

14 lutego

W zachodniej Europie już od średniowiecza 14 lutego jest Dniem Zakochanych. Potrzeba było kilku lat, by opór przed naśladowaniem tego zwyczaju zmaleł i Polacy również uznali ten dzień świętem zakochanych. Z sondaży wynika, że około 70 proc. rodaków lubi „walentynki”.

Legend o pochodzeniu tego święta jest kilka. Jedna z nich głosi, że cesarz Klaudiusz II nie pozwalał swoim żołnierzom żenić się, bo uważał, że wolni mężczyźni byli lepszymi wojownikami. Rzymski ksiądz Walenty potajemnie udzielał im ślubu za co został w końcu skazany. Wdzięczni mu zakochani zaczęli czcić dzień jego śmierci jako dzień miłości.

Warto wiedzieć że w 1415 roku z okazji św. Walentego książę Karol Orleański wysłał do żony z więzienia w Tower list z miłosnym wierszem, który trafił do historii jako pierwsza walentynka, a w 1850 roku Esther Howland wymyśliła kartki walentynkowe, które seryjnie produkowane przyniosły jej fortunę.

Z czasem do kartek dołączano prezenty. Najśtywniejszym było lukrowane na różowo jabłko, które król Henryk VIII ofiarował Annie Boleyn w hebanowej szkatule wysadzanej perłami, a najdroższym upominkiem okazała się kartka ze szczerego złota z sercem wysadzonym diamentami, brylantami i szmaragdami opakowana w futro z norek, którą otrzymała śpiewaczka operowa Maria Callas od greckiego armatora Arystotelesa Onasisa.

I co Państwo na to?
Kochajmy się wszyscy nawzajem i życzymy sobie nieustającej miłości w tym miłym dniu.

Redaktor Naczelna

W
n
u
m
e
r
z
e

Biuletyn 02/2010

1 lutego 2010 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Serwis informacyjny
- 3 Program ubezpieczenia członków OIPIP w Łodzi na rok 2010
- 6 Plan szkoleń OIPIP w Łodzi na 2010 rok
- Konkurs**
- 8 Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych – blaski i cienie
- 9 Światowy Dzień Chorego
MAŁGORZATA BEDNAREK-SZYMAŃSKA
- 11 **Spotkanie z rzecznikiem**
IRENA KRÓL
- 12 Najlepiej się zagryźć? cz. 2
MARIANNA KRÓL
- Okiem psychologa**
- 15 Jak zdobywać przyjaciół
JOLANTA KAŁUŻNA
- 18 Pacjent z urazem wielonarządowym. Postępowanie pielęgniarki
KAMILA PIŁAT
- Akademia Humianistyczno-Ekonomiczna**
- 20 Autorytet w wychowywaniu dziecka
MARZENA SLENDAK
- 23 Cechy dorosłych dzieci alkoholików
WIKTOR SAPIEJKA
- 25 „Medycyna zintegrowana” lekiem na przyszłość
STANISŁAWA DZWONKOWSKA
- 26 Podziękowania
- 28 Kącik biblioteczny
- 28 Z żałobnej karty

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17

tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

**Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje
podczas posiedzenia ORPIP
w dniu 8 grudnia 2009 roku**

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – 9 pielęgniarek i 1 położnej.

> Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek – 1 pielęgniarkę.

> Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 1 położną.

> Podjęto 1 uchwałę dotyczącą rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

> Przyznano dofinansowania w:

– kursach kwalifikacyjnych: 12 osobom, kursie specjalistycznym: 9 osobom, konferencji: 3 osobom.

> Odmówiono dofinansowania ze względów regulaminowych – wniosek złożony po terminie – 1 osobie,

> W 2 przypadkach ORaPiP w Łodzi postanowiła uchylić decyzje odmowne w sprawie dofinansowań.

> Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie – 2 osobom.

> Przyznano 1 osobie pomoc finansową z powodu trudnej sytuacji rodzinnej.

> Przyznano 5 osobom zapomogi bezzwrotne.

> Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie 12/2009.

> Podjęto Apel w sprawie pilnego ogłoszenia konkursów ofert, w przedmiocie pielęgniarstwa długoterminowego. Treść Apelu została przesłana do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

> Na ręce Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przesłano Wniosek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w sprawie przesunięcia środków finansowych z podstawowej opieki zdrowotnej – zadaniowa forma finansowania do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach pielęgniarstwa długoterminowego.

> Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach konkursowych na stanowisko:

– Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Wewnętrznego II w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie,

– Pielęgniarki Przełożonej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PabianMed w Pabianicach,

– Pielęgniarki Przełożonej w Wojewódzkim Ośrodku Diabetologii i Chorób Metabolicznych w Łodzi, ul. Nowa 30.

oprac. A. Manes – sekretarz ORPiP w Łodzi

APEL

**Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 12 stycznia 2010 roku**

**w sprawie wzrostu poziomu finansowania
osobodnia w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne
i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apeluje o podjęcie natychmiastowych działań Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ zmierzających do:

1. Wzrostu poziomu finansowania osobodnia w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej domowej.

Wynikiem starzenia się społeczeństwa jest wzrost zapotrzebowania na usługi pielęgniarstwa z zakresu opieki długoterminowej. Koszt świadczeń udzielanych w domu pacjenta jest znacznie niższy niż koszty hospitalizacji pacjentów przewlekle chorych. W przypadku tak niskiej wyceny kosztów osobodnia w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w opiece długoterminowej, przez NFZ doprowadzi do tego, że pacjenci przewlekle chorzy, niepełnosprawni, niezdolni do samodzielnej egzystencji, mogą zostać pozbawieni należytej i niezbędnej im opieki.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oczekuje zatem realnej, zgodnej z rachunkiem ekonomicznym wyceny ww. usług, pozwalającej na prowadzenie indywidualnych, grupowych praktyk pielęgniarstwa. Zaniżanie poziomu finansowania usług jednej grupy świadczeniodawców nie ma nic wspólnego z wolnym rynkiem.

2. Wzrostu poziomu finansowania osobodnia dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem:

a) ze wskaźnika 0,4 do 1,00 u pacjentów z liczbą punktów 5-40 w skali Barthel,

b) u pacjentów z liczbą punktów 0 w skali Barthel podniesienie wskaźnika do 2,8.

Obniżenie wskaźnika u pacjentów domów pomocy społecznej jest ich dyskryminowaniem. Intensywność opieki pielęgniarstwa, zużycie materiałów opatrunkowych, środków dezynfekcyjnych i sprzętu medycznego jest podobna jak w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, natomiast stawka jest wielokrotnie niższa.

Usługi świadczone przez pielęgniarki w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz usługi świadczone przez pielęgniarki w ramach opieki długoterminowej są takie same. Natomiast ich wycena różna. Z tego, też powodu wnosimy o wzrost finansowania wyżej wymienionych usług oraz zmiany wskaźników.

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi – mgr Krystyna Walewska

**XXIV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi odbędzie się
26 lutego 2010 roku o godz. 9.00 w dużej sali obrad
Urzędu Miasta Łodzi (ul. Piotrkowska 104)**

Program ubezpieczenia członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2010

I. Ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej za które składka opłacana jest przez Izbę ze składek członkowskich

SUMA UBEZPIECZENIA

5.000 euro – składka roczna 5,00 zł za osobę

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej: odpowiedzialność cywilna: deliktowa, kontraktowa, pracownicza regresowa, za szkody związane z posiadanym mieniem (wyposażenie gabinetu), odpowiedzialność o charakterze organizacyjnym i porządkowym w związku z wykonywanym zawodem, wynikłe z przeniesienia wirusa HIV, Hbs i innych chorób zakaźnych, oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzielaniem tym osobom nagłej pomocy, o ile inna pomoc nie mogła być udzielona.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez IZBĘ i nie tylko, itp.)

Za szkodę osobową rozumie się szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach

Za szkodę rzeczową rozumie się szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

Zakres terytorialny: Europa

Udział własny zniesiony.

Udział w zysku dla Izby: rozumiany jako obniżenie składki na następny okres ubezpieczeniowy na zasadach:

1. Jeżeli określony w porozumieniu współczynnik (wzór) nie przekroczy 30% – naliczona składka na następny okres ubezpieczenia zostaje obniżona o 35%.

2. Jeżeli określony w porozumieniu współczynnik (wzór) nie przekroczy 50% – naliczona składka na następny okres

ubezpieczenia zostaje obniżona o 20%.

3. Jeżeli określony w porozumieniu współczynnik (wzór) nie przekroczy 70% – naliczona składka na następny okres ubezpieczenia zostaje obniżona o 10%.

Klauzula automatycznego objęcia ubezpieczeniem przyrostu liczby członków.

Przyrost liczby członków OIPIP w Łodzi powyżej 1% liczby ubezpieczonych członków zgodnie z wnioskiem powinien zostać zgłoszony w ciągu 30 dni od ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpiło przekroczenie powyższego poziomu. Składka za zwiększenie liczby ubezpieczonych zostanie rozliczona w ciągu 30 dni po zakończeniu okresu ubezpieczenia. Do rozliczenia zastosowanie będą miały stawki efektywne nie wyższe niż wynikające ze złożonej oferty z uwzględnieniem systemu *pro rata temporis*. Naliczenie składki za przyrost liczby członków powyżej 1% dokonywane będzie od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło przekroczenie powyższego poziomu.

Przyrost liczby członków OIPIP w Łodzi na poziomie 1% liczby ubezpieczonych lub poniżej nie powoduje konieczności zgłaszania aktualnego stanu liczby członków oraz rozliczania składki. Jednocześnie przyrost członków OIPIP w Łodzi na poziomie lub poniżej 1% liczby zgłoszonych do ubezpieczenia nie będzie powodem odmowy ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez INTER RISK TU S.A.

Klauzula prolongaty

Brak wpłaty przez ubezpieczającego składki lub pierwszej raty w terminie przewidzianym w umowie ubezpieczenia, nie powoduje wygaśnięcia (rozwiązania) umowy, ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i nie może być podstawą do odstąpienia przez ubezpieczyciela od umowy ze skutkiem natychmiastowym. W sytuacji braku opłaty składki lub raty składki ubezpieczyciel zobowiązany jest wyznaczyć Ubezpieczającemu na piśmie dodatkowy, co najmniej 14-dniowy, termin do zapłaty składki (raty). W przypadku nie dokonania wpłaty w wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel może odstąpić od umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Klauzula zapłaty składki

Za datę prawidłowego opłacenia składki ubezpieczeniowej albo jej raty uznaje się datę złożenia przekazu pocztowego lub dyspozycji realizacji przelewu bankowego, bez

względu na jego formę (pisemną lub elektroniczną) kwoty należnej z tytułu opłaty składki ubezpieczeniowej lub jej raty, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków płatniczych.

II. ROZSZERZENIE PROGRAMU DLA CZŁONKÓW IZBY

Składka opłacana indywidualnie przez pielęgniarki i położne

Wszystkie ubezpieczenia dodatkowe ubezpiecza się na okres 12 miesięcy. Składka opłacana jednorazowo w przypadku składki z wybranych opcji do kwoty niższej lub równej 300 zł lub możliwość rozłożenia na 2 raty w przypadku składki wyższej niż 300 zł. Rozłożenie składki na raty nie powoduje wyższy składki.

1. Dobrowolne ubezpieczenie OC osób wykonujących zawód medyczny z rozszerzeniem o HIV, HBS i inne choroby zakaźne (zakres ubezpieczenia jw.).

SUMA DOUBEZPIECZENIA	SKŁADKA ROCZNA
10.000-euro	12,00 zł
15.000-euro	17,00 zł
20.000-euro	22,00 zł
25.000-euro	27,00 zł
30.000-euro	32,00 zł
Spółki: min. SU 45.000 euro dla spółki	
Spółka do 5 osób – składka roczna 26 zł za osobę	
Spółka powyżej 5 osób – składka roczna 22 zł za osobę	

2. Obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne

suma gwarancyjna 25.000 euro na zdarzenie
składka roczna do zapłaty 80 zł (za jedną umowę)
Spółki: Suma Gwarancyjna 46.500 euro na zdarzenie
Spółki do 5 osób – składka roczna za osobę 80 zł
Spółka powyżej 5 osób – składka roczna za osobę 65 zł

3. Obowiązkowe ubezpieczenie OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej

Suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia: 25.000 euro i w odniesieniu do wszystkich zdarzeń 140.000 euro
Składka roczna do zapłaty – 70 zł
SPÓŁKI:
– do 5 osób – składka 70 zł za osobę,
– powyżej 5 osób – składka 58 zł za osobę.

4. Ubezpieczenie ochrony prawnej

Ochroną ubezpieczeniową objęte zostaną wszystkie pielęgniarki i położne zrzeszone w Izbie w zakresie kosztów

ochrony prawnej w związku z wykonywanym zawodem pielęgniarki/położnej)

Izba jest ubezpieczającym – płatnikiem składki. Suma gwarancyjna/składka odnosi się do 1-go ubezpieczonego

- suma gwarancyjna: 5.000 zł
- udział własny zniesiony
- składka roczna 5 zł

Ponadto każda z pielęgniarek może wykupić indywidualnie (we własnym zakresie) ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej w życiu prywatnym.

- suma gwarancyjna 10.000 zł
- udział własny zniesiony
- składka roczna 36 zł

Ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej

§1. 1. Zachowując postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonych w polisie, na podstawie wniosku ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, INTER RISK TU S.A. pokrywa koszty ochrony prawnej.

2. Ubezpieczeniem objęte są koszty, o których mowa w ust 3, poniesione w związku z ochroną prawną interesów ubezpieczonego w postępowaniu karnym lub cywilnym przed sądami polskimi, prowadzonym z jego udziałem w charakterze podejrzanego, oskarżonego lub pozwanego w związku z wykonywanym zawodem pielęgniarki, położnej.

3. Ubezpieczeniem objęte są:

1) koszty porad prawnych, opinii lub konsultacji udzielanych przez podmioty uprawnione do świadczenia pomocy prawnej,

2) koszty adwokackie lub koszty zastępstwa procesowego,

3) koszty uzyskania dokumentów, materiałów oraz innych środków dowodowych, o ile służą one ochronie praw ubezpieczonego,

4) niezbędne koszty i opłaty sądowe lub administracyjne, o ile służą ochronie praw ubezpieczonego w związku z prowadzonym postępowaniem,

4. Odpowiedzialnością INTER RISK TU S.A objęte są koszty poniesione w postępowaniu wszczętym w okresie ubezpieczenia w związku ze zdarzeniami powstałymi w okresie ubezpieczenia.

5. INTER RISK TU S.A nie pokrywa kosztów ochrony prawnej:

1) jeżeli nie ponosi odpowiedzialności za szkody w ramach zawartych umów odpowiedzialności cywilnej zawodowej (oc obowiązkowe, oc dobrowolne),

2) będących następstwem podania informacji i przekazania dokumentów nieprawdziwych lub mogących wprowadzić w błąd, a także zatajenia informacji i dokumentów prawdziwych,

3) poniesionych celem przeprowadzenia dowodów niedopuszczalnych, nieprzydatnych do stwierdzenia danej okoliczności, udowodnienia okoliczności nie mających znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy albo okoliczności już

udowodnionych zgodnie z twierdzeniem wnioskodawcy, zmierzających do przedłużenia postępowania,

4) poniesionych w postępowaniu wszczętym na wniosek osób bliskich ubezpieczonemu, a także osób pozostających w nim w stosunku zależności wynikającym z zatrudnienia ich przez ubezpieczonego.

§ 2. 1. Dla ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej, o których mowa w §1 ust 3 ustanawia się sumę gwarancyjną 5.000 zł.

2. Suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności INTER RISK TU S.A – na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie ubezpieczenia.

3. Po wypłacie odszkodowania suma gwarancyjna zmniejsza się o kwotę wypłaconego odszkodowania, aż do całkowitego jej wyczerpania.

4. Składka roczna 5 zł.

§ 3. 1. Na wniosek ubezpieczającego i za opłatą składki dodatkowej zakres ochrony może zostać rozszerzony o pokrycie kosztów ochrony prawnej ubezpieczonego w życiu prywatnym.

2. Ubezpieczeniem objęte są koszty wymienione w § 1 ust 3 pkt 1-4.

3. Dla ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej w życiu prywatnym, o których mowa w §1 ust 3 ustanawia się sumę gwarancyjną 10.000 zł.

4. Suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności INTER RISK TU S.A – na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie ubezpieczenia.

5. Po wypłacie odszkodowania suma gwarancyjna zmniejsza się o kwotę wypłaconego odszkodowania, aż do całkowitego jej wyczerpania.

6. Składka roczna 36 zł. W przypadku rozłożenia składki na 12 rat składka miesięczna wynosi 3 zł.

7. INTER RISK TU S.A. nie pokrywa kosztów ochrony prawnej w następstwie zdarzeń związanych bezpośrednio lub pośrednio z:

1) z zachowaniem umyślnym lub pod wpływem alkoholu lub innego podobnie działającego środka,

2) prowadzoną działalnością gospodarczą,

3) ochroną interesów w związku z roszczeniami związanymi ze szkodami komunikacyjnymi,

4) działaniami wojennymi, stanem wyjątkowym lub innymi niepokojami społecznymi,

5) katastrofami nuklearnymi, biologicznymi lub innymi związanymi z działaniem masowego rażenia

5) roszczeniami osób bliskich ubezpieczonemu, a także osób pozostających w nim w stosunku zależności wynikającym z zatrudnienia ich przez ubezpieczonego.

5. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Zakres ubezpieczenia:

• 100% uszczerbku na zdrowiu – 100% sumy ubezpieczenia,

• w przypadku uszczerbku poniżej 100% – taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,

• śmierć w wyniku NW – 50% su,

• zwrot kosztów nabycia protez – do 15% su,

• zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów do 15% su.

Suma ubezpieczenia i składka:

Wariant I: suma ubezpieczenia 5.000 zł, składka roczna 20 zł.

Wariant II: suma ubezpieczenia 10.000 zł, składka roczna 40 zł.

Dodatkowe korzyści dla przystępujących do programu

1. W ubezpieczeniach majątkowych mieszkań, gabinetów zastosowanie preferencyjnej zniżki – 15%.

2. W ubezpieczeniach komunikacyjnych OC/AC/NW – zniżka w wysokości 10%.

WYKAZ AGENCJI DO PROGRAMU UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW OIPIP W ŁODZI

ŁÓDŹ

1. Oddział w Łodzi ul. Łąkowa 29

2. Andrzej Zalega, ul. Przybyszewskiego 113
tel. 0607-641-738

3. Jolanta Adler, ul. Piotrkowska 182, tel. 0509-410-997

4. Agencja ATENA, ul. Wólczańska 128/134
tel. 042 636-60-68

5. Agencja PROGRES, ul. Kosciuszki 40

ZGIERZ

1. Agencja SECURUS, ul. Długa 29, tel. 042 719 00 27

2. Agencja MC Kwadrat - tel 042 716 10 88

3. Andrzej Szczygieł - tel. 0607 344 542

PABIANICE

1. AGENCJA BROKUS, ul. Gdańska 6,
tel. (042) 213-08-30

2. Kowalski Krzysztof, ul. Moniuszki 29,
tel. (042) 215-11-45

KONSTANTYNÓW ŁÓDZKI

1. Czesław Klocek, ul. Zgierska 22, tel. (042) 211-05-57

TOMASZÓW MAZOWIECKI

1. Alina Zalewska, ul. POW 5, tel. (044) 724-40-34

ŁĘCZYCA

1. Jan Ruszkowski, ul. Plac Przedrynek 8 pok. 28,
tel. 0501-404-465

SIERADZ

1. Urszula Świniarska, ul. Jana Pawła II 28 pok. 102
tel. (043) 822-55-42

SKIERNIEWICE

1. Filia w Skierniewicach ul. Gateckiego 1D
tel. (043) 833-41-68

Plan kursów i szkoleń organizowanych przez OIPiP w Łodzi w roku 2010

ZAKRES KURSU SPECJALISTYCZNEGO		
Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07, program dla pielęgniarek i położnych	IV edycje**	I edycja: 07.01 - 04.03.2010 II edycja: 10.05 - 06.07.2010 III edycja: 06.10 - 03.11.2010 IV edycja: 18.10 - 21.12.2010
Szczepienia ochronne Nr 03/08, program dla pielęgniarek	III edycje*	I edycja: 15.02 - 26.03.2010 II edycja: 13.04 - 14.05.2010 III edycja: 30.09 - 29.10.2010
Szczepienia ochronne u noworodków Nr 04/08, program dla położnych	I edycja*	II kwartał
Leczenie ran – Nr 11/07, program dla pielęgniarek	I edycja	II kwartał
Leczenie ran – Nr 12/07, program dla położnych	I edycja*	III kwartał
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07, program dla pielęgniarek i położnych	IV edycje**	I edycja: 12.02 - 25.03.2010 II edycja: 07.05 - 22.06.2010 III edycja: 27.08 - 06.10.2010 IV edycja: 15.10 - 26.11.2010
Endoskopia – program dla pielęgniarek	II edycje*	I edycja: 25.02 - 07.05.2010 II edycja: 17.09 - 29.10.2010
Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych program dla pielęgniarek i położnych	I edycja*	III kwartał*
Podstawy dializoterapii Nr 08/09, program dla pielęgniarek	I edycja	II kwartał
Wykonanie badania spirometrycznego program dla pielęgniarek	I edycja*	I kwartał*
Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07, program dla pielęgniarek i położnych	I edycja*	III kwartał*
Profilaktyka chorób piersi Nr 07/07, program dla pielęgniarek	I edycja*	IV kwartał*
Wykonywanie i ocena testów skórnych program dla pielęgniarek	I edycja*	II kwartał

DZIEDZINA KURSU KWALIFIKACYJNEGO	Planowane edycje na 2010	Terminy planowanych edycji
Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią program dla pielęgniarek	I edycja	I/II kwartał
Pielęgniarstwo rodzinne program dla pielęgniarek	II edycje*	I edycja: 09.04 - 08.10.2010 II edycja: IV kwartał
Pielęgniarstwo rodzinne program dla położnych	I edycja	IV kwartał
Ochrona zdrowia pracujących program dla pielęgniarek	I edycja	III kwartał
Organizacja i zarządzanie program dla pielęgniarek i położnych	I edycja	I kwartał

DZIEDZINA KURSU KWALIFIKACYJNEGO	Planowane edycje na 2010	Terminy planowanych edycji
Pielęgniarstwo z anestezjologii i intensywnej terapii program dla pielęgniarek	I edycja	– kontynuacja: 26.11.09 - 21.05.10 – II edycja: IV kwartał
Pielęgniarstwo ratunkowe program dla pielęgniarek	I edycja*	II kwartał
Pielęgniarstwo operacyjne program dla pielęgniarek i położnych	I edycja*	II kwartał
Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej program dla pielęgniarek	I edycja*	IV kwartał

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE W DZIEDZINIE	Planowane edycje na 2010	Terminy planowanych edycji
Pielęgniarstwa chirurgicznego program dla pielęgniarek	– kontynuacja: 17.11.09 - 31.05.11 – planowana II edycja*	II kwartał
Pielęgniarstwa opieki długoterminowej program dla pielęgniarek	2010*	II kwartał
Organizacji i zarządzania program dla pielęgniarek i położnych	2010*	III kwartał
Pielęgniarstwa zachowawczego program dla pielęgniarek	2010*	IV kwartał
Pielęgniarstwa pediatrycznego program dla pielęgniarek	kontynuacja: 04.09.09-11.05.11	
Pielęgniarstwa opieki paliatywnej program dla pielęgniarek	kontynuacja: 10.07.09-31.05.11	
Pielęgniarstwa psychiatrycznego program dla pielęgniarek	kontynuacja: 26.09.08-31.05.10	

TYTUŁ KURSU DOSKONALĄCEGO	Ilość edycji
Postępowanie w stanach zagrożenia życia	20
Cewnikowanie chorych	1
Warsztaty psychologiczne prowadzone w zakładach: – Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i asertywności, czyli umiejętne porozumiewanie się oraz wyznaczanie granic w relacjach: pielęgniarka-pacjent i pielęgniarka-lekarz – Radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych – Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia – Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego – Rozwój osobisty i zawodowy, czyli autoprezentacja w poruszaniu się po rynku pracy – Radzenie sobie ze stratami – rozmowy z umierającymi pacjentami	12 godz. 12 godz. 12 godz. 12 godz. 12 godz.
Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem z problemami zdrowotnymi	2

*edycje w zależności od potrzeb i możliwości ** grupy 20-osobowe

- Osoby zainteresowane udziałem w powyższych kursach i szkoleniach proszone są o składanie oryginałów wniosków do biura OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17.
Druki dostępne w: biurze i na stronie internetowej (www.oipp.lodz.pl).
 - Wnioski nieczytelne, niekompletnie wypełnione, bez potwierdzonych składek systematycznie opłacanych minimum przez 2 lata przed terminem złożenia wniosku nie będą rozpatrywane.
 - Przypominamy, iż 1 raz w roku kalendarzowym można skorzystać z 1 wybranego kursu, szkolenia, które finansowane jest z budżetu Okręgowej Izby (Uchwała Nr 107/V ORPiP).
 - Kursy i szkolenia, na które wpłynęła zbyt mała liczba zgłoszeń lub ich brak nie będą realizowane.
 - Informacje nt. szczegółowych terminów kursów będziemy publikować w biuletynie, na stronie internetowej Izby oraz przekazywać na bieżąco pełnomocnikom zakładów.
 - Informacji dodatkowych udziela dział merytoryczny pod numerem tel. 042 639-92-62, w godzinach pracy biura.
- Pozostałe terminy planowanych kursów i szkoleń organizowanych i finansowanych z budżetu okręgowej izby będą sukcesywnie zamieszczane na stronie internetowej, publikowane na łamach biuletynu oipip i w informatorze dla pełnomocników rejonów wyborczych.

KONKURS

Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych – blaski i cienie

W ostatnim dziesięcioleciu zaszły bardzo duże zmiany w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych. Wdrożono kształcenie przeddyplomowe w systemie szkół wyższych w formie studiów I i II stopnia, jednolitych studiów magisterskich oraz studiów pomostowych.

Ustalono priorytety w kształceniu podyplomowym zgodnie z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa, dziedzinami pielęgniarstwa i położnictwa oraz możliwościami organizatorów tegoż kształcenia, których z roku na rok przybywa. W ostatnim czasie same pielęgniarki i położne chętniej uczestniczą w podwyższaniu swoich kwalifikacji.

Zaistnienie powyższych zmian miało na celu rozwój rodzimego pielęgniarstwa oraz budowanie jego autorytetu społecznego właśnie dzięki jak najlepszemu przygotowaniu studentów do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej, jak również dzięki ciągłemu doskonaleniu profesjonalnej kadry przez cały okres jej działalności zawodowej.

- **Czy Twoim zdaniem obecne zmiany w systemie kształcenia zawodowego spełniły oczekiwania Twoje i naszego środowiska?**
- **Czy społeczność pielęgniarek i położnych zainteresowana wzbogacaniem wiedzy i rozwijaniem umiejętności ma ku temu stworzone możliwości?**
- **Jak sądzisz, czy właściwe jest dbanie o jakość kształcenia?**
- **Co tak naprawdę decyduje, że wydziały pielęgniarstwa, położnictwa nie mogą pochwalić się liczbą studiujących?**

Podziel się z nami Twoją opinią. Wyraź swoje wątpliwości i obawy a może cenne wskazówki. Podaj z własnego doświadczenia osobiste sukcesy lub porażki związane z Twoim kształceniem i doskonaleniem zawodowym. Napisz o tym w formie artykułu i weź udział w konkursie. Serdecznie zachęcamy.

Artykuł prześlij do dnia 31 maja 2010 roku do redakcji naszego Biuletynu na adres Biura OIPiP w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź) lub e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Kontakt: Agnieszka Wypych 042 633 22 48

REGULAMIN KONKURSU

1. W konkursie uczestniczyć mogą tylko pielęgniarki i położne z obszaru działalności OIPiP w Łodzi.
2. Członkowie ORPiP nie mogą uczestniczyć w konkursie.
3. Prace należy przysyłać w wersji elektronicznej w liczbie nie przekraczającej 6 stron znormalizowanego maszynopisu (1800 znaków na stronie, w tym spacje i znaki interpunkcyjne, w układzie: przeciętnie 60 znaków w wierszu, 30 wierszy na stronie, podwójny odstęp między wierszami).
4. Autorzy swoje prace mogą podpisać pseudonimem, a dane przedstawić do wiadomości redakcji, która zobowiązana jest do zachowania tajemnicy.
5. Artykuły należy przysłać do 31 maja 2010 roku.
6. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone przez zespół jury.
7. Wyłonienie zwycięzców konkursu nastąpi do dnia 30 czerwca 2010 roku.
8. Najciekawsze prace zostaną nagrodzone:
 - a) pierwsze miejsce: 750 zł,
 - b) drugie miejsce: 500 zł,
 - c) trzecie miejsce: 300 zł.
9. Prace wskazane przez Komisję Konkursową zostaną opublikowane na łamach naszego Biuletynu, w tym dla jednej z nich od 4 do 10 miejsca losowo przyznana będzie nagroda niespodzianka.
10. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.

mgr MAŁGORZATA BEDNAREK-SZYMAŃSKA

Światowy Dzień Chorego

X XI wiek nowości, szybkie tempo życia, jesteśmy zafascynowani rozwojem technologii: komputery, videotelefony, loty w kosmos, operacje plastyczne, rekonstrukcje ciała... itp. Panuje kult pieniądza, młodości i piękna. Jest jednak coś co psuje nam cały ten nieskalany obraz świata – strach – strach przed bólem i chorobą. Nie dopuszczamy do siebie myśli, że to właśnie nas dotknie choroba. Cieszymy się życiem, łapiemy każdą chwilę, staramy się nie myśleć o przykrych rzeczach – wypadkach, chorobach, cierpieniu.

Choroba nie jest zdarzeniem pewnym – jest nieprzewidywalna – tak ze względu na fakt jej wystąpienia jak i czas nadejścia. Dostrzegamy chorobę dopiero w momencie jak sami jej doświadczymy. Wtedy zaczynamy postrzegać siebie jako osobę chorą. Zależną od innych – rodziny, bliskich, lekarzy, pielęgniarek. Dopiero wtedy jesteśmy w stanie docenić zdrowie i samodzielność.

Światowy Dzień Chorego został ustanowiony dla ludzi chorych ale także dla tych nie dotkniętych chorobą, którzy winni uczyć się okazywania miłości i otaczania opieką ludzi chorych celem zachowania ludzkiej godności w cierpieniu.

Ustanowił go papież Jan Paweł II, 13 maja 1992 roku w 11. rocznicę zamachu na Jego życie. Stało się to w liście do przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia kardynała Fiorenzo Angeliniego.

W liście tym Ojciec Święty tak o tym

„Choroba jest nocną półkulą życia, naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty – przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych. I choć wszyscy wolimy przyznawać się tylko do lepszego z tych światów, prędzej czy później, chociażby na krótko, musimy uznać również nasz związek z tym drugim.”

Susan Sontag¹

dniu napisał: „Ma on być dla wszystkich wierzących owocnym czasem modlitwy, współuczestnictwa i ofiary cierpienia dla dobra Kościoła oraz skierowanym do wszystkich wezwaniem, aby rozpoznali w chorym bracie Święte Oblicze Chrystusa, który przez cierpienie, śmierć i zmartwychwstanie dokonał dzieła zbawienia ludzkości”.

Dzień ten jest zawsze obchodzony w Święto Matki Bożej z Lourdes słynnej z licznych uzdrowień. Głównymi celami tego specjalnie ustanowionego dnia jest zapewnienie chorym lepszej opieki, dowartościowanie ich w sferze ludzkiej, duchowej, włączenie w duszpasterstwo służby zdrowia wspólnot chrześcijańskich, jak też poparcie wszelkich form wolontariatu, które mają na celu pomoc chorym i cierpiącym.

Chory, a zwłaszcza ten przewlekłe cierpiący wie i rozumie co się z nim dzieje i boleśnie to przeżywa (zarówno fizycznie, jak też i psychicznie). Osoba ta potrzebuje pomocy nie tylko medycznej. Zdarza się, że bardzo często zadaje pytanie: dlaczego choroba dotknęła właśnie mnie? Jest to jeden z powodów, dlaczego Światowy Dzień Chorego upomina nas, aby pochylić się nad człowiekiem cierpiącym, ulżyć mu w tych trudnych chwilach choćby krótką chwilą rozmowy.

Cierpienie jest dla człowieka rodzajem życiowej próby, z którą trudno jest sobie poradzić o własnych siłach, a nie można z wyprzedzeniem

zaprogramować swojej nadziei. Pytanie o sens bólu i choroby jest właśnie wielkim pytaniem o naszą nadzieję. Niestety w bardzo wielu przypadkach nie wiemy, jak się wtedy zachować i co odpowiedzieć. Nie potrafimy również pocieszyć i wyjaśnić sensu rzeczy, o które jesteśmy pytani. Tutaj może pomóc wiara, religia i duszpasterze, którzy właśnie wtedy są chorym tak bardzo potrzebni, aby dać im nadzieję i pomoc w tych chyba najtrudniejszych chwilach w życiu. Dzień Chorego ma przypomnieć nam, że w sytuacji cierpienia, nie wystarczy jedynie odpowiednia terapia, ale potrzebne jest ludzkie ciepło. Instytucje wychowawcze, szkoła, praca, powinny rozbudzać już od najmłodszych lat wrażliwość wobec bliźniego i jego cierpienia. Pomimo iż są one bardzo ważne, żadna z nich jednak nie potrafi zastąpić ludzkiego serca, gdy chodzi o wyjście naprzeciw cierpieniu.

W orędziu na Światowy Dzień Chorego, Papież napisał m.in., że: „opieka nad bliską osobą, członkiem rodziny, sprawowana z miłością i poświęceniem oraz wspomagana

wiarą, modlitwą i sakramentami może stać się niezastąpioną formą terapii dla samego chorego, dla wszystkich zaś okazją do odkrycia cennych wartości humanistycznych i duchowych”. Ale ważni są nie tylko sami chorzy. Równie dużą rolę odgrywają lekarze, pielęgniarki i wszyscy ze służb medycznych, którzy pomagają w powrocie do zdrowia lub jego przedłużeniu. Dzień Chorego jest właśnie także okazją do wyrażenia uznania i wdzięczności tym osobom, które z wielkim oddaniem i troską zajmują się pacjentami. Mowa tu o osobach, które bezinteresownie, codziennie zjawiają się przy łóżku chorego, aby służyć mu swoim czasem i umiejętnościami. Ogromna większość tych ludzi nie bacząc na zły i trudny stan naszej rodzimej służby zdrowia jest obecna przy cierpiących codziennie i robi wszystko, aby ludzi leczyć zgodnie z przysięgą Hipokratesa.

Mówiąc o Światowym Dniu Chorych, nie można nie zacytować słów jednego z największych sportowców XX wieku – kolarza Lance’a Armstronga. W swojej pierwszej książce pt. „Lance Armstrong: mój powrót do życia – nie tylko o kolarstwie” napisał: „Nie

miałem pojęcia, gdzie przebiega granica między wiarą, religią i nauką. Wiedziałem tylko jedno: trzeba w coś wierzyć, chociażby dla zasady i dla dobrego samopoczucia. Trzeba wierzyć nawet wówczas, gdy znajdziesz się w beznadziejnej sytuacji, w której wszystko jest przeciwko tobie, a katastrofa wydaje się nieunikniona. Bo co nam pozostaje? Uświadomiłem sobie, że należy tę wiarę umacniać codziennie. Jesteśmy silniejsi, niż nam się wydaje, a wiara to jedna z najcenniejszych, najwartościowszych i najżywniejszych cech człowieka. Wiara w sytuacji, kiedy wiemy, że nic nie jest w stanie przedłużyć naszego krótkiego życia i nie ma lekarstwa na naszą śmiertelność – to akt odwagi.” Przytoczone słowa znakomitego sportowca, doświadczonego ciężką chorobą nowotworową, którą pokonał, jak żadne inne, wyjątkowo pasują do istoty Światowego Dnia Chorego i w całości oddają jego charakter.

Literatura u autorki

¹ Sontag Susan (1999, s.7) Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory. Warszawa: PIW

Warsztaty edukacyjne dla położnych i pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza położne środowiskowe/rodzinne i pielęgniarki do udziału w cyklicznych warsztatach edukacyjnych nt.

„Dlaczego skóra dziecka przestaje się uśmiechać”

Choroby skóry: bakteryjne, wirusowe, grzybicze, ogólnoustrojowe, kontaktowe alergiczne/niealergiczne

Warsztaty odbędą się w dniu 19 marca 2010 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 11.00 – 14.00 (II piętro, duża sala).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura w godzinach pracy (o udziale decyduje kolejność zgłoszeń).

Wszystkie uczestniczki otrzymają:

- certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu,
- skrypty tematyczne,
- interesujące materiały promocyjne,

W przerwie pomiędzy wykładami zapraszamy na poczęstunek.



Witam serdecznie

Pewnie oczekujecie Państwo ode mnie „miłych” słów i pozytywnych wiadomości, niestety z przykrością muszę stwierdzić, iż rzeczywistość, w której na co dzień funkcjonujemy obfituje w częste przypadki naruszenia Kodeksu Etyki, m.in. punktów mówiących o godności zawodu, szacunku i życzliwości oraz punktów dotyczących nieuczciwej konkurencji między członkami samorządu.

Żegnając styczeń większość osób z mojego otoczenia z niecierpliwością wypatruje chociażby minimalnych oznak nadchodzącej wiosny. Ja również myślę o wiosennym słońcu, marząc jednocześnie o takim czasie, kiedy każda osoba z naszego środowiska w końcu poczuje się dowartościowana i w zgodzie oraz z godnością będzie podejmować kolejne działania, zmierzające do wzmocnienia naszego pozytywnego wizerunku. W dążeniu do tego momentu, polecam lekturę artykułu (s. 12) przedstawicielki młodego pokolenia, która wiedzę psychologiczną łączy ze zdystansowanym, współczesnym spojrzeniem i znajomością środowiska pielęgniarskiego.

Jednocześnie zapraszam serdecznie wszystkie chętne osoby, które chciałyby podzielić się swoimi przemyśleniami, dotyczącymi środowiska pielęgniarskiego i położniczego, do przesyłania swoich artykułów lub propozycji tematów, które Państwa nurtują, ciekawia, inspirują. Wspólnie możemy nadać kształt tej części Biuletynu, którą stanowi Dział Rzecznika.

Pozdrawiam, życząc Państwu siły i energii na kolejny miesiąc.

Irena Król

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

ogłoszenie płatne



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi • Żywienie enteralne i parenteralne

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIW W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIW W ŁODZI

!!! UWAGA NOWOŚĆ !!!

**SEMINARIUM W ZAKRESIE EKG
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
(8 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH)**

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku OIPIW w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl



mgr MARIANNA KRÓL

Najlepi

Czy pamiętacie jeszcze Państwo mój styczniowy artykuł? Jego zakończenie stanowiły trzy pytania, którymi chciałam nakłonić Państwa do refleksji nad kondycją relacji w Waszym środowisku oraz ich potencjalnych konsekwencji. Te same trzy pytania miały jednocześnie na celu zachęcić Państwa do zastanowienia się nad motywami własnych zachowań. Dla przypomnienia, poniżej przytaczam wspomniane pytania:

- Czy „nie chcąc się narażać” i zachowując bierność wobec tyranizowania w moim środowisku i udając, że nie widzę problemu, mogę mieć pewność, że wkrótce nie obróci się to przeciwko mnie? W końcu skoro istnieje przyzwolenie środowiska na takie zachowania...
- Czy stosując pasywną agresję mam świadomość, że mogę komuś zniszczyć życie? Czy naprawdę moim celem jest „zagryzienie”, spowodowanie, aby druga osoba, mój współpracownik bał się przychodzić do pracy, czuł się sfrustrowany, zestresowany i w konsekwencji być może stracił pracę?
- Czy naprawdę bardziej zależy mi na „rozgrywaniu swoich gier” niż na tworzeniu profesjonalnego wizerunku pielęgniarek i położnych jako tych, które potrafią ze sobą efektywnie współpracować zarówno w sytuacjach kryzysowych jak i na co dzień?

Jestem niezwykle ciekawa jak brzmiały Państwa odpowiedzi. Czy w ogóle poświęcili Państwo choć chwilę, aby przystanąć i pomyśleć o tym, co Państwa otacza i, być może ważniejsze, co Państwa wypełnia. Jeżeli tak – świetnie, będą Państwo o krok bliżej do zrozumienia przesłania niniejszego artykułu. Jeżeli nie – nic straconego – zawsze możecie Państwo sięgnąć do styczniowego wydania Biuletynu i zastanowić się nad tym, przemyśleć...

Jak co miesiąc, szukając inspiracji do artykułu dla Państwa, z szeroko otwartymi oczami i uszami, chłonęłam wszystkie informacje, które z różnych źródeł docierają do mnie z Państwa środowiska. I oto dowiaduję się, że w obliczu zmieniającej się w ekspresowym tempie ochrony zdrowia pielęgniarki i położne (ilekroć wspominałam w artykule Państwa zawody, mam również na myśli ich przedstawicieli płci męskiej) powinny „stać się kowalami własnego losu”, przyjąć przedsiębiorczą postawę i z odwagą stawić czoła nadchodzącym wyzwaniom. Jeżeli tego nie zrobią, istnieje duże prawdopodobieństwo, iż umowy

ej się

zagryźć?

cz. 2

na kontrakty pielęgniarskie i położnicze podpiszą lekarze, pozostawiając pielęgniarki i położne na pozycji wynajmowanych pracowników, zarabiających mniej niż potencjalnie by mogły. Moja pierwsza reakcja na tę informację: „Świetnie – w końcu pojawia się zewnętrzny impuls, który wymusza zjednoczenie środowiska (działając pojedynczo nikt przecież nie będzie w stanie wykonać całej pracy) i przejęcie pełnej odpowiedzialności oraz kontroli nad własną pracą”. Po tej myśli zajrzałam jednak na pielęgniarskie fora internetowe i mój entuzjazm szybko opadł. Zamiast zbiorowej mobilizacji, zobaczyłam nagromadzenie żalów i pretensji niemalże do wszystkich: do rządu, do NFZ, do dyrekcji szpitali, do lekarzy i, o zgrozo, do samorządu pielęgniarek i położnych. Dlaczego „o zgrozo”? Aby odpowiedzieć na to pytanie, proszę Państwa o rozwiązanie krótkiej „zagadki”.

W którym miejscu względem figury „Samorząd – Izby Pielęgniarek i Położnych” umieściliby Państwo siebie (figura „Ja – pielęgniarka, pielęgniarz, położna”)?

Oczywiście prawidłową odpowiedzią jest „wewnątrz”, ponieważ struktury Państwa środowiska są zorganizowane w taki sposób, że każdy przedstawiciel Państwa zawodu, chcący go wykonywać, przynależy do samorządu (izb). Najwyższym organem okręgowej izby jest okręgowy zjazd, którego uczestnikami są delegaci wybrani w rejonach znajdujących się w zasięgu działania Izby (szczegółowe informacje na ten temat możecie Państwo znaleźć na stronie internetowej [http://](http://www.oipp.lodz.pl/)

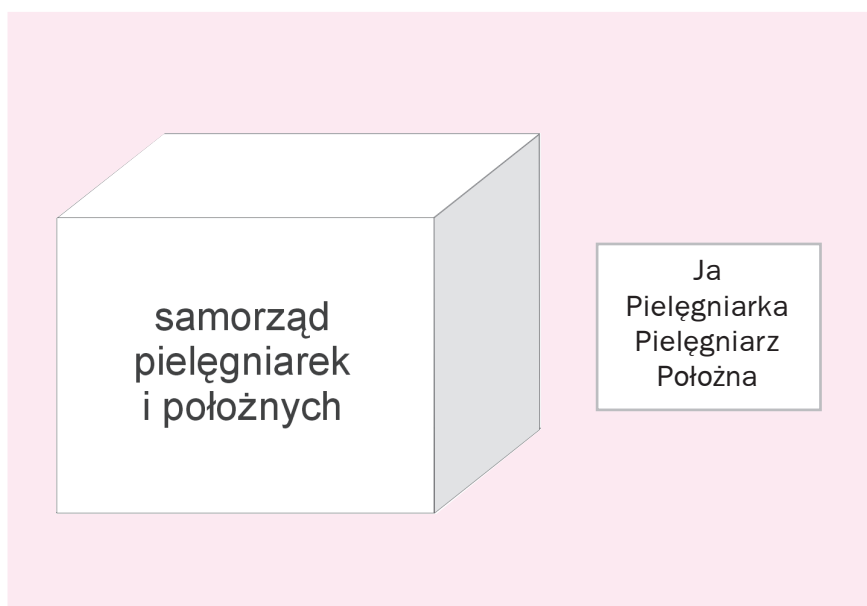
www.oipp.lodz.pl/). Z 60 rejonów na czteroletnią kadencję wybieranych jest ponad 250 delegatów. Cóż to oznacza w kontekście obecnej sytuacji pielęgniarek i położnych w Polsce?

Macie Państwo możliwość wpływu na to, co dzieje się w Waszej Izbie. Ponieważ wybieracie swoich przedstawicieli na wszystkich szczeblach, pośrednio macie również wpływ na sposób funkcjonowania Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Możliwość wpływu na środowisko, w jakim Państwo funkcjonujecie, niesie ze sobą ogromny potencjał, który umiejętnie wykorzystany, mógłby w znacznym stopniu pozytywnie wzmocnić Państwa otoczenie. Jednak, aby to wykorzystanie było możliwe, konieczne jest spełnienie kilku warunków:

1. Wiedza, rozumiana jako znajomość obowiązujących praw i rozumienie panującej sytuacji.

W ostatnim czasie wielokrotnie stykałam się z problemem braku wiedzy dotyczącej sposobu funkcjonowania podstawowych organów, reprezentujących Państwa interesy. Proszę, aby odpowiedzieli Państwo sami sobie – czy wiecie jakie organy składają się na strukturę Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych?* Jakże organy tworzą Waszą Izbę? ** Jakże zadania wypełniają poszczególne organy Waszej Izby? Kto w tym momen-



cie sprawuje kadencję w poszczególnych organach? Ile trwa kadencja? Kiedy rozpoczęła się ta trwająca obecnie? W jaki sposób dokonywany jest wybór Waszych przedstawicieli na poszczególnych szczeblach? Czy braliście Państwo udział w wyborach Waszych delegatów?

Jeżeli znacie Państwo odpowiedzi na te pytania – świetnie. Jestem jednak gotowa się założyć, iż duża część Państwa środowiska nie umiałaby udzielić mi odpowiedzi. Czy można mieć pretensje do kogoś, o to, że źle wykonuje swoją pracę, jeżeli nie wiemy, jakie są jego obowiązki? Z pewnością można, jestem jednak pewna, że zdajecie sobie Państwo sprawę z tego, iż są to pretensje całkowicie bezpodstawne i jako zewnętrzny obserwator takie bezpodstawne pretensje zauważam coraz częściej w Państwa środowisku.

Często nie rozróżniając dwóch zupełnie oddzielnych bytów, jakimi są związki zawodowe, do których przynależność jest dobrowolna, oraz izby pielęgniarek i położnych, do których należy każda pielęgniarka i położna wykonująca swój zawód, obrzucacie negatywnymi opiniami obie instytucje, podcinając gałąź, na której siedzicie wraz z gniazdem, które sami tworzycie...

2. Wiara we własne możliwości

Doskonale zdaję sobie sprawę z faktu, iż przez wiele lat pielęgniarki i położne były uczone absolutnego posłuszeństwa w imię „służby zdrowia” i wyjście ze schematu całkowicie podporządkowanej lekarzowi „siostry” nie dla wszystkich jest łatwe (zdanie to, być może prowokacyjne, postanowiłam umieścić w tym miejscu po to, aby wzbudzić w Państwu sprzeciw i chęć udowodnienia, że jest wręcz przeciwnie, że jesteście gotowi wziąć pełną odpowiedzialność za swój zawodowy los i uznać swoją niezależność). Część osób nie wierzy w możliwość własnego wpływu na otaczające je środowisko, w wyniku rozmaitych życiowych doświadczeń. Według moich obserwacji jest jednak również

spora grupa osób, która nie wierzy w to, że może wpłynąć na kształt pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, w swoim mieście, w swoim miejscu pracy, tylko dlatego, że tak jest wygodniej. W momencie, kiedy się uwierzy, że faktycznie można coś zmienić, nie wypada nic nie robić...

3. Zaangażowanie

Kiedy już wiemy, że możemy zmienić sytuację, na którą narzekamy, często zadajemy sobie pytania: „Czy warto, czy będzie mi się chciało, może jednak nie ja a ktoś inny...”. Wraz z tymi pytaniami w parze powinny iść od razu kolejne: „Czy można zmienić chociażby swoją najbliższą rzeczywistość będąc biernym; czy mając możliwość wpływu na swój zawodowy los świadomie chcę z niego zrezygnować?”.

Brak wiedzy o sytuacji, w jakiej się Państwo znajdujecie, Waszych prawach i obowiązkach, organach, które Was reprezentują oraz możliwościach jakie posiadacie, w połączeniu z brakiem przekonania o własnej mocy oraz niechęcią do zaangażowania samo w sobie może stać się mieszanką wyniszczającą wewnątrz Państwa środowisko. Dodając do tego pasywną agresję, o której pisałam w poprzednim artykule, a która może się nasilać w obliczu frustracji, związanej z niepodjęciem zdecydowanych kroków ku zjednoczeniu Państwa środowiska i stworzenia mocnej przedsiębiorczej grupy pielęgniarek i położnych, nie będziemy już mówić o podcinaniu gałęzi a całego drzewa. Dlatego też, jako zadeklarowany sympatyk Państwa środowiska zawodowego, apeluję o to, aby jeszcze w tym miesiącu każdy z Państwa znalazł czas na zastanowienie się nad kondycją:

1. Swojej wiedzy (jakich wiadomości mi brakuje, co powinnam/powinienem wiedzieć, aby móc w pełni uczestniczyć w życiu swojego środowiska).

2. Wiary we własne możliwości (w jakim stopniu w tym momencie wierzę, że mogę realnie wpłynąć na

kondycję mojego środowiska, w jaki sposób mogę to zrobić, jeżeli brakuje mi tej wiary – czego potrzebuję, aby ją mieć, w jaki sposób mogę uzyskać to, czego potrzebuję).

3. Gotowości do zaangażowania (czy jestem skłonny/a się zaangażować w dokonywanie zmian, w jaki sposób w jakim stopniu).

Ja natomiast już w marcu postaram się Państwa wprowadzić w świat przedsiębiorczości opartej na poczuciu sprawstwa (możliwości wpływu na otaczającą nas rzeczywistość), zdrowych, partnerskich relacjach oraz odpowiedzialności, pokazując jednocześnie jak blisko pielęgniarkom i położnym do partycypacyjnego modelu zarządzania.

Na zakończenie proszę Państwa o głęboki wdech i wydech, przywołanie pozytywnej myśli, wyprostowanie sylwetki i uśmiech. Życząc nam wszystkim jak najwięcej słońca, jednocześnie życząc Państwu udanego miesiąca, bogatego w refleksje, które przyczynią się do pozytywnych zmian.

*

1. Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.
2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.
3. Naczelna Komisja Rewizyjna.
4. Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych.
5. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

**

1. Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych (OZPiP).
2. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych (ORPiP).
3. Okręgowa Komisja Rewizyjna (OKR).
4. Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych (OSPiP).
5. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (ORZOZ).

mgr Marianna Król
psycholog

Master Practitioner of the Art
and Science of Neuro-Linguistic
Programming

Jak zdobywać PRZYJACIÓŁ

mgr JOLANTA KAŁUŻNA

Posiadanie bliskich przyjaciół, kolegów, partnera życiowego jest bardzo ważne w naszym życiu.

Człowiek jest przecież istotą społeczną i bardzo trudno byłoby mu żyć, przez dłuższy okres czasu, bez obecności innych ludzi.

Posiadanie bliskich przyjaciół, kolegów, partnera życiowego jest bardzo ważne w naszym życiu. Człowiek jest przecież istotą społeczną i bardzo trudno byłoby mu żyć, przez dłuższy okres czasu, bez obecności innych ludzi. Dodatkowo człowiek ma silne pragnienie bycia lubianym. My sami również jednych znajomych lubimy bardziej drugich mniej. Dlaczego? W badaniach różne osoby o to pytanie odpowiadały, że ludzie lubią najbardziej:

- tych, których zainteresowania są podobne do ich własnych,
- tych, którzy posiadają pewne umiejętności, zdolności, innymi słowy ludzie kompetentnych,
- tych, którzy posiadają pewne przyjemne czy „godne podziwu” cechy, takie jak: lojalność, rozsądek, uczciwość i uprzejmość,
- tych, którzy sami ich lubią.

Z tego wynikałoby, że recepta na sympatię brzmi: „Jeśli chcesz, by ktoś cię lubił, bądź miły, udawaj, że go lubisz, okazuj zainteresowanie rzeczami, którymi on się interesuje, hojnie udzielaj pochwał i bądź zgodny”.

Badania pokazują, że ludzie posiadających przyjemne cechy lubimy bardziej niż ludzi wykazujących cechy nie-miłe. Ludzi, którzy się z nami zgadzają, lubimy bardziej niż tych, którzy nie zgadzają się z nami. Ludzi, którzy nas lubią, lubimy bardziej niż tych, którzy nas nie lubią. Ludzi, którzy z nami współpracują, lubimy bardziej niż tych, którzy z nami rywalizują. Ludzi, którzy nas chwala, lubimy bardziej niż tych, którzy nas krytykują.

Podstawowymi determinantami wzajemnej atrakcyjności (sympatii) są:

1. Fizyczna bliskość czyli inaczej efekt częstości kontaktów. Ludzie, z którymi spotykamy się najczęściej, mają największe szanse zostania naszymi przyjaciółmi. Dzieje się tak dzięki efektowi czystej ekspozycji, który powoduje, że sam fakt częstego pojawiania się bodźca przyczynia się do jego polubienia.

2. Atrakcyjność fizyczna. W życiu funkcjonuje pewien stereotyp: „to, co jest piękne, jest i dobre”. To świadczy o tym, że w powszechnej opinii atrakcyjność fizyczna jest skojarzona z innymi pozytywnymi cechami.

3. Podobieństwo, bez względu na to, czy dotyczy to postaw, wartości, cech osobowości czy charakterystyk demograficznych – jest również waż-



nym warunkiem tego, czy osoby są dla siebie atrakcyjne. Podobieństwo jest znacznie silniejszym wskaźnikiem przyszłej atrakcyjności niż uzupełnianie się cech, czyli zjawiska przyciągania się przeciwności.

4. Zachowanie się ludzi w stosunku do nas również jest bardzo ważne – na przykład obsypywanie pochwałami. W chwaleeniu można jednak przesadzić, zwłaszcza, jeżeli kryje się za tym ukryta motywacja. Jeżeli zauważymy, że chwalenie nas jest próbą rozmyślnego manipulowania nami, wtedy osoby chwalone będziemy lubić mniej. Najbardziej lubimy tych, którzy nas lubią. Jedynym wyjątkiem jest tu działanie efektu zysków i strat, zgodnie z którym lubimy ludzi bardziej, gdy na początku znajomości byli nieco krytyczni, a później nas polubili (a więc zdobyliśmy sobie ich szacunek), niż gdyby lubili nas zawsze.

Powróćmy teraz do naszej złotej myśli, czyli jak zdobywać przyjaciół. Jest tam stwierdzenie mówiące, by hojnie udzielać pochwał. Brzmi to rozsądnie, ale czy zasada ta zawsze obowiązuje? Zdrowy rozsądek podpowiada, że są sytuacje, w których krytyka mogłaby być bardziej pożyteczna niż pochwała. Na przykład, przypuśćmy, że Krysia jest pielęgniarką i że wykonała dobrze swoją pracę danego dnia. Jej szef stwierdzi: „Dobra robota pani Krysia”. Zdanie to niemal na pewno będzie funkcjonować jako nagroda i sympatia Krysi do jej szefa prawdopodobnie wzrośnie.

Przypuśćmy jednak, że Krysia ma zły dzień i wdała się w utarczkę słowną z pacjentem. Szef przechodzi obok i wypowiada dokładnie to samo zdanie – dokładnie tym samym tonem głosu. Czy w tej sytuacji zdanie to będzie funkcjonować jako nagroda? Raczej nie! Krysia może interpretować tę wypowiedź jako wynikającą z dążenia szefa, by dodać jej otuchy i być miłym, nawet gdy widzi słabe wyniki jej pracy, ponieważ szef okazał taką wyrozumiałość. Krysia może polubić go jeszcze bardziej niż w poprzednim przy-

padku wykonania rzeczywiście dobrej roboty. Z drugiej strony, Krysia może przypisać swojemu szefowi wszelkiego rodzaju niskie motywy, może dojść do wniosku, że jej szef jest złośliwy, że próbuje ją manipulować, że jest nieuczciwy, protekcyjny lub głupi – każdy z tych powodów mógłby zmniejszyć sympatię Krysi do szefa.

Ogólna teoria nagród i kosztów traci wiele ze swej wartości, jeśli nie mamy jasnej definicji tego, co stanowi nagrodę. Gdy w grę wchodzi bardzo złożone sytuacje, stwierdzamy, że wartość takich ogólnych pojęć maleje, ponieważ niewielka zmiana kontekstu społecznego, w którym podawana jest nagroda, może zmienić nagrodę w karę.

Ludzie na ogół też nie lubią otrzymywać podarków, jeśli w zamian oczekuje się od nich jakiegoś rewanżu, nie lubią też przysług od osób, które mogą odnieść z tego jakieś korzyści. Posłużmy się przykładem: podarunki (kwiaty, czekoladki) otrzymywane od pacjentów mogłyby sprawiać pielęgniarce radość. Z drugiej strony, pielęgniarka mogłaby być bardzo niezadowolona, gdyby jakiś pacjent nieumówiony na wizytę przyniósł jej kosztowny podarunek, by ta dopisała go do listy.

Jeżeli więc chcesz, żeby ktoś cię lubił, to wyświadczanie mu przysługi jest ryzykowną techniką zdobywania jego przychylności. Znacznie pewniejszym sposobem wykorzystania przysług dla zwiększenia atrakcyjności jest skłonienie kogoś, aby tobie wyświadczył przysługę. Jeśli bowiem ktoś wyświadcza nam przysługę to musi uzasadnić swe działanie, przekonując siebie, że robi to dla osoby miłej, atrakcyjnej i zasługującej na tę uprzejmość. Zada sobie wówczas pytanie: „Dlatego, u licha, poświęcam tyle wysiłku i czasu dla kogoś? I odpowie oczywiście: „Bo bardzo go lubię!”

Pisałam wcześniej, że pewne cechy osobiste decydują o tym, jak dana osoba będzie lubiana. Najważniejsze cechy to: kompetencja i atrakcyjność fizyczna. Wydawałoby się oczywiste, że będziemy lubili daną osobę tym bar-

dziej, im bardziej jest ona kompetentna. Ale to również nie jest takie proste, ponieważ czynniki decydujące o pozytywnych postawach interpersonalnych często mają złożony charakter i nie zawsze można je określić w prosty sposób. Co do kompetencji stwierdza się, często, że w grupach rozwiązujących wspólnie problemy nie są wcale najbardziej lubiani ci uczestnicy, których inni członkowie uważają za najbardziej kompetentnych i mających najlepsze pomysły. Jak to wyjaśnić? Możemy to tłumaczyć tym, że chociaż lubimy otaczać się ludźmi kompetentnymi, to jednak osoba odznaczająca się wybitnymi zdolnościami może wzbudzać w nas poczucie niepewności. Może wydawać się nam nieprzystępna, obca, nieludzka. Ludzie nie lubią osób doskonałych. By móc polubić osobę musimy zobaczyć jej braki, wady – to nas zbliża do niej.

Jeżeli chodzi o atrakcyjność fizyczną, to gdy zapytamy pracodawcę, czy przystojność mężczyzny lub uroda kobiety mają wpływ na ich postępy, wysokość uposażenia, to powie że nie. Ale jest inaczej. Jeśli chcesz, żeby ludzie lubili cię i traktowali życzliwie, opłaca się być pięknym i dbać o siebie.

Badania pokazują również, że jeśli o danej osobie wiesz tylko tyle, iż ma określone poglądy, co do pewnych spraw, to im bardziej jej poglądy są podobne do twoich, tym większą czujesz do niej sympatię. Ponieważ osoba, która podziela nasz pogląd na jakąś sprawę, dostarcza nam pewnego rodzaju społecznego potwierdzenia naszych przekonań – daje nam poczucie, że mamy słuszność. Działa to jak nagroda i lubimy tych, którzy się z nami zgadzają.

Warto również napisać o tym, że przeciwieństwa też niekiedy się przyciągają. Często pary narzeczeńskie wybierają sobie na partnera osobę, której potrzeby i cechy stanowią dopełnienie (nie zaś odpowiedniki) ich własnych potrzeb i cech. To czy swój ciągnie do swojego, czy też przyciągają się przeciwieństwa, zależy jednak

od tego, jakie cechy osobowości bierze się pod uwagę. Wyobraźmy sobie osobę, która ceni porządek i czystość: taka osoba niechętnie poślubiłaby kogoś niechlujnego i nieporządnego. Również i flejtuch nie byłby zbyt szczęśliwy z osobą mającą nadmierne zamiłowanie do porządku. Ale osoba, która potrzebuje opieki i zależności chętnie przeżyje swoje życie u boku osoby, która jej to zaspokoi. To samo dotyczy takich cech jak: męskość – kobiecość, stanowczość – bierność, dominacja – uległość.

Jeśli kogoś już polubimy, a on polubi nas powinniśmy to uczucie pielęgnować i umacniać. Istnieje jednak powiedzenie, że „zawsze ranimy tego, kogo kochamy”. Każdy z nas jak pokazują badania, ma większą możliwość zranienia tego, kogo kocha – lecz bardzo małe możliwości nagradzania go. Przykładowo: po 10 latach małżeństwa czuły mąż szykuje się wraz z żoną na przyjęcie. On prawi jej komplementy na temat jej wyglądu: „Ach, kochanie, wyglądasz wspaniale!” Ona słyszy jego słowa, lecz nie mogą napędzić ją radością, ponieważ już wie, że mąż uważa ją za atrakcyjną; nie wywiera to na niej wielkiego wrażenia, gdy słyszy te słowa po raz tysięczny. Z drugiej strony, gdyby ten czuły mąż (który dotąd zawsze obsypywał ją komplementami) powiedział swojej żonie, że jego zdaniem traci urodę i wygląda zupełnie nieatrakcyjnie, sprawiłoby jej to wielką przykrość, gdyż wypowiedź taka byłaby przejawem wyraźnej utraty zainteresowania jej osobą. Czy zatem kobieta skazana jest albo na nudę, albo na znoszenie przykrości? Nie! Są przecież inni ludzie, którzy mogą prawić jej komplementy, a to już nie będzie nudne.

Z tych rozważań wynika dość ciemny obraz ludzkiego losu – wydaje się, że zawsze szukamy uznania w oczach obcych, a jednocześnie przyjaciele i znajomi zwykle sprawiają nam ból. Zanim jednak wyciągniemy pochopne wnioski zobaczmy, jaki wpływ ma zysk lub utrata uznania na zachowanie lu-



Podstawowymi determinantami wzajemnej atrakcyjności (sympatii) są:

- fizyczna bliskość czyli inaczej efekt częstości kontaktów
- atrakcyjność fizyczna
- podobieństwo, bez względu na to, czy dotyczy to postaw, wartości czy cech osobowości

dzi – niezależnie od wpływu na postrzeganą atrakcyjność osoby oceniającej. Zagadnienie to było przedmiotem badań Joanne Floyd. Podzieliła ona grupę małych dzieci na pary, tak że każde dziecko było w parze z bliskim przyjacielem lub nieznanym. Jednemu dziecku z każdej pary pozwolono następnie zagrać w grę, w której uzyskiwało kilka świecidełek. Następnie polecono mu podzielić się tymi błyskotkami ze swym partnerem. Przedmiotem manipulacji ze strony eksperymentatora było spostrzegane skąpstwa dzielącego: u niektórych osób badanych wytworzyło się przekonanie, że przyjaciel (lub nieznanomy) jest wobec nich hojny, a u innych, że przyjaciel (lub nieznanomy) jest wobec nich skąpy. Następnie każdemu badanemu (drugiemu dziecku z pary) pozwolono wygrać kilka świecidełek i polecono podzielić się z partnerem. Jak oczekiwano, badani wykazali największą hojność w warunkach zysku i straty – tzn. dawali najwięcej błyskotek hojnym nieznanym i skąpych przyjaciołom. Innymi słowy, byli stosunkowo skąpi wobec skąpych nieznanomych („Czemu nie? Nieznanomi zachowali się tak, jak można się było tego spodziewać!”) i wobec hojnych przyjaciół („Hm, mój przyjaciel lubi mnie – cóż w tym nowego?”). Gdy jednak badanym wydawało się, że mogą zyskać przyjaciela (hojny nieznanomy), sami zachowywali się hojnie, również i wtedy dzielili się z partnerem hojnie, gdy wydawało się im, że mogą stracić przyjaciela (skąpy przyjaciel).

Chociaż wydaje się prawdą, że „zawsze ranisz tego, kogo kochasz”, to jednak zraniona osoba, zamiast odpłacać tą samą monetą, skłonna jest raczej zareagować życzliwie, starając się przywrócić wzajemnym pozytywnym stosunkom pierwotną intensywność. Osoby skłonne są zachowywać się tak, by chronić stałość związków z innymi.

Literatura u autorki

mgr Jolanta Kałużna
psycholog

Pacjent z urazem wielonarządowym w SOR.

U pacjentów z urazem wielonarządowym bardzo ważne jest pojęcie *złotej godziny*. Na określenie to składają się wszystkie działania mające na celu przeżycie ofiary wypadku.

U pacjentów z urazem wielonarządowym bardzo ważne jest pojęcie *złotej godziny*. Na określenie to składają się wszystkie działania mające na celu przeżycie ofiary wypadku. W ciągu tego czasu pacjent powinien zostać przetransportowany z miejsca zdarzenia do oddziału ratunkowego, gdzie powinny zostać wdrożone specjalistyczne procedury.

Pacjent z urazem wielonarządowym to pacjent, u którego występują obrażenia co najmniej dwóch narządów w danej okolicy. Po przetransportowaniu pacjenta z miejsca wypadku przez zespół PR wykonujemy następujące czynności.

Zawiadamiamy lekarza dyżurnego oddziału ratunkowego, że pacjent został przywieziony do sali resuscytacyjno-zabiegowej. Rolę kierownika zespołu od tego momentu będzie pełnił lekarz SOR-u i to od jego decyzji zależy dalsze postępowanie zespołu terapeutycznego.

Z chwilą przekazania pacjenta zbieramy wywiad od zespołu PR co do mechanizmu urazu i czasu, jaki od niego upłynął. Zakładamy dokumentację medyczną pacjenta czyli historię choroby, kartę obserwacji oraz spisujemy i zabezpieczamy depozyt wartościowy uszkodzowanego. W tym czasie lekarz przeprowadza badanie pacjenta oraz zleca badanie krwi oraz diagnostykę obrazową. Podłączamy monitor funkcji życiowych z pomiarem tętna, ciśnienia tętniczego krwi, saturacji, tempe-

ratury ciała i przekładamy pacjenta na nosze transportowe przy odpowiednim zabezpieczeniu wg potrzeby czyli kołnierz ortopedyczny, podbieraki/deska ortopedyczna, unieruchomienie złamań/zwicnięć szyna Kramera.

Po przełożeniu pacjenta rozcinamy a następnie zdejmujemy odzież oceniając przy tym wygląd powłok skórnych w kierunku zranień oraz uszkodzeń układu kostnego. Zabezpieczamy rany jałowym opatrunkiem aż do czasu opracowania chirurgicznego.

Pacjent z urazem wielonarządowym to pacjent, u którego występują obrażenia co najmniej dwóch narządów w danej okolicy.

Okrywamy pacjenta kocem, aby uchronić go przed wychłodzeniem organizmu. Zakładamy kaniule dożylną obwodową (najlepiej o średnicy 18G, 17G, 16G) i pobieramy krew do badań. U pacjentów z urazem wielonarządowym będzie to najczęściej oznaczenie morfologii, równowagi kwasowo-zasadowej, jonogramu, parametrów nerkowych, poziomu glukozy i etanolu we krwi oraz czasów krwawienia i krzepnięcia. Należy oznaczyć również grupę krwi, zabezpieczyć krew na próbę zgodności oraz wysłać na serologię zapotrzebowanie na krew i jej składniki. Jeżeli podejrzewamy, że do urazu mogło dojść z powodu wystąpienia u pacjenta OZW należy ozna-

czyć stężenie troponiny i CK-MB oraz wykonać 12-odprowadzeniowe EKG.

Zakładamy cewnik do pęcherza moczowego w celu oceny diurezy oraz wykluczenia krwimoczu, który może świadczyć o uszkodzeniu miednicy lub/i narządów w obrębie miednicy. Jeżeli poszkodowany wymaga oddechu zastępczego, należy zadbać o skuteczną wentylację. Sprawdzamy położenie i uszczelnienie rurki intubacyjnej oraz jej drożność poprzez odessanie wydzieliny z jamy ustnej i drzewa oskrzelowego. U pacjenta nieprzytomnego lub/i zaintubowanego zakładamy sondę do żołądka w celu jego odbarwienia i po to, aby zapobiec aspiracji treści z żołądka do układu oddechowego. U wszystkich pozostałych ofiar urazu stosujemy tlenoterapię bierną. Jeśli podczas pobytu chorego w SOR nastąpi NZK podejmujemy



RKO zgodnie z wytycznymi ERC z 2005 roku. Po zrealizowaniu tych czynności, jeśli pacjent jest stabilny hemodynamicznie, wykonujemy badania obrazo-

nia go do docelowego oddziału lub gdy sytuacja tego wymaga na blok operacyjny np. w celu wykonania laparotomii. Decyzja co do przekazania pacjen-

– ocena drożności dróg oddechowych i stabilizacja kręgosłupa szyjnego za pomocą kołnierza,

– decyzja o tlenoterapii lub prowadzenia oddechu zastępczego,

– ocena krążenia,

– decyzja o szybkim transporcie pacjenta do szpitala.

Przejdźcie do badania miejscowego lub badania urazowego w zależności od mechanizmu urazu i stanu ogólnego pacjenta.

Z chwilą przekazania pacjenta zbieramy wywiad od zespołu PR co do mechanizmu urazu i czasu, jaki od niego upłynął. Zakładamy dokumentację medyczną pacjenta czyli historię choroby, kartę obserwacji oraz spisujemy i zabezpieczamy depozyt wartościowy poszkodowanego.

we. Do najczęściej wykonywanych w SOR należą: tomografia komputerowa głowy lub TK spiralna głowa-miednica, rentgen wskazanych części układu kostnego, gdzie istnieje podejrzenie uszkodzenia, badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej z oceną układu moczowego. Na badanie obrazowe pielęgniarka musi zabrać ze sobą sprzęt tj. kardiomonitor z funkcją defibrylacji, worek samorozprężalny, butle z O₂ lub respirator transportowy, kiedy pacjent wymaga wentylacji zastępczej oraz leki stosowane przy resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz leki do analgesji.

Po diagnostyce obrazowej pacjent trafia na oddział ratunkowy, gdzie oczekuje na dalsze decyzje co do postę-

ta zapada najczęściej po otrzymaniu wyników badań obrazowych, badań krwi oraz konsultacji specjalistów z dziedziny anestezjologii, neurochirurgii, ortopedii, chirurgii naczyniowej. Po diagnostyce obrazowej w SOR należy wykonać czynności które były odłożone na dalszy plan:

– toaleta pacjenta,

– kontakt z rodziną,

– zaopatrzenie chirurgiczne ran,

– profilaktyka przeciwżółciowa i antybiotykoterapia.

BTLS (BASIC TRAUMA LIFE SUPPORT)

Badanie wstępne czyli wstępna ocena stanu pacjenta

Ocena miejsca zdarzenia na którą składa się:

– zabezpieczenie osobiste ratownika (rękawiczki, okulary, maska, odzież zewnętrzna),

– zabezpieczenie miejsca zdarzenia (czy zdarzenie nie stanowi zagrożenia dla zespołu, czy zostało,

– zachowane bezpieczeństwo w ruchu drogowym, czy jest wystarczająca liczba udzielających pomocy, określenie mechanizmu urazu).

Wstępna ocena chorego:

– określenie stanu świadomości,

Badanie miejscowe

Wywiad SAMPLE: S-symptomy, A-alergie, M-medykamenty, P-poprzednie zachorowania, L-lunch, E-ewentualnie co się stało?

Badanie danej części ciała w miejscu urazu, zebranie wywiadu SAMPLE oraz pomiar parametrów życiowych, takich jak tętno, ciśnienie tętnicze krwi, liczba oddechów.

Szybkie badanie urazowe polega na ocenie głowy, szyi, klatki piersiowej, brzucha, miednicy i kończyn.

Badanie szczegółowe:

– pomiar RR, HR, częstości oddechów,

– ocena neurologiczna (skala GSC, stężenie glikemii we krwi),

– szybkie badanie urazowe.

Dalsze badanie.

Jest to badanie w celu ponownej oceny stanu poszkodowanego, na które składa się:

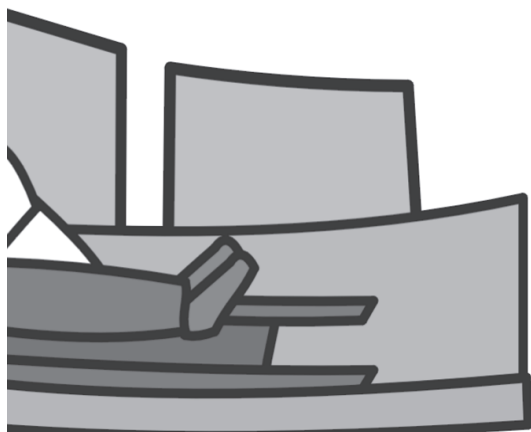
– ocena neurologiczna,

– kontrola parametrów życiowych,

– ocena szyi (wypełnienie żył szyjnych, tchawica), klatki piersiowej, brzucha,

– powtórna ocena stwierdzonych wcześniej obrażeń.

Literatura u autorki





MARZENA SLENDAK

AUTORYTET

w wychowaniu dziecka

Wybrany przeze mnie temat zainspirował mnie, ponieważ uważam, że autorytet i wychowanie pełnią jedną z ważniejszych funkcji w naszym byciu na ziemi. Od wychowania zależy, jaką postawę przyjmemy w życiu, jaki będziemy mieli charakter oraz jak zbudowana będzie nasza osobowość. Autorytet zaś w bardzo dużym stopniu wpływa na nasz proces wychowawczy oraz naznacza nam drogę, jaką podążymy w życiu.

Według Multimedialnej Encyklopedii Powszechnej autorytet jest to (z łac. *auctoritas* – powaga moralna, znaczenie) prestiż osoby, grupy lub organizacji oparty na uznanych i cenionych w środowisku lub społeczeństwie wartościach: religii, prawie, nauce itp. Autorytet ma osoba, która dysponuje dużą wiedzą, ale też, w zależności od przyjętych społecznie wartości, dużą siłą lub bogactwem. Autorytet instytucji mierzony jest prawomocnością jej poleceń czy zarządzeń. W polityce autorytet władzy może oznaczać np. akceptację jej decyzji i działań. Z definicji ze słownika wyrazów obcych można dodać, że autorytet jest zawsze relacją między co najmniej dwiema osobami, z których jedna budzi uznanie drugiej. Słownik wyrazów bliskoznacznych określa autorytet jako wyrocznia, powaga, arbiter, alfa i omega, fachowiec, mistrz.

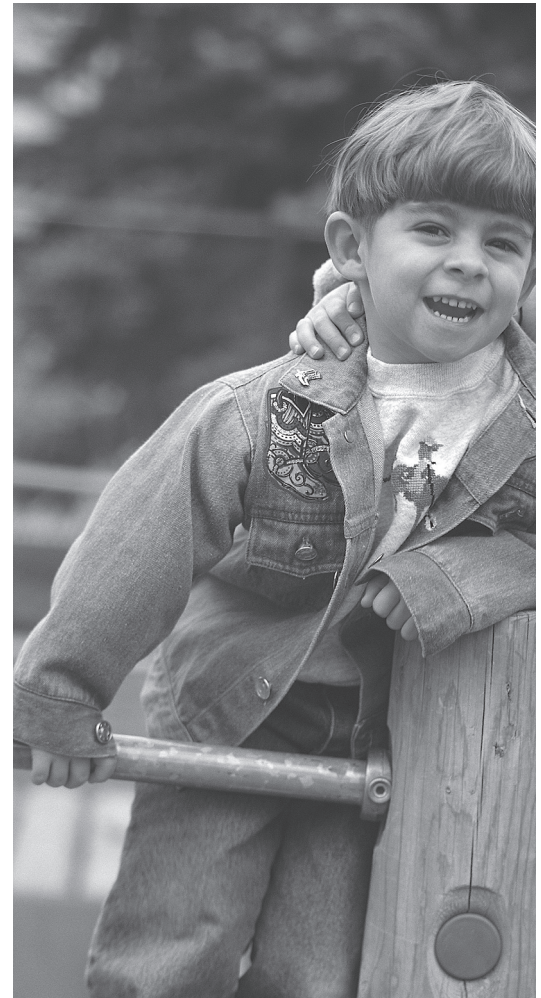
Istnieją różne rodzaje autorytetów, między innymi wyróżnia się:

Autorytet wyzwalający charakteryzuje się tym, iż ma inspirujący i konstruktywny wpływ na postępowanie osób, u których cieszy się uznaniem. Typ tego autorytetu jest szczególnie ważny w pracy wychowawczej z dziećmi i młodzieżą. Osoba darzona tym autorytetem ma pozytywny wpływ na swoich podopiecznych. Mobilizuje ich do działania, podejmowania własnych przemyślanych decyzji oraz daje możliwość rozwoju i uczy odpowiedzialności za swoje czyny.

Autorytet ujarzmiający nie wypływa z osobistych zalet czy też jego usług, lecz z żądy władzy i wygórowanej ambicji. Nauczyciel, który posiada cechy tego autorytetu, charakteryzuje się tym, że chce bezwzględnie podporządkować sobie wychowanków. Aby uzyskać ten efekt stawia im ambitne zakazy i nakazy. Nie ma tu miejsca na dyskusje i kompromisy.

Autorytet wewnętrzny charakteryzuje dobrowolna uległość innych osób i gotowość do podporządkowania się ze względu na odczuwany podziw i uznanie. Autorytet taki posiada za zwyczaj osoba, która swą siłą wpływa na innych. Jej główną zaletą nie jest sposób postępowania czy techniki oddziaływania przez nią stosowane, lecz charakter i wartości, jakie wyznaje i wdraża w swoje życie.

Autorytet zewnętrzny – w tym przypadku podporządkowanie nie jest dobrowolne. Cechy charakteru i wartości darzonej autorytetem oso-



by nie mają znaczenia. Liczy się zajmowane wysokie stanowisko w hierarchii władzy lub pełnienie funkcji upoważniającej do formalnego podporządkowania sobie ludzi.

Autorytet moralny jest najważniejszy z pedagogicznego punktu widzenia. Osoba z takim autorytetem jest wzorem do naśladowania. Posiada niezwykłą siłę wywierania wpływu na sposób myślenia i działania innych ludzi. Wychowawcy i nauczyciele cieszą się takim autorytetem wśród młodzieży mają ogromnie pozytywny wpływ na ich prawidłowy rozwój. Autorytet jest wartością subiektywną, każdy człowiek rozumie i utożsamia się z nim na swój sposób. Wynika to z tego, iż kształtowany jest pod wpływem środowiska, w jakim funkcjonu-



je człowiek, wartości wpajanych w domu rodzinnym, a także indywidualnych ambicji i poglądów. Zatem można stwierdzić, że każdy człowiek posiada własną inaczej rozumianą definicję tego słowa.

Wychowanie według Multimedialnej Encyklopedii Powszechnej jest to całościowy wpływ i oddziaływań środowiska społecznego oraz przyrodniczego na człowieka, kształtujących jego rozwój i osobowość oraz przygotowujących go do życia w społeczeństwie. We współczesnej pedagogice używa się terminu wychowanie w węższym znaczeniu tego słowa – jako świadome, zamierzone i specyficzne działania osób (wychowawców), których celem jest osiągnięcie względnie trwałych zmian w osobo-

wości jednostki (wychowanka). Zmiany te obejmują zarówno sferę poznawczo-instrumentalną, pozwalającą na poznanie i przekształcanie rzeczywistości, jak i stronę aksjologiczną, kształtującą stosunek człowieka do świata i ludzi, jego przekonania, system wartości itp. Człowiek uczy się i rozwija przez całe życie, od momentu narodzin aż do ostatnich chwil swojej egzystencji, ale czy tak naprawdę jest w stanie od samego początku przetrwać bez niczyjej pomocy, bez rady kogoś bardziej doświadczonego, kogoś kogo mógłby w pewien sposób naśladować i na kim się wzorować?

Człowiek w momencie przyjścia na świat jest uzależniony od swoich rodziców. To oni prowadzą go „za rękę” przez pierwsze lata jego życia i stanowią dla dziecka jego pierwszy autorytet. Pokazują mu świat, wpajają mu wartości, które sami wyznają. Uczą co dobre, a co złe. Pokazują wartości, takie jak miłość, akceptacja i poczucie bezpieczeństwa. Edukują młodego człowieka w zakresie religii, kultury i tradycji. W tym momencie budują się fundamenty osobowości takiej osoby. Zarówno matka jak i ojciec są dla dziecka wzorem do naśladowania. Obserwując zachowania opiekunów dzieci utożsamiają się z nimi. Nie zawsze jednak nabywane wzorce są pozytywne, jednakże w młodym wieku człowiek nie jest w stanie odróżnić pewnych zachowań. Jego doświadczenie i wiedza są zbyt małe, dlatego pozostaje pod wpływem autorytetu, jakim jest rodzic. Idealizuje jego osobę i uważa, że wszystkie jego działania są słuszne.

W sytuacji, kiedy dziecko pochodzi z rodziny patologicznej, gdy w domu panuje przemoc, złość, kłótnie, alkohol, narkotyki, autorytet rodzica jest zachwiany, a niekiedy w ogóle nie istnieje. Dziecko czuje się zagubione, nie radzi sobie z tą sytuacją. Podporządkowuje się rodzicowi jedynie ze względu na strach przed nim. Takie dziecko izoluje się od społeczeństwa, najczęściej zdane jedynie na własny los. Żyjąc w takich warunkach młody człowiek w przyszłości będzie narażony na

niebezpieczeństwo wybrania niewłaściwej drogi życiowej. Nie znajdując wzoru naśladowania w domu rodzinnym będzie go szukać po za nim: w niewłaściwym towarzystwie, w sektach. Powielanie złych zachowań doprowadzi go jedynie na dno, dlatego należałoby zainteresować się taką osobą, gdy dochodzi choć najmniejsza oznaka, że ma problemy w domu i poinformować o tym właściwe służby.

Osobami, które powinny szczególnie obserwować zachowanie dziecka są m.in. nauczyciele i pedagodzy szkolni. To właśnie oni, po rodzicach, mają największą szansę na uzyskanie autorytetu w oczach ludzi w młodym wieku. Dydaktycy to osoby, które od razu po rodzicach spędzają najwięcej czasu z dziećmi. Wiadomo, że szkoła to miejsce, które może być traktowane jako drugi dom, każdy człowiek spędza tam większość czasu swojej młodości. Dlatego postać nauczyciela może być tak znacząca dla młodego pokolenia w ich wychowaniu.

Oczywiste jest, że nie każdy człowiek może być czymś autorytetem, również dotyczy to nauczycieli, nie każdy w oczach podopiecznych jest wzorem do naśladowania, personą wzbudzającą szacunek i poczucie zaufania. Autorytet nie jest zwykłym darem, który otrzymuje się od losu. Trzeba na to zasłużyć i ciężko zapracować. Wymaga to od osoby szczególnej samokontroli i pracy nad sobą oraz spełnienia wielu warunków, które mogłyby uczynić z niej autorytet w opinii innych. Z drugiej strony usilna chęć bycia dla kogoś wzorem jest poglądem złudnym, gdyż tak naprawdę autorytetem staje się człowiek, który o to nie zabiega, a nie ten, który do tego dąży. Inaczej mówiąc, nie od nas zależy czy jesteśmy wzorem, lecz od osób, które nas za niego postrzegają.

Trudno stwierdzić, jakie cechy charakteru i zachowania powinien przejawiać nauczyciel, aby mógł być uważany przez swoich uczniów za osobę wzorcową. Dla jednych będzie on autorytetem, a dla innych nie. Zależy to od indywidualnych oczekiwań podopiecznych. Szczególną uwagę wycho-

wanków może wzbudzić u nauczyciela to, iż traktuje ich podmiotowo, stwarza przyjemną i serdeczną atmosferę wzajemnej relacji, oraz daje możliwość wypowiedzi własnego zdania. Ważnym czynnikiem uznania są również cechy osobiste i wysokie kompetencje zawodowe. Spośród wielu cech można wyszczególnić np.:

- bezpośredniość i życzliwość,
- cierpliwość, wyrozumiałość i zrozumienie,
- stawianie wysokich wymagań,
- opanowanie, dobry humor,
- zainteresowanie uczniami,
- sprawiedliwość i obiektywność,
- znajomość psychiki uczniów,
- silna wola, inteligencja, inicjatywa, przedsiębiorczość,
- idealizm życiowy, kultura ogólna, uprzejmość,
- zamiłowanie do pracy, szeroki zakres zainteresowań,
- dobra prezencja, przystosowanie społeczne, otwarty umysł,
- umiejętność kontaktu z młodzieżą, sympatia,
- zaufanie do uczniów,
- zgodność między słowem a postępowaniem,
- miłość do dzieci i młodzieży.

Owych cech charakteru można wymieniać bardzo wiele, także przed nauczycielem stoi duże wyzwanie, aby posiadać odpowiednie kwalifikacje osobowościowe.

Poruszając temat kompetencji zawodowych nauczyciela można powiedzieć, że aby mógł być uznany za autorytet powinien posiadać szeroką wiedzę, jak i praktyczne umiejętności w zakresie metod uczenia oraz samowychowywania powierzonych mu uczniów. Wiedza dostarczana uczniom musi być prawdziwa, oparta na faktach i sprawdzonych informacjach. Uczniowie muszą być przekonani, że to czego się uczą jest zgodne z prawdą, z rzeczywistością i że nie są w żaden sposób okłamywani. Przy dostarczaniu informacji wychowawca powinien wykształcić u uczniów umiejętność wykorzystywania zdobytej wiedzy oraz kojarzenia faktów. Nauczyciel mogący poszczycić się autorytetem

wśród uczniów jest osobą budzącą w nich respekt, zaufanie i sympatię, staje się dla nich przyjacielem, do którego mogą zwrócić się z prośbą o pomoc czy radę. Taki człowiek nie wykorzystuje swojej władzy przeciwko wychowankom, raczej dzięki swoim wpływom umożliwia młodym ludziom rozwój i możliwość kształcenia. Można nawet powiedzieć, że rozbudza w nich potrzebę samodoskonalenia. Nauczyciel powoduje, iż uczniowie będą chcieli w przyszłości być tacy jak on. Jego sposób bycia i wyznawane wartości wzbudzają podziw, dzięki któremu staje się on dla wielu z nich autorytetem. Taki typ człowieka jest bliski ideału, a jak wiadomo nikt nie jest doskonały. Na szczęście wielu nauczycieli spełnia się w swoim zawodzie, posiada sprzyjające cechy osobowości, które są warte naśladowania.

Okres dojrzewania wpływa bardzo różnie na psychikę rozwijającego się człowieka. Jest to największy okres zmian i rozwoju jego osobowości i wartości. Zmienia się jego punkt widzenia, poglądy i potrzeby. Autorytet rodzica bardzo często odsuwany jest na dalszy plan. Zdarza się, że młodzież przestaje uznawać wcześniejsze autorytety. Poszukuje nowych przykładów do naśladowania. W tym wieku ludzie bardzo często próbują naśladować swoich rówieśników. W swoim gronie znajdują zrozumienie i akceptację. Niestety nie jest to najlepszy autorytet, nastolatkomie są jeszcze niedoświadczeni i niedojrzali psychicznie. Są buntowniczy, ich zachowania są nieprzemyślane i gwałtowne. Bardzo często wpadają w złe towarzystwo, mają kontakt z narkotykami i alkoholem. Może to powodować bardzo negatywny wpływ na dalsze życie młodego człowieka.

Nieodpowiednich autorytetów dostarczają nam również mass-media. Odwzorowanie ulubionych bohaterów seriali i filmów oraz aktorów i piosenkarzy na ogół nie wpływa korzystnie na rozwój młodej osoby. Naśladowanie to wiąże się raczej z chęcią ukształtowania siebie na wzór ideału, u młodszych dzieci przejawia się utożsamia-

niem cech wyglądu. Próba uosobienia się z wartościami i charakterem osoby „z ekranu” w większości przypadków wpływa negatywnie. Znana osoba, aby zwiększyć swoją popularność działa pod publikę, zatem jest to sztuczne i fałszywe. Bohaterowie filmów i książek też mogą być złudni. Taka postać jest często wymyślona, jej świat jest zupełnie inny od prawdziwego. Dziecko próbujące być do niej podobne może czuć się pokrzywdzone i zawiedzione w konfrontacji z rzeczywistością. Poza tym media przepętione są agresją, pornografią i innymi negatywnymi zjawiskami. Z pewnością nie wpłyną one korzystnie na rozwój młodego człowieka.

Rola autorytetu jest niezwykle ważna w życiu każdego człowieka. Jest on niezbędny do uzyskania pełnej dojrzałości psychicznej i przygotowania do funkcjonowania w społeczeństwie. Od chwili narodzin towarzyszy mu wzorec, jakim jest rodzic, który wpaja mu najważniejsze wartości, pokazuje świat, uczy miłości i daje poczucie bezpieczeństwa. Autorytet opiekuna jest tym z najważniejszych, gdyż wywiera na człowieka tak silny wpływ, że pewne wartości i zachowania wyuczone w dzieciństwie towarzyszą mu przez całe życie. Istotnym wzorem naśladowania jest również nauczyciel, który swoją postawą i kompetencjami sprawia, iż jego podopieczni mają do niego zaufanie i respekt. Umożliwia im poszerzenie własnej wiedzy i rozwijanie zainteresowań. Przekazywane przez niego mądrości mają pozytywne znaczenie w kształceniu charakteru młodego człowieka.

Uważam, że autorytet jest niezbędny w wychowaniu dziecka. Działa on wyjątkowo korzystnie na jego rozwój. Wartości mu przekazywane pozwalają wybrać odpowiednią drogę w jego życiu i rozwinąć własną osobowość. Bez odpowiedniego wzorca człowiek byłby zagubiony i nie wiedziałby jak funkcjonować na świecie i w społeczeństwie.

Marzena Slendak
kierunek pielęgniarstwo, AH-E

Cechy dorosłych dzieci alkoholików

WIKTOR SAPIEJKA

W tym numerze chciałby odnieść się do następujących cech dorosłych dzieci alkoholików:

- dorosłym dzieciom alkoholików trudno nawiązać bliskie kontakty,
- dorosłe dzieci alkoholików przesadnie reagują na zmiany, nad którymi nie mają kontroli,
- dorosłe dzieci alkoholików myślą, że różnią się od innych.

Dorosłe dzieci alkoholików z powodu niedoświadczenia w dzieciństwie miłości i poczucia bezpieczeństwa, próbują w dorosłym życiu zaspokoić swoją potrzebę bliskich i zdrowych relacji. Niestety, z kilku powodów napotykać bardzo duże trudności. Głównym i najbardziej charakterystycznym jest oczywiście brak układu odniesienia do zbudowania zdrowych i bliskich relacji. DDA po prostu nie wiedzą jak one wyglądają, gdyż mogą jedynie opierać się na wzorcu rodziców, a on był zaburzony. Przeszkodą w tworzeniu intymnych (w rozumieniu bliskich) kontaktów jest również zjawisko, które zakodowało się w postępowaniu DDA: przyciąganie – odpychanie. W dzieciństwie doświadczali niekonsekwencji i braku spójności rodziców w relacjach z nimi. W jednym dniu rodzice okazywali im miłość, a następnego dnia dzieci czuły się odrzucone. Dorastali z poczuciem lęku i braku bezpieczeństwa emocjonalnego. Te wszystkie doświadczenia sprawiły, że zbudowanie stabilnego, trwałego i zdrowego związku z inną osobą, sta-

ło się dla nich niewiarygodnie trudne, skomplikowane i bolesne.

DDA dążą do relacji z innymi osobami. Niezmiernie ich potrzebują, ale często w ich postępowaniu ujawnia się wspomniane wyżej zjawisko przyciągania – odpychania. Są szczęśliwe z powodu okazywanej im sympatii, uznania i miłości, ale szukają sposobu, aby je pomniejszyć, w każdym z nich starają się znaleźć jakieś „ale”. Toczą wewnętrzną walkę. Niektórzy DDA w związkach interper-

sonalnych odrzucają osoby, które mogłyby je pokochać, nawet jeśli są to osoby, którymi sami się interesują. Wyczuwając przejawy zainteresowania, z obawy przed odrzuceniem, wolą odrzucić pierwsi. Ich zainteresowanie nagle znika. Przestają wchodzić w relację, gdyż wiedzą, czym to się może dla nich skończyć. Lęk paraliżuje ich próby dążenia do szczęśliwego życia. DDA posiadając podobne, ale jednak trochę różne doświadczenia w dzieciństwie, wolą odejść ze związków albo w momencie, kiedy pojawi się zainteresowanie ich osobą albo w sytuacji, kiedy odczytają u partnera objawy znużenia sobą.

Związek dwojga ludzi powinien opierać się na realistycznym spojrzeniu na siebie nawzajem, na dawaniu i braniu oraz na umiejętności rozwiązywania problemów. DDA często postrzegają swoich partnerów w sposób nierealny – albo zbyt krytycznie albo zbyt idealnie. Część DDA wchodzi w relacje całym sobą, poświęcając się dla drugiej



osoby, bojąc się, że może już nie pojawić się w ich życiu inna osoba, która mogłaby im okazać zainteresowanie. Wszystko byłoby w porządku gdyby ci partnerzy byli osobami kochającymi, wyrozumiałymi i współczującymi. Niestety DDA mają tendencje do przyciągania i wchodzenia w relację z osobami równie zaburzonymi jak one. Kobiety mające syndrom DDA często podświadomie wybierają mężczyzn bardzo podobnych do swoich ojców – nierzadko również uzależnionych, którzy mogą stosować wobec nich przemoc psychiczną i fizyczną, zaniedbywanie emocjonalne. Niestety, kobiety wychowujące się w rodzinie alkoholowej rzadko widzą problem. „Głodne miłości” usprawiedliwiają wszelkie negatywne zachowania partnera, zadowolone, że pojawiła się osoba okazująca im zainteresowanie. Natomiast mężczyźni pochodzący z domów uzależnionych od alkoholu mają obawy związane ze swoją atrakcyjnością w oczach kobiet. Przewidują, że ich partnerki odkryją ich wady i w związku z tym ich odrzucą. Obawiają się również, że mogą w przyszłości stać się podobni w swoim zachowaniu do uzależnionych od alkoholu ojców, mimo iż sami się nie uzależnili i dlatego często rezygnują z bliskich kontaktów, gdyż nie chcą ranić ważnych dla nich osób. Istnieją również DDA, które wymagając bardzo dużo od siebie szukają związków z osobami, które byłyby idealne, miałyby wszystkie pożądane cechy. W sytuacji, kiedy coś zaczyna im nie pasować kończą związek. Nie potrafią iść na kompromis i mają ogromne trudności z zaakceptowaniem wad partnera.

DDA w bliskich relacjach obawiają się również kłótni, sprzeczek, różnic zdań, które w ich postrzeganiu urastają do rangi ogromnych problemów. Spowodowane jest to ciągłą obawą przed odrzuceniem. Nawet jeśli mają rację to starają się zażegnać konflikt i załagodzić sytuację – przyznając rację drugiej stronie.

Strach przed porzuceniem ma swoje korzenie w niskiej samoocenie. DDA nie czują się dobrze ze sobą i nie

wierzą, że są warte miłości. U innych szukają tego, czego nie mogą sobie dać, aby czuć się dobrze. Pozwalają innym decydować o swojej wartości i nastroju. DDA czują się dobrze lub źle w zależności o tego, co mówią im inni – pozwalają, aby deptali ich lub podnosili. DDA jak większość ludzi, kiedy jest traktowany pozytywnie, z sympatią i miłością to czuje się wspaniały i kochany. W momencie, kiedy nie słyszy pochwał i komplementów to czuje się niedoceniany i niezauważany. Dorosłe dzieci alkoholików oczekują ciągłego zainteresowania, inaczej czują się bezwartościowe. Czasami ta potrzeba staje się obsesyjna i niezwykle utrudnia im życie. Posiadają umiejętność manipulacji otoczeniem i często z niej korzystają, aby uzyskać to, czego oczekują.

Kwestia tworzenia związków przez dorosłe dzieci alkoholików jest sprawą bardzo skomplikowaną. Same relacje międzyludzkie mają wiele aspektów i płaszczyzn, a w przypadku DDA dodatkową trudnością czy przeszkodą są doświadczenia z przeszłości. Można powiedzieć, że każde DDA ma swój indywidualny sposób radzenia sobie w kontaktach z innymi ludźmi. Kilka sposobów przedstawiłem powyżej.

Doświadczany w dzieciństwie chaos oraz poczucie nieprzewidywalności sytuacji wytworzył u DDA potrzebę kontroli wszystkiego i wszystkich. Od poziomu tej kontroli zależało bezpieczeństwo i funkcjonowanie całej rodziny. Dla DDA stało się to celem i bardzo istotną sprawą. W ich zachowaniach można wyodrębnić przejawy kontroli, nadopiekuńczości i manipulacji w stosunku do najbliższych osób. DDA obawiają się, że jeśli nie będą mieli czegoś pod kontrolą, jeśli coś ominą to stanie się coś niedobrego – myślą, np., że jeśli nie będą kontrolować osoby uzależnionej to ona zacznie pić lub zrobi krzywdę sobie i innym domownikom. Dochodzi nawet do takiej sytuacji, że niektórzy DDA rezygnują z własnego życia osobistego, aby kontrolować sytuację w domu. Ta potrzeba jest tak bardzo w nich zakorzeniona, że jakiegokolwiek (nawet najmniej-

szę) zmiany, których nie przewidzieli, wywołują w nich przesadny lęk, złość i frustrację. Obawiają się, że jeśli zmiana nastąpi zbyt szybko i gwałtownie to nie będą w stanie nad nią zapanować. Ich reakcje sprawiają, że są postrzegani jako osoby sztywne, którym brakuje spontaniczności i luzu.

Trzecia cecha DDA, którą chciałbym poruszyć w tym artykule, odnosi się do poczucia inności, jaką odczuwają DDA. Sądzą oni, że wszystko ich różni od innych osób. Niezaprzeczalnym faktem jest to, iż DDA w porównaniu do osób wychowujących się w zdrowych rodzinach mają pewne wyostrome cechy, niektóre nawet w bardzo dużym stopniu, ale pewne problemy mogą mieć nawet osoby, które nie doświadczyły w domu rodzinnym problemu uzależnienia. Paradoksalne jest również to, że w towarzystwie innych DDA również czują się odmieńcami. Poczucie niższości towarzyszące im od dzieciństwa spowodowało, że nawet w sytuacjach nieuzasadnionych pojawia się ono u nich. Izolacja, która panowała w domu dotkniętym chorobą alkoholową, spowodowała również zaburzenie umiejętności społecznych. W swoim poczuciu inności starają się odnaleźć do naśladowania pewne wzorce i starają się przebywać w towarzystwie osób reprezentujących je. Jedni wybierają osoby dobre, idealne, do których zachowań mogliby dążyć. Inni natomiast przebywają w towarzystwie osób, które wydają im się gorsze, mniej atrakcyjne.

Dorosłym dzieciom alkoholików trudno uwierzyć, że mogą zostać zaakceptowane bezwarunkowo. To poczucie odmienności i pewnego wyizolowania jest częścią ich natury.

cdn.

Literatura:

1. Sobolewska Z.: Odebrane dzieciństwo, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2000.
- 2) Woititz J.: Dorosłe Dzieci Alkoholików, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1994

„Medycyna zintegrowana, lekiem na przyszłość”

Większość współczesnych ludzi żyje w „zatrutym” środowisku naturalnym, oddycha płytko, źle, bez ruchu przepony, do tego skażonym powietrzem. Ich styl życia budzi wiele zastrzeżeń.

Tłumaczą się postępowaniem cywilizacyjnym, nie widząc w sobie przyczyny zachwiania homeostazy (równowagi) procesów zachodzących w ich organizmach. Dopiero kiedy zaczyna szwankować zdrowie, wielu ludzi zaczyna zastanawiać się, co można byłoby zrobić, aby znów poczuć się dobrze. Wielu też błędnie sądzi, że pigułka w pełni ich wyleczy, zaś zapomina, iż w trakcie całego życia nie robi niczego, by być zdrowymi.

Współczesny człowiek, dążąc do polepszenia jakości życia, musi pamiętać o starej maksymie, że nic nie ma za darmo. Na dobre zdrowie trzeba zapracować, nieraz ciężko. Aby zdrowie powróciło, należy mu w tym pomóc.

Obecni lekarze medycyny do pacjenta nie podchodzą holistycznie. Ich wąskie specjalizacje pozwalają szybko i skutecznie wyleczyć dany narząd, za który odpowiadają. W rzeczywistości jednak nie choruje jeden organ, ale zwykle cały organizm.

Medycyna naturalna przywraca zdrowie choremu znacznie wolniej, wymaga od niego zaangażowania w terapię oraz, przede wszystkim, cierpliwości. Niestety, w obecnych realiach przy codziennym pośpiechu, wygodnictwie, nie raz lenistwie, nie ma on już czasu i chęci na gimnastykę oddechową czy przygotowywanie mikstur. Zamiast tego, zwykle liczy na „cudotwórcze” i drogie (wtedy na pewno dobre, jak sądzi) specyfiki, które wyleczą go od

chorób bez żadnego wysiłku. Pomagają w to wierzyć reklamy wmawiające ludziom, że „jedna tabletką i po bólu”, oraz podobne, mające na celu wzbogacenie się przedsiębiorstw farmaceutycznych, a przy tym wpływające bardzo niekorzystnie na świadomość zdrowotną odbiorców.

Myślę, że w tym tkwi sedno sprawy. Należy odpowiedzieć sobie na dwa pytania: dlaczego leczenie chemiczne jest bardziej popularne wśród ludzi, a także dlaczego medycynę ludową ośmiesza się i podważa jej znaczenie?

Profesor Rosyjskiej Akademii Nauk Przyrodniczych, współtwórca „Szpitala Kosmicznego”, Iwan Nieumywakina, w swojej ponad 57-letniej działalności lekarskiej zajmuje się tematem leczenia i uzdrawiania ludzi, z czego przeszło 40 lat poświęcił medycynie ludowej. Ponadto, przez 15 lat zajmował się kwestiami oddychania i rozwiązał niejedną problem naukowy. Obecnie kieruje i pomaga ludziom w „Centrum Lecznico-Profilaktycznym profesora Nieumywakina” w Moskwie. Znany jest on ze stwierdzenia, że: „...przyszłość medycyny to symbioza medycyny oficjalnej i ludowej (z której powstała medycyna oficjalna), plus dogłębna wiedza o procesach fizjologicznych zachodzących w organizmie”. Ów nowy kierunek, którego jest prekursorem, nazywa „medycyną zintegrowaną”.

Ciągle wierzę i mam nadzieję, że Profesor Nieumywakina rozbudzi zainteresowanie swoimi spostrzeżeniami,

jak i osiągnięciami polskich naukowców, lekarzy oraz wszystkich ludzi, dla których dbanie o swoje zdrowie jest ważną częścią życia. Wiedza, którą odkrył, pozwala dawać ludziom nadzieję na lepsze życie, chociaż nie jest uznawana przez wszystkich decydentów oraz medyków w Rosji. Jak stwierdza w swojej książce „Woda utleniona na straży zdrowia”, otrzymuje on wiele listów od lekarzy medycyny oficjalnej, którzy upewnili się, że nie są już w stanie czymkolwiek pomóc pacjentowi stosują w praktyce i z dobrym skutkiem nadtlenek wodoru. W historii choroby piszą zaś, że zaaplikowali im nie wodę utlenioną, a np. glukozę. Dlaczego tak jest? Komentarz jest zbędny.

Co ciekawe, Ministerstwo Zdrowia Federacji Rosyjskiej darzy sympatią medycynę ludową, dlatego zezwoliło ordynatorowi Katedry Chirurgii Iżewskiej Akademii Medycznej zastosować legalnie nadtlenek wodoru w leczeniu dolegliwości ropno-zapalnych, zarostowym zapaleniu tętnic, a także nieogrzających się wrzodach, prowadzących do amputacji.

O znaczeniu nadtlenu wodoru w leczeniu chorób można się także dowiedzieć od amerykańskiego lekarza Williama Douglasa. W swojej książce „Uzdrowiające właściwości nadtlenu wodoru” wlicza praktycznie wszystkie choroby, które są wyleczalne za pomocą przyjmowania nadtlenu wodoru, szczególnie podawanego dożylnie.

Zakończone sukcesem użycie nadtlenu wodoru w postaci infuzji dożylnej zostało przeprowadzone we Francji przez lekarza Nenstena w 1811 roku. Chociaż ogłoszono to w piśmie „Lancet”, wydawanym przez doktorów Terkliffa i Stebbinga, którzy również (w 1916 roku) używali nadtlenu wodoru we wlewach dożylnych, z dobrym efektem terapeutycznym, metoda ta jednak do dzisiaj nie zyskała szerszego zastosowania. Profesor Nieumywakina stwierdza w swojej książce, iż pa-

radoksalnie spowodowane jest to prostotą i taniością metody. Wykorzystanie nadtlenu wodoru do leczenia doprowadziłoby do zachwiania ogromnego, niezmiernie dochodowego przemysłu wytwarzającego i dystrybuującego chemiczne preparaty lecznicze.

Postępów medycyny konwencjonalnej nie można zakwestionować, jednak uważam, iż połączenie jej z medycyną naturalną zdecydowanie zwiększa jej skuteczność – wąkospecjalistyczne podejście do leczenia niektórych chorób jest często niewystarczające.

Ostatnio na rynku wydawniczym pojawia się wiele publikacji na temat leczenia metodami naturalnymi (książka Iwana Nieumywakina, książki Michała Tombaka, itp.). Niestety, pozycje te nie cieszą się jednak tak wielką popularnością jak kryminały czy romanse. Dlaczego współczesny człowiek nie myśli o swoim zdrowiu w kategoriach przyszłościowych? Kto powinien mu przypominać, że jego stan zdrowia jest odbiciem trybu jego życia? Dlaczego nie korzysta się z wiedzy prof. Paulinga (nagrodzonego dwukrotnie nagrodą Nobla), prof. Juliana Aleksandrowicza, jak i wielu innych, którzy przyczyni się do ogromnej ilości chorób wiązanych ze skutkami zatrucia organizmu?

Uważam że brak funduszy na profilaktykę w medycynie konwencjonalnej oraz ośmieszanie lekarzy medycyny ludowej (nawet posiadających istotne i potwierdzone osiągnięcia w dziedzinie medycyny), a także reklamy lobby farmaceutycznego, zbierają teraz żniwo. Współczesny, niejednokrotnie zagubiony i z niską świadomością zdrowotną człowiek, nie zdaje sobie sprawy, że na długość i jakość swego życia może wpływać sam. W rezultacie wielu ludzi żyjących zbyt intensywnie (pracoholicy), ryzykownie, oddalając się od natury oraz nie posiadając możliwości leczenia medycyną konwencjonalną (szczególnie bezdomni, emeryci itd.) skraca swoje życie.

„Ważne są tylko te dni, których jeszcze nie znamy
Ważne jest kilka tych chwil, na które czekamy”

Pani Jolancie Skrętowskiej – starszej pielęgniarce Oddziału Chorób Wewnętrznych, pani Jolancie Wieczorej – starszej pielęgniarce Bloku Operacyjnego, pani Marzenie Soleckiej – starszej pielęgniarce Oddziału Przeciwwgruźliczego, pani Grażynie Rządkiwicz – starszej pielęgniarce Oddziału Przeciwwgruźliczego, pani Annie Groschang – starszej pielęgniarce Oddziału Obserwacji Sądowo-Psychiatrycznej, panu Markowi Kokotowi – starszemu pielęgniarzowi Oddziału Obserwacji Sądowo-Psychiatrycznej w związku z przejściem na emeryturę, składamy serdeczne podziękowania i wyrazy uznania za pełną zaangażowania długoletnią pracę zawodową, sumienność i rzetelność w wykonywaniu swoich obowiązków. Dziękujemy za troskę, cierpliwość i uśmiech w stosunku do pacjentów oraz całego zespołu współpracującego. Życzymy w następnym etapie życia dużo zdrowia, pogody ducha oraz wiary w realizację marzeń.

dyrektor szpitala, przełożona pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowe, ordynatorzy oddziałów oraz pozostała kadra pielęgniarsko-lekarska ZOZ ZK nr 2 w Łodzi

PODZIĘKOWANIA

Bardzo dziękuję pani położnej Iwonie Jatczak i panu dr. Michałowi Skoczylasowi – pracownikom Szpitala im. M. Madurowicza w Łodzi – za profesjonalną opiekę, troskę i okazane serce w przyjściu na świat mojej córeczki

wdzięczna pacjentka
Joanna Gułycz z mężem

Na łamach Biuletynu chciałabym serdecznie podziękować i wyrazić ogromną wdzięczność za ratowanie życia w dniu 16 maja 2009 roku oraz za pełną zaangażowania troskę, pomoc i opiekę nade mną w ciężkiej chorobie, która dotknęła mnie niespodziewanie, koleżankom paniom: Magdzie Piechockiej oraz pani Magdzie Brzeskiej z Kliniki Chemioterapii

składa wdzięczna pacjentka
Krystyna Jańczak

Pani oddziałowej Annie Krystek, zastępcy Leokadii Kozaczek, pani Halinie Otłowskiej, Anettcie Dziejczak, Annie Świąć za duże wsparcie i ciepłe słowa w trudnych chwilach oraz wszystkim koleżankom i doktorom za wieloletnią współpracę na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym Szpitala im. Jana Pawła II w Bełchatowie

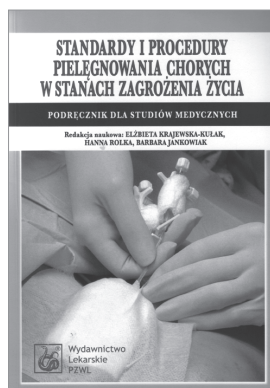
Dziękuję
Krystyna Jańczak

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania na ręce Pana prof. dr hab. n. med. Andrzeja Radka - Ordynatora i Pani Moniki Szerszon - Pielęgniarki Oddziałowej, dla całego personelu Kliniki Neurochirurgii i Chirurgii Nerwów Obwodowych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 2 im. WAM – Centralnego Szpitala Weteranów w Łodzi za profesjonalną opiekę, troskę, cierpliwość i okazaną życzliwość w opiece nad córką Elizą

składa
Maria Kowalczyk

Składamy serdeczne podziękowania dla całego zespołu pielęgniarek oraz pań salowych Oddziału Kardiologii Szpitala Madurowicza w Łodzi. Dziękujemy za za dobroć, serce, wrażliwość, słowa otuchy, wsparcie i profesjonalną opiekę

wdzięczni
Anna i Roland Glawer



Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia

Elżbieta Krajewska-Kułąk
Hanna Rolka,
Barbara Jankowiak

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

Warszawa 2009

W książce przedstawiono główne zagadnienia z zakresu opieki pielęgniarskiej nad chorymi w stanach zagrożenia życia. Autorzy kładą nacisk na aspekty szczególnie użyteczne w praktyce pielęgniarskiej. Podręcznik zawiera cenne informacje i wskazówki praktyczne dotyczące wszystkich najważniejszych zagadnień dotyczących pielęgnowania chorych i umożliwia zapoznanie się z procedurami najczęstszych zabiegów. Dodatkowym walorem książki są liczne zdjęcia obrazujące prezentowane procedury. Poszczególne tematy zostały omówione według określonego schematu.

W części I przedstawiono m.in. teoretyczne podstawy konstruowania standardów i procedur pielęgniarskich oraz znaczenie jakości opieki pielęgniarskiej w opiece nad chorymi w stanach zagrożenia życia. Poruszono kwestię klasyfikacji działań pielęgniarskich dla potrzeb realizacji procesu pielęgnowania w stanach zagrożenia życia.

W części II opisano standardy opieki w wybranych stanach klinicznych m.in.: w stanie astmatycznym, z niewydolnością oddechową wymagającego sztucznej wentylacji, z rozwijającym się obrzękiem płuc, z zatorami tętnicy płucnej, z krwotokiem płucnym, po zabiegu usunięcia krtani, z zawałem mięśnia sercowego w pierwszej dobie po angioplastyce naczyń wieńcowych (PCI), w pierwszej dobie po wszczepieniu stymulatora serca, we wczesnym okresie pooperacyjnym po wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych, we wczesnym okresie po przeszczepie serca, z rozpoznaniem wstrząsem kardiogenym, z niewydolnością serca w pierwszym okresie po wszczepieniu sztucznych komór serca, ze schyłkową niewydolnością nerek leczonego hemodializą, z rozpoznaniem zespołem niewydolności wielonarządowej, chorego z sepsą, z urazem czaszkowo-mózgowym we wczesnym okresie pooperacyjnym, z udarem niedokrwienym mózgu i inne.

W części III przedstawiono najczęściej wykonywane procedury postępowania medycznego podczas terapii i pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Opisano m.in.: procedurę pomiaru i monitorowania ośrodkowego ciśnienia żylnego, procedurę wykonania pomiaru ciśnienia w tętnicy płucnej i rzutu serca (pojemności minutowej serca), procedurę pielęgnacji dostępu centralnego, żywienia pozajelitowego drogą naczyń centralnych, procedurę obsługi portu naczyniowego, procedurę analizy i oceny bilansu płynów u chorych w stanach zagrożenia życia.

Książka adresowana jest do studentów pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego oraz pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii medycznej.

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

z żałobnej karty

„Śpieszmy się kochać ludzi,
tak szybko odchodzą
Zostają po nich buty
i telefon głuchy”

Życie nie zawsze pisze
szczęśliwe, dobre scenariusze,
nie pozwala do końca zrealizować
plany i zamierzenia.
Dnia 6 stycznia 2010 roku
odeszła od nas w wieku 41 lat
nasza koleżanka

Małgosia Rutkowska

W Wojewódzkim Szpitalu
Specjalistycznym im.
Madurowicza pracowała z nami
17 lat na bloku operacyjnym jako
instrumentariuszka.
Zawsze ciepła, uśmiechnięta
i życzliwa ludziom, cieszyła się
uznaniem kierownictwa
i współpracowników.
Z wielkim zaangażowaniem
uczyła młodsze koleżanki
trudnej sztuki instrumentowania,
ale także odpowiedniego
podejścia do ludzi.
Na początku 2009 roku
dowiedziała się, że ma nowotwór
żołądka. Nie zawahała się,
natychmiast podjęła walkę
z chorobą. Miała dla kogo żyć.
Podjęła walkę dla 16-letniej
córeczki Ani, męża, rodziny,
przyjaciół, koleżanek,
dla siebie, bo kochała życie
i ludzi ponad wszystko.
Znosiła ból, cierpienie,
długotrwałe pobyty w szpitalach,
operacje. Przegrała w walce
z tą straszną chorobą. Choroba
zniszczyła nie tylko jej ciało, ale
również plany na przyszłość.
Z wielkim żalem i ogromnym
smutkiem żegnamy naszą
koleżankę Małgosię.
Małgosiu! Odeszłaś, lecz my
będziemy Cię zawsze pamiętać.

pogrążone w smutku i zadumie
oddziałowa bloku operacyjnego oraz
koleżanki instrumentariuszki z WSS
im. Madurowicza w Łodzi