ona zobowiązana do zabezpieczenia zastępstwa.

Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej - dzienny czas pracy pielęgniarek, położnych wynosi 7, 35 godz. w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy. Powyższy przepis dotyczy jedynie pielęgniarek, położnych wykonujących w zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia medyczne na podstawie umowy o pracę, nie dotyczy natomiast pielęgniarek, które wykonują świadczenia medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych zawieranych z pielęgniarkami prowadzącymi praktyki indywidualne bądź grupowe. Brak ograniczenia maksymalnego czasu pracy może doprowadzać do pracy ponad siły, a jednocześnie stwarzać zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów.

Pracownicy publicznych zakładów opieki zdrowotnej rozwiązując umowę o pracę i zawierając z dotychczasowym pracodawcą, jako przedsiębiorcy umowę cywilnoprawną tracili również uprawnienia do szczególnych świadczeń przysługujących im zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, takich jak:

- prawo do nagrody jubileuszowej (art. 62a ustawy o zoz),
- prawa do jednorazowej odprawy w związku z przejściem na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy (art. 62b ustawy o zoz),
- dodatku stażowego (art. 62d ustawy o zoz).

Umowa o pracę charakteryzuje się większą trwałością niż umowa cywilnoprawna zawierana z pielęgniarką - przedsiębiorcą, jeżeli umowa o pracę została zawarta na czas określony może zostać rozwiązana przez pracodawcę jedynie z zachowaniem okresu wypowiedzenia, który jest uzależniony od okresu zatrudnienia u danego pracodawcy i wynosi:

- 2 tygodnie, jeżeli pracownik był zatrudniony krócej niż 6 miesięcy,
- 1 miesiąc, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 6 miesięcy,
- 3 miesiące, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 3 lata.



Wypowiadając umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony pracodawca zobowiązany jest do podania przyczyn tego wypowiedzenia, tymczasem umowa cywilnoprawna może zostać przez każdą ze stron wypowiedziana za przewidzianym w niej okresem wypowiedzenia bez jakiegokolwiek uzasadnienia.

Wśród wielu uprawnień wynikających w przepisów prawa pracy pracownik tracił również wszystkie uprawnienia wynikające z ochrony trwałości stosunku pracy w związku z bliskim przejściem na emeryturę czy macierzyństwem takie jak:

- zakaz wypowiedzania przez pracodawcę umowy o pracę pracownikowi, któremu brakuje nie więcej niż 4 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego, jeżeli okres zatrudnienia umożliwia mu uzyskanie prawa do emerytury,
- zakaz wypowiedzania i rozwiązywania umowy o pracę w okresie ciąży, a także w okresie urlopu macierzyńskiego pracownicy chyba, że zachodzą przyczyny uzasadniające rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia z jej winy.

W przypadku wypowiedzenia pracownikowi umowy o pracę może on wnieść odwołanie do Sądu Pracy, jeżeli uzna, iż wypowiedzenie umowy o pracę jest nieuzasadnione lub narusza przepisy o wypowiedzeniu umów o pracę, również w przypadku rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z naruszeniem przepisów o rozwiązywaniu umów o pracę w tym trybie pracownik, może zwrócić się do Sądu Pracy z roszczeniem o przywrócenie do pracy na poprzednich warunkach bądź odszkodowanie.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż wynagrodzenie za pracę podlega szczególnej ochronie. Pracownik nie może zrzec się prawa do wynagrodzenia. Z wynagrodzenia za pracę po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych - podlegają potrąceniu tylko należności:

- egzekwowane na mocy tytułów wykonawczych na zaspokojenie świadczeń alimentacyjnych, maksymalnie do wysokości trzech piątych wynagrodzenia,
- egzekwowane na mocy innych tytułów wykonawczych, zaliczki pieniężne udzielone pracownikowi, kary pieniężne nałożone na pracownika zgodnie z art. 108 kodeksu pracy, maksymalnie do wysokości połowy wynagrodzenia.

Zgodnie z art. 890 kodeksu postępowania cywilnego - kwota przeznaczona na wynagrodzenie pracowników jest chroniona przed egzekucją komorniczą. Wypłata wynagrodzenia za pracę następuje po złożeniu komornikowi odpisu listy płac. Z takiej ochrony nie korzystają środki pieniężne przeznaczone na wypłaty dla podmiotów, z którymi zakłady opieki zdrowotnej zawarły umowy cywilnoprawne, co w obecnej trudnej sytuacji finansowej polskiej służby zdrowia ma istotne znaczenie gwarancyjne.

Wprowadzony w art. 27a ustawy o zawodach (...) zakaz nie dotyczy zawieranych przez zakłady opieki zdrowotnej umów cywilnoprawnych np. umowy zlecenia czy umowy o dzieło zawieranych z pielęgniarkami, położnymi jako osobami fizycznymi.

Pracodawcy, którzy nie będą chcieli nawiązywać stosunku pracy w dalszym ciągu będą mogli zawierać z pielęgniarkami, położnymi umowy cywilnoprawne.

Należy jednak pamiętać, iż zgodnie z zawartą w art. 22 § 1 kodeksu pracy definicją stosunku pracy – przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie przez niego wyznaczonym, a pracodawca do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem. Zatrudnienie na warunkach podanych powyżej jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę zawartej między stronami umowy.

Przepisy regulujące zawieranie umów o dzieło zawarte są w art. 627 – 646 kodeksu cywilnego. Zgodnie z zawartą w art. 627 definicją przez umowę o dzieło przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania oznaczonego dzieła, a zamawiający do zapłaty wynagrodzenia. Umowa o dzieło jest typową umową rezultatu. Osoba przyjmująca zamówienie działa na własny rachunek i nie jest nikomu podporządkowana. Od umowy o dzieło nie są odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

Ze względu na specyfikę zakładów opieki zdrowotnej większe zastosowanie znajdują tu jednak umowy zlecenia uregulowane przepisami zawartymi w art. 734-751 kc.

Przez umowę zlecenia przyjmujący zlecenie zobowiązuje się do dokonania określonej czynności prawnej dla dającego zlecenie. Jest to umowa starannego działania. od umowy zlecenia odprowadzane są składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. Ponadto od wszystkich umów zlecenia musi być odprowadzana składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Opinia w sprawie możliwości zatrudnienia położnych w Domach Pomocy Społecznej

Zasady wykonywania zawodu położnej uregulowane są w ustawie z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Zgodnie z art. 5 ust 1 ustawy - wykonywanie **zawodu położnej** polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności **świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciążarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem.**

Ustawodawca w art. 5 zawarł zwrot „w szczególności” co wskazuje, iż określony w nim katalog świadczeń zdrowotnych nie jest katalogiem zamkniętym.

Rozwinięcie katalogu znajduje się w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 wrze-

śnia 1997 r. w *sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie* (Dz. U. 1997 Nr 116, poz. 750).

W świetle obowiązujących przepisów brak jest podstaw do zatrudnienia pielęgniarki na stanowisku położnej, a położnej na stanowisku pielęgniarki, co w żaden sposób nie wyklucza, aby położne były zatrudniane w Domach Pomocy Społecznej jeśli zakres wykonywanych przez nie świadczeń jest zgodny z ich kwalifikacjami.

(-) Zbigniew Cybulski
Aplikant radcowski



UNIwersytet Jagielloński Collegium Medicum
WYDZIAŁ OCHRONY ZDROWIA
INSTYTUT PIELĘGNIARSTWA



RENATA POCHYLCZUK

Postawy dzieci w wieku szkolnym wobec choroby przewlekłej

Praca magisterskanapisana

w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego CMUJ

pod kierunkiem dr Marii Kózki

STRESZCZENIE

Każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę, różny przebieg i skutki oraz rokowanie, ale zawsze stanowi trudne przeżycie emocjonalne dla człowieka. Przede wszystkim jest jednym z najbardziej niepożądanych zjawisk w życiu dziecka, ponieważ zaburza jego zdrowie będące podstawą rozwoju i osiągniętej dojrzałości. Jako potencjalny stresor może stanowić czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń w różnych sferach życia dziecka i jego rozwoju psychospołecznym.

Dostępne definicje choroby przewlekłej uwzględniają wyłącznie aspekt medyczny, biorą pod uwagę głównie czas trwania, przebieg i medyczne skutki choroby, pomijają natomiast jej psychospołeczne następstwa. Psychologowie wskazują na te cechy choroby przewlekłej, które powodują, że postrzegana jest jako szczególnie uciążliwa i trudna do zaakceptowania przez dziecko. Wśród tych cech należy wymienić: długotrwałość choroby i jej leczenie, burzliwy przebieg, zależność od instytucji sprawującej opiekę medyczną, cierpienie fizyczne związane z chorobą i sposobem leczenia, a także skutki choroby i terapii.

Niekorzystny wpływ choroby na rozwój fizyczny i psychiczny jednostki powoduje poważne obciążenia determinujące postawy, zachowania i uczucia.

Postawa wobec choroby jest jednym z ważnych czynników rokowniczych, który wpływa na funkcjonowanie osoby chorej i przebieg terapii. Obniżenie nastroju, bierność, depresja zaostrzają przebieg choroby, sprzyjają powstawaniu powikłań i opóźniają powrót do zdrowia. Postawa aktywna i zaangażowanie w procesie leczenia mobilizują organizm do walki z chorobą, a rekonwalescencja następuje szybciej.

Choroba przewlekła jest czynnikiem zakłócającym prawidłowy rozwój dziecka, zarówno pod względem fizycznym, psychicznym, a także społecznym. Z jednej strony prowadzi do specyficznych zmian w budowie anatomicznej i funkcjonowaniu narządu, który

został przez tę chorobę „zaatakowany”, a z drugiej strony wpływa niekorzystnie na ogólny rozwój fizyczny i ruchowy. Utrudnia, a czasem nawet uniemożliwia pełny rozwój i optymalne wykorzystanie posiadanych zdolności intelektualnych. Praca umysłowa wymaga od tych dzieci dużego wysiłku i wzmożonej aktywności. Wielokrotne pobyty w szpitalu pozbawiają ich możliwości naturalnego obcowania i rozszerzania osobistych doświadczeń poznawczych. Choroba stanowi duże zagrożenie dla kształtowania się osobowości dziecka. Działanie negatywnych bodźców, związanych z niezaspokojeniem wielu potrzeb biopsychospołecznych nasila trudności emocjonalne u dziecka. Wzmaga poczucie niższości i zagrożenia, niestałość uczuć, brak wiary w siebie, nasila strach, a także obawy związane z własną osobą, lęk przed niepowodzeniami szkolnymi, brakiem popularności oraz przed własną nieudolnością i wadami fizycznymi.

Z każdą chorobą przewlekłą wiąże się mniejsze lub większe uwiązanie np. do regularnego przyjmowania leków, do regularnego trybu zabiegów, do urządzeń medycznych. Niekiedy dochodzą do tego ograniczenia możliwości poruszania się, spowodowane chorobą, a także uzależnienie od innych osób oraz liczne zakazy i sytuacje przymusu i konieczności. Wszystko to znacznie ogranicza swobodę decydowania o sobie, ogranicza wolność, czyli prowadzi do ubezwłasnowolnienia.

Długotrwała choroba, wyłączając dziecko na długie okresy z uczestnictwa w naturalnym środowisku społecznym, wpływa także negatywnie na jego rozwój społeczny.

Negatywny wpływ choroby na rozwój społeczny chorego dziecka jest szczególnie wyraźny, gdy przerywa ono naukę szkolną lub, gdy z powodu choroby nie rozpoczyna nauki w zwykłym czasie. Liczne absencje szkolne, zmiany klasy mogą wpłynąć na rozluźnienie

więzów koleżeńskich z naturalną grupą społeczną, którą jest klasa.

Zjawisko to częściej występuje w pierwszych latach nauki, gdyż właśnie w tym okresie najintensywniej rozwija się proces integracji rówieśniczej. W tym czasie, gdy zdrowe dzieci uczestniczą w różnych sytuacjach społecznych, nawiązują kontakty z rówieśnikami i podlegają intensywnej socjalizacji, chore dziecko izolowane jest od tej sytuacji. Ich możliwości realizowania kontaktów społecznych ograniczają się tylko do osób przebywających w domu rodzinnym lub w szpitalu, stale w tych samych warunkach i sytuacjach. Najczęściej na problemy w funkcjonowaniu społecznym narażone są dzieci dotknięte dolegliwościami, które ograniczają aktywność ruchową lub powodują zmiany w wyglądzie zewnętrznym. Widoczność choroby gołym okiem, zmiany wyglądu, niski wzrost czy bladość, często jest powodem wstydu i skrępowania wobec zdrowych rówieśników, poczucia inności i mniejszej wartości, bycia gorszym i mniej atrakcyjnym.

Dziecko próbuje zrozumieć, dlaczego choruje, na czym polega jego choroba, jakie ograniczenia i dlaczego wnosi w jego życie. W wieku szkolnym samodzielnie poszukuje informacji na temat swojej choroby, a także podejmuje działania skutecznego radzenia sobie z wymaganiami, które tworzy sytuacja choroby. Jeżeli dziecko choruje od pierwszych lat życia, to choroba stanowi niejako integralną część jego dziecięcej egzystencji, a stan somatyczny jest jedną z wielu właściwości jego „ja” fizycznego. Jeżeli wystąpi ona później, to niewielkie zmiany w samopoczuciu, otoczeniu, kontaktach i sytuacjach społecznych wywołują odmienne, czasami krańcowo różne reakcje emocjonalne oraz powodują dostrzeganie coraz to nowych aspektów własnej choroby. Dzieci spostrzegają własną chorobę w sposób subiektywny, ale zarazem realistyczny, są w pełni świadomi ograniczeń, jakie może stworzyć choroba. Bardziej pozytywnie oceniają aktualny stan swojego zdrowia oraz najbliższe efekty leczenia niż następstwa choroby w przyszłości. Dla zdecydowanej większości jest ona przeszkodą udaremniającą realizację i planów osobistych lub stratą rozumianą w kategoriach ponoszonych kosztów emocjonalnych, czasowych i finansowych. Jest czynnikiem utrudniającym osiągnięcie dobrych wyników w nauce i ograniczającym wybór dalszej drogi edukacyjnej. Wiele dzieci sądzi, że choroba zmarnowała im dzieciństwo, jest stałym źródłem ich udręki z powodu różnego rodzaju ograniczeń w aktywności zabawowej, ciągłego unieruchomienia w łóżku i oddalenia od domu rodzinnego. Niektórzy rozumieją ją jako korzyść, wskazując pewne przywileje, które przynosi im sytuacja choroby np.: słodycze, zwolnienia z obowiązków oraz opieka ze strony matki. Mali pacjenci, pomimo pesymistycznej przyszłości tworzą optymistyczną wizję swojego dorosłego życia. Nie ma w nim miejsca na chorobę i jej konsekwencję. Tylko nieliczni przenoszą swój negatywny obraz dzieciństwa na dorosłe życie twierdząc, że choroba zniszczy ich plany życiowe i będzie źródłem udręki. Są też takie dzieci, które odnoszą się do

swoich sytuacji pozytywnie, uznając chorobę za ten wymiar swojego życia, który czyni je lepszym.

Analizując sytuację dziecka przewlekle chorego, można zauważyć wiele nieumiejętności radzenia sobie ze stresem, a zwłaszcza w podejmowaniu decyzji i kształtowaniu postaw w różnych sytuacjach zadaniowych, co kreuje je na osobę psychicznie niedojrzałą. Ta niedojrzałość objawia się małą zaradnością, znacznie zmniejszoną wytrwałością, a także unikaniem podejmowania decyzji, bezsilnością oraz znacznie zmniejszoną odpowiedzialnością za siebie oraz innych.

Poczucie choroby ma wpływ na samoocenę oraz funkcjonowanie osoby chorej. Pozytywna postawa wobec własnej choroby dynamizuje rozwój obrazu samego siebie oraz wzmacnia poczucie własnej wartości.

Uwzględniając postawy dzieci z chorobą przewlekłą można je sprowadzić do czterech typów:

- postawa egocentryczna, charakteryzuje się tym, że dziecko domaga się opieki i pomocy ze strony drugiego człowieka nawet wówczas, gdy nie są potrzebne,
- postawa ucieczki wyzwała u dziecka lęk i niepokój wobec sytuacji trudnych,
- postawa buntu i gniewu, charakteryzuje się agresywnym zachowaniem dziecka,
- w postawie prawidłowej, dziecko docenia swoją wartość, zdaje sobie sprawę z własnych ograniczeń i stawia sobie zadania na miarę własnych możliwości.

Ważną rolę w kreowaniu postaw dziecka z chorobą przewlekłą odgrywają postawy rodziców. Gdy są one prawidłowe, to wpływają korzystnie na rozwój osobowości dziecka i jego funkcjonowanie. Szczególne znaczenie ma dla dziecka ich akceptacja, szacunek, wzmacnianie wiary w jego możliwości. Przy nieprawidłowych postawach rodzicielskich dochodzi do przejściowych lub względnie trwałych zmian w sferze psychicznej dziecka, które mogą ujawniać się w postaci obniżenia sprawności psychicznej, pogorszenia samopoczucia, chwiejności emocjonalnej.

Celem mojej pracy było poznanie postaw dzieci w młodszym wieku szkolnym wobec własnej choroby.

Dla realizacji założonego celu posłużyłam się kwestionariuszem ankiety i „skalą postaw wobec choroby (CATIS)”. Badania przeprowadziłam na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego CMUJ w Krakowie, obejmując grupę 60 dzieci w wieku 7 - 12 lat, leczonych z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego (astmy, przewlekłego zapalenia oskrzeli) i przewlekłych chorób narządu ruchu (wrodzonej łamliwości kości, skrótceństwa kończyny dolnej).

W badanej grupie przeważały dzieci chorujące powyżej 6 lat z rozpoznaniem choroby narządu ruchu. Częstość hospitalizacji w badanej grupie była zróżnicowana i wahała się od 2 - 10 razy. W przedziale od 2 - 5 hospitalizacji przeważały dzieci z rozpoznaniem choroby układu oddechowego natomiast w przedziale 6 - 10 hospitalizacji z chorobą narządu ruchu. Średni czas hospitalizacji wahał się od 1 tygodnia do 1 miesiąca. Najdłużej ho-

spitalizacji wymagały dzieci ze schorzeniami narządu ruchu. Choroba w badanej grupie doprowadziła do ograniczeń głównie w zajęciach sportowych oraz szkolnych i pozaszkolnych.

Postawy dzieci wobec własnej choroby były zróżnicowane. Dominowały postawy pozytywne głównie w grupie dzieci z rozpoznaniem choroby narządu ruchu.

Do czynników, które miały wpływ na pozytywne postawy badanych należy zaliczyć:

- wiek (dzieci w wieku 7 - 9 lat),
- rodzaj i ciężkość schorzenia - (dzieci z chorobą narządu ruchu),

- czas trwania choroby - (do 5 lat),
- częstość i średni czas hospitalizacji - (mniej hospitalizacji i krótszy czas).

W kształceniu i szkoleniu pracowników ochrony zdrowia należy uwzględnić czynniki, które mają wpływ na postawy dzieci wobec choroby w celu skutecznego planowania opieki.

W planowaniu opieki nad tą grupą dzieci należy uwzględnić edukację, wsparcie oraz wzmacniać poczucie własnej wartości i niezależności dla lepszej akceptacji swojej choroby przez dzieci.

Bibliografia

1. Arusztowicz B., Bąkowski W.: Dziecko kalekie jakiego nie znamy. WSP, Warszawa 1989.
2. Frączek A., Kofta M.: Frustracja i stres psychologiczny. W: Tomaszewski T. (red.): Psychologia. PWN, Warszawa 1976.
3. Góralczyk E.: Choroba dziecka w twoim życiu. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno - Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1996.
4. Jarosz M.: Psychologia Lekarska. PZWL, Warszawa 1983.
5. Kolender J., Kossakowski M. J., Orłowski T., Ostrowski K., Rudowski W., Trzebski A.: Wielki Słownik Medyczny. PZWL, Warszawa 1996.
6. Lohn Z., Ostrowski T., Wyczesany J.: Przeżywanie przez rodziców i dzieci chore na astmę i alergię ich sytuacji chorobowej. W: Kurzawa R., Wyczesany J. (red.): Dziecko chore na astmę, integracja działań pedagogicznych, medycznych i psychologicznych. Wydawnictwo Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 1995.
7. Maciarz A.: Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych. Oficyna wydawnicza „Impuls”, Kraków 2001.
8. Marody M.: Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. PWN, Warszawa 1976.
9. Mądrzycki T.: Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw PWN, Warszawa 1970.
10. Mika S.: Psychologia społeczna. PWN, Warszawa 1981.
11. Niebrzydowski L.: O poznaniu i ocenie samego siebie. NK, Warszawa 1976.
12. Nowak S.: Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych. W: Nowak S. (red.): Teorie postaw. PWN, Warszawa 1973.
13. Nowakowska M.: Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu. W: M. Jarosz (red.): Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1983.
14. Obuchowska I., Krawczyński M.: Chore dziecko. NK, Warszawa 1991.
15. Obuchowska I.: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSP, Warszawa 1995.
16. Obuchowska I.: Lęk, lęki szkolne. W: Pomykało W (red.): Encyklopedia Pedagogiczna. Fundacja Inowacja, Warszawa 1993.
17. Pecyna M.B.: Dziecko i jego choroba. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2000.
18. Pilecka W., Majewicz P., Zawadzki A.: Jak wspomagać psychosomatyczny rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie. WE, Kraków 1999.
19. Pilecka W., Pilecki J.: Rewalidacja dzieci przewlekle chorych i kalekich. WSP, Kraków 1989.
20. Pilecka W.: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. WUJ, Kraków 2002.
21. Przetacznik - Gierowska M., Makiełło - Jarża G.: Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego. WSP, Warszawa 1985.
22. Roszkiewicz I.: Młodszy wiek szkolny. NK, Warszawa 1983.
23. Różniatowski R. (red. naczelny): Mała Encyklopedia Medycyny, t. 1. PWN, Warszawa 1982.
24. Shontz F. C.: Ciężkie choroby przewlekłe. W: J.F. Garret, E.S. Levine (red.): Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów. PZWL, Warszawa 1972.
25. Stefańska - Klar R.: Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny. W: Harwas - Napierała B., Trempała J. (red.): Psychologia rozwoju człowieka. PWN, Warszawa 2004.
26. Śródka A., Patologia. W., Gumułka W. S., Rewerski W. (red.): Encyklopedia zdrowia, t. 1. PWN, Warszawa 1994.
27. Tobiasz - Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby WUJ, Kraków 1998.
28. Tyszkowa M.: Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych. PWN, Warszawa 1972.
29. Wolańczyk T., Banasikowska I., Kobyłcka K., Wałowski A.: Skala postaw wobec choroby - polska wersja. Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS). PEDIATRIA POLSKA, t. LXXIII, 10/98.
30. Wołoszynowa L.: Młodszy wiek szkolny. W: Żebrowska M. (red.): Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży. PWN, Warszawa 1982.
31. Wrześniewski K.: Skala do badania postaw wobec choroby pacjentów po zawale serca. Studia Psychologiczne: t. XIV, 1975.
32. Ziemska M.: Postawy rodziców. PWN, Warszawa 1973.
33. Żebrowska M.: Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży. PWN, Warszawa 1982.

POZNAJMY SIĘ

Bożena Bondyra
Naczelną Pielęgniarką

Zespół Opieki Zdrowotnej w Olkuszu

Działalność medyczna Zespołu Opieki Zdrowotnej w Olkuszu prowadzona jest w Szpitalu Powiatowym liczącym 372 łóżka i 28 stanowisk, w 46 Poradniach Specjalistycznych oraz Gminnym Ośrodku Zdrowia w Bolesławiu. W skład struktur ZOZ wchodzi także Zespół Ratownictwa Medycznego - Pogotowie Ratunkowe, które zabezpiecza usługi dla całego Powiatu Olkuskiego liczącego ok. 110 tys. mieszkańców. Dyrekcja ZOZ zatrudnia 362 pielęgniarki i 42 położne.

Początki Szpitala Powiatowego w Olkuszu sięgają roku 1815. Szpital im. św. Błażeja w okresie założenia posiadał 36 miejsc. W 1922 r. utworzono oddział zakaźny. W latach 1925 - 1928 szpital powiększył stan łóżek do 72. W 1955 r. utworzono Społeczny Komitet Budowy Szpitala. Budowę obecnego szpitala rozpoczęto w 1965 r. i trwała 7 lat. 15.02.1972r. nastąpiło otwarcie nowowbudowanego Szpitala Powiatowego w Olkuszu na 301 łóżek.

Aktualnie pacjenci korzystają z usług szpitala w skład, którego wchodzi 12 oddziałów szpitalnych. Blok Operacyjny i Dział Anestezjologii. W oddziałach szpitalnych pracuje 275 pielęgniarek i 34 położne.

Funkcję Naczelną Pielęgniarki od 7 lat pełni mgr B. Bondyra. Kierowniczą kadrę pielęgniarską tworzą doświadczone, o dużym zaangażowaniu i otwarte na zmiany pielęgniarki oddziałowe.

Blok Operacyjny - Henryka Huczek,
Dział Anestezjologii - Anna Kasprzyk,
Oddział Ginekologiczno - Położniczy - Teresa Cieślak,
Oddział Chirurgiczny - Danuta Rogalska,
Oddział Noworodkowy - Maria Witas,
Oddział Wewnętrzny I - Jadwiga Dębciuch,
Oddział Wewnętrzny II - Irena Wąs,
Oddział Dziecięcy - Małgorzata Gawron,
Oddział Urazowo - Ortopedyczny - Małgorzata Kozioł,
Szpitalny Oddział Ratunkowy - Małgorzata Adamczyk,
Oddział Neurologii - mgr Danuta Kocjan,
Oddział Psychiatryczny - Teresa Fejdasz,
Zespół Ratownictwa Medycznego - Grażyna Walczak.

Od 1998 roku szpital podlegał ciągłym przekształceniom i zmianom. Utworzono 7 łóżkowy Oddział Opieki Paliatywnej. W oddziale tym pracuje 9 pielęgniarek. Pacjenci objęci są profesjonalną opieką personelu, który systematycznie podnosił kwalifikacje na kursach i szkoleniach z zakresu opieki paliatywnej. Kompleksową pomoc i opiekę



Szpital Powiatowy w Olkuszu im. Franciszka Krzyształowicza

w najtrudniejszych chwilach życia również w okresie terminalnym zapewnia Poradnia Paliatywna, Dzienny Oddział Chemioterapii i Oddział Opieki Paliatywnej.

Jeszcze kilka lat temu nikt nie przypuszczał, że w Szpitalu Powiatowym w Olkuszu młode kobiety będą miały możliwość rodzić w wodzie i w obecności najbliższej rodziny. Nowoczesna sala porodów rodzinnych i doświadczone położne zachęcają, aby narodziny twojego dziecka odbyły się właśnie w Olkuszu.

Pierwsze godziny życia noworodka wnikliwie obserwują koleżanki pielęgniarki z Oddziału Noworodkowego. Oddział liczy 20 stanowisk noworodkowych i zatrudnia 12 pielęgniarek. Opieka nad noworodkami odbywa się w systemie Rooming - im. Dzięki dużemu zaangażo-



Kierownicza kadra pielęgniarska

waniu oraz odpowiedzialności koleżanek oddział prowadzi pełny proces pielęgnowania. Dziś przy braku personelu medycznego bądź minimalnych obsadach pielęgniarskich prowadzenie wnikliwej i pełnej dokumentacji, która wymaga czasu i przygotowania wydaje się dużym sukcesem. Panie pielęgniarki opracowały własną dokumentację, która jest na bieżąco analizowana i ulepszana.

W oddziale każdy noworodek ma wykonane przesiewowe badanie słuchu oraz USG stawów biodrowych. Celem oddziału jest tworzenie atmosfery przychylniej naturalnemu karmieniu. Oddział noworodkowy to także miejsce edukacji młodych matek. To właśnie pielęgniarki wyszły z propozycją uruchomienia całodobowej porady telefonicznej dla matek w zakresie pielęgnacji i żywienia noworodka.

Nie sposób pominąć koleżanek pracujących w tzw. Odcinkach Intensywnego Nadzoru funkcjonujących przy Oddziale Chirurgicznym i Wewnętrznym II. W Oddziale Wewnętrznym o profilu kardiologicznym wydzielono 7 łóżek intensywnego nadzoru. Nad pacjentami czuwa 12 przeszkolonych i doświadczonych pielęgniarek. Dobra atmosfera i poczucie humoru pozwala im przetrwać najtrudniejsze chwile.

Dziś znacznie poprawiły się warunki pracy pielęgniarek Oddziału Chirurgicznego. Noworemontowany oddział świeci czystością i przestronnością. Zadowolenie z pracy to także wyposażone i estetyczne stanowisko pracy.

Oddział Urazowo - Ortopedyczny posiada akredytację, liczy 26 łóżek i tak jak cały szpital pełni całodobowo ostry dyżur. Olkusz leży przy trasie A4 prowadzącej z Katowic do Krakowa jest miejscem wielu kolizji i wypadków drogowych. To właśnie tutaj trafiają pacjenci pod opiekę doświadczonych pielęgniarek. Oddział przyjmuje rocznie ok. 1000 pacjentów.

Oddział Dziecięcy składa się z III odcinków: Dzieci Starszych, Odcinka Niemowlęcego oraz Odcinka Obserwacyjno - Izolacyjnego. Posiada 35 łóżek na salach od 1 do 4 osobowych. Uwzględniając złożoność leczenia dzieci i konieczność stworzenia im atmosfery zmniejszającej lęk i niepokój związany z chorobą i przebywaniem w obcym środowisku istnieje możliwość pobytu matki z dzieckiem. W opinii rodziców i dzieci w oddziale panuje przyjazna i życzliwa atmosfera. Dzieci mogą korzystać z bezpłatnego telefonu - „telefon do mamy”. Oddział zapewnia fachowość, duże doświadczenie personelu, a także przesłanie, że głównym celem jego pracy jest wyleczenie chorego dziecka i szczęśliwe wypisanie go do domu.



Położne w sali porodów rodzinnych



Sala Intensywnego Nadzoru Medycznego Oddziału Wewnętrznego II – zatrudnieni pracownicy

W szpitalu sprawnie funkcjonuje Szpitalny Oddział Ratunkowy wyposażony w niezbędny sprzęt i aparaturę. Trafiający tutaj pacjenci uzyskują I pomoc, są kierowani na oddziały szpitalne bądź pozostają na kilkugodzinnej obserwacji. To właśnie tutaj pacjent ma pierwszy kontakt z pielęgniarką i opieką medyczną. Wszystkie zatrudnione pielęgniarki zostały przeszkolone i odbyły wymagane kursy z zakresu ratownictwa medycznego. W ciągu doby z usług Oddziału Ratunkowego korzysta ponad 100 osób. Duże obciążenie pracą powoduje również rotację personelu pielęgniarskiego, ale przeszkolona pielęgniarka w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym odnajdzie się na każdym stanowisku pracy.

Od 1 lipca 2003 r. Zespół Pogotowia Ratunkowego został ponownie włączony w struktury ZOZ. W tak krótkim czasie pozyskano nowy tabor samochodowy. Posiadamy 2 nowe karetki marki Mercedes i 2 karetki z Niemiec w ramach współpracy naszego Powiatu z Powiatem Niemieckim Kyffhauser. Wyposażenie karetek jest pełne i zgodne z obowiązującymi standardami. Zespół liczy 24 pielęgniarki, 7 lekarzy, 6 ratowników medycznych, 4 sanitariuszy i 20 kierowców. Pielęgniarki dyspozytorki zostały włączone w System Powiatowego Centrum Powiadamiania Ratunkowego,

Kierownicza kadra pielęgniarska była inicjatorem utworzenia w ZOZ Olkusz Działu Higieny Szpitalnej. W dziale tym zatrudnianych jest 90 pań salowych. Dobra organizacja pozwala na oszczędne gospodarowanie środkami czystości oraz lepsze wykorzystanie czasu pracy. Należy nadmienić, że Działem Higieny Szpitalnej zarządza pielęgniarka aktualnie studiująca w Wyższej Szkole Biznesu. Koleżanki z okolicznych szpitali zasięgały informacji o zasadach funkcjonowania Działu Higieny Szpitalnej. Właściwe zarządzanie i dobra organizacja pracy pozwoliła dyrekcji nie zlecać usług sprzątania firmom zewnętrznym.

Przedstawiłam Państwu krótką charakterystykę kilku oddziałów Szpitala Powiatowego w Olkuszu. Szpital od kilku lat znacznie zmienił swój wizerunek. Przeprowadzono wiele remontów, utworzono nowe oddziały i Poradnie Specjalistyczne. Od sierpnia 2005 r. funkcjonuje Pracownia Tomografii Komputerowej. Dyrekcja i personel dąży do ciągłego podnoszenia jakości świadczonych usług. Personel widzi potrzebę ciągłego szkolenia i podnoszenia swoich kwalifikacji. Aktualnie studiuje 15 pielęgniarek. Całokształt działań zatrudnionych pracowników zawiera się w dewizie „Życie i zdrowie chorego najwyższym dobrem”.



Krystyna KLIMEK

SZTUKA ŻYCIA A STAROŚĆ

WPROWADZENIE

Żyjemy w czasach wielkich przeobrażeń i szybkich zmian. Zmiany te dotyczą zarówno świata zewnętrznego jak również naszego człowieczeństwa. Materializacja życia, dehumanizacja medycyny oraz osłabienie więzi międzyludzkich sprawiły, że zgubiono gdzieś po drodze człowieka starszego, który został odsunięty na margines normalnego życia.

Jednym z najbardziej nabrzmiałych problemów, z jakimi wchodzimy do Unii Europejskiej, jest zagadnienie starości i starzejących się społeczeństw, które nie są odpowiednio przygotowane do pełnienia swej roli społecznej, związanej z wiekiem życia. Nie napawa optymizmem również sytuacja osób starszych w społeczeństwie i rodzinie. Dostrzegamy wzrost populacji ludzi starszych. Dzisiaj oni stanowią ogromną grupę i z powodu jej liczebności stają się społecznym problemem. Społeczeństwo coraz bardziej odczuwa ciężar emerytur, wszystkie domy pomocy dla osób starszych są przepełnione. Znaczący wzrost liczby ludzi starszych nastąpi około 2020 - 2025 roku.

W opublikowanym w maju 1998 roku raporcie Światowej Deklaracji Zdrowia pt. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku czytamy, że WHO zaleciła skoncentrowanie się na formach opieki długoterminowej wobec przewidywanego ciągłego wzrostu zapotrzebowania na opiekę nad tymi grupami osób.

W Polsce powstają oddziały opiekuńczo - lecznicze dla osób starszych. Niektórzy autorzy piszą: „Świadczenie osobom w podeszłym wieku usług pielęgnacyjno - opiekuńczo - medycznych na bardzo wysokim poziomie jest nie tylko nakazem wynikającym z postępu nauk medycznych i rozwoju cywilizacyjnego, ale również obowiązkiem humanitarnym i moralnym” [Galus (red.), 1998].

Stałe narastanie odsetka ludzi starszych we współczesnym świecie powinno zmusić społeczeństwa do refleksji nad starością i jej konsekwencjami. Anna Panek i Zofia Szarota - organizatorki ogólnopolskiej konferencji naukowej pt. „Zrozumieć starość”, która odbyła się w ramach Międzynarodowego Roku Seniorów w 1999 roku w Krakowie zauważają, iż trzeba „(...) podejmować zabiegi służące znoszeniu negatywnych stereotypów towarzyszących postrzeganiu starości, popularyzację założeń teorii aktywności czy też teorii kompetencji człowieka starszego. Będą one możliwe, jeśli wdroży się do praktyki edukacyjnej odpowiednie programy pro-

filaktyki, czyli wychowania do starości” [Panek, Szarota (red.), 2000, s. 8].

PROFILAKTYKA GERONTOLOGICZNA

Badania wykazują, że nie lubimy starości i nie lubimy starców, a jednak nigdy się nimi nie interesowaliśmy tyle, co teraz. Powstała nawet nowa gałąź nauki gerontologia. Interesujemy się osobami starszymi, ale nasze poczynania oparte są na założeniu, że starzenie jest smutne. Na przeciw temu zjawisku winna wyjść profilaktyka gerontologiczna przeciwdziałająca skutkom smutnej zazwyczaj starości. Musi ona mieć interdyscyplinarny charakter, akcentować winna z jednej strony medyczny, a z drugiej psychologiczno - społeczny wymiar problemu. Zabiegi profilaktyczne wprawdzie nie chronią nikogo przed starzeniem się i starością, która jest zjawiskiem nieuniknionym, ale dają nadzieję łagodniejszego przebiegu procesów związanych z godnym starzeniem się człowieka w środowisku troskliwych i życzliwych mu ludzi.

Troska o akceptację starości i godne życie winna leżeć w gestii rodziny, jak i instytucji ją wspierających czy też wspomagających. Pracując dla ludzi starszych - pacjentów czy podopiecznych - musimy dobrze zdawać sobie sprawę z odchyień i zmian, jakie powstają w ich psychice bądź na skutek samego procesu starzenia się, bądź też często w tym okresie występujących przewlekłych chorób. To, czy starość będzie aktywna, czy niedołączna nie może już być tylko sprawą prywatną. Jej jakość leży bowiem w interesie ogólnospołecznym.

Celem działań opiekunów winno być dążenie do opóźnienia procesu starzenia się przez udział w modyfikowaniu czynników odpowiedzialnych za przyspieszone starzenie się między innymi: ocalenie ludzi starszych od samotności, zapewnienie im wszechstronnego wsparcia, dodawanie otuchy, łagodzenie stresu wynikającego z przejścia na emeryturę, promocję zdrowia, rewitalizację, a także dążenie do podtrzymywania zdolności do samoopieki tak długo jak to jest możliwe, aby nie dopuścić do zniedołącznienia. W naszych rękach jest więc zadanie, aby współdziałając z człowiekiem starszym pomóc mu osiągnąć jak najlepszą jakość życia.

POSTAWY WOBEC STAROŚCI

Zarówno w rodzinach jak i instytucjach powołanych do opieki nad osobami starszymi, wciąż za mało mówi się o



starości w sposób otwarty i naturalny. Zmiana tych postaw może przyczynić się do tego, by starość nie była postrzegana przez otoczenie jak i przez osoby wchodzące w ten etap życia, jako przerażająca, budząca niechęć, pogardę czy też litość, ale jako naturalna i godna, która nosi piękne miano „mądrości” [Sujak, 1987, s. 172].

Wśród ludzi starszych wyróżniamy dobrze i źle przystosowanych do starości. Dobrze przystosowani są zadowoleni z życia, umieją się nim cieszyć, lubią rozrywki, przyjaźnie odnoszą się do ludzi, chętnie im pomagają, wykazują raczej dobre zdrowie, aktywność, bystrość umysłu i szerokie zainteresowania, dbając swą powierzchowność, niczym nie rażą i nie sprawiają swoją osobą kłopotów.

Natomiast źle przystosowanie się do starości wyraża się w: braku zadowolenia, frustracji, konfliktach, wrogości do ludzi, nastrojach depresyjnych i różnego rodzaju dziwactwach. Umysł takich osób jest mniej sprawny i skłonny do zaburzeń, a ogólny stan zdrowia niezadowolający. Oczywiście, w życiu codziennym spotyka się różny stopień przystosowania względnie nieprzystosowania do starości. Niestety faktycznie obserwuje się, iż wielu ludzi starzeje się źle.

W jednym z podręczników czytamy: „Ludzie, którzy w młodości byli trudni we współżyciu z najbliższymi, na starość gdy krytycyzm i hamulce psychiczne słabną, często stają się niezwykle uciążliwi” [Jabłoński, Wysokińska - Mischuk, 2000, s. 77]. Często zatruwają życie otoczeniu ciągłymi roszczeniami, lękami czy urojeniami, choć nie są to osoby otepiałe czy psychotyczne. Choć zdąży się i odwrotnie, człowiek starszy może wyciągnąć wnioski ze swej młodości i budować pogodną jesień życia.

WSZYSCY JESTEŚMY SOBIE POTRZEBNI

Człowiek powinien żyć w środowisku pełnym, bo jest to warunek zdrowego społeczeństwa. Zarówno osobom starszym, dorosłym jak i dzieciom jest potrzebna wzajemna obecność. „Dzieci, młodzież i osoby w wieku dojrzałym należy jak najwcześniej uświadamiać, że wejdą w przyszłości w starszy wiek i starość. Należy także informować młodszych członków rodziny, niejako z wyprzedzeniem o sposobach pomocy dziadkom (...) oraz współpracy z nimi” [Jabłoński, Wysokińska - Mischuk, 2000, s. 65].

Zazwyczaj dopiero z nieuchronnie nadchodzącą rzeczywistością przemijania zdobywa się potrzebne doświadczenie, co czasem jest za późno i bywa bolesne oraz mało przydatne.

Kulturę społeczeństwa rozpoznaje się i ocenia na podstawie jego stosunku do ludzi starych [por. Minczkiewicz, 1999, s. 6]. Papież Jan Paweł II w liście apostolskim do młodych z 1999 roku apelował do jego adresatów, aby najstarszych traktowali „wielkodusznie i z miłością...” jako, że potrafią oni dać im znacznie więcej, niż można to sobie wyobrazić.

Podniesienie autorytetu osób starszych i ich godności w społeczeństwie może być pomocne w kształtowaniu i utrwalaniu postaw pokolenia młodych wobec tej grupy społecznej. Sądzę, że różne formy wzajemnych kontaktów mogłyby spełniać ważną rolę w integracji międzypokoleniowej.

„Jako swoistą formę aktywizacji i pomocy zapewniającą ludziom starszym poczucie przydatności i sprzyjającą ich integracji z otoczeniem należy traktować działalność na rzecz innych osób potrzebujących pomocy, oraz na rzecz własnego środowiska (...) co oznacza konieczność zmiany postaw otoczenia wobec ludzi starszych a także postaw ich samych wobec własnej starości, a więc złamania stereotypu człowieka starszego jako osoby biernej i zależnej od innych, starości zaś - jako okresu społecznej degradacji” [Halik (red.), 2002, s. 173].

SZTUKA ŻYCIA

Starość człowieka może być zarówno ciężkim brzemieniem tak dla niego samego jak i jego otoczenia, ale też może być przecież pięknym, w pełni aktywnym i szczęśliwym okresem jego życia.

Celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na fakt, że czynnikiem wpływającym na jakość i pełnię życia osób starszych jest między innymi sztuka życia. Polega ona na świadomym pomijaniu drobnych przykrości i wynajdywaniu przyjemnych wrażeń we wszystkim co nas otacza. Odpowiada założeniom estetyki, odznacza się pięknem i harmonią.

Włączenie się w sztukę życia zależy między innymi od nas, osób pomagających osobom starszym w akceptacji starości, nauczaniu ich cieszenia się z drobnych przyjemności, które niesie życie. Wszystko to należy podejmować, aby zagwarantować im starość wypełnioną zadowoleniem i poczuciem sukcesu. Ludzie starsi potrzebują naszego wsparcia, aby pogodzili się z ujemnymi stronami życia, jak i z perspektywą bliskiej śmierci. Zadaniem opiekunów jest przede wszystkim nauczanie i promowanie u podopiecznych sposobów działania prowadzących do samowystarczalności, stymulowanie pozytywnego myślenia o sobie i innych ludziach i wpajanie im przeświadczenia, że mogą i powinni pomimo choroby i ułomności prowadzić tryb życia pełnowartościowego człowieka.

Ważnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję życiową człowieka jest bilans życiowy, jakiego dokonuje u progu starości. W zależności od niego kształtuje się obraz samego siebie. Gdy bilans jest dodatni, to i obraz rozjaśnia się, a gdy ujemny - maluje się w ciemnych barwach. Człowiek starszy ma już wiele bilansów życiowych za sobą, zazwyczaj zdążył się przyzwyczaić do oceny własnego życia. Jeśli jest ona dodatnia, lżej mu znosić klęskę starości, gdyż ma za sobą dobrze spełnione życie. Gdy ujemna, to wówczas obraz samego siebie staje się jeszcze ciemniejszy i smutek starości tym dotkliwszy. W profilaktyce gerontologicznej ważną rolę odgrywa umiejętność pokazywania seniorowi dodatnich aspektów jego życia, aby bilans życiowy dzięki temu zmienił swój znak z ujemnego na dodatni. Nieraz w życiu, które pozornie wydaje się przegrane, można dojrzeć wiele dodatnich cech i, odwrotnie, życie na pozór pełne sukcesów przy głębszej analizie okazuje się klęską [por. Kępiński, 1985, s. 51 - 52]. Należy uświadomić osobom starszym, iż najważniejszym zadaniem ostatniego etapu życia jest akceptacja go takim, jakim było i uznanie za



własne pomimo niedoskonałości i błędów, jednakże za posiadające określoną wartość. Okazuje się, że wiele problemów dałoby się złagodzić lub rozwiązać, przez samą tylko przemianę postawy negatywnej w pozytywną.

U PODSTAW ROZWAŻAŃ SENSU ŻYCIA OSÓB STARSZYCH

Dążenie do pozytywnego wizerunku minionego życia prawdopodobnie służy ochronie jego sensu i wartości. Takimi wartościami są na pewno: miłość, prawda, dobro, piękno, wolność, godność, pokój.

Badania potwierdzają tezę, że „(...) ludzie, którzy oceniają swoje życie jako pełne sensu i mogą w nim odnaleźć ważne dla siebie wartości i cele są psychicznie zdrowi i zrównoważeni, podczas gdy ludzie, których życie jawi się im jako puste i beztreściowe, częściej bywają psychicznie zaburzeni i częściej popadają w stany nerwicowe” [Popielski (red.), 1987, s. 220].

Człowiekiem, który cały swój dorobek naukowy poświęcił problematyce sensu i wartości życia był znany austriacki psychiatra, twórca logoterapii prof. dr Viktor E. Frankl. Opisuje odczucia ze swojego pierwszego pobytu w Polsce w czasach powojennych. Co przede wszystkim podziwiał u spotkanych Polek i Polaków? Był to charakterystyczny rys, który nazwał duchowym urokiem. To co zrobiło na nim największe wrażenie, to ich postawa, pełen godności i pogody wewnętrzny spokój, na który potrafili się zdobyć mimo braków środków do życia w stosunkowo ciężkich jeszcze warunkach czasu powojennego [por. Frankl, 1987, s.5].

Ale ten duchowy urok społeczeństwa polskiego w tamtych czasach - jak zauważa prof. Frankl - utrzymywało poczucie sensu życia [por. Popielski, 1994, s. 44 - 45].

Różycka przyjmuje, że w samym człowieku jest jakiś czynnik segregujący bodźce i scalający zachowanie w sensowną całość, który przyczynia się do funkcjonowania zdrowej osobowości [Wolicki za: Różycka 1987, s. 146]. Mariański twierdzi, iż „szukanie i znalezienie celu i sensu życia jest naturalną tj. najbardziej ogólną i najgłębiej osobistą potrzebą każdego człowieka” [Mariański 1990, s. 17]. Bez zaspokojenia tej podstawowej potrzeby człowiek nie może żyć i działać normalnie.

Według Obuchowskiego zaspokojenie potrzeby sensu życia jest koniecznym warunkiem funkcjonowania i pełnej mobilizacji i realizacji człowieka. Opierając się na własnych badaniach klinicznych stwierdza on, iż niezaspokojenie potrzeby sensu życia przejawia się w stanach napięcia i może podobnie jak w wypadku frustracji innych potrzeb prowadzić do słabiej lub silniej zaakcentowanych zaburzeń nerwicowych. Człowiek nagle zaczyna odczuwać beznadziejność, bezsensowność, pustkę swego istnienia [Wolicki za: Obuchowski, 1987, s. 142]. Według cytowanego autora „nie jest konieczne, aby człowiek przy każdej czynności uświadamiał sobie sens swojego działania, ale powinien w razie konieczności umieć ten sens odnaleźć” [tamże].

Osoby w wieku produkcyjnym tę potrzebę zaspokajają poprzez pracę, przynależność do określonej grupy

społecznej. Osoby starsze potrzebę sensu życia mogą zaspokoić przez udział w różnych formach aktywności, między innymi: wyraźną chęć bycia pożytecznym rodzicie i środowisku, ergoterapię, naukę w uniwersytecie trzeciego wieku, realizację hobby, na które wcześniej nie mieli czasu.

Garczyński uważa, że „zaspokojenie potrzeby sensu życia wpływa na zadowolenie z życia, szerokość i intensywność stosunków z ludźmi, oraz rozwój sił witalnych i twórczości” [Wolicki za: Garczyński, 1987, s. 145]. Współczesnym przykładem tego może być Ojciec Święty Jan Paweł II.

Miłość stanowi podstawowy warunek równowagi w życiu każdego człowieka. Może dlatego tak wielu ludzi cierpi dzisiaj z powodu braku sensu życia, gdyż daleko odeszli od tego źródła.

PODSUMOWANIE

Jesień życia skłania do refleksji. Na rodzaj starości każdy z nas „pracuje” całe życie. Dobra starość jest pięknym finałem życia, ale starość może być piękna wyłącznie bogatą przeszłością, która ją przygotowała. Przeżyć życie sensownie to „gromadzić jego owoce i postrzegać je jako źródło sensu i celu” [Stelcer, 2000, s. 41].

Życie tylko wtedy jest kompletne, gdy przechodząc przez wszystkie etapy osiąga kres. Leclercg pisze: „Człowiek żyje na ziemi, aby wypełnić pewien cykl, którego uwieńczeniem jest starość. Każdy wiek jest piękny na swój sposób, ale największym szczęściem jest przeżycie całego cyklu. Człowiek poznaje smak starości po zakosztowaniu dzieciństwa, młodości, dojrzałości (...) przez całe życie przygotowuje się do niej.” [Leclercg, 1978, s. 12].

Jednym z wielkich celów ludzkości jest doprowadzenie do takiej sytuacji, by wszyscy ludzie przez ten cykl przeszli i osiągnęli wysoką jakość życia.

Niektórzy ludzie starsi są zgorzkniali, ponieważ odnoszą wrażenie, że zmarnowali życie i nic z niego nie mają, przeszłość pozostawiła im smak piołunu. Dlatego warto żyć twórczo, aby nie zmarnować życia, terazniejszość daje nawet możliwość naprawienia konsekwencji minionych błędów. Twórczość w pełnym tego słowa znaczeniu jest szczególną formą aktywności ludzkiej, która daje szansę realizowania siebie w najszerszych wymiarach a zarazem umożliwia społeczną nieśmiertelność, czyli pozwala pozostawić po sobie coś więcej niż tylko wspomnienia. Życie jest jedyne i niepowtarzalne, dlatego należy go przeżyć godnie i czerpać z niego radość aż do późnej starości.

Powyższe refleksje pragnę zakończyć stwierdzeniem, że wszyscy ludzie uczestniczą w wielkim teatrze życia pełniąc określone role społeczne. „(...) teatr życia przydzielił swoiste zadanie i pozbawioną wyboru rolę społeczną starzejącego się (aby tylko z godnością) Człowieka” [Minczkiewicz, 1999, s. 6]. A zatem samo życie może stać się dla człowieka starszego sztuką jedynie pod warunkiem, że rozsądnie nim pokieruje, nie podda się biernie społecznej degradacji, ale nada mu kształt, barwę i smak.

Ewa KURLETO - KALITOWSKA

„Człowiek jest czeladnikiem,
A ból jest jego mistrzem
I nikt nie poznał sam siebie
Póki nie zaznał cierpienia.”

(Alfred de Musset)

BÓL I CIERPIENIE (Rozważania filozoficzne)

Stwierdzić, iż ludzkie życie to tyle co ból i cierpienie niewątpliwie byłoby przesadą, jednakże prawdą jest, że ból i cierpienie nierozzerwalnie ze sobą związane są ważnym i nieodzownym składnikiem ludzkiego życia. Często występują one w sekwencji: ból - cierpienie - śmierć.

1. Ból.

Ból stanowi nieodłączny element składowy ludzkich doznań. Jest w ludzkim życiu wszechobecny. Nie bez powodu powiada się, iż w bólu się rodzimy i w bólu umieramy. Stąd ogromne znaczenie bólu dla kwestii związanych z problematyką godnego umierania.

Rozpocząć należy od pewnych założeń terminologicznych, których konieczność poczynienia wynika z braku precyzji języka potocznego. Oto przykład kilku wypowiedzi: „Boli mnie głowa”, „Ona od pewnego czasu odczuwa ostry ból w stopie”, „Wprost nie mogę znieść bólu jaki odczuwam po jego śmierci”, „Boli mnie, że ona jest tak nierozważna”. We wszystkich tych wypowiedziach występuje słowo „ból”, jednakże w różnych znaczeniach. W dwóch pierwszych oznacza ból w sensie fizycznym, w kolejnych znaczy coś innego. W trzecim oznacza pewien dyskomfort i to raczej psychiczny, chociaż nie można wykluczyć i fizycznego, jednakże chyba nie na poziomie bólu. Natomiast w czwartej wypowiedzi jest podobnie, chociaż raczej wyraża ona dyskomfort psychiczny będący następstwem zatroskania czyjąś niefrasobliwością.

Przyjęcie, iż termin „ból” rozumiany jest w znaczeniu bólu fizycznego, wymaga przynajmniej skrótego przedstawienia problematyki bólu w ujęciu medycznym.

Co oczywiste, ból stanowił istotny problem medycyny od początku jej istnienia. Jest on bowiem na ogół

sygnałem nieprawidłowego działania organizmu, a więc najczęściej choroby. Stąd walka z chorobą jednocześnie była i nadal jest walką z bólem.

Zgodnie z propozycją Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu „Ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia”.

Z medycznego punktu widzenia ból może być klasyfikowany w oparciu o różne kryteria. Jeżeli przyjmuje się kryterium czasu wyróżnia się ból *ostry* oraz *przewlekły*. Kryterium miejsca postrzegania prowadzi do wyróżnienia bólu *zlokalizowanego*, *rzutowanego* oraz *uogólnionego*. Najbardziej rozbudowany bo aż trójstopniowy podział powstaje przy zastosowaniu kryterium miejsca powstawania bólu. Na pierwszym poziomie podziału wyróżniamy ból *nocyceptorowy* („normalny”) oraz *nienocyceptorowy*. Ból *nocyceptorowy* przejawia się w bólu *fizjologicznym*. Natomiast ból *nienocyceptorowy* dzieli się na *patologiczny* i *psychogeny*. W zakresie pierwszego z nich wyróżnia się ból *zapalny* i *neuropatyczny*.

Wewnętrzna treść bólu to przede wszystkim świat wewnątrz organizmu, świat wewnątrz cielesny. Trzeba jednakże wyraźnie zwrócić uwagę na to, iż przytoczone definicje bólu zawierają zarówno biologiczny jak i psychologiczny punkt widzenia. Jest to uzasadnione tym, że chociaż ból ma zawsze podstawę somatyczną to jednak jest doznaniem subiektywnym. W konsekwencji na intensywność odczuwania bólu wpływają również czynniki poza somatyczne związane głównie z psychiką człowieka, a więc przede wszystkim procesy motywacyjne i emocjonalne lecz także pamięć, myślenie i wreszcie to, co można określić jako uwarunkowania społeczno - kulturowe. Ból nie jest więc wyłącznie rzeczywistością ciała (ujęcie



somatyczne i psychiczne), jest także rzeczywistością kultury.

Korzystając z popperowskiej koncepcji wyróżnienia trzech obszarów rzeczywistości można stwierdzić, iż rzeczywista przestrzeń bólu to przestrzeń fizyczna, psychiczna oraz kulturowa. Odpowiada to zaprezentowanemu ujęciu medycznemu.

Ból dotyka człowieka, powoduje jego negatywne odczucia. Ontologiczne ujęcie bólu przyjmuje to założenie, jednakże uzupełnia go stwierdzeniem, iż ból wynika z fundamentalnej struktury świata, w którym człowiek żyje. Ból jest więc następstwem struktury samego bytu, od którego człowiek nie może się wyzwolić, a to dlatego, że właściwości tego bytu nie są zależne od człowieka. Co najwyżej, przyjmując ontologiczną konieczność bólu, człowiek może podejmować starania o ograniczenie ujemnych następstw tej konieczności. Ontologia zajmuje się więc przedmiotowymi przyczynami bólu tkwiącymi w strukturze bytu. Oto symptomatyczna wypowiedź Z. Cackowskiego: „Ontologia rozważa bólótwórcze czynniki bytu (świata) przedmiotowego, czyli wolnego od jakichkolwiek intencji i świadomych dążeń”.

Rozważając ból na płaszczyźnie ontologii nie wprowadza się ani problemu powinności ani też moralności. W polu widzenia pozostają wyłącznie fakty i konieczności w łańcuchu przyczynowo - skutkowym. Nie mamy natomiast do czynienia ze świadomością i intencjonalnością działania. Nie dążymy też do objaśniania sensu bólu gdyż nie mieści się to w zakresie problematyki ontologicznej. Natomiast można stwierdzić, iż z ontologicznego punktu widzenia świat jest *bólenny*.

Ból jest bardzo ważnym pojęciem w antropologii. Możemy wręcz mówić o antropologii bólu i cierpienia. Zwraca się uwagę na to, iż ból dotyka człowieka, stanowiąc nierzadko na ogół niezamierzone ale często konieczne następstwo jego własnego działania. Właśnie także z konieczności działania człowieka jako warunku zaspokajania jego potrzeb wywodzi się ból.

Antropologia cierpienia zajmuje się cierpieniem ludzkim. Nie przeczy to faktowi, iż i inne organizmy żywe cierpią, jednakże nie jest to zagadnienie z obszaru antropologii. Tak więc antropologia cierpienia odnosi się do człowieka, który cierpi.

Różni się ona od ontologii cierpienia tym, iż źródło cierpienia tkwi w samym człowieku, w charakterze jego bytu oraz w jego działaniu. W konsekwencji dla antropologii bólu i cierpienia człowiek sam jest ich sprawcą. Ma to oczywiście poważne konsekwencje.

I wreszcie, o ile na gruncie ontologii posługujemy się pojęciem konieczności, to w antropologii pojawia

się pojęcie prawa (uprawnienia) oraz obowiązku (powinności).

To co dotychczas zostało powiedziane na temat bólu może stwarzać wrażenie, iż ból jest czymś co oceniane jest wyłącznie negatywnie. Jednakże zwraca się uwagę i na to, że ból w życiu ludzkim odgrywa także rolę niewątpliwie pozytywną. Znamienna jest wypowiedź W. Gombrowicza: „Cokolwiek by nam nie opowiadano, istnieje na całym obszarze Wszechświata, w całej przestrzeni Bytu, jeden jedyny element okropny, niemożliwy, nie do przyjęcia, jedna jedyna rzecz naprawdę i absolutnie przeciwna nam, a miazdząca: ból. Na nim, na niczym innym oparta jest cała dynamika istnienia. Usunąć ból, a świat stanie się obojętny”¹.

Ból jest sygnałem zbliżania się człowieka do granicy doznawania, której przekroczenie może być dla człowieka niebezpieczne. To już sygnalizował Hipokrates mówiąc, iż ból jest „znakiem rozpoznawczym choroby naszego organizmu”. Mechanizm ten jest swoistym systemem ostrzegania, w którym stanowi ostateczną sygnalizację wystąpienia działań destrukcyjnych.

Ból motywuje do działania, gdy wiąże się z chorobą na ogół stymuluje do leczenia. Ból ostrzega człowieka przed działaniem negatywnych bodźców, które uszkadzają tkanki, a jednocześnie jest to negatywne uczucie, jeden z objawów choroby, sygnalizuje jej powstanie, co zmusza do szukania pomocy i w konsekwencji do usunięcia przyczyny. Ból jest sygnałem tego co dla organizmu niebezpieczne (np. ból charakterystyczny dla zawału serca).

Jak pisze A. Kępiński „Ponieważ życie przedstawia wiele niebezpieczeństw, każda istota żywa musi dysponować systemem alarmowym, który sygnalizuje zbliżające się niebezpieczeństwo i dzięki któremu można je uniknąć”. Ból jest tym sygnałem, który pojawia się jako ostrzeżenie z mniejszej odległości przestrzennej i czasowej.

Istotę rozważanych problemów dobrze oddaje powiedzenie Seneki: „Pewne dolegliwości fizyczne mogą nam posłużyć do ochrony przeciwko przykrościom samej natury”². Niewątpliwie tak właśnie dzieje się z bólem. Ból jest więc swoistym wołaniem organizmu o pomoc.

Jednak niezależnie od tego pozytywnego aspektu bólu, ból w istocie wyzwała emocje i odczucia o charakterze negatywnym, nieprzyjemnym. W konsekwencji na ogół rodzi cierpienie, stanowi stan wyjściowy dla cierpienia, które w ten sposób jest nierozdzielnie z bólem związane. Tak jest np. wówczas, gdy „...doznania bólowe są bardzo silne, trwają zbyt długo, jak w schyłkowym stadium choroby nowotworowej, gdyż wówczas „ból traci rolę czynnika ostrzegawczo - obron-

¹ W. Gombrowicz, „Dzieła”, t. IX, s. 232 - 233, cyt. za Z. Cackowski, *op. cit.*, s. 138.

² Epikur, „Listy, maksymy i sentencje”, De Agostini, Altaya, Warszawa 2003, s. 119.

nego". Taki ból nie jest potrzebny już tak silnie zmęczonemu chorobą. A gdy go „zabraknie” to ten wyczerpany człowiek może zawołać za Faustem: „Chwilo trwaj wiecznie, jesteś taka piękna”.

2. Cierpienie.

Chociaż cierpienie najczęściej wiąże się z bólem, to jednak cierpienie nie jest tym co ból, jest czymś większym od bólu. Ponadto może ono wynikać nie tylko z bólu lecz także z innych przyczyn poza bólowych i to o wielorakich odcieniach.

W cierpieniu nieobecne jest wszelkie schronienie. Jest ono faktem bezpośredniego wydania na byt. Jest niemożnością ucieczki i odwrotu. W cierpieniu mówiąc językiem Leibniza, Tischnera cierpiący człowiek jest jak zamknięta monada, monada bez okien. Czy to nie dramat człowieczeństwa? Obserwujemy tu naszą niemoc, bezsilę.

Cierpienie jest osobistym doświadczeniem człowieka, lecz innego typu niż doświadczenie bólu. Jak stwierdza Z. Cackowski „Cierpienie jest kategorią (formą) osobistego doświadczenia ludzkiego, które odnosi się przede wszystkim (pierwotnie) do czasu poza teraźniejszego, przeszłego lub przyszłego, gdy tymczasem ból zaczyna się od teraz a czas przyszły i miniony jawi się w tym doświadczeniu wtórnie”³.

Odwieczny, rozległy i wielowymiarowy jest „kosmos” ludzkiego cierpienia. Stwierdzenie tego faktu stanowi zasadniczy punkt wyjściowy dla filozoficznych rozważań na temat cierpienia. K. Jaspers pisze: „Nieprzejrany jest zastęp cierpień, które w wielu sytuacjach wysuwają się na plan pierwszy, w innych znów można nad nimi przejść do porządku dziennego, nigdy jednak nie da się ich zignorować”⁴. Cierpienie jest przeżywane przez człowieka, a więc w jakimś sensie wewnątrz niego, jest jednak relacjonowane do tego co człowieka otacza. Ból jest wewnątrz człowieka, cierpienie na zewnątrz.

Cierpienie jest przeżyciem negatywnym, czymś nieprzyjemnym. Wiąże się to z przyczynami cierpienia odbieranymi jako coś złego w sensie fizycznym, psychicznym bądź społeczno - kulturowym. Najbardziej uchwytym powodem cierpienia jest ból rozumiany w sensie fizycznym, czyli tak jak ujmowany jest w medycynie. Wydaje się, iż ta przyczyna najczęściej leży u podstaw wypowiedzi „cierpię”. Na nią przede wszystkim zwraca uwagę E. Cioran, gdy

stwierdza, iż „Prawdziwe cierpienie ma źródło w chorobie”.

Chociaż życie ludzkie jest największą wartością, to w cierpieniu często zapominamy o nietykalności życia ludzkiego, o nienaruszalności godności osobistej.

Choroba niewątpliwie zmienia jakość życia (quality of life) chorej osoby. Czy nie należy poprawić jakość życia cierpiącego pacjenta? Problem bardzo ważny, warto się głębiej nad nim zastanowić.

Cierpienie nierzadko jest wywołane poczuciem wyobcowania człowieka ze społeczności, poczuciem samotności. Człowiek swoje potrzeby zaspokaja w kontakcie z innymi ludźmi. Chodzi tu oczywiście także, a czasami wręcz przede wszystkim, o potrzeby z zakresu biologii człowieka, które A. Maslow umieścił w podstawie swojej „piramidy potrzeb”⁵. Ale nie tylko o nie chodzi, gdyż człowiek ma także potrzeby wyższego rzędu, dla których realizacji, kontakt z innymi ludźmi jest nieodzowny. Samotność ten kontakt ogranicza czy wręcz wyklucza, co w istotny sposób blokuje możliwość realizacji odczuwanych potrzeb. W pewnym momencie pojawia się cierpienie. Nie bez powodu mówi się, iż zerwanie więzi międzyludzkich to też umieranie. Nie jest to oczywiście umieranie w sensie fizycznym. Wagę tej przyczyny cierpienia i jej konsekwencje można odnaleźć w następującej wypowiedzi E. Fromma: „Poczucie kompletnego osamotnienia i izolacji prowadzi do psychicznej dezintegracji dokładnie tak samo, jak załodzenie prowadzi do śmierci”⁶. Na znaczenie samotności w stymulowaniu ludzkiego cierpienia zwracał uwagę A. Kępiński⁷. I chociaż jego rozważania związane są z samotnością ujmowaną bardziej fizycznie, a nadto w nawiązaniu do problematyki nerwic, to jednak mają także znaczenie ogólniejsze.

Każdy człowiek, choć indywidualnie w różnym stopniu, w swoim życiu do czegoś dąży, coś planuje, coś chce osiągnąć. W takiej sytuacji, człowiek tym bardziej cierpi im większa u niego jest wola życia, wola działania, gdyż jak pisze Z. Cackowski „Im pełniej i piękniej się żyje, tym bardziej i tym piękniej (?) się cierpi”⁸.

Ta przyczyna cierpienia wprowadza na drogę do jeszcze innej, krańcowo poważniejszej bo o wymiarze egzystencjalnym. Człowiek jako jedyna istota żywa ma świadomość nieodwołalności kresu swego życia, jest świadom nieuchronności swojej śmierci jako konieczności biologicznej. Motyw śmierci, jako końca ludzkiego żywota, eksponowanie konsekwencji tej prawidłowości, często pojawiają się w rozwa-

³ Cackowski Z., *op. cit.*, s. 33.

⁴ R. Rudziński, „*Jaspers*”, Wiedza Powszechna, Warszawa 1978, s. 212.

⁵ A. Maslow, „*Motywacja i osobowość*”, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1990.

⁶ E. Fromm, „*Ucieczka od wolności*”, Czytelnik, Warszawa 1993, s. 35.

⁷ A. Kępiński, „*Lęk*”, *op. cit.* s. 85 - 96.

⁸ Z. Cackowski, *op. cit.* s. 42.



żaniach filozoficznych. W tym miejscu posłużę się jednoznacznie wypowiedzią Novalisa, iż „Życie jest początkiem śmierci. Celem życia jest śmierć”⁹. Uświadomienie sobie przez człowieka tej prawdy może rodzić cierpienie. Nie jest bowiem łatwo żyć szczególnie wówczas, gdy myśl o śmierci nie jest wyłącznie następstwem abstrakcyjnych rozważań, lecz ma swoje uzasadnienie w konkretnych doznaniach człowieka, związanych na przykład z poważną chorobą, szczególnie nieuleczalną, czy też podeszłym wiekiem. Jak bowiem stwierdza E. Canetti „W życiu bowiem najwięcej wysiłku kosztuje przyzwyczajanie się do śmierci”¹⁰.

Wymienione przyczyny cierpienia spina jak klamra jeszcze jedna przyczyna, a mianowicie lęk,¹¹ który jak się wydaje, związany jest z wszystkimi przyczynami wcześniej omówionymi. Ból, samotność, obojętność ze strony innych ludzi, poczucie nieprzydatności i zbędności, poczucie ograniczenia swoich możliwości świadomość nieuchronnego końca ludzkiej egzystencji będąca konsekwencją śmiertelności człowieka i wreszcie dylematy moralnych wyborów - każda z tych przyczyn w większym lub mniejszym stopniu wywołuje negatywne myśli, rodzi lęk. Lęk tym większy im przyczyn jest więcej. Człowiek stawia sobie pytanie: Co ze mną dalej będzie? Jak ja to zniosę? Na te pytania o przyszłość nie ma pewnej odpowiedzi a niepewność wywołuje lęk¹².

Lęk nie tylko stanowi jedną z przyczyn cierpienia, lecz także pełni ważną rolę w życiu człowieka, stanowi element systemu „wczesnego ostrzegania”.

A. Kępiński zwraca także uwagę na lęk nieznanego, który wiąże ze światem symboli w jakim człowiek żyje, światem symboli cielesnych i poza cielesnych (duchowych). Te pierwsze utrwaliły się w procesie ewolucji i w konsekwencji są zasadniczo dla organizmu czytelne. Natomiast te drugie, stanowiące cieniutką i delikatną warstwę pokrywającą jądro życia

nie zawsze są dla człowieka czytelne a często są niejednoznaczne. Lecz to one, wiążąc się ze świadomością człowieka stanowią istotę ludzkiego życia. To na tej płaszczyźnie rodzi się lęk nieznanego, który tak samo jak lęk, łączący się z niebezpieczeństwem, stymuluje cierpienie.

Przedstawione przyczyny cierpienia funkcjonują w odniesieniu do poczucia własnego „ja” i tak też zostały scharakteryzowane. Zbiorczo można je ująć w sposób następujący: To mnie boli, to ja jestem samotny, jestem odrzucony, zbędny, wiem, że moje możliwości są ograniczone, na pewno kiedyś umrę, czyż więc może dziwić, że cierpię? Jednak człowiek poza własnym cierpieniem może, choć znowu w stopniu indywidualnie zróżnicowanym, odczuwać cierpienie w sposób następujący: To mnie boli, to ja jestem samotny, jestem odrzucony, zbędny, wiem, że moje możliwości są ograniczone, na pewno kiedyś umrę, czyż więc może dziwić, że cierpię? Jednak człowiek poza własnym cierpieniem może, choć znowu w stopniu indywidualnie zróżnicowanym, odczuwać cierpienie innej osoby tym bardziej, im bardziej ta druga osoba jest zainteresowana losem pierwszej. Termin „współczucie” dobrze oddaje istotę zagadnienia.

Rozważając problematykę cierpienia nie można uciec od bardzo istotnego pytania o sens cierpienia.¹³ Jeżeli bowiem cierpienie „wkomponowane jest” w ludzkie życie, to nie bez znaczenia jest to, czemu ono służy, o jakie wartości cierpiąc wzbogacamy swoje życie. Pytanie to ma nie tylko znaczenie poznawcze, prowadząc przez znalezienie odpowiedzi na nie, czy przez samo jej poszukiwanie, do poszerzenia wiedzy o uwarunkowaniach ludzkiego życia. Niewątpliwie ma również znaczenie praktyczne, a to dlatego, że człowiekowi jest znacznie łatwiej znosić trudy życia jeżeli zna i rozumie ich sens, widzi ich wartość.

Filozofia cierpienia poszukuje miejsca cierpienia w życiu człowieka. Nie chodzi tu rzecz oczywista o miejsce w czasie i przestrzeni lecz o powody, które sprawiają, że cierpienie jest antropotwórcze a więc kreuje ludzki los, ludzkie życie.

⁹ Novalis, „Uczniowie z Sais. Proza filozoficzna. Studia. Fragmenty”. Warszawa 1984, Czytelnik, s. 92, cyt. za J. Marx, *op. cit.* s. 170.

¹⁰ Canetti E., „Myśli”, Warszawa 1976, Państwowy Instytut Wydawniczy, s. 77.

¹¹ Często lęk utożsamia się ze strachem. Jednak ma rację D. Reaney gdy pisze, iż „Lęk ego jest różny od instynktownego strachu, występuje tylko u człowieka, podczas gdy instynktowny strach jest zjawiskiem powszechnym w przyrodzie. Lęk jest wytworem myślenia pojęciowego i tylko na tej płaszczyźnie może być przezwyciężony.” „Śmierć wieczności. Przyszłość ludzkiego umysłu”, Życie i Czas, Warszawa 1993, s. 145.

¹² A. Kępiński pisze: „Lęk w świecie ludzkich przeżyć jest zjawiskiem tak powszechnym i ma tyle różnych odcieni, iż trudno się kusić nie tylko o jego wyjaśnienie, lecz nawet o racjonalną klasyfikację. ... Zresztą zwykle tak bywa, gdy chodzi o pojęcia dotyczące przeżyć najbardziej osobistych. Można je odczuć, ale trudno zdefiniować. Świat własny w przeciwieństwie do świata otaczającego wymyka się jakby spod prób klasyfikacji i intelektualnej manipulacji.” „Rytm życia”, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1972, s. 163. Kapitalnym „skrótom” sytuacji lękowej jest znany obraz Edvarda Muncha „Krzyk”. Jakub Rudnicki, analizując ten wyrazisty przykład ekspresjonizmu w sztuce, pisze: „Zastanówmy się jednak, kiedy krzyczymy. ... Kiedy nie możemy już znieść pewnego wewnętrznego ciężaru, kiedy świat wokoło zaczyna nas przytłaczać, pragniemy wyrwać się, odciąć od wszystkiego - wtedy krzyczymy.” Wprowadzam tę refleksję w tym miejscu, czyli po cytacie z dzieła A. Kępińskiego, gdyż właśnie ten autor wiele uwagi poświęcał znaczeniu sztuki, a głównie malarstwa, dla przedstawienia i zrozumienia psychiki ludzkiej.

¹³ Por. J. Wróbel, „Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych”, Wydawnictwo Księży Sercanów „SCJ”, Kraków 1999, s. 178 i nast.

Izabela ZAJDA

Praca w USA - Twój wybór

Chcę podzielić się z wami moimi doświadczeniami z pobytu w USA. Jeśli koleżanki pielęgniarki będą chciały się czegoś więcej dowiedzieć na ten temat, przesyłam mój numer telefonu do wiadomości redakcji i zgadzam się na kontakt.

Nigdy nie myślałam, że polecę do Ameryki.

Przepracowałam 17 lat jako pielęgniarka w szpitalach uniwersyteckich i celowo zwracam na to uwagę na początku, bo to właśnie się liczy nie tylko w USA. Często jest tak, że pracujemy na dyżurach w szpitalu i na drugim prawie etacie gdzieś w prywatnej placówce. Później wciąga proza życia i same siebie nie potrafimy docenić a świat już dawno docenił i dobrze za tą naszą pracę płaci. Przykre a raczej tragiczne jest tylko to, że tych wyższych płac często szukamy w innym kraju lub kontynencie, w samotności. Pewnie wszyscy już chyba słyszeli określenie „Amerykański Raj” a w przeszłości niektórzy się przekonali na własne oczy. Dolar miał ogromną wartość a teraz? i na to proponuję już teraz zwrócić największą uwagę. Mnie jakoś daleki kontynent nie pociągał a po pobycie tam tym bardziej. Może dla tego, że praktycznie bliskiej rodziny tam nie miałam a ten „Raj” to mit. Ukończyłam liceum medyczne gdzie program nauczania nie miał w zakresie nauki języka angielskiego, takie czasy. Zawsze jednak chciałam się uczyć tego języka. Zmiany w naszym kraju, pewne przewartościowanie, troska o przyszłość, emeryturę, w pewnym momencie zmuszają do zastanowienia. Co dalej? Jeśli coś mogę zrobić żeby nie być zmuszoną żyć na starość(jak wielu naszych pacjentów) za groszową pielęgniarską emeryturę to najwyższy czas przestać narzekać tylko coś zrobić. Dla pielęgniarek z Polski wejście do Unii Europejskiej to rzeczywiście duża szansa. Dla wielu z nas jednak znajomość języków obcych niestety ucina te możliwości, przynajmniej na czas nauczania się choćby w stopniu komunikatywnym jednego z nich. Wiele pielęgniarek po prostu na tą naukę nie stać, bo „głodowa pensja” nie pozwala. Jednak te koleżanki, które decydują się na wyjazd, naukę mają często dylemat, jaki kraj czy kontynent wybrać. Może ten artykuł przybliży któreś z was to, co naprawdę może was spotkać. Wiadomości tu zawarte są prawdziwe i aktualne i mam nadzieję będą pomocne.

Cel i koszt wyjazdu indywidualnego do USA.

Wyjechałam do Chicago 15.02.2005 r. a wróciłam 21.07.2005 r. Z moich doświadczeń z pracy z pacjentami a zwłaszcza z pacjentką u której pracowałam przez 3 miesiące (do jej śmierci) jestem bardzo zadowolona. Jednak życie w USA nie przynosi aż takiego zadowolenia i mam tu na myśli działanie urzędów, obsługę w sklepach, komunikację, wszelkiego rodzaju agencje pośrednictwa, biura, prawników, naszych rodaków, smutnych ludzi, brud na ulicach, brzydotę witryn sklepów, bezguscie amerykanów, szare miasto Chicago.

Mój plan był i nadal jest taki:

- 1) Szybciej niż w Polsce poduczyć się języka angielskiego w USA, bo słyszałam, że Amerykanie są bardziej niż Anglicy tolerancyjni dla popełnianych błędów językowych. W razie niepowodzenia można się dogadać po polsku, bo w Chicago żyje 3 miliony Polaków a w razie czego zawsze mam bilet powrotny.
- 2) Otrzymać dobre referencje z wykonywanej pracy przy chorych, potrzebne do podjęcia pracy w Europie.
- 3) Wrócić po kilku miesiącach
- 4) Wyjechać do pracy w Anglii lub Irlandii najlepiej już jako pielęgniarka.

Przygotowywałam się do wyjazdu kilka miesięcy. Angielskiego uczyłam się 2 i pół roku na studiach, ale przed wyjazdem przez 2 miesiące oprócz sobót i niedziel uczyła mnie lektorka po 2 godziny zegarowe dziennie. Koszt jednej godziny to 20 zł / tanio/ Przy wyborze lektora kierowałam się nie tylko kwalifikacjami, jakie oferował. Moja lektorka mieszkała 1 rok w USA, ponad to mieszkała w Irlandii i jest z tym krajem związana w pewien sposób. Mogłam się więc dowiedzieć wielu ciekawostek potrzebnych tam w codziennym życiu. Z perspektywy czasu muszę przyznać, że gdyby nie Ona a przede wszystkim zdolności dydaktyczne to w Chicago mogłabym sobie nie poradzić, a na pewno nie jako opiekunka osoby chorej w amerykańskiej rodzinie. Jednym zdaniem bez znajomości języka na poziomie komunikatywnym lepiej zostać w Polsce. Zbierałam wszelkie informacje na temat Chicago, tamtejszego prawa, agencji pracy, nawet pogody. Przetłumaczyłam wszystkie moje kwalifikacje zawodowe oraz swia-



dectwo zdrowia u tłumacza przysięgłego, ale uwaga: do USA zabiera się kopie, które wykonuje tłumacz przysięgły. Nie wysyłamy do żadnej agencji pracy lub pracodawcy oryginalnych dokumentów pielęgniarskich, bo tym w USA się handluje. Trzeba uważać żeby agencja pracy nie wykonała kopii twoich dokumentów, bo w Chicago posługują się nawet w urzędach kopiami, które łatwo sfalszować na inne nazwisko. Odwiedzałam też gabinet stomatologiczny i choć prywatnie w Polsce jest to kosztowne, jednak warto. W Chicago ból jednego zęba może kosztować kilkaset dolarów. Kupiłam największą walizkę, jaka była w sklepie i dobrze zrobiłam. Obniżki w sklepach są imponujące. Starając się o wizę turystyczną, zaproszenie nie jest potrzebne, natomiast opłata wynosi ok. 350 zł. Można otrzymać wizę pracowniczą, ale tu pracodawca nas zaprasza i mamy prawo legalnie podjąć pracę. Można też otrzymać wizę studencką na podstawie, której możemy pracować określoną ilość godzin tygodniowo pod warunkiem, że będziemy uczęszczać do szkoły języka angielskiego w USA i oczywiście to jest odpłatne. Aby otrzymać wizę pracowniczą lub studencką trzeba spełnić pewne warunki formalne i wymaga to już kontaktu z pracodawcą lub szkołą w USA, co trwa długo i wymaga konkretnej inwestycji. Po załatwieniu już formalności związanych z wizą następnym kosztem jest bilet lotniczy 2600 zł - w styczniu 2005 a obecnie jest droższy. Oczywiście zabrałam ze sobą dolary na start. Znalazłam w Internecie agencję pośrednictwa pracy, która nie pobiera opłat za znalezienie pracy. Dzwoniłam nawet do nich z Polski, aby się upewnić czy spełniam wszystkie warunki i czy na pewno czeka na mnie praca tak jak mnie zapewniano z zamieszkaniem opieka nad osobą chorą. Trzeba przyznać inwestycja to była kosztowna a przedsięwzięcie dość ryzykowne. Zatrzymałam się w Chicago o zgrozo! w samym sercu tzw. „Polakowa” to tak mniej więcej okolice skrzyżowania Belmont i Central ave. Aby agencja pracy miała ze mną kontakt musiałam kupić telefon komórkowy - koszt 75 dolarów (tanio) na kartę. Trzeba zaznaczyć, że pomyślowi Amerykanie mają troszkę inne zasady, minuty trącisz również wtedy, gdy ktoś dzwoni do ciebie. Najtańsze doładowanie jest za 10 dolarów i dostajesz 50 minut, ale jak pobierają w dwie strony to łatwo stracić majątek. Można kupić komórkę na kontrakt- abonament, ale kontrakty zwykle są na 1 rok a ja tak długo nie planowałam zostać. Trzeba też pamiętać, że sprzęt elektryczny np. suszarka do włosów z Europy posiada inną wtyczkę i tu też czekają na nas drobne wydatki żeby wyglądać na zadbaną. Wszystko, co nasi drodzy rodzacy mówią i doradzają radzę sprawdzać o ile się da, tylko musisz się porozumiewać w języku angielskim. Aby założyć konto w banku trzeba sobie wpłacić od razu kilkadziesiąt dolarów, kartę bankomatową wydają od ręki. Należy podać miejscowy adres do korespondencji mieć przy sobie dwa ID np. paszport i prawo jazdy.

Obecnie wydawane prawo jazdy tzw. „unijne” uprawnia do prowadzenia samochodu w Chicago przez okres ważności wizy pobytowej (informację tą sprawdziłam u prawników amerykańskich). Na pracę czekałam 3 tygodnie, bo oczywiście ja to nazywam w „stylu amerykańskim” okazało się, że niezbędny jest mój numer identyfikacji podatkowej, o którym nic mi wcześniej nie mówiono jak mnie zapraszano abym przeleciała te 15000 km. Numer taxpayer uzyskuje się po złożeniu w urzędzie aplikacji nieodpłatnie. Można to zrobić przez Internet, ale są agencje które się tym zajmują i pobierają opłatę nawet 250 dolarów. Mało tego, na ten numer czekasz 2-4 tygodni. W Chicago szukając pracy w agencjach pośrednictwa pracy można natknąć się bez trudu na te niejednokrotnie wręcz złodziejskie agencje, co opiszę następnym razem i to jest bardzo ciekawe. Zapowiedzią niech będzie to, że wszystko, co w Europie jest nielegalne w Ameryce nazywa się dobrym biznesem.

Miałam kontakt w Chicago ze Zrzeszeniem Pielęgniarek Polskich i dowiedziałam się a nawet widziałam jak można nostryfikować dyplom pielęgniarski w USA. Znam pielęgniarki, które są już tam po kilka lat i jeszcze się uczą a na tą naukę ciężko pracują, bo żeby być tam legalnie uczyć się i pracować trzeba znaleźć sponsora a czasem nie jednego. Wymaga to dużych pieniędzy, na które prywatnie pracuje się tam kilka lat. Wszystko zależy od pierwszego egzaminu w języku angielskim, który pod względem językowym jest bardzo trudny. Najważniejszą sprawą jest to, że zanim nostryfikujesz dyplom pracujesz tam najczęściej na wizie turystycznej - nielegalnie, co oznacza, że nie liczy się ten okres do emerytury, nie masz żadnych świadczeń ze strony państwa po prostu prawo pracy cię nie obejmuje. Pracodawcy tam często płacą czekami bez pokrycia albo mogą w ogóle nie zapłacić, a pośrednictwo pracy- agencje legalnie i nielegalnie pobierają opłaty dochodzące do 2000 dolarów i więcej za załatwienie pracy. Najlepiej, więc jeśli ktoś chce nostryfikować dyplom i wyjechać do USA, najpierw niech znajdzie chętnego go zatrudnić pracodawcę i niech uczy się w Polsce tak jak już to pewna grupa polskich pielęgniarek zrobiła. Trzeba się jeszcze zastanowić, po co tak daleko jechać, pracować nielegalnie, zdobywać na nowo uprawnienia, które ma się w Europie? Czas pracy w USA wg prawa jest dłuższy niż na starym kontynencie a czas urlopu o 2 tygodnie krótszy. Państwo tam nie jest opiekuńcze wobec obywateli tak jak to jest w wielu krajach Europy zachodniej. W USA jest wolność podyktowana tylko pieniądzem w cieniu, którego są takie ważne sprawy jak rodzina, uczucia, przyjaźń, tradycja, nawet historia tak ważne dla Europejczyków. Czy nie lepiej zainwestować tylko w naukę języka, pracować legalnie, mieć wszystkie świadczenia, rodzinę na tym samym kontynencie lub ze sobą? Ja już wiem, pracowałam 13 lat temu w Europie zachodniej i mam porównanie, było wtedy lepiej niż teraz w Ameryce.

cdn.

25 rocznica „Sierpnia 80”

Sierpniowe zwycięstwo robotników w 1980 roku

Miało swój początek w 1956 roku. Niezadowolenie robotników z warunków pracy i płacy spowodowało tzw. poznański czerwiec. Strajkujący robotnicy z zakładów Cegielskiego (wtedy J. Stalina) wyszli na ulice miasta. Z gmachu UB w kierunku tłumu padły strzały. Następnego dnia do Poznania wjechały wojska pancerne. Zginęły 74 osoby, było kilkuset rannych. Jedyną osobą niosącą pomoc padającym na ulicach miasta, była poznańska pielęgniarka Aleksandra Banasiak, po sierpniu 1980 r. członek NSZZ Solidarność - uhonorowana w 2005 roku medalem Florencji Nightingale.

Następnym zrywem wolnościowym był marzec 1968 roku, kiedy to studenci i pracownicy naukowcy rozpoczęli protest po zdjęciu przez władze ze sceny Teatru Narodowego „Dziadów” A. Mickiewicza w reżyserii K. Dejmka. Władze odpowiedziały aresztowaniami. Protest rozszerzył się, dołączyli studenci z Poznania, Torunia, Krakowa, Wrocławia, Łodzi, Gdańska. Władze zwolniły tych pracowników naukowych i studentów, którzy ośmielili się poprzeć strajk. W sumie ok. 1600 osób. Szereg działaczy zostało skazanych na więzienie.

Ale spokój trwał tylko 2 lata. W grudniu 1970 roku władze ogłosiły drastyczną podwyżkę cen żywności. Stocznia Gdańska im. Lenina zareagowała strajkiem. Ludzie znów wyszli na ulice. Gomułka dał rozkaz użycia broni, zginęło ok. 50 osób. Po tych wydarzeniach Gomułka stracił władzę. I Sekretarzem KC został Edward Gierek, który umiejętnie przemówił do robotników, kończąc słynnym pytaniem: „pomożecie?”.

Czerwiec 1976 roku – kolejny projekt podwyżki i kolejne strajki: w Radomiu, warszawskim Ursusie, Płocku. Tym razem ofiar w ludziach nie było, ale były pobicia i aresztowania. Podwyżki cofnięto. We wrześniu tego samego roku w Warszawie powstał Komitet Obrony Robotników (KOR). Organizował on pomoc materialną i prawną dla wyrzuczanych z pracy i aresztowanych.

16 X 1978 roku, szczęśliwym zrzędzeniem Opatrzności, papieżem został wybrany Polak, kardynał Karol Wojtyła. W Swojej pierwszej pielgrzymce do Ojczyzny modlił się: niech zstąpi duch Twój i odnowi oblicze ziemi. **TEJ ziemi.**

1 lipca 1980 roku kolejne podwyżki cen. Pierwsi za-protestowali robotnicy ze Świdnika. Władze próbowały załagodzić sytuację obietnicą cofnięcia podwyżek, ale protestujący nie ustąpili, pojawiły się pierwsze postulaty polityczne: żądanie wolnych wyborów do rad pracowniczych i związkowych. Protest się rozszerzył. W Lublinie robotnicy przyspawali wagony do szyn, by zboże i cukier nie zostały wysłane do ZSRR.



14 sierpnia rozpoczął się strajk w Gdańskiej stoczni im. Lenina. Strajk trwał 17 dni. Rodziny kontaktowały się ze strajkującymi przez bramę, trwały modlitwy z jednej i drugiej strony bramy. Robotnicy prosili o księdza, o odprawienie Mszy św., o spowiedź i komunię świętą. Bali się wyjść za bramę, żeby nie powtórzyła się sytuacja z wcześniejszych lat, kiedy to polatała się krew. Tu w stoczni, byli „u siebie”.

Na czele strajku stanął niekwestionowany przywódca Lech Wałęsa, oraz Andrzej Gwiazda, Anna Walentynowicz, pielęgniarka Alina Pieńkowska, Bogdan Borusewicz i inni.

Wytrwały opór Stoczniovców, poparty 10 milionową rzeszą ludzi pracujących w całej Polsce, zakończył się podpisaniem porozumień z władzą. Przedstawicielami rządu byli: w Szczecinie Kazimierz Barcikowski, w Gdańsku Mieczysław Jagielski.

Uzgodniono i podpisano 21 postulatów sformułowanych przez Komitet Strajkowy w Gdańsku. Ze strony strajkujących porozumienie podpisali: w Gdańsku – Lech Wałęsa, reprezentant ponad 700 zakładów strajkujących w Polsce, w Szczecinie – Marian Jurczyk

Podpisane w późniejszym terminie –3 IX 1980r. - porozumienia w Jastrzębiu zawierały przede wszystkim postulaty regionalne, ale między innymi był też zapis na skalę ogólnopolską tj. o wolnych sobotach.

Postulaty Służby Zdrowia sformułowała Alina Pieńkowska, która 3-go dnia strajku, stojąc na beczce przy bramie nr 2, zatrzymała robotników, którzy chcieli opuścić teren stoczni i zrezygnować ze strajku.

Alina Pieńkowska – przewodnicząca Krajowej Komisji Porozumienia Pracowników Służby Zdrowia NSZZ Solidarność, podpisywała protokoły porozumienia zawartego pomiędzy Komisją Rządową a delegacją Pracowników Służby Zdrowia zrzeszonych w NSZZ Solidarność.

W dniu 16 XI 1980 roku, w podpisanym załączniku Nr 16 do Porozumień, zawarto postulaty dotyczące organizacji pracy pielęgniarek, szkolenia, warunków płacowych, bytowych, oraz zapowiedź nowelizacji ustawy o zawodzie z roku 1935.



Na terenie Małopolski pierwsze strajki rozpoczęły się 19 VIII 80 r. na kilku wydziałach HiL. Stanęły Zgniatacz, Koksownia, Cementownia, Elektrociepłownia. Po spełnieniu przez dyrekcję wysuwanych pracowniczych żądań, strajki wygaszano. Tak było również w kilku innych Krakowskich zakładach. Natomiast strajki solidarnościowe z Wybrzeżem organizowano w miarę napływania wieści z Gdańska. W mediach obowiązywała przecież ścisła cenzura; prasa donosiła tylko o **przestojach** w pracy, obawiając się słowa **strajk**. Był czas wakacji, wiarygodnymi świadkami wydarzeń na Wybrzeżu byli ludzie powracający z urlopów nad morzem.



W niektórych zakładach Małopolskich powoływano (spotykając się w prywatnych mieszkaniach) Zakładowe Komitety Założycielskie NSZZ Solidarność. 15 IX 80 r. w sali teatralnej HiL odbyło się pierwsze spotkanie przedstawicieli 69 zakładów Małopolski. Utworzono Międzyzakładowy Komitet Założycielski NSZZ Solidarność, oraz wybrano Zarząd. 24 IX 80 r. delegacja krakowskich związkowców złożyła w Warszawie wniosek o rejestrację NSZZ Solidarność. **W krakowskich Zakładach Służby Zdrowia** zaczęły powstawać zakładowe koła NSZZ Solidarność, rozpoczęła się zorganizowana działalność związkowa. Branżowe związki „pustoszały”.

Siłą Solidarności było oparcie o wiarę i Kościół, oraz powrót do patriotycznych korzeni narodu. Na ścianach zakładów pracy wieszano krzyże, pamiętało się o historycznych rocznicach. Władza spełniła jeden z pierwszych postulatów gdańskich, zezwalając na radiową transmisję niedzielnej Mszy św. z kościoła Św. Krzyża w Warszawie. Nowohuckie kościoły - miasta z założenia ateistycznego - stały się miejscem modlitwy licznie gromadzących

się ludzi pracujących. 19 X 80 r. w katedrze Wawelskiej została odprawiona Msza św. z udziałem delegacji Solidarności z Wybrzeża. Homilię wygłosił ks. Józef Tischner. Z Wawelu wszyscy udali się na Rynek Główny. Lech Wałęsa był niesiony na ramionach. Wiec na Rynku zgromadził tysiące uczestników, zapanował ogromny entuzjazm.

11 XI 1980 r. obchodzono - po raz pierwszy od czasu wojny - Święto Niepodległości. Dla Krakowian to ogromne przeżycie, bo tu w 1918 roku rozpoczęła się niepodległość, a na Wawelu spoczywają prochy Marszałka Piłsudskiego.

Bogdan Borusewicz w swojej wypowiedzi, w radio 30 VIII 2005r. podkreślił, że ważne jest, iż ten ruch wyzwoił w ludziach dobro, a ci którzy byli dobrzy, stawali się jeszcze lepsi.

Teraz, po tych 25 latach trzeba pielęgnować te wartości by dobro rosło i było zaczynem ku wolności, godności - niezbywalnych praw jednostek ludzkich, które każda osoba posiada od Boga.

Z tego ruchu, który obył się bez kropli krwi, w krajach ościennych też zbudziło się poczucie wolności, które położyło kres systemowi komunistycznemu w tamtych narodach. Przez 16 miesięcy - od sierpnia 80 roku do 13 grudnia 81 - Polacy dużo uzyskali: naród konsolidował się ku suwerenności bez rozlewu krwi. Uczestnicy tamtych dni podkreślają dzisiaj, że Jan Paweł II był niekwestionowanym ojcem tego ruchu. Przyjeżdżając do Polski budził ducha, mówił do nas i za nas, w naszym imieniu.

Później przyszły słowa papieża: Nie ma wolności bez solidarności. Nie ma solidarności bez miłości. To jest przesłanie ewangeliczne Ojca Świętego na najdalszą przyszłość.

Tekst artykułu zredagowany przez zespół w składzie:
Halina MATOGA, Irena IŻYCKA,
Maria JANCIK, Krystyna PĘCHALSKA.

protokoły
porozumień:
rząd – służba
zdrowia



Załącznik nr 16

do protokołu Porozumienia zawartego pomiędzy Komisją Rządową o Delegacją Pracowników Służby Zdrowia zrzeszonych w NSZZ „Solidarność” w dniu 16 listopada 1980 r. w Gdańsku

Personel średni i niższy

1. W Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej zostanie powołana z dniem 1 lipca 1981 r. samodzielna komórka organizacyjna do spraw pielęgniarstwa. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wystąpi do wojewodów, aby do dnia 31 grudnia 1981 r. w Wydziałach Zdrowia powołać stanowisko Pielęgniarki Wojewódzkiej. Zgodnie z propozycją Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w skład powołanego uprzednio zespołu do spraw pielęgniarstwa wejdą przedstawiciele NSZZ „Solidarność”.
2. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wystąpi do Ministerstwa Pracy, Płac i Spraw Socjalnych o wprowadzenie zasady oddelegowania asystentek pielęgniarskich do szkoły, z zachowaniem wy-



- nagrodzenia za okres nauki. Termin realizacji - 1 styczeń 1982 r.
3. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wyraża zgodę na zatrudnienie personelu średniego, pracującego w stacjonarnej opiece zdrowotnej, w systemie 12-godzinnym z uwzględnieniem możliwości rozszerzenia tego systemu na innych pracowników medycznych za ich zgodą. Problem ten zostanie uwzględniony w układach zbiorowych od 1 listopada 1981 r.
 4. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wystąpi do wojewodów o przydział mieszkań personelowi średniemu, uwzględniając jego potrzeby na równi z personelem wyższym.
W przypadku niemożności przydziału mieszkania zapewni czasowo możliwość korzystania z hoteli pielęgniarskich wraz z rodzinami.
 5. Niezbędne jest uregulowanie problemu szkolnictwa wyższego pielęgniarek poprzez stworzenie możliwości ukończenia studiów wyższych w kierunkach pielęgniarstwa klinicznego, umożliwiającą tej kadrze dalszą pracę przede wszystkim na oddziałach szpitalnych (wysoko wyspecjalizowanych), w szkolnictwie pielęgniarskim, w doskonaleniu zawodowym itp.
Ulegnie zweryfikowaniu dostępność studiów wyższych. W tym celu Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zorganizuje do dnia 31 marca 1981 r. konferencję środowiskową z udziałem specjalistów i przedstawicieli NSZZ „Solidarność”, w oparciu o jej wyniki przedstawi program działalności w tym zakresie.
 6. Przedłożone przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej tezy do instrukcji o pielęgniarstwie środowiskowym, po konsultacji ze środowiskiem i związkami zawodowymi, stanowiąc będą podstawę do ostatecznego opracowania instrukcji o zakresie zadań pielęgniarstwa środowiskowej i równoczesnym wprowadzeniem jej w życie w ciągu dwóch miesięcy od konsultacji.
 7. Zostanie zapewnione wykonywanie pracy pielęgniarstwa przez przełożoną pielęgniarek w przychodni rejonowej o podstawowym profilu w wymiarze przynajmniej 1/2 czasu dziennego zatrudnienia, a pozostały czas jej pracy będzie przeznaczony na pracę kontrolną administracyjną. W małych przychodniach rejonowych będą powoływane tylko starsze pielęgniarki.
 8. Zostanie zapewniony transport wewnętrzny leków, środków opatrunkowych, posiłków, bielizny w szpitalach, począwszy od II półrocza 1981 r.
 9. Od 1982 r. zostaną sukcesywnie tworzone zespoły czystościowe, w zależności od wielkości szpitali.
 10. W opracowanym nowym projekcie struktury organizacyjnej zakładów służby zdrowia zostanie wyodrębniona grupa zawodowa pracowników działów diagnostycznych z wydzieleniem stanowiska kierowniczego dla tej grupy w zakładach służby zdrowia.
 11. W terminie do 30 kwietnia 1981 r. zostaną opracowane projekty norm pracy techników analitycznych, rtg i fizyoterapii, a następnie wprowadzone do układów zbiorowych od 1 listopada 1981 r.
 12. W terminie do dnia 30 kwietnia 1981 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej dokona bilansu techników niemedycznych zatrudnionych w laboratoriach, nie posiadających ukończonej szkoły medycznej i zaproponuje w nowym roku szkolnym sposób uzyskania przez nich pełnych kwalifikacji.
 13. Praca terenowa będzie preferowana w przygotowywanych układach zbiorowych.
 14. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej zapewniło pracownikom - matkom samotnie wychowującym dzieci do lat 10 przesunięcie na ich wniosek do pracy jednozmianowej.
 15. Od 1980 r. zniesiono opodatkowanie w drugim miejscu pracy lekarzy i pozostałych pracowników medycznych.
 16. Istniejący program szkolenia sanitariuszy szpitalnych zostanie przesłany do dnia 31 stycznia 1981 r. lekarzom wojewódzkim w celu wykorzystania do szkolenia kwalifikacyjnego salowych w szpitalach i żłobkach.
 17. Od dnia 1 września 1981 r. wprowadzony zostanie w średnim szkolnictwie medycznym kierunek asystentek stomatologicznych. Przy uzyskiwaniu kwalifikacji pomocy stomatologicznej zostanie skrócony staż pracy do 2 lat po maturze i do 4 lat bez wykształcenia średniego. Zakres zadań dla tych zawodów określą przepisy o zawodach medycznych.
 18. Znowelizowana ustawa o zawodzie pielęgniarstwa zostanie włączona do ustawy o zawodach medycznych. W 1981 roku projekt ustawy będzie konsultowany ze środowiskiem i związkami zawodowymi.

Komisja Rządowa

Przewodniczący
Kierownik Ministerstwa
Zdrowia i Opieki Społecznej
TADEUSZ SZELACHOWSKI

Dyrektor Departamentu
Kadr i Spraw Socjalnych
ZBIGNIEW MAZIEJUK

Wicedyrektor Departamentu
Szkolnictwa i Nauki
RYSZARD SOSIŃSKI

22 stycznia 81, Gdańsk

Delegacja Pracowników Służby Zdrowia zrzeszonych w NSZZ „Solidarność”

Przewodnicząca
ALINA PIEŃKOWSKA

Członkowie:
MICHAŁ KUROWSKI – Szczecin
TOMASZ JANAS - Region Górnoląski
DANUTA SŁOMCZYŃSKA – Gdańsk
JANINA IDZIŃSKA – Sopot
MAŁGORZATA MALINOWSKA –
Szczecin



STANISŁAWA LESZCZYŃSKA - WSPOMNIENIA O MATCE, fragmenty*)

Stanisław Leszczyński, prof. dr hab. med.

... „Przez wiele lat trudno mi było zdobyć się na napisanie wspomnień o mojej matce. Wydawało mi się, że najwłaściwiej byłoby na jej temat milczeć; że byłoby to zgodne z jej nastawieniem; że jej obraz, przykład życia (trudny co prawda do naśladowania) należałoby jedynie zachować w pamięci. Ona sama miała sporo wątpliwości, czy powinna wspominać o swych przeżyciach w obozie. Nie chciała wracać do tej przeszłości i to nie ze względu na siebie, lecz aby nie budzić nienawiści. Codzienną modlitwą za tych, którym nie zdołała pomóc i za ich prześladowców zamykała obozowy okres życia. Żyła dniem dzisiejszym oraz przyszłością, włączając się całą osobą, do końca swych dni, w otaczający ją świat ludzi.

Pisać o niej, to jakby malować kwiat.

Niewiele pozostawiła słów o sobie samej, nie głosiła swych poglądów na świat lub wskazań moralnych. Oddziaływała na otoczenie jak kwiat; swą obecnością, etyczną postawą, sposobem życia.

Była podobna do wielu matek, oddanych swej rodzinie. Nie robiła wrażenia świętej z 'żywotów' "...

Henryk Leszczyński, prawnik, muzyk

... „Była delikatna, czuła, łagodna, serdeczna i opamnowana, a zarazem wiele od siebie wymagająca, zdyscyplinowana i pełna wewnętrznego hartu.

W chwilach wolnych od pracy zawodowej siadała przy maszynie, na której szyła nam ubranka. Śpiewała wtedy zawsze jakieś piosenki, a ja siadałem obok niej i słuchałem jak nuciła je swym jasnym, ciepłym głosem.

Każdą chwilę życia mama wykorzystywała maksymalnie, dzięki czemu nie odczuwaliśmy braków. Żyliśmy w cieplej atmosferze domowego ogniska i szeroko zakrojonych więzi rodzinnych.

Po utrudzonym dniu, nieraz późnym wieczorem albo w nocy odmawiała modlitwy związane z regułą trzeciego zakonu św. Franciszka, do którego należała, bądź z jej nabożeństwem do Serca Pana Jezusa.

Kochała zwierzęta i ptaki, karmiła je i ciekawie opisywała ich charakterystyczne cechy. Do kwiatów zwracała się tak, jakby przypuszczała, że czują i rozumieją jej mowę.

Gdy mama trafiła do oświęcimskiego obozu, była duchowo dostatecznie przygotowana do podjęcia niezwykle i nieprzejdanej walki o życie tysięcy ludzkich istnień, jaka miała się rozegrać między nią a Mengelem, obozowym lekarzem SS. Jako położna otrzymała bezwzględny rozkaz uśmiercania wszystkich dzieci natychmiast po ich urodzeniu się. W odpowiedzi oświadczyła: „Nie, nigdy! Nie wolno zabijać dzieci”.

Dlaczego Mengele nie sięgnął wtedy po pistolet, lub nie posłał jej do krematorium na śmierć? Nie tylko dla oświęcimskich więźniarek, znających tę historię, ale dla wszystkich osób zapoznanych z reżimem, jaki panował w obozach koncentracyjnych, pozostaje to tajemniczą zagadką.

Oświęcimskie więźniarki scharakteryzowały osobowość mojej matki w słowach: „Tak ogromnie odważna i dzielna, nie bała się nawet SS - manów. Nie bała się śmierci”.

Wspomnienia o mojej mamie winny odtwarzać klimat jej serca: miłość do Boga i bliźnich, do dzieci i kwiatów, do piosenek i motyli; miłość zawsze radosną i zawsze wierną, nawet wtedy, gdy zażąda ofiary w postaci krzyża... ”

Sylvia Leszczyńska - Gross, lekarz medycyny

... „Matka bardzo kochała dzieci. Ta miłość, a przede wszystkim zrzucenie Opatrzności ukierunkowały jej działalność zawodową. Swoją pracę zawodową bardzo kochała i zachwycała się każdym nowo narodzonym dzieckiem. Opowiadała nam o dzidziusiach z uśmiechem. Ale bardzo kochała także nas.

Zawsze była zapracowana, nigdy nie pamiętam, aby siedziała bezczynnie. Nigdy też w dzień nie odsypiała nieprzespanych nocy. W swoim zawodzie pracowała z sercem i była powszechnie lubiana.

Była bardzo gościnna, lubiła śpiewać w różnych językach: polskim, portugalskim, rosyjskim, niemieckim.

Była zawsze uśmiechnięta, miła.

Gehennę obozu oświęcimskiego przeżywałyśmy razem. Mieszkałyśmy w jednym bloku, przydzielono nas do koi gdzie było już 6 osób. Wszystkie spałyśmy pod jednym, brudnym, zawszawionym, bawełnianym kocem. Jeżeli jedna chciała się przykryć, to z drugiej strony inne były odkrywane. Było ciasno, jedna na drugiej



trzymała nogi. Drżałyśmy z zimna. Na każdą pięcioosobową grupę dostawałyśmy miseczkę gorzkiego wywaru z ziół. Nie było wody do mycia, nie było papieru. Małą pajdkę czarnego chleba trzeba było podzielić na pół, aby starczyło na wieczorny posiłek. Na obiad była zupa z karpeli, nie pamiętam, by kiedykolwiek były ziemniaki. Mama zdobyła kawałek koca, którym mnie okrywała, krępując sznurkiem, na to nakładałam drelichowy pasiak. W ten sposób mama chciała mnie uchronić od zimna. Po kilku dniach zagorączkowałam i zostałam skierowana na rewir, tzn. do szpitala obozowego. Nikt mnie nie zbadał, żadnych leków nie otrzymałam. Leżałam na wąskiej koi z Zosią chorą na gruźlicę. Tonęłam w potach, leżałam w mokrej bieliźnie. Po pewnym czasie na rewir trafiła mama, jako trzecia na naszą koję. Chorowałam bardzo długo, wychudłam aż do stanu tzw. „muzułmana”.

W obozie przeszedłam tyfus plamisty, zapalenie ucha środkowego, wystąpiły ciężkie ropowice (flegmony) połowy twarzy, ramienia i pośladka. Nie mogłam otwierać ust i skazana byłam na śmierć głodową, gdyby nie mama. Chorowałam też na półpasiec o wyjątkowo ciężkim przebiegu.

Wspominam o moich chorobach, bo przysparzały one dodatkowo zmartwień mojej matce.

Byłam obecna przy dramatycznym odbieraniu matkom - więźniarkom ich dzieci o jasnych włosach i niebieskich oczach, które wywożono do Nakła w celu wynarodowienia. Matki płakały i krzyczały, ale nie były w stanie przeciwstawić się brutalności Niemców. Moja mama organizowała tatuowanie dzieci, w nadziei, że może to umożliwić niejednej matce odnalezienie w przyszłości swego dziecka.

Chore więźniarki darzyły mamę szczególną sympatią za jej serdeczną i ofiarną opiekę nad nimi.

W czasie ewakuacji obozu wydano rozkaz stawienia się do transportu. Mama tego rozkazu nie posłuchała; powiedziała wtedy, że pozostanie, bo tu są matki i dzieci. Część więźniarek ukryła na sztubie położniczej. Nie miałyśmy co jeść ani pić. Widziałam przez druty jak SS - man strzelał do więźnia. Do ostatniej chwili Niemcy siali popłoch i przerażenie, podpalali baraki, napadali na bloki rewirowe.

Po wyjściu z obozu pozostał lęk, który przyssał się i na czyjeś pytanie lub wspomnienie ogarniał mnie znów i napełniał niewymowną trwogą. Mama, po wyjściu z obozu, już jako wdowa poświęciła się dla swoich dzieci, na których kształcenie z samozaparciem pracowała. Często mówiła: 'Bóg przyprowadził wszystkie moje dzieci do domu, bo ja nigdy nie zabiłam niczyjego dziecka'... "

Bronisław Leszczyński, dr n. medycznych

... „Była blondynką o nieco jaśniejszych od niezapominajek oczach, o ujmującym, idącym z serca uśmiechu, pełnym wiosny i macierzyństwa. Małego

wzrostu, bardzo kobieca, uwielbiająca śpiew i kwiaty, szaloną miłością kochająca dzieci, cicha i cierpliwa, rozmiłowana w swoim zawodzie i ponad ludzką wytrzymałość pracowita; bolejąca nad nędzą ludzką i dolą sierot, entuzjastycznie podnosząca zalety bliźnich - szczególnie cieszyła się ich dobrocią. Nade wszystko kochająca Boga. Doznała wielu krzywd i była świadkiem zbrodni wołających o pomstę do nieba. Nigdy jednak nie słyszałam, by kogoś potępiła. Z modlitwą na ustach szła przez życie, niosąc swój ciężki krzyż.

Ceniła u ludzi mądrość i podziwiała tych, którzy darem słowa potrafili przekazać ją innym. Sukcesy w pracy przypisuje Bogu i Matce Bożej, wspominając, że zawsze podczas pracy modliła się. Pracując przez 38 lat jako położna, nie miała ani jednego przypadku śmierci noworodka ani matki, ani jednego przypadku gorączki połogowej. Wszystkie dzieci rodziły się żywe i zdolne do życia, nawet w Oświęcimiu, gdzie pracowała w tak okropnych warunkach i gdzie odebrała ponad trzy tysiące porodów, a przecież rodzące matki były wyniszczone głodem i torturami, narażone na infekcje przebywając wśród chorych zakaźnie. Odebrano im człowieczeństwo i nadzieję utrzymania przy życiu dzieci, które miały się dopiero narodzić.

Jej, która tak kochała dzieci, wydano bezwzględny rozkaz, by je mordowała, grożąc śmiercią za niewykonanie rozkazu. I tu cała hitlerowska machina okrucieństwa i zagłady stanęła naprzeciw małej, wątłej i słabej kobiety, która patrząc śmiało w oczy oprawców powiedziała im w ich własnym języku: „Nie, nigdy. Nie wolno zabijać dzieci.” Swą drobną postacią nie przypominała konia trojańskiego, ale do Oświęcimia weszła z ogromną miłością Boga i człowieka, i w miłości tej była niepokonana.

Zdrowy krzyk nowo narodzonego dziecka oznajmiał, że położna Leszczyńska nie wypełniła rozkazu zbrodniarzy, że zwyciężyła znów przeciw śmierci.

Po urodzeniu się dziecka dziękowała Bogu za udany poród. Nigdy nie odpoczywała, czasem gorzko musiała zapłakać, bolejąc nad tragedią urodzonych w Oświęcimiu dzieci, ich matek, nad dolą swej córki Sylwii, która ciężko chorowała, nad losem przebywających w obozach koncentracyjnych synów Stanisława i Henryka.

Mimo wszystko zdobywała się na uśmiech wobec kobiet, dzieliła się z nimi wielką wiarą i nadzieją. Powszechnie w Oświęcimiu nazywano ją matką i czynili tak wszyscy bez względu na narodowość.

Przywiezionego z obozu swego pasiaka nie zachowała na pamiątkę, a podarowała go biednym.

Jako pamiątkę z Oświęcimia zachowała tylko swój numer wytatuowany na rękę: 41335. Siostra Sylwia miała numer: 41336 " ...

*) wyboru fragmentów z książki „Macierzyńska miłość życia” A.T.K. W - wa 1984, dokonała mgr Gabriela Ginalska



31-202 Kraków, ul. Prądnicza 80, tel. 614-31-75,
www.ptp-krakow.webpark.pl

Bogusława SZEGŁOWSKA



POLSKIE TOWARZYSTWO PIELEŃNIARSKIE ZARZĄD ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO

W sali konferencyjnej Szpitala im. Jana Pawła II, 17 - 06- 2005r. odbył się XV Wojewódzki Zjazd Delegatów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, którego przewodniczącą była pani mgr Gabriela Ginalska. Jednym z zaproszonych gości była przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego pani mgr Elżbieta Chróścicka z Warszawy.

Przewodnicząca ustępującego Zarządu Oddziału PTP pani Bogumiła Kubowicz przedstawiła działalność mijającej kadencji, która obejmowała między innymi:

1. Współpracę z Royal College of Nursing w Londynie.
2. Współorganizowanie Międzynarodowej konferencji na temat „Zapobieganie skutkom niedoboru pielęgniarek na rynku pracy”.
3. Nawiązanie ścisłej współpracy z samorządem pielęgniarskim.
4. Organizowanie konferencji szkoleniowych - „Zapobieganie odleżynom jako problem zapewnienia jakości” przy udziale firmy Hartmann, „Nowy standard w bezpiecznej płynoterapii” przy udziale firmy Baxter.

Na koniec przewodnicząca Bogumiła Kubowicz podsumowując swoją kadencję podziękowała współpracownikom oraz:

- Dyrekcji Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, za bezpłatne użyczenie pomieszczenia na biuro Zarządu PTP Okręgu Małopolskiego,
- pani dr Marii Kózce za pomoc naukową, wspieranie i ukierunkowywanie pracy Zarządu Oddziału,
- paniom Dyrektorom ds. Pielęgniarstwa szpitali, w których funkcjonują koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: - pani mgr Annie Tylek, - mgr Marii Szymaczek, - mgr Teresie Niżankowskiej, - mgr Bożenie Bondyra (Olkusz), - mgr Emilii Zyzdroń (Brzesko).

Następnie przystąpiono do głosowania, na zgłaszanych kandydatów z sali, do nowego Zarządu Oddziału. Po prawomocnym głosowaniu;

Przewodniczącą została: Bogumiła Kubowicz,

Wiceprzewodniczącą: Maja Szymaczek,

Sekretarzem: Bogusława Szegłowska,

Skarbnikiem: Stefan Janusz,

Członkami: Anna Tylek, Agata Reczek, Ewa Podłęcka, Teresa Łuzniak.

Komisja Rewizyjna:

Przewodniczącą: Barbara Dudek,

Członkowie: Maria Cisek, Anna Błaszczuk - Tyszka.

Na pierwszym spotkaniu nowego zarządu, które odbyło się 07-07-2005r, ustalono:

1. Spotkania będą odbywały się w pierwszą środę każdego miesiąca o godzinie 15.00.
2. Kontynuowanie pracy w ramach programu Political Leadership.
3. Powołanie koła PTP wśród studentów.
4. Wznowienie wydawania biuletynu PTP.
5. Zorganizowanie konferencji (II edycji) „Nowy standard w bezpiecznej płynoterapii” która odbędzie się pod koniec września. Dokładna data, godzina i miejsce konferencji będzie podane na zaproszeniach, które otrzymają wszystkie panie Dyrektor ds. pielęgniarstwa.

Najbliższe spotkanie Zarządu Oddziału przewidziane jest na 07-09-2005 r. o godzinie 15.00 w sali konferencyjnej Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II. Zainteresowanych pracą w PTP i przynależnością do naukowej organizacji pielęgniarskiej prosimy o kontakt. Tel. 614-31-75 lub 069-242-26-88.

LOVELA - PROGRAM WSPÓŁPRACY Z POŁOŻNYMI ŚRODOWISKOWYMI

Firma Reckitt Benckiser – producent proszku i mleczka Lovela przeznaczonego do prania pieluszek i bielizny niemowlęcej oraz ubranek dziecięcych – kontynuuje program współpracy z położnymi środowiskowymi uczęszczającymi na wizyty patronażowe. Położne chętne do udziału w programie otrzymują od firmy specjalne torby do pracy i wizytówki. Torby zostały zaprojektowane w oparciu o wskazówki położnych, tak by jak najlepiej mogły im służyć podczas pracy w terenie. Położne podczas szkoleń, zjazdów i różnego rodzaju spotkań organizowanych w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Przychodniach Zdrowia otrzymują zestawy umożliwiające prezentację Loveli podczas wizyt w domach.

Program jest realizowany we współpracy z Okręgowymi Izbami Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Krakowie, Katowicach i Warszawie. W roku 2005 akcją jest objęte 400 pielęgniarek - położnych środowiskowych (z regionu krakowskiego 120). Łącznie całym programem objęto już 1000 pielęgniarek. Cieszy się on dużym zainteresowaniem. Mamy nadzieję, że w przyszłym roku będzie kontynuowany i rozszerzony o kolejne regiony.



Szanowni Państwo!

Przewodnicząca Regionu Małopolskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Pani Grażyna Gaj została odznaczona przez Ministra Zdrowia Marka Balickiego odznaką honorową: „Za zasługi dla Ochrony Zdrowia” chcemy pochwalić się tym faktem, bo sama nigdy o tym głośno by nie powiedziała, jest zbyt skromna. Cieszymy się i jesteśmy dumni.

Ponadto otrzymała certyfikat o wpisie do encyklopedii WHO IS WHO W POLSCE - nadany przez: The International Business, Who is Who Corp., Panama I Who is Who, Verlag für Personenzyklopädien AG, Szwajcaria. Leksykon ten zawiera zbiór biografii osobistości ze wszystkich dziedzin życia publicznego.



SEKRETARZ ZARZĄDU
REGIONU OZZPiP
(-) Celina Rachlewicz



Małopolska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych składa gratulacje Pani **Grażynie Gaj** Przewodniczącej Regionu Małopolskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych za zasługi na rzecz ochrony zdrowia, nagrodzone odznaką honorową przez Ministra Zdrowia Marka Balickiego.



Informacje Komisji Kształcenia MOiPiP

WICEPRZEWODNICZĄCA MORPiP
Zuzanna Mysłowska

1. Kursy planowane w pierwszym półroczu roku szkolnego 2005/2006.

| | KURS KWALIFIKACYJNY | IŁOŚĆ MIEJSC | TERMIN NABORU | DATA ROZPOCZĘCIA | KIEROWNIK KURSU |
|---|--|--------------|------------------|------------------|-------------------------|
| A | Pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania dla pielęgniarek | 70 | 25.08-16.09 | 8 październik | mgr Bożena Kaczmarczyk |
| B | Pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarek i położnych | 35 | 01.08-28.09 | 3 październik | mgr Małgorzata Dziubak |
| C | Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych | 35 | 01.08-28.09 | 3 październik | mgr Stanisława Morawska |
| D | Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej terapii dla pielęgniarek | 70 | Nabór zakończono | 12 września | mgr Marzena Pęgiel |
| E | Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek i położnych | 70 | Nabór zakończono | 19 września | mgr Ewa Leśniak |
| F | Pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarek | 35 | 01.09-15.10 | 4 listopad | mgr Joanna Kwiecień |

| | KURS SPECJALISTYCZNY | IŁOŚĆ MIEJSC | TERMIN NABORU | DATA ROZPOCZĘCIA | KIEROWNIK KURSU |
|---|-------------------------|--------------|------------------|------------------|-----------------|
| G | LECZENIE RAN III edycja | 35 | Nabór zakończono | 15 październik | mgr Edyta Ozga |
| | IV edycja | 35 | Styczeń 2006 | Marzec 2006 | |
| H | OPIEKA PALIATYWNA | 35 | 01.10 - 21.10 | 4 listopad | mgr Anna Białoń |

A. Kurs trwa 6 miesięcy (487 godz.). Zajęcia teoretyczne odbywać się będą w wyznaczone weekendy /sobota, niedziela/ oraz w okresie ferii zimowych tj. 13-17. 02. i 20-24. 02. Zajęcia praktyczne odbywać się będą w dni robocze wg ustalonego harmonogramu.

B. Kurs trwa 4 miesiące (532 godz.). Pierwszy miesiąc - blok ogólnozawodowy, zajęcia od poniedziałku do piątku od godz. 15.00 do 19.30. Trzy kolejne miesiące - blok specjalistyczny, wykłady dwa dni w tygodniu od 15.00 do 19.30; staż trzy dni w tygodniu zgodnie z godzinami pracy placówki stażowej.

C. Kurs trwa 4 miesiące (532 godz.). Organizacja szkolenia /dni, godziny/ identyczne jak w kursie neonatologicznym.

F. Kurs trwa 6 miesięcy (470 godz.). Zajęcia teoretyczne odbywać się będą w wyznaczone weekendy /piątek, sobota/. Zajęcia praktyczne odbywać się będą w dni robocze wg ustalonego harmonogramu.

G. Kurs trwa 3 miesiące. Zajęcia w systemie weekendowym /sobota, niedziela/.

H. Kurs przeznaczony jest dla pielęgniarek pracujących w zespołach opieki paliatywnej. W opracowaniu jest program kursu doksztalającego (I-go stopnia), przeznaczony dla wszystkich pielęgniarek.

Kolejne edycje w kursu doksztalającego „Zaawansowane zabiegi reanimacyjne i postępowanie stanach zagrożenia życia” rozpoczną się od października. Osoby zainteresowane proszone są o kontakt z koordynatorem kursu panią Marzeną Michalczewską /nr tel.: 506 917 688/ lub zgłoszenie telefoniczne podczas dyżuru komisji kształcenia.

Komisja kształcenia informuje, że oczekujemy na zatwierdzenia następujących kursów:

- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarek,
- kurs specjalistyczny „Pielęgowanie w chorobach narządu wzroku”,
- kurs specjalistyczny „Żywienie enteralne i parenteralne”.

Komisja kształcenia informuje, że nie przyjmujemy kwestionariuszy na kurs z zakresu szczepień ochronnych. Obecnie na kurs oczekuje ok. 600 osób. O terminie wznowienia naboru poinformujemy na stronie internetowej i w Ad vocem.

2. Specjalizacje

W dniu 24 września rozpoczynają się zajęcia w ramach trzech specjalizacji:

- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego - 25 osób,
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego - 25 osób,
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego - 50 osób.

3. Szkolenia

■ MOiPiP wspólnie z firmą Pelargos Sp. z o.o. organizuje szkolenie „Negatywny wpływ bólu na rozwój psychoemocjonalny dziecka”. Szkolenie przeznaczone jest dla położnych środowiskowych, położnych i pielęgniarek pracujących w poradniach D. Szkolenie odbędzie się **26 października** br. w godz. **11.00-13.00**. Ilość miejsc - **35**. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny - nr tel.: 422 88 54.

■ MOiPiP informuje o rozpoczęciu szkolenia przeznaczonego dla pielęgniarek i położnych z zakresu „Kompleksowego systemu zaopatrywania ran”. Szkolenie trwa 4 godziny (obejmuje część teoretyczną i praktyczną).

■ Prosimy o telefoniczne zgłaszanie chęci udziału w szkoleniu do biura Izby pod nr tel. 422 88 54, w jednym z zaproponowanych terminów:

- październik 4, 6, 11, 13, 18, 20, 25, 27;
- listopad 3, 8, 10, 15, 17, 22, 24, 29;
- grudzień 1, 6, 8, 13, 15, 20, 22;

■ Szkolenie odbywać się będzie od października do grudnia 2005, we wtorki i czwartki od godz. 9:00 do 13:00 w sali konferencyjnej biura Izby, ul. Dunajewskiego Jednorazowo w szkoleniu uczestniczy grupa 25 osób.

Ilość miejsc ograniczona.

KOMUNIKAT

Uczestnicy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii, który odbywał się w terminie od **1 grudnia 2003 r. do 15 marca 2004 r.** proszeni są o osobiste odebranie zaległych zaświadczeń odbytego szkolenia, uprawniającego do przetoczeń krwi.



**Wykaz uczelni, które uzyskały akredytację Ministra Zdrowia,
z uwzględnieniem daty wydania decyzji oraz okresu na jaki została wydana**

| Lp. | Miasto | Szkoła | Kierunek kształcenia | Data uzyskania akredytacji | Czas na jaki wydano akredytację | Liczba godz. |
|-----------|-------------------------|---|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------|
| 1 | Biała Podlaska | Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 14.05.2004 | 3 lata | 4780 |
| 2 | Białystok | Akademia Medyczna | Pielęgniarstwo Położnictwo | 10.03.2003 10.03.2003 | 4 lata 3 lata | 4600 |
| 3 | Bielsko Biała | Akademia Techniczno - Humanistyczna | Pielęgniarstwo | | 3 lata (uchwała) | 4600 |
| 4 | Bydgoszcz | Akademia Medyczna | Pielęgniarstwo | 3.06.2003 | 5 lat | 4890 |
| 5 | Ciechanów | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 6.10.2003 | 3 lata | 4780 |
| 6 | Częstochowa | Wyższa Szkoła Zarządzania | Pielęgniarstwo | 28.01.05 | 3 lata | 4780 |
| 7 | Dąbrowa Górnicza | Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego | Pielęgniarstwo | 10.03.2005 | 3 lata | 4780 |
| 8 | Elbląg | Elbląska Uczelnia Humanistyczno - Ekonomiczna | Pielęgniarstwo | 27.06.2005 | 3 lata | 4600 |
| 9 | Gdańsk | Akademia Medyczna | Pielęgniarstwo Położnictwo | 9.11.2004 9.11.2004 | 4 lata 4 lata | 4600 |
| 10 | Jarosław | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 6.11.2003 | 3 lata | 4780 |
| 11 | Jelenia Góra | Kolegium Karkonoskie | Pielęgniarstwo | 25.09.2003 | 3 lata | 4600 |
| 12 | Kalisz | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo Położnictwo | 9.11.2004 9.11.2004 | 3 lata 3 lata | 4600 |
| 13 | Katowice | Śląska Akademia Medyczna | Pielęgniarstwo Położnictwo | 14.05.2004 14.05.2004 | 4 lata 4 lata | 4611 4608 |
| 14 | Kielce | Akademia Świętokrzyska | Pielęgniarstwo | 5.09.2002 | 5 lat | 4780 |
| 15 | Koszalin | Bałtycka Wyższa Szkoła Humanistyczna | Pielęgniarstwo | 6.01.2005 | 3 lata | 4600 |
| 16 | Kraków | CM Uniwersytetu Jagiellońskiego | Pielęgniarstwo | 5.09.2002 | 5 lat | 4780 |
| 17 | Krosno | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 9.11.2004 | 3 lata | 4780 |
| 18 | Kutno | Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej | Pielęgniarstwo | 20.10.2003 | 3 lata | 4600 |
| 19 | Kwidzyn | Wyższa Szkoła Zarządzania | Pielęgniarstwo | 9.11.2004 | 3 lata | 4780 |
| 20 | Legnica | Wyższa Szkoła Medyczna LDZ. | Pielęgniarstwo | 9.11.2004 | 3 lata | 4600 |
| 21 | Lublin | Akademia Medyczna | Pielęgniarstwo Położnictwo | 12.09.2002 12.09.2002 | 5 lat 5 lat | 4600 |
| 22 | Łódź | Uniwersytet Medyczny | Pielęgniarstwo Położnictwo | 10.03.2003 | 5 lat 3 lata (uchwała) | 4780 |
| 23 | Łódź | Wyższa Szkoła Humanistyczno - Ekonomiczna | Pielęgniarstwo | 14.05.2004 | 3 lata | 5225 |
| 24 | Nowy Sącz | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 7.02.2005 | 3 lata | 4780 |
| 25 | Nowy Targ | Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 17.07.2003 | 3 lata | 4600 |
| 26 | Nysa | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 14.05.2004 | 3 lata | 4600 |
| 27 | Olsztyn | Uniwersytet Warmińsko - Mazurski | Pielęgniarstwo | 6.11.2003 | 3 lata | 4585 |
| 28 | Opole | Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo Położnictwo | 14.05.2004 14.05.2004 | 3 lata 3 lata | 4600 |
| 29 | Ostrowiec Świętokrzyski | Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości | Pielęgniarstwo | 9.11.2004 | 3 lata | 4600 |
| 30 | Piła | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 27.06.2005 | 3 lata | 4780 |
| 31 | Pińczów | Wyższa Szkoła Umiejętności Zawodowych | Pielęgniarstwo | 7.02.2005 | 3 lata | 4600 |
| 32 | Poznań | Akademia Medyczna | Pielęgniarstwo Położnictwo | 5.09.2002 20.10.2003 | 5 lat 5 lat | 4983 4205 |
| 33 | Rzeszów | Uniwersytet Rzeszowski | Pielęgniarstwo Położnictwo | 9.11.2004 9.11.2004 | 3 lata 3 lata | 4600 4625 |
| 34 | Sanok | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 14.05.2004 | 3 lata | 4780 |
| 35 | Słupsk | Pomorska Akademia Pedagogiczna | Pielęgniarstwo | 14.05.2003 | 3 lata | 4780 |
| 36 | Szczecin | Pomorska Akademia Medyczna | Pielęgniarstwo | 17.07.2003 | 3 lata | 4712 |
| 37 | Tarnów | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa | Pielęgniarstwo | 17.07.2003 | 4 lata | 4811 |
| 38 | Warszawa | Akademia Medyczna | Pielęgniarstwo Położnictwo | 28.06.2003 28.06.2003 | 5 lat 5 lat | 3843 4732 |
| 39 | Włocławek | Wyższa Szkoła Humanistyczno - Ekonomiczna | Pielęgniarstwo | 14.12.2004 | 4 lata | 4780 |
| 40 | Wrocław | Akademia Medyczna | Pielęgniarstwo | 9.11.2004 | 4 lata | 4780 |
| 41 | Wyszków /Filia/ | Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku | Pielęgniarstwo | 6.01.2005 | 3 lata | 4600 |

**PODZIĘKOWANIA**

W imieniu Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych składamy serdeczne podziękowania **Panu dr. hab. med. Antoniemu Czuprynie** - Dziekanowi Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ za duże zaangażowanie w uruchomienie studiów licencjacko - magisterskich dla położnych przy Wydziale Ochrony Zdrowia.

Małopolska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych gorąco dziękuje **Pani Marii Malinowskiej** - radnej Sejmiku Województwa Małopolskiego za wytrwałość i pomoc w powstaniu nowego kierunku kształcenia dla położnych.

Małopolski Ośrodek Medycyny Pracy w Krakowie, ul. Zygmunta Augusta 1 organizuje kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących.

Celem szkolenia jest uzyskanie uprawnień do realizacji zadań służby medycyny pracy.

Osoby zainteresowane proszone są o kontakt telefoniczny pod następujące nr telefonów: (0-12) 424-20-40, (0-12) 293-39-40 lub (0-12) 294-47-40.

Planowany termin rozpoczęcia kursu:
październik/listopad 2005 r.

Dyrektor
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
32-500 Chrzanów, ul Topolowa 16

zamierza przeprowadzić
postępowania konkursowe na stanowiska

Pielęgniarek Oddziałowych

- Oddziału Nefrologii,
- Stacji Dializ,
- Oddziału Wewnętrznego I,
- Oddziału Neurologii.

Dyrektor
Szpitala Specjalistycznego
im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

zamierza
ogłosić konkurs na stanowiska

Pielęgniarek Oddziałowych

- Oddziału Chorób Wewnętrznych II,
- Oddziału Urologicznego,
- Oddziału Okulistycznego,
- Oddziału Pediatrycznego.

oraz na stanowisko

Położnej Oddziałowej Oddziału
Ginekologiczno - Położniczo - Noworodkowego

**MEDICAL ENGLISH**

Zapraszamy na kurs języka angielskiego Medical English. Kurs skierowany jest do lekarzy, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów pragnących podjąć pracę w anglojęzycznym środowisku; powstał w oparciu o procedury stosowane w brytyjskich jednostkach ochrony zdrowia - szpitalach, przychodniach i domach opieki. Autorski program zajęć zawiera między innymi następujące zagadnienia:

- relacje z pacjentami i współpracownikami,
- terminologia medyczna wraz z potocznymi odpowiednikami,
- anatomia człowieka,
- choroby i ich objawy,
- pisanie raportów oraz sporządzanie dokumentacji.

Nasza agencja pośrednictwa pracy prowadzi także rekrutację do pracy w Wielkiej Brytanii dla zawodów medycznych. Stale poszukujemy kandydatów w następujących specjalnościach:

- lekarze i stomatolodzy,
- pielęgniarki,
- rehabilitanci,
- asystenci stomatologiczni,
- opiekunowie osób starszych.

Kandydaci powinni posiadać dyplom ukończenia odpowiednich studiów lub szkoleń, posiadać potwierdzone doświadczenie zawodowe oraz posługiwać się językiem angielskim w stopniu zaawansowanym.

Oferujemy także kursy dla początkujących!

Staff Office sp. j.
ul. Zybkiewicza 11/1
31-506 Kraków

www.staff-office.pl

tel: (012) 426 46 80
tel: (012) 426 46 81
fax: (012) 426 46 82

MOIPiP nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.



PROFESSIONAL
SCHOOL
OF
MEDICAL
ENGLISH

PROFESSIONAL SCHOOL OF MEDICAL ENGLISH
KJAKÓW, UL. PILSUDSKIEGO 28A
ZAPRASZA NA KURS

ENGLISH IN MEDICINE

PROGRAM KURSU OPARTY JEST NA LITERATURZE MEDYCZNEJ
STANÓW ZJEDNOCZONYCH I WIELKIEJ BRITANII. JEJĄ CELEM JEST
PROFESJONALNE PRZYKOTOWANIE DO EUROPEJSKICH
I AMERYKANSKICH EGZAMINÓW PIELEGNIARSKICH.

UKONCZENIE KURSU POZWALA ABSOLWENTOM NA:

- porozumiewanie się z pracodawcą i pacjentem angielskojęzycznym
- poszerzenie zasobu angielskiego słownictwa związanego z medycyną
- zdobycie wiedzy niezbędnej do przystąpienia do egzaminów: TOEFL, CGFNS, NCLEX-RN wymaganych do podjęcia pracy w USA lub egzaminów nostryfikujących dyplom w krajach angielskojęzycznych
- pracę z literaturą medyczną w języku angielskim

INFORMACJE I ZAPISY:
UL. PILSUDSKIEGO 28A, II P. TEL: (12) 294 46 15, 0 693 060 166



AGENCJA „POLTROP”

ul. Kisielewskiego 63, 42-200 Częstochowa - Poland
Tel. 0048/34/372 09 34, Tel./Fax 0048/34/372 09 36
internet www.poltrop.com.pl e-mail: work@poltrop.com.pl

PRACA dla Pielęgniarek Północne Włochy - po wszystkich szkołach

Od 2002 roku skierowaliśmy ponad 500 pielęgniarek do pracy w domach opieki i szpitalach. Załatwiamy wszystkie procedury związane z uzyskaniem nostryfikacji we Włoskim Ministerstwie Zdrowia. Wynagrodzenia, ubezpieczenie zgodnie z włoskim ustawodawstwem CCLL.

Koszty nostryfikacji wynoszą 740 PLN (w tym tłumaczenia przysięgłe, legalizacje dokumentów w instytucjach włoskich). Pozostałe koszty pokrywa pracodawca włoski i nie potrąca ich z przyszłego wynagrodzenia.

To ważne przy wyborze oferty!

ANGLIA – pielęgniarki, lekarze (z angielskim, wysokie zarobki)

Kontakt:

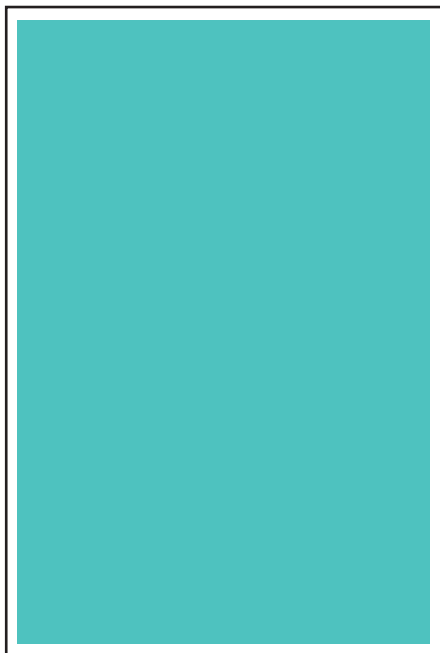
**POLTROP, Częstochowa, ul. Kisielewskiego 63,
tel./fax 034 372 09 34, 372 09 36**

Prześlemy szczegółowe informacje!

Poltrop posiada od 1992 r. certyfikat Ministra Pracy oraz wdrożony system jakości ISO 9001 – 2000.

[exterea]

MEDICAL STAFFING INDUSTRY
(spółka w organizacji)



Ulica Radzikowskiego 25
KRAKÓW

EXTEREA, Spółka zajmująca się rekrutacją personelu medycznego i paramedycznego, rozpoczęła działalność w Krakowie.
Rekrutujemy do najlepszych szpitali publicznych i prywatnych we Francji.

Poszukujemy:

- pielęgniarek,
- instrumentariuszek bloku operacyjnego,
- pielęgniarek anestezjologicznych,
- fizjoterapeutów (z dyplomem ukończenia 3-letniego studium),
- techników radiologów.

Dyplomy muszą być zgodne z prawodawstwem europejskim.

Wymagane doświadczenie: co najmniej 3 lata.

Kontrakt na minimum 12 miesięcy podpisywany bezpośrednio ze szpitalami francuskimi. Wynagrodzenie i warunki pracy zgodne z normami francuskimi.

Bezpłatny kurs językowy w Krakowie i Paryżu.

Zapewniamy transport, mieszkanie oraz załatwiamy wszystkie formalności administracyjne.

We Francji, zapewniamy pomoc ze strony osób mówiących po polsku.

Więcej informacji znajdą Państwo na naszej stronie:

www.exterea.com

Kontakt przez e-mail:

daniel.wajcberg@exterea.com

MOIPIP nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.



Błogosławieni, którzy umierają w Panu



Drogiej Koleżance
Dorocie Jakubczyk
wyrazy najgłębszego współczucia z powodu śmierci

OJCA

składa
Zespół Opieki Całodobowej MULTI SCANMED

Wyrazy głębokiego współczucia

Koleżance

Dorocie Jakubczyk

z powodu śmierci

OJCA

składa Rada Okręgowa
Małopolskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych

Wyrazy serdecznego współczucia

dla Koleżanki

Mirosławy Pająk

z powodu śmierci

OJCA

składają
pielęgniarki Oddziału Chorób Wewnętrznych
WSS im. L. Rydygiera w Krakowie

Wyrazy głębokiego współczucia

dla Koleżanki

mgr Zofii Kłapy

z powodu śmierci

MAMY

składają

Koleżanki z Instytutu Pielęgniarstwa
Wydziału Ochrony Zdrowia
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Koleżance

Marii Krząścik

wyrazy głębokiego współczucia

z powodu śmierci

MATKI

składają

koleżanki

z Małopolskiego Ośrodka Medycyny Pracy
w Krakowie

Kingusi

Pod osłoną koronkowych żyłek
Powieki delikatnie otulają światło
Które wczoraj jeszcze niebiesko krzyczało
Życie łapczywie chwyciło w źrenice

Dzisiaj Anioł w szarą mgłę spowity
Ucałował tę ciszę
Wszystkie światła zgasły
Świat krzychał oszalały
Czyjeś serce pękło
To koniec?
To początek?

Nie, nie można opowiedzieć bólu
Z bólem trzeba się zmierzyć
Lub milczeć

Lucyna Dyrz - Kowalska



**PISMO MAŁOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
ZESPÓŁ REDAKCYJNY:**

JANINA ŁĘGOSZ - KOORDYNATOR, TADEUSZ WADAS, EWA DOERINGER, BOŻENA DWORSKA, DANUTA GLAZER, DOROTA JAKUBCZYK, BEATA KALISZ, EWA KOSTRZ, AGNIESZKA KURBIEL, EWA LEŚNIAK, ANNA SAS, MARIA SKOLUBA.

PROJEKT OKŁADKI: MAJA SZOSTAK.

SKŁAD: JERZY PIWOWARCZYK.

PROSIMY O KORESPONDENCJĘ NA ADRES REDAKCJI:

31-133 KRAKÓW, UL. DUNAJEWSKIEGO 6 (III P.), TEL./FAX 422-88-54

NAKLAD: 3200 EGZ.

E-MAIL MAŁOPOLSKIEJ IZBY: biuro@moipip.org.pl

STRONA INTERNETOWA MAŁOPOLSKIEJ IZBY: www.moipip.org.pl

