

NUMER 17

marzec 2010

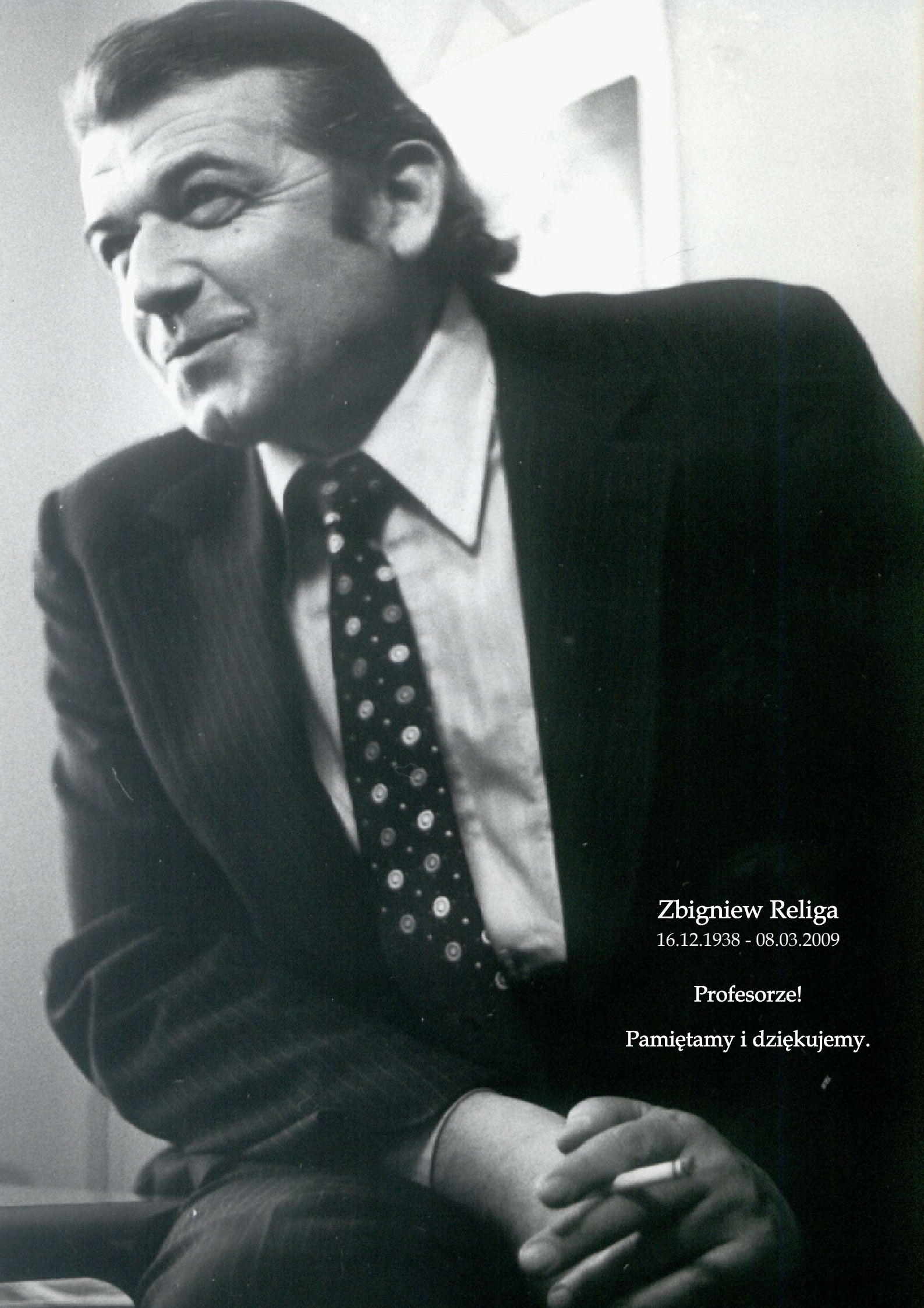
ISSN 1730 -1297

OUT OF THE MACHINE
MINDPHASE



***SZŁACHETNE
ZDROWIE***

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Zbigniew Religa
16.12.1938 - 08.03.2009

Profesorze!

Pamiętamy i dziękujemy.

Szlachetne Zdrowie

Nikt się nie dowie

Jako smakujesz

Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

Non omnis moriar

Stawiłem sobie pomnik trwalszy niż ze spiży,
Od królewskich piramid sięgający wyżej;
Ani go deszcz trawiący, ani Akwilony
Nie pożyją bezsilne, ni lat niezliczony

Szereg, ni czas lecący w wieczności otchłanie.
Nie wszystek umrę, wiele ze mnie tu zostanie
(Horacy, tłum. L. Rydel)



W numerze:

Punkt widzenia

Prof. Z. Religa

Mukowiscytoza

Miażdżyca u starożytnych Egipcjan

Popatrzmy sobie na ręce

Badanie satysfakcji i opinii pracowników SCCS

Wypalenie zawodowe

Jak skutecznie radzi sobie ze stresem

Wiadomości STS

Fundusze europejskie

Intranet

SCCS 2010

REDAKCJA:

**Bożena Smoter
Joanna Zembala-John**

**Bożena Krymska
Grażyna Szymura
Halina Pisarska**

WYDAWNICTWO:
SCCS

Ul. Szpitalna 2
41-800 Zabrze
www.sccs.pl
biblioteka@sccs.pl

DRUK:

KOMDRUK
Ul. Pszczyńska 37
44-101 Gliwice

Człowiek rodzi się i umiera, taka jest kolej rzeczy. Każdy z nas zostawi jakąś część siebie, każdy z nas zostanie w czyjejś pamięci ale nie wszystkim jest dane zapisać się złotymi zgłoskami na kartach historii. Zbigniewowi Relidze się to udało.

Bożena Smoter
redaktor naczelna

AKTUALNOŚCI

- Program "Z muzyką po zdrowie", Zabrze 16.02.2010 - 01.12.2010
- XII Gdańskie Spotkania Kardiochirurgiczne "Postępy w chirurgicznym leczeniu chorób serca", Gdańsk 15-16.02.2010
- Platynowe Laury Umiejętności i Kompetencji "Pro Publico Bono", Zabrze, 16.01.2010 - Platynowy Laur dla Prof. dr hab. n. med. Zbigniewa Kalarusa
- Dzień Transplantologia - 26.01.2010
- Realizacja Programu EURO-Opieka, realizowanego w ramach Działania 8.1 "Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie", Poddziałania 8.1.1. "Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw" Priorytetu VIII Programu operacyjnego Kapitał Ludzki. Program przeznaczony dla pielęgniarek z województwa śląskiego, zamierzających podnieść swoje kwalifikacje zawodowe
- Światowy Dzień Chorego - 11.02.2010
- Akcja "Zawał Serca - wygra z czasem", realizowana przez Konsultanta Wojewódzkiego ds. Kardiologii oraz Śląskie Centrum Chorób Serca we współpracy z Gazetą Wyborczą
- "Komórki Macierzyste i Progenitorowe - nowa metoda regeneracji uszkodzonego serca" - projektu współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz budżet Państwa w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka na lata 2007-2013. Projekt potrwa 5 lat
- Śląskie Warsztaty Transplantacyjne, Milówka 27-28.03.2010
- III Konferencja Szpitali Promujących Zdrowie, Teatr Nowy, Zabrze, 29.03.2010
- 59 Kongres Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Serca i Naczyń, Izmir (Turcja) 15-18.04.2010
- Mityng promujący zdrowie i nowoczesne metody leczenia, Szczawnica, 9-11.04.2010
- XVII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna "Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń" oraz XI Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej, Zabrze, 21-22.05.2010
- Finał Programu "Razem Mimo Wszystko", Kraków, 13.06.2010

Z MUZYKĄ PO ZDROWIE

Patron honorowy Prezydent Miasta Zabrze Małgorzata Marka-Saich
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
Urząd Miejski w Zabrzu
Miejski Ośrodek Kultury w Zabrzu

zapraszają 16 lutego o godz. 17.00
do Miejskiego Ośrodka Kultury

na otwarcie programu "Z muzyką po zdrowie"
obejmującego cykl programów
na temat profilaktyki chorób układu krążenia

Pierwsze spotkanie uświetni program artystyczny,
koncert symfoniczny "Cztery pory roku" A. Vivaldiego
w wykonaniu kwartetu Fiedla
oraz tancerstwa i lutnia i gitary - muzykoterapia

Kolejne spotkania w każdy piątek wstąpię między w godz. 17.00
"Szczepionki i immunologia" na www.sccs.pl

WSTĘP BEZPŁATNY

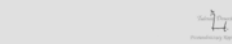
Prosimy o telefonowanie przed wejściem pod nr tel. 32 275 00 00
Miejski Ośrodek Kultury w Zabrzu, ul. Miłkowska 14



Platynowy Laur „Pro Publico Bono”

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus
Kierownik Katedry Kardiologii Wroclawskich
Wiel. Serca i Elektroterapii,
Odział Kliniczny Kardiologii SUM

Kierownik
Leczenia Umiejętności i Kompetencji



III ŚLĄSKA KONFERENCJA SZPITALI PROMUJĄCYCH ZDROWIE



Zabrze, 29 marca 2010

Teatr Nowy

HONOROWY PATRONAT
PREZYDENTA MIASTA
ZABRZE

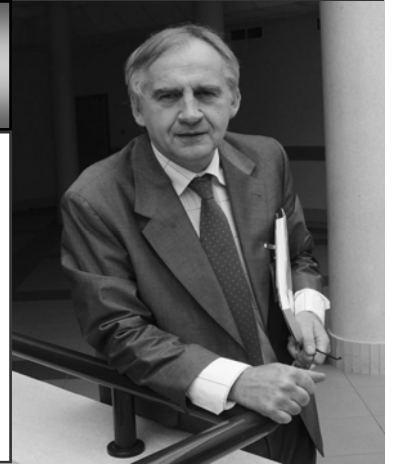


Punkt widzenia

Z mojego obserwatorium, czyli raport dla Niego - refleksje w 1. rocznicę śmierci Prof. Zbigniewa Religi.

*Prof. dr hab.
Marian Zembala*

*Dyrektor Śląskiego Centrum
Chorób Serca*



Pracowałem w Zabrze razem z Profesorem Religą przez 14 lat. To wystarczająco długo aby wiedzieć, że chciałby byśmy Mu dzisiaj powiedzieli, jak rozwijamy zabrzańską, śląską, polską kardiologię. Z dumą przekazuję Mu informację, że zarówno w Zabrze, jak i w Katowicach, Łodzi, Opolu, Wrocławiu, Gdańsku, Warszawie, Krakowie, gdzie pracują Jego dawni wychowankowie, rozwijamy prężnie polską kardiologię pamiętając, że to chory jest najważniejszy.

Dobre wiadomości z Zabrze prawie: 1800 operacji serca (2009) i fakt, że transplantacji serca u dorosłych i dzieci dzięki Zabrze jest w Polsce więcej. Tylko w roku 2009 wykonaliśmy 38 transplantacji serca i 9 transplantacji płuc. Profesor powinien wiedzieć, że tak jak kiedyś wspólnie z nim w roku 1999 ratowaliśmy przy pomocy ECMO noworodki nieprzystosowane do życia, tak w ub. roku ratowaliśmy wspólnie z anestezjologami ofiary ciężkiej niewydolności oddechowej w przebiegu grypy AH1N1.

Ucieszyłyby się, że Jego pompa mechanicznego wspomaganie krążenia - dzieło zabrzańskich i polskich inżynierów - dzisiaj zwana już POLCAS RELIGA uratowała w roku ubiegłym 4 chorych. Ale także, że wszczepiliśmy z powodzeniem pompę amerykańsko-australijską najnowszej generacji typu HEARTWARE, o jakiej kiedyś marzył.

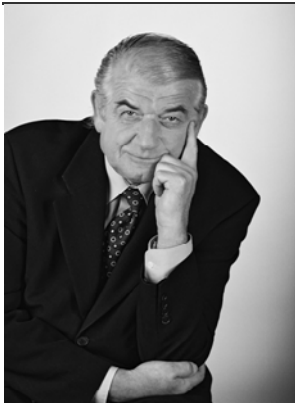
Gratulowałyby nam rozwoju i bardzo dobrych wyników w małoinwazyjnej kardiologii wieńcowej i zastawkowej. Prof. Religa cieszyłby się z dobrej współpracy wszystkich Jego uczniów i współpracowników.

Profesorze – wiem, że patrząc codziennie jak pracujemy, widzisz, że się rozwijamy. Dziękujemy, że przyjąłeś zaproszenie na otwarcie w październiku br. nowego budynku naszego zabrzańskiego Szpitala.

Marian Zembala



Dziennik Zachodni, Raport dla Niego; 8 marca 2010, s.25



„Żeby innych zapalić trzeba samemu płonąć...”

Prof. dr hab. med. Zbigniew Religa (1938–2009)

wybitny lekarz - kardiochirurg

dyrektor, rektor, poseł, senator, minister



Urodził się 16 grudnia 1938 roku w Miedniewicach, w powiecie Grodzisk Mazowiecki (obecnie Żyrardowski), w rodzinie nauczycielskiej. Świadectwo dojrzałości uzyskał w 1956 roku w Liceum Ogólnokształcącym im. Limanowskiego w Warszawie. W latach 1956–1963 studiował na Wydziale Lekarskim Warszawskiej Akademii Medycznej. Po odbyciu służby wojskowej w 1966 roku rozpoczął pracę w Szpitalu Wolskim w Warszawie i pod kierunkiem doc. dr. Waława Sitkowskiego uzyskał specjalizację z chirurgii ogólnej. Z placówką tą był związany do 1980 roku. W tym czasie uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych (1973) na podstawie rozprawy: „Badania nad przekrwieniem reaktywnym w krążeniu wieńcowym i kurczliwość mięśnia sercowego w warunkach krążenia wspomaganego u psów”; następnie zdał egzamin ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) i uzyskał stypendium w Mercy Hospital, w stanie New York (USA). W latach 1975–1976 był rezydentem w Sinai Hospital w Detroit (USA), gdzie pod kierunkiem dr. Adriana Kantrowitza i dr. G. Wesolowskiego zgromadził doświadczenie z zakresu nowoczesnej kardiochirurgii i chirurgii naczyniowej.

W 1980 roku przeszedł do II Kliniki Kardiochirurgii Instytutu Kardiochirurgii w Warszawie kierowanej przez prof. Waława Sitkowskiego, wybitnego pioniera polskiej kardiochirurgii. W roku 1981 uzyskał stopień doktora habilitowanego i odbył szkolenie w zakresie kardiochirurgii w Deborah Heart and Lung Center (New Jersey) w USA. W 1983 roku został powołany na stanowisko docenta Instytutu Kardiologii w Warszawie.

W roku 1984 z własnej inicjatywy przeniósł się do Zabrze, gdzie w drodze konkursu objął stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Kardiochirurgii Śląskiej Akademii Medycznej. W następnym roku w dniu 15 sierpnia 1985 w nowym ośrodku - Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii w Zabrzu (WOK, obecnie Śląskie Centrum Chorób Serca) - zapoczątkował nowoczesny program kardiochirurgiczny. Pierwszą operację w Zabrzu, w nowym ośrodku, przeprowadził 15 sierpnia 1985 roku, z osobistym udziałem Profesora Waława Sitkowskiego jako Gościa Honorowego, który ten zabieg wykonał. Po niespełna trzech miesiącach, już 5 listopada 1985 roku, z nowym Zespołem, Zbigniew Religa przeprowadził pierwszą udaną transplantację serca. W 1995 roku uzyskał tytuł profesora nadzwyczajnego na Śląskim Uniwersytecie Medycznym, a w roku 1997 - profesora zwyczajnego.

Kierował zabrzańską kardiochirurgią przez 15 lat, tj. do 30 września 1999 roku, rozwijając ją bardzo dynamicznie. W roku 1987 wykonał pierwszą w Polsce heterotopową transplantację serca, dodatkowo doszczepiając u niewydolnego chorego, z nadciśnieniem płucnym, serce dawcy. Z inicjatywy Religi w tym samym roku podjęto próby transplantacji serca i płuc oraz wykonano ksenotransplantację świńskiego serca człowiekowi. Był to drugi tego typu eksperyment kliniczny wykonany za zgodą Komisji Etycznej w Europie, po zabiegu uprzednio wykonanym przez znanego kardiochirurga – Mr. M. Yacoub'a z Londynu (Wielka Brytania). Zabieg był poprzedzony ponad rocznym przygotowaniem i wspólnymi badaniami doświadczalnymi prowadzonymi z prof. A. Alexandrem z Brukseli profesorami i biologami, J. Czaplackim

i B. Błońską ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zabrzeńscy kardiochirurdzy mając wsparcie lidera Zbigniewa Religi bardzo aktywnie włączyli się do zainicjowanego w roku 1985 w Zabrzu przez prof. Stanisława Pasyka programu angioplastyki w świeżym zawale serca, poprzez udział w chirurgicznej rewaskularyzacji w świeżym zawale serca z zajęciem pnia, także u chorych najtrudniejszych, ze wstrząsem kardiogennym, uzyskując dobre wyniki w leczeniu.

Dzięki wysiłkom Zbigniewa Religi, w 1988 roku wykładcami Międzynarodowego Kongresu Chirurgii Klatki Piersiowej, Serca i Naczyń w Katowicach byli ówczesni liderzy światowej kardiochirurgii, profesorowie: Sir Barratt-Boyes (Nowa Zelandia), Mr. Donald Ross (Wielka Brytania), Ronald Hetzer (Niemcy), Gerald Buckberg (USA), Walt Angel (USA), L. Gonzales-Lavin (USA), Bruno Messmer (Niemcy), Freddy Vermeulen (Holandia), Mr. John Bailey (Wielka Brytania), Daniel Walther (Belgia), Francis Hitchcock (Holandia), Andree Moulert (Holandia) i wielu innych.

W latach 1985-1999 w ośrodku zabrzańskim, pod kierunkiem Zbigniewa Religi, rozwijano polską kardiochirurgię, wzbogacając ją przy aktywnym udziale Jego Uczniów i Współpracowników o nowe, niestosowane wcześniej w Polsce rozwiązania, takie jak rewaskularyzacja tętnicza z wprowadzeniem obu tętnic piersiowych (1987), nabrzuśnej dolnej (1992) i tętnicy promieniowej (1995) w leczeniu choroby niedokrwiennej serca. W 1988 roku po raz pierwszy wprowadzono kardioplegię krwistą podawaną dodatkowo do zatoki wieńcowej w operacjach wieńcowych i wad zastawkowych. Rozwijano nowe w Polsce sposoby leczenia napadowego częstoskurczu komorowego wraz ze śródoperacyjnym mappingiem oraz nowe metody autoooksygenacji z wykorzystaniem własnych płuc chorego. W roku 1993 rozpoczęto w Zabrzu, po raz pierwszy w Polsce, operacje endarterektomii płucnej (PTE) w przebiegu przewlekłej żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej płuc.

We współpracy z czołowymi kardiochirurgami i chirurgami na świecie, w Zabrzu wprowadzono nowe pionierskie metody leczenia w kardiochirurgii. W roku 1993 dr Stuart Jamieson z Uniwersytetu w San Diego (USA) wykonał w Zabrzu zabieg tromendarterektomii płucnej. Dr J. Chachques pierwszą kardiomiopastykę z wykorzystaniem mięśnia najszerzego grzbietu do wspomaganie pracy niewydolnego serca. Randal Batista z Brazylii wykonał w Zabrzu zabieg wentrykuloplastyki redukcyjnej. Pierwszą w Polsce implantację aortalnej zastawki bezstentowej wykonał w roku 1998 u 75-letniego chorego brytyjski kardiochirurg, Mr. S. Westaby z Uniwersytetu w Oxfordzie. Pierwszą implantację prototypowych stentgraftów własnej produkcji u chorych z tętniakiem aorty piersiowej wykonał w Zabrzu w roku 1998 prof. K. Lauterjung z Monachium (Niemcy), a dr Kit Arom z Uniwersytetu w Minneapolis (USA) w 1999 roku - pierwszą małoinwazyjną implantację zastawki mitralnej, rozpoczynając w Zabrzu program małoinwazyjnej operacji zastawki mitralnej.

Uczniowie i wychowankowie Zbigniewa Religi tworzyli i rozwijali nowoczesne oddziały kardiologii w Polsce: Marian Zembala wraz z Piotrem Knapikiem, Romanem Przybylskim, Jerzym Pacholewiczem, Bogdanem Ryfińskim, Bronisławem Czechem, Jackiem Wojarskim w Zabrze; Andrzej Bochenek, Stanisław Woś, Ryszard Bachowski, Tadeusz Ceglarek w Zabrze i Katowicach-Ochojcu; Jacek Moll w Zabrze i Łodzi, Janusz Skalski w Zabrze i Krakowie, Michał Wojtalik w Zabrze i Poznaniu, Bronisław Czech, Jacek Wojarski i Ewa Kucewicz w Zabrze i Białymstoku, Tadeusz Gburek w Zabrze i Zamościu, Jacek Skiba, Witold Gwóźdź i Roman Cichoń w Zabrze i Wrocławiu, Jacek Kaperczak i Jan Borzymowski w Zabrze i Opolu i Ireneusz Haponiuk w Gdańsku.

Zbigniew Religa w 1987 roku zainicjował trwający do dzisiaj program pomocy szkoleniowej w zakresie nowoczesnej kardiologii i kardiologii dla Ukrainy (Lwów) i Gruzji (Tbilisi). W chwili obecnej jest to największy polski program pomocy szkoleniowej w zakresie chorób serca i naczyń, który obejmuje 22 ośrodki kardiologiczne i kardiologiczne na Ukrainie, w Rosji, ale także na Cyprze, w Kosowie i Słowacji.

Ze względu na bardzo szczególne zainteresowanie Zbigniewa Religi mechanicznym wspomaganie krążenia, już w roku 1986 klinika w Zabrze rozpoczęła współpracę z uznanymi wówczas i dostępnymi dla nas zagranicznymi ośrodkami medycznymi w Brnie (Czechosłowacja) i Moskwie (ZSRR). Wynikiem tej międzynarodowej współpracy zespołów kierowanych przez Zbigniewa Religę oraz zagranicznych partnerów, profesorów Jaromira Vasku i Stefana Czernego z Brna oraz Sergieja Shumakowa z Moskwy, było dokonanie pierwszych w Zabrze implantacji klinicznych wspomaganie lewej komory serca pompą pneumatyczną czeskiej produkcji typu BRNO-VAD (1986) i BRNO-TAH (1987). Oryginalnym osiągnięciem i osobistym sukcesem Zbigniewa Religi i Jego Zespołu kardiologów i bioinżynierów (R. Kustos, Z. Nawrat, P. Wilczek) w Zabrze były polskie pompy do wspomaganie niewydolnego serca typu POL-VAD (1993) i POL-TAH (1996). W roku 1997 pierwszą w Polsce implantację bezstentowej zastawki aortalnej typu Freestyle (Medtronic) wykonał w Zabrze Mr. S. Westaby z Oxford (Wielka Brytania).

W latach 1992–1995 Religa był doradcą prezydenta RP Lecha Wałęsy. Równocześnie, konsekwentnie nadzorując prace nad polskim sztucznym sercem, w 1991 roku powołał do życia wspólnie z dr. Janem Samą i śląskimi kardiologami i bioinżynierami Fundację Rozwoju Kardiologii, która zajmuje się wdrażaniem do praktyki klinicznej nowych technologii, działalnością naukowo-badawczą i programem szkoleniowo-stypendialnym dla polskich i zagranicznych kadr medycznych. W 1993 roku Zbigniew Religa został dyrektorem Instytutu Protez Serca Fundacji Rozwoju Kardiologii. Był członkiem Rady Naukowej (1992) i Krajowej Rady Transplantacyjnej (1993) przy Ministrze Zdrowia.

W roku 1993, na osobistą prośbę prezydenta Lecha Wałęsy startował w wyborach do Senatu RP, uzyskując mandat na kadencję 1993–1997.

Aktywnie uczestnicząc w życiu politycznym państwa, Religa był jednocześnie w latach 1996–1999 rektorem Śląskiej Akademii Medycznej. W 1999 roku, po powrocie z Zabrze do Warszawy został zaproszony do prowadzenia Kliniki Kardiologii CSK MSW w Warszawie, gdzie rozpoczął pierwszy w stolicy program transplantacji serca. W 2000 roku podjął się prowadzenia grantu naukowego, którego zadaniem było stworzenie prototypu polskiego robota kardiologicznego.

Od roku 2001 kierował II Kliniką Kardiologii oraz jako dyrektor Instytutem Kardiologii w Warszawie-Aninie. W tym czasie po raz

drugi uzyskał mandat senatora RP (na lata 2001–2005). Wielokrotnie uczestniczył w oficjalnych zagranicznych delegacjach polskiego parlamentu. W latach 1998–2001 pełnił funkcję specjalisty krajowego ds. kardiologii. Od 2005 do 2007 był Ministrem Zdrowia w rządzie premiera Kazimierza Marcinkiewicza, a następnie Jarosława Kaczyńskiego.

Profesor Zbigniew Religa jest autorem ponad 160 oryginalnych prac naukowych oraz książek m.in.: „Zarys kardiologii” (1987), „Kardiologia dziecięca” (2003). Był inicjatorem i realizatorem programów naukowo-badawczych: klinicznego zastosowania sztucznego serca, stworzenia polskiej zastawki biologicznej i prototypu sztucznego serca.

Położył wybitne zasługi dla rozwoju międzynarodowych kontaktów naukowych, utrzymując niezwykle ożywioną współpracę z uznanymi zagranicznymi ośrodkami, takimi jak np. Instytut Transplantologii w Cambridge (Wielka Brytania), Klinika Kardiologii w San Diego (USA), Fundacja Favaloro w Argentynie, Akademia Nauk Medycznych w Gruzji, Lwowski Uniwersytet Medyczny (Ukraina), Narodowy Instytut Kardiologii w Meksyku czy Instytut Transplantologii i Sztucznych Narządów w Moskwie (Rosja).

Był członkiem wielu towarzystw naukowych, m.in.: European Society for Cardiovascular Surgery, International Society for Heart and Lung Transplantation, European Association for Cardio-Thoracic Surgeons, European Society of Artificial Organs, American College of Angiology, Polskiego Towarzystwa Chirurgicznego, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego. Na zaproszenie organizatorów międzynarodowych kongresów i spotkań naukowych wygłosił ponad 100 referatów programowych.

Za wybitne pionierskie osiągnięcia w dziedzinie kardiologii i transplantologii otrzymał najwyższe odznaczenia państwowe, w tym m.in.: Krzyż Komandorski z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski (1995), Krzyż Wielki Orderu Odrodzenia Polski (1998) i Order Orła Białego (2009).

Był doktorem honoris causa pięciu uniwersytetów: Lwowskiego Uniwersytetu Medycznego (1997), Białostockiej Akademii Medycznej (1998), Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (2000), Uniwersytetu Opolskiego (2002) oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (2004).

Został także 5-krotnie wyróżniony nagrodą I stopnia Ministra Zdrowia, medalami: im. Tadeusza Orłowskiego Polskiego Towarzystwa Chirurgicznego oraz Gloria Medicinæ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, złotym medalem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich „Medicus” w Nowym Jorku, Nagrodą im. Alfreda Jurzykowskiego w Nowym Jorku i Krzyżem Komandorskim Orderu Wyalazczości, nadanym przez Najwyższą Komisję Odznaczeń Królestwa Belgii.

Był laureatem Orderu Uśmiechu.

Jego pasją było łowienie ryb i kibicowanie ulubionej drużynie piłkarskiej „Górnik Zabrze”.

Zmarł 8 marca 2009 roku w Warszawie z powodu nieuleczalnej choroby nowotworowej płuc, której nie zdołał pokonać.

Marian Zembala
Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii i Transplantologii SUM
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

Dorota Hedwig

**Prezes
Polskiego Towarzystwa
Walki z Mukowiscydozą**



Życie z mukowiscydozą

Nieuleczalna choroba zawsze komplikuje życie rodzinie, w której się pojawia. W przypadku mukowiscydozy sytuacja jest o tyle gorsza, że dotyka przeważnie dzieci. Przez wiele lat właśnie na dzieciństwie, wcześniejszym czy późniejszym, kończyły istnienie osoby z wadliwym genem. Postęp medycyny z każdym rokiem wzbudza nadzieje na coraz lepsze rokowania.

Po raz pierwszy z mukowiscydozą spotkałam się 22 lata temu. Jako młoda mama pierwszego dziecka dowiedziałam się, że moja siedmiomiesięczna córeczka jest chora na mukowiscydozę. Zupełnie nic mi to nie mówiło, nie miałam nic wspólnego z medycyną i trudno było mi nawet powtórzyć słowo „mukowiscydoza”. Przekazano mi informację, że dzieci z mukowiscydozą żyją bardzo krótko, że będziemy musieli wykonywać systematycznie inhalacje i drenaże, podawać do każdego posiłku enzymy i często przyjeżdżać do Rabki na leczenie dożylnie. Nasze życie rodzinne dostosowaliśmy do potrzeb związanych z wytycznymi lekarza prowadzącego naszą córkę. Staraliśmy się, pomimo ciężkiej choroby, jaką jest mukowiscydoza, żyć w miarę normalnie i całkiem dobrze nam się to udawało. Na świat przychodziły kolejne dzieci, jednak w sercu ciągle tlił się niepokój - dzieci z mukowiscydozą żyją krótko - co to znaczy? Ile? Kiedy to nastąpi? W jaki sposób? Te i inne pytania towarzyszyły mi przez wiele lat. Zaakceptowaliśmy fakt, że inhalacje i drenaże są na porządku dziennym. Cały czas byliśmy skoncentrowani na walce o życie naszej córki. Taki stan rzeczy trwał 11 lat, do momentu, kiedy to po raz pierwszy zobaczyłam, w jak dramatyczny sposób kończyła życie 20-letnia córka mojej

przyjaciółki, również chora na mukowiscydozę. Jej przeciągające się cierpienie, brak tchu, pomimo podawanego tlenu, bezradność lekarzy i rodziców w końcowym stadium tej choroby sprawiły, że zdałam sobie sprawę, że to samo czeka moją córkę. Dopiero wtedy poczułam całą sobą dramat mukowiscydozy. To był decydujący moment w moim życiu - fakt, który zadecydował, że poza własnym czubkiem nosa zobaczyłam dramat wszystkich chorych na mukowiscydozę w Polsce.

Otworzyłam się na problemy innych, stopniowo zaczęłam szukać jakiegoś wyjścia. Wiedziałam, że gdzieś na świecie wykonuje się przeszczepy płuc i zaczęłam przecierać szlak w tym kierunku. Początkowo próbowałam w Berlinie, w końcu dotarłam do Wiednia. Rozpaczliwie chciałam pokazać chorym na mukowiscydozę, że ta choroba to nie wyrok, że mogą przedłużyć swoje krótkie i - jakże ciężkie życie - poprzez przeszczep płuc, który dla tej grupy osób jest wielkim błogosławieństwem. Droga była długa i żmudna, jej pokonanie zajęło mi aż pięć lat. Zakończyła się jednak sukcesem. W wiedeńskiej klinice w 2006r. po raz pierwszy przeprowadzono udany przeszczep płuc u polskiej chorej na CF (ang. *cystic fibrosis* - mukowiscydoza)

W 2002r. zostałam wybrana na Prezesa Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą. Od ośmiu lat staram się pogodzić dom, pracę zawodową i pracę w Towarzystwie.

Działalność Towarzystwa koncentruje się na tym, aby chorym na mukowiscydozę żyło się łatwiej, aby system leczenia w Polsce został zbliżony do standardów europejskich, co gwarantuje dłuższe i lepsze życie tej grupie chorych.

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą istnieje od 1989 roku, w 2004r. uzyskało status Organizacji Pożytku Publicznego. Przez ponad 20 lat działalności Towarzystwo pomogło setkom polskich chorych poprzez organizowanie corocznych szkoleń dla chorych, ich rodzin, lekarzy, a ostatnio także dla pielęgniarek. Wydajemy czasopismo "Mukowiscydoza", prowadzimy bezpłatną wypożyczalnię sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego.

**Twoje dziecko ciągle kaszle?
Sprawdź, czy to nie
MUKOWISCYDOZA**

www.ptwm.pl

Kampania dofinansowana przez
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
bezpłatna infolinia: **0 800 111 169**

Nasza działalność zakłada również prowadzenie subkont dla chorych dzieci, organizowanie spotkań lokalnych grup wsparcia, imprez okolicznościowych itp. Utworzona w 2008 roku bezpłatna infolinia 0 800 111 169 umożliwia uzyskanie wielu porad socjalnych, prawnych i medycznych. PTWM skupia w swoich szeregach chorych, ich rodziców i wszystkich, którym nieobojętny jest los dotkniętych tą ciężką chorobą genetyczną. Tworzymy społeczność wspierającą się wzajemnie w codziennej „walce o oddech”, na różne sposoby próbujemy zmienić istniejące absurdalności naszej polskiej rzeczywistości. Małymi krokami posuwamy się do przodu i chociaż często potykamy się o bezduszność i suchy system służby zdrowia, to widać pozytywne efekty naszych działań, a to mobilizuje do dalszej pracy.

Obecnie w Polsce zarejestrowanych jest około 1400 chorych na mukowiscydozę. Trudno podać konkretną liczbę - wielu chorych odchodzi czasami z dnia na dzień. Każdego roku około 20 młodych ludzi między 10 a 25 rokiem życia umiera. W związku z wprowadzeniem obowiązkowych badań przesiewowych noworodków w kierunku mukowiscydozy, odnotowuje się znacznie mniej przypadków późnego jej wykrywania. Szacuje się jednak, że w Polsce jest prawie cztery razy więcej chorych. Przyczyną takiego stanu rzeczy są właśnie nietrafne diagnozy lub ich brak. Z doświadczeń osób, u których wykryto CF w późniejszym wieku, czasem już dorosłym, wynika, że często lekarze określają stan zdrowia pacjenta na podstawie własnych obserwacji, wiedzy, wzbraniając się przed wystawianiem skierowań do specjalistów. Trafna diagnoza, postawiona odpowiednio wcześnie to początek drogi przez mękę. Wiele rodzin boryka się z problemami finansowymi, zapewnienie choremu dziecku warunków do leczenia niejednokrotnie przekracza ich możliwości. Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą stara się pomóc w zakupie leków, doborze sprzętu z wypożyczalni, ale jest to pomoc doraźna. Wraz z postępem choroby wzrastają potrzeby pacjenta, pojawiają się choroby towarzyszące, a tym samym konieczność przyjmowania większej ilości leków. Z takim stanem rzeczy niektórzy sobie nie radzą i zaniedbują zdrowie swoje lub swojego dziecka.

Bardzo ważnym czynnikiem, mającym wpływ na długość i jakość życia chorych na mukowiscydozę jest stała i profesjonalna

rehabilitacja. Od niej zależy skuteczność leczenia farmakologicznego, jakość i długość życia, funkcjonowanie w społeczności. NFZ gwarantuje chorym bezpłatnie, do granic limitu (wynoszącego 600,- zł) jedynie sprzężarkę powietrza (raz na 5 lat) oraz nebulizator (corocznie - limit 120,- zł). Sprzęt ten umożliwia jedynie stosowanie inhalacji, nie wystarcza natomiast do pełnej rehabilitacji. Pozostały sprzęt rehabilitacyjny jest odpłatny. Zasoby wypożyczalni PTWM są ograniczone, niewystarczające, by zaspokoić potrzeby wszystkich potrzebujących.

W sferze marzeń, choć już tych możliwych do spełnienia, pozostaje budowa kliniki mukowiscydozy o europejskich standardach. Ośrodek taki powinien dysponować odpowiednią liczbą jednoosobowych sal wyposażonych w pełny węzeł sanitarny. Jest to warunek uniknięcia zakażeń krzyżowych, uznanych za jedną z głównych przyczyn szybkiego pogarszania się stanu zdrowia.

Ograniczenie zakażeń przyniosłoby też wprowadzenia domowej antybiotykoterapii dożylniej. Poza tym umożliwiono by chorym normalne funkcjonowanie przy znacznie obniżonych kosztach leczenia.

Na terenie IGiChP w Rabce-Zdroju trwa modernizacja budynku Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy. Zarząd PTWM zadeklarował sfinansowanie stworzenia dodatkowych szesnastu izolatek, gdyż w budżecie Ministerstwa Zdrowia zaplanowano zaledwie trzy.

Towarzystwo pozyskało w roku 2006 wspaniałego prywatnego sponsora, który w do 2009r. sfinansował 11 przeszczepów płuc u naszych podopiecznych w wiedeńskiej klinice AKH. Każdy przeszczep wiązał się wówczas z kosztem 95.000 euro. Dzięki hojności Sponsora uratowano 11 bardzo młodych ludzi. Co więcej, chorzy na mukowiscydozę w Polsce otrzymali nadzieję, że i dla nich jest szansa na dłuższe życie. Niestety, z powodu kryzysu gospodarczego, sponsor był zmuszony wycofać się z dalszego finansowania przeszczepów, dlatego Towarzystwo wystąpiło do Ministerstwa Zdrowia o pomoc i uruchomienie w Polsce ośrodka przeszczepiającego płuca u chorych na mukowiscydozę.

Moglibyśmy żyć dłużej

Średnia długość życia chorych na MUKOWISCYDOZĘ

**w Polsce: 20 lat
na Zachodzie: 40 lat**

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



Polskie Towarzystwo
Walki z Mukowiscydozą
KRS: 0000064892



www.walkaooddech.pl

W odpowiedzi na wystąpienie Towarzystwa Ministerstwo Zdrowia wskazało na Śląskie Centrum Chorób Serca jako ośrodek sprawujący obecnie opiekę specjalistyczną nad chorymi na mukowiscydozę, którym przeszczepiono płuca w wiedeńskiej klinice i wykonujący przeszczepy płuc u chorych cierpiących na inne schorzenia. Śląskie Centrum Chorób Serca prowadzi transplantacje płuc, uzyskując coraz większe doświadczenie w takich operacjach. Mamy nadzieję, że w bardzo bliskiej przyszłości ośrodek ten będzie gotowy do wykonania przeszczepów płuc również u chorych na mukowiscydozę, którzy wymagają zapewnienia szczególnych warunków okołoperacyjnych. Niestety, w Śląskim Centrum w Zabrze, pomimo doskonale przygotowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, brakuje nadal odpowiednich warunków lokalowych, które mają bardzo duże znaczenie w przypadku przeszczepów u chorych na mukowiscydozę. Również w tym ośrodku konieczne jest utworzenie oddziału izolacyjnego, który pozwoliłby uchronić chorych przed zakażeniami krzyżowymi bakteriami o dużej antybiotykooporności. Zakażenia chorych po przeszczepie takimi bakteriami stanowią realną groźbę dla ich życia. Uruchomienie przeszczepów płuc u chorych na mukowiscydozę w Zabrzu wymaga zatem nakładów finansowych ze strony Ministerstwa Zdrowia na rozwój infrastruktury Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Wielką nadzieją jest dla nas przychyłność Pana Prof.

Mariana Zembali. Cała społeczność mukowiscydozy z uwagą śledzi kroki w kierunku transplantacji płuc u chorych na CF w Polsce, wierząc że wkrótce nadejdzie taki dzień, iż przeszczepy płuc u tej grupy chorych będą czymś naturalnym, dostępnym w zabrzańskiej klinice. Bardzo cenimy dr. Jacka Wojarskiego, dr. Sławomira Żeglenia oraz dr. Marka Ochmana, gdyż dzięki ich zaangażowaniu i otwarciu nasi chorzy po transplantacji płuc w Wiedniu mogą zawsze skorzystać z fachowej opieki medycznej w Śląskim Centrum Chorób Serca. Dla nas to duży krok do przodu, gdyż widzimy, że mukowiscydoza, chociaż jest chorobą trudną, nie przeraża ambitnych lekarzy.

Mamy świadomość wielu pozytywnych zmian, jakie zaszły w leczeniu chorych na mukowiscydozę w ostatnich latach w Polsce. Są one wynikiem konsekwentnych działań środowisk chorych, ich rodzin i lekarzy, którzy rozumieją powagę problemu. Cieszymy się z osiągniętych już sukcesów, z poparcia części środowiska lekarskiego i nie zaprzestaniemy dalszych starań o osiągnięcie warunków, w jakich żyją chorzy na mukowiscydozę w Europie Zachodniej lub Stanach Zjednoczonych. Młodzi Polacy mają takie samo prawo do życia jak ich rówieśnicy w innych krajach. Wierzimy, że zmiany w leczeniu, o które zabiegamy, są realnie osiągalne również w Polsce i średnia przeżycia, która obecnie wynosi u nas 20 lat szybko dorówna do poziomu Europy Zachodniej, czyli do 36 lat.



OKIEM EKSPERTA

Marek Ochman

KOMENTARZ

Mukowiscydoza (zwłóknienie torbielowate, ang. cystic fibrosis - CF) to najczęściej występująca w populacji białej choroba uwarunkowana genetycznie, która jest dziedziczona autosomalnie recesywnie. Zdarza się z częstotnością ok. 1 na 3000 urodzeń. Przyczyną choroby są mutacje genu zlokalizowanego na 7 chromosomie, który koduje białko błonowe CFTR, będące kanałem chlorkowym błony komórek nabłonkowych i regulatorem innych kanałów jonowych. Wadliwe białko zaburza transport chloru i sodu, czego następstwem jest zmniejszenie zawartości wody w wydzielinie przewodów wyprowadzających gruczołów zewnątrzwydzielniczych.

Objawy kliniczne CF, spowodowane produkcją nadmiernie lepkiego śluzu, związane są głównie z zaburzeniami w układzie oddechowym, pokarmowym i rozrodczym.

W drogach oddechowych dochodzi do upośledzenia oczyszczania śluzowo-rzęskowego, inaktywacji enzymów chroniących przed zakażeniami, zatykania oskrzelików - co stwarza warunki sprzyjające przewlekłym infekcjom bakteryjnym. Zaburzenia te prowadzą w konsekwencji do uszkodzenia oskrzeli, z powstawaniem rozstrzeni i rozwinieniem niewydolności oddechowej (główna przyczyna zgonu w tej grupie chorych).

W przypadku układu pokarmowego objawy związane są głównie z niewydolnością trzustki: najpierw zewnątrzwydzielniczą (zatkane przewody wyprowadzające powodują aktywację enzymów trzustko-

wych a następnie uszkodzenie narządu) a później również wewnątrzwydzielniczą, objawiająca się cukrzycą. Upośledzone jest nie tylko trawienie; nadmiernie lepki śluz zaburza perystaltykę.

Do objawów podmiotowych CF, które zwykle pojawiają się już w pierwszych miesiącach życia należą: kaszel (początkowo sporadyczny, później codzienny), krwioplucie, duszność, utrata masy ciała, wzdęcia i bóle brzucha, upośledzenie drożności nosa z przewlekłym, ropnym nieżytem.

Rozpoznanie CF potwierdza się wykonując:

- pomiar stężenie chloru w pocie (wartość powyżej 60 mmol/l 2 badaniach potwierdza chorobę)
- badanie genetyczne mutacje genu CFTR
- pomiar przezbłonowej różnicy potencjału w błonie śluzowej nosa

Leczenie mukowiscydozy jest na obecnym etapie wyłącznie objawowe. Powinno ono być prowadzone przez wielodyscyplinarny zespół (lekarz, rehabilitant, dietetyk, psycholog).

Najważniejsze jest sprawne usuwanie wydzieliny z dróg oddechowych, odpowiednie żywienie (nawet 150 % normalnego zapotrzebowania kalorycznego zdrowej osoby z suplementacją enzymów trzustkowych), zapobieganie i zwalczanie zakażeń.

Jak najwcześniejsze rozpoznanie choroby, właściwa edukacja rodziców/opiekunów, zapewnienie możliwie najlepszych warunków higienicznych (profilaktyka przeciwnieinfekcyjna), może przyczynić się do wydłużenia średniego czasu przeżycia pacjentów z mukowiscydozą w naszym kraju.



Miażdżyca u starożytnych Egipcjan

Współcześnie, w krajach ekonomicznie rozwiniętych, przyczyną połowy wszystkich zgonów są powikłania zakrzepowe miażdżycy, przy czym co piątą śmierć spowodowana jest chorobą wieńcową [1,2]. Statystyka ta wskazuje że, pomimo postępów, jakie dokonały się w kardiologii oraz w naukach podstawowych, miażdżyca pozostaje nierozwiązanym problemem zdrowotnym jak i społecznym.

Nacieczenia tłuszczowe lub blaszki włókniste powstają już u dzieci. W połowie ubiegłego stulecia zaskoczenie wywołał fakt, że u trzech

czwartych amerykańskich żołnierzy poległych w wojnie koreańskiej znajdowano podczas autopsji zmiany aterosclerotyczne w aorcie lub tętnicach wieńcowych. Uważa się, że u blisko połowy osób młodych, często nieobciążonych jeszcze licznymi czynnikami ryzyka, dochodzi do wytworzenia pasm tłuszczowych (*fatty streak*) lub blaszek bardziej zaawansowanych (*fibrous plaque*).

Miażdżyca nie jest chorobą człowieka współczesnego, czego dowodem są mumie egipskie. U jednej na trzy można wykazać obecność zmian miażdżycowych o typowej lokalizacji. Historycznie, do niedawna najstarszym udokumentowanym przypadkiem osoby chorującej na miażdżycę był faraon, Merenptah – władca starożytnego Egiptu z XIX dynastii panujący w okresie 1213-1203 p.n.e. trzynasty syn Ramzesa II i królowej Isetnofret. [3,4] (ryc. 1).



Ryc. 1. Mumia oraz posąg faraona Merenptaha w świątyni w Luksorze. Jego królewski grób znajduje się w Dolinie Królów.

Przeprowadzone ostatnio za pomocą tomografii komputerowej badania mumii z muzeum w Kairze, wykazały obecność zmian uwapnionych u większości z mumifikowanych osób, które jak sądzą badacze, zmarły po 45 roku życia (ryc. 2).



Ryc. 2. Badanie mumii egipskich z muzeum w Kairze za pomocą 16-rzędowego tomografu komputerowego

Badania te przesunęły najwcześniej udokumentowany przypadek miażdżycy o około 300 lat, czego dowodem jest obecność zmiany uwapnionej w łuku aorty u mamki królowej Nefretete, zwanej Panią Rai (1570-1530 rok p.n.e. (ryc. 3), [5]. Istnieją więc niezbita dowody, że miażdżycy występowała u ludzi zanim jeszcze Pan Bóg powołał Mojżesza na swojego proroka.



Rycina 3. Mumia Pani Rai (XVIII dynastia).

Anatomopatolog i znawca starożytności, Sir Marc A. Ruffer (1859-1917), pisze w artykule opublikowanym w 1909 r., że topografia zmian ateromatycznych w mumiach jest identyczna, jak u współczesnych mieszkańców Egiptu i Bliskiego Wschodu [6] (ryc. 4). Zakładając, że jeżeli miażdżycy ma związek z przepływem, to właściwości fizyczne krwi, które opisuje reologia oraz zjawiska przepływowe, które bada hydrodynamika są niezmiennie. Dzisiaj wiemy, że blaszki, tak jak przed ponad trzema tysiącami lat, tworzą się w miejscach, w których na ścianę tętnic działają małe i oscylacyjne naprężenia ścinające, będące konsekwencją formowania się przepływów wtórnych [7].



Rycina 4. Uwapniona blaszka miażdżycowa w tętnicy podkolanowej w badaniu CT mumii kobiety, która żyła w okresie panowania XVIII dynastii. Gęstość w tym miejscu wynosi 1530 jednostek (Zdjęcie pochodzi z pracy Hounsfielda. Allam AH, Thompson RC, Wann LS, Miyamoto MI, Thomas GS. Computed tomographic assessment of atherosclerosis in ancient Egyptian mummies. JAMA. 2009;302:2091-4).

Piśmiennictwo

1. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics: 2007 Update. Dallas, TX: American Heart Association; 2007.

2. CHD Statistics Fact Sheet 2008: United Kingdom. [grudzień 2009r.]. <http://www.ws3.heartstats.web.baigent.net/datapage.asp?id=6799>.

3. Shattock SG. A report upon the pathological condition of the aorta of King Merneptah. Proc R Soc Med. 1909;2:122-7

4. Bruetsch WL. The earliest record of sudden death possible due to atherosclerotic coronary occlusion. Circulation. 1959;20:438-41

5. Allam AH, Thompson RC, Wann LS, Miyamoto MI, Thomas GS. Computed

tomographic assessment of atherosclerosis in ancient Egyptian mummies. JAMA. 2009;302:2091-4

6. Ruffer MA. Note on the histology of Egyptian mummies. BMJ 1909;1:1005\

7. Caro CG, Fitz-Gerald JM, Schroter RC. Atheroma and arterial wear: observation, correlation and proposal of a shear dependent mass transfer mechanism for atherogenesis. Proc R Soc Lond B Biol Sci. 1971;177:109



POPATRZMY NA RĘCE

Doskonała funkcjonalność ludzkich rąk pozwala nam na wykonywanie wielu skomplikowanych czynności. W ciągu dnia dotykamy olbrzymiej ilości przedmiotów, a także ludzi i zwierząt. Powierzchnia dłoni bezpośrednio kontaktuje się z wieloma czynnikami o różnorodnym charakterze chemicznym i mikrobiologicznym. Skóra stanowi siedlisko różnych drobnoustrojów. Ponadto, oprócz stałej, fizjologicznej flory pojawiają się mikroorganizmy pochodzące ze wszystkiego, co dotykamy. Niektóre z nich wywodzą się jednak ze szczepów groźnych dla zdrowia. Szczególne zagrożenie niesie ze sobą kontakt z materiałami zakaźnymi lub osobami zainfekowanymi przez drobnoustroje chorobotwórcze. Niebezpieczne mikroby, wykazujące tendencję do zarażania przez kontakt ze skórą chorego, przyczyniają się do rozprzestrzeniania wielu chorób zakaźnych. Brudne ręce są przyczyną poważnych dolegliwości min. układu pokarmowego, skóry, zakażeń ran a także grypy.

Na każdym centymetrze kwadratowym skóry dłoni może znajdować się nawet 1 mln szkodliwych mikroorganizmów. Można je podzielić na trzy grupy:

1. Mikroorganizmy występujące permanentnie, stanowiące tak zwaną florę stałą, fizjologiczną. Nie ma ona właściwości chorobotwórczych, namnaża się w fałdach skórnych, mieszkach włosowych, gruczołach łojowych i potowych. Flora ta zapewnia prawidłowe funkcjonowanie skóry, m.in. jako bariera ochronna przed drobnoustrojami chorobotwórczymi i jest bardzo trudna do usunięcia, nawet przy zastosowaniu środków medycznych (nie ma sposobu, by całkowicie wyjałowić skórę).
2. Flora przejściowa, obca skórze, składająca się z drobnoustrojów niezdolnych do stałego przebywania na niej i rozmnażania się. Mikroorganizmy te stanowią zanieczyszczenia, nabyte w kontakcie ze środowiskiem, pozostające na powierzchni skóry okresowo, ale wystarczająco długo, aby mogły stać się źródłem infekcji. U pracowników służby zdrowia stanowią ją często mikroorganizmy chorobotwórcze, które, przy braku przestrzegania zasad higieny rąk, mogą zostać przeniesione z jednego pacjenta na drugiego.
3. Drobnoustroje powodujące aktualne zakażenia skóry, m.in. infekcje gronkowcami, grzybami drożdżopodobnymi, jest to tak zwana flora infekcyjna.

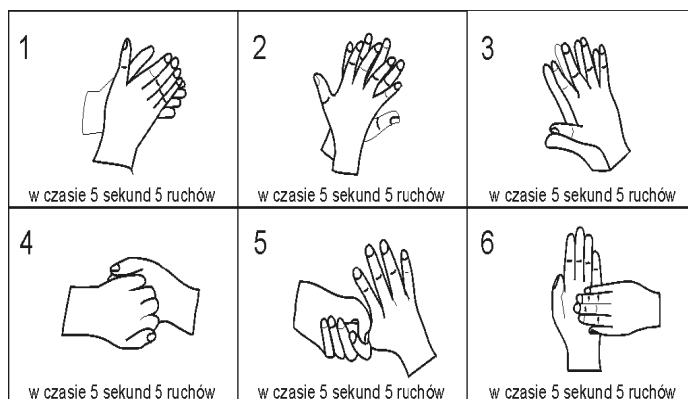
Jak widać, ręce stanowią najważniejszą drogę przenoszenia chorobotwórczych mikroorganizmów. Higiena rąk każdego z nas na

co dzień ma kluczowe znaczenie dla zdrowia, profilaktyki i bezpieczeństwa podczas pracy i poza nią. To najbardziej skuteczny, tani i łatwo dostępny sposób zapobiegania zakażeniom, ale niestety - najczęściej lekceważony. Problem higieny rąk to temat wstydlivy i wciąż oficjalnie nieistniejący. Każdy z nas wie o istotności mycia rąk i nikt nie podważa znaczenia tej, wydawałoby się prozaicznej, czynności. Okazuje się jednak, że 50% mężczyzn i 25% kobiet w Polsce nie myje rąk po wyjściu z toalety (raport PZH). Z badań przeprowadzonych przez firmę Domestos wynika, że aż 63% mężczyzn i 28% kobiet nie myje rąk po skorzystaniu z toalety.

Mycie rąk pod bieżącą, letnią wodą płynnym mydłem jest najważniejszą czynnością higieniczną, którą należy wykonać:

- po wejściu i przed opuszczeniem miejsca pracy,
- po wyjściu z toalety,
- po wykonaniu prac porządkowych,
- przed spożywaniem posiłku,
- przed przystąpieniem do pielęgnacji dzieci i chorych,
- po zakończeniu czynności pielęgnacyjnych (higienicznych),
- przed dotykaniem żywności,
- przed karmieniem dzieci i chorych,
- po każdorazowym kontakcie z ziemią,
- również po każdym kichnięciu, zakastaniu, wydmuchaniu nosa.

Dzięki prawidłowemu myciu rąk można usunąć znaczną liczbę drobnoustrojów należących do flory przejściowej i stałej. Mycie jest skuteczne tylko wtedy, kiedy ręce pozbawione są biżuterii, paznokcie krótko obcięte, niepomalowane (lakier w czasie częstego mycia odpryskuje spod płytki lakieru wydostają się świeże drobnoustroje), skóra jest bez zmian chorobowych. Aby dokładnie umyć ręce, należy nanieść odpowiednią ilość środka myjącego, najlepiej mydła w płynie, na dłonie i umyć całą powierzchnię rąk (dłonie, przestrzenie między palcami, kciuki, nadgarstki). Powinno ono trwać min. 30 sekund, po czym ręce należy spłukać bieżącą wodą i osuszyć jednorazowym ręcznikiem.



Rys. Technika mycia rąk metodą prof. G.A.J. Aylliffe'a zatwierdzoną przez Europejski Komitet Normalizacyjny CEN

Nie zapominajmy zatem o podstawowych zasadach higieny i wyróbmy w sobie nawyk częstego i dokładnego mycia rąk.

Krzysztof Baranowski

żeglarz, jachtowy kapitan
żeglugi wielkiej, dziennikarz,
mentor

www.krzysztofbaranowski.pl



Miałem szczęście brać udział w pierwszej wielkiej wyprawie oceanicznej pod żaglami dookoła Ameryki Południowej na jachcie *Śmiały* i wtedy pierwszy raz pomyślałem o Przylądku Nieprzejednanym.

Jakież było moje rozczarowanie, gdy kapitan Bolesław Kowalski oznajmił, że nie popłyniemy wokół Hornu tylko przez Cieśninę Magellana.



Cieśnina Magellana z lotu satelity

Dzisiaj chwałę tę decyzję, gdyż może nie miałbym okazji zwiedzać dzikich i urokliwych kanałów patagońskich (czytaj Zydlera w marcowym numerze „Jachtingu”). W chilijskim Punta Arenas miejscowe dziewczyny nauczyły nas patriotycznej piosenki, która mówi, że kto zje owocki miejscowego berbersy *calafates* ten musi powrócić w te okolice. Do dziś pamiętam te słowa:



Calafates

Hay que come calafates ha de volver

Zajadaliśmy *calafates*, śpiewaliśmy piosenkę i naśmiewaliśmy się z przepowiedni. A tymczasem nie minęło wiele czasu, gdy zaczęliśmy powracać. Jeden jako oficer na statku handlowym, drugi z wyprawą kajakową, trzeci jako turysta. Mnie przypadł Przylądek Horn w samotnym rejsie dookoła świata na jachcie *Polonez*.



Moje wizje urzeczywistnione - "Polonez"

Muszę rozczarować Czytelników. Nie było walki z siłami natury, nie było sztormowania, a ogromne fale zagrażające całości jachtu już mnie zdążyły sponiewierać na Oceanie Indyjskim. Na 100 mil przed Przylądkiem jacht stanął unieruchomiony ciszą. W przejrzystym powietrzu widać było ośnieżone szczyty Andów. Po rekordowym przelocie z Australii (zapisanym później w księdze Guinnessa) ten bezruch

na oceanicznym rozkołysie był szokujący. Postawiłem spinakera, bardziej dla fasonu niż z rzeczywistej potrzeby, ale tak wiele nieprawdopodobnych wydarzeń miałem na swoim koncie, że nie liczyłem że ktoś uwierzy w moją relację...

Gdy zapadła noc i wiatr się ożywił, okazało się, że trzeba iść ostro na wiatr, a na kursie wyspy Diego Ramirez. To miejsce w Cieśninie Drake'a znane jest z silnych prądów. Konieczność określenia swojej pozycji zmusiła mnie do wyciągnięcia sekstantu (GPS wtedy nie istniał) i polowania na Księżyc i gwiazdy. Szczęściem właśnie światło księżyca pozwoliło wypatrzeć zarys groźnych wysp na zawietrznej. A potem poszedłem spać ustawiając jacht na samosterowność. Gdy wstałem o świcie przed dziobem widać było Przylądek Horn...



Horn za rufą "Poloneza" (1973)

Trzy dni później zawijałem do Port Stanley na Falklandach w pogodzie sztormowej. Przy Hornie dmuchało 12°B. Zbiegiem okoliczności Przylądek okrążył wtedy inny polski jacht *Euros* z kompletem załogi pod dowództwem Aleksandra Kaszowskiego. Jeszcze inny polski jacht *Konstanty Maciejewicz* pod Tomaszem Zydlerem (tym samym, który dziś jest autorem "Jachtingu") zmierzał na Horn od strony Atlantyku. Był rok 1973.

Siedem lat później wyprowadzałem *Pogorię* w dziewiczy rejs oceaniczny. Polska Akademia Nauk chciała wypróbować transport żaglowy dla wymiany ekip na stacji antarktycznej im. Arctowskiego. Celem rejsu była więc wyspa King George w Południowych Szetlandach. Na południowym Atlantyku trzymaliśmy się brzegów Argentyny, bo tak zalecają Ocean Passages for the World. Minęliśmy wejście do Cieśniny Magellana i wzdłuż Ziemi Ognistej trafiliśmy na wejście do Cieśniny Le Maire. Wiatr był pomyślny i po raz kolejny miałem Przylądek na kursie. I jak poprzednio zapanowała cisza... Rozumiałem oczekiwania załogi, z których każdy (jak ja kiedyś) chciał zaliczyć Horn, więc uruchomiłem silnik. Wszystko zapowiadało się dobrze, ale na 60 mil przed Hornem wysiadło sprzęgło i stanęliśmy bezradnie kiwając się z burty na burtę. Usuwanie awarii trwało wiele godzin i tyle czasu trwało bezwietrze. Szwał z zachodu o sile 12°B przyszedł w środku nocy, gdy silnik był już naprawiony.

W świetle salingowych halogenów widać było biały spieniony dywan na powierzchni morza, odkosy dziobowe uciekającego z wiatrem jachtu i filigranowe sylwetki ludzi mocujących się na rei z niesfornym żaglem. Gdy na porannym apelu mówiłem załodze, że nie będzie tym razem Hornu, bo czeka nas poważniejsze zadanie, położone jeszcze dalej, w wielu oczach widziałem łzy...

W powrotnej drodze z Antarktyki, przy silnym zachodnim wietrze o Hornie nie było mowy. Celowaliśmy na Falklandy, a przeżycie huraganu w Zatoce Admiralicji chyba wyczerpało potrzeby załogi na jeszcze więcej „niedźwiedziego mięsa”. Horn pozostał na trawersie w odległości kilkuset mil.



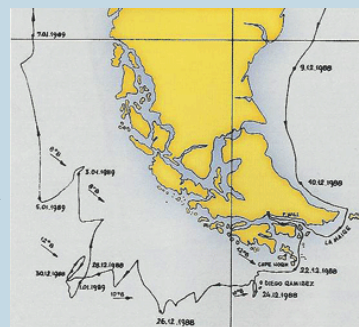
Moje wizje urzeczywistnione - "Pogoria"

Nie wiem czy był to ciągle skutek *calafates*, ale w roku 1988 jeszcze raz odwiedzałem *Pogoria* Ziemię Ognistą. W Ushuaia wysiadła część załogi i zaokrętował drugi semestr Międzynarodowej Szkoły pod Żaglami. Z piętnastoletnimi Rosjanami, Amerykanami i Polakami zamierzaliśmy popłynąć w kanały patagońskie, ale mimo poparcia Waszyngtonu (o Moskwie nie wspominaliśmy) władze chilijskie nie wyraziły zgody i jedynym sposobem kontynuowania podróży na Pacyfik było okrążenie Hornu.

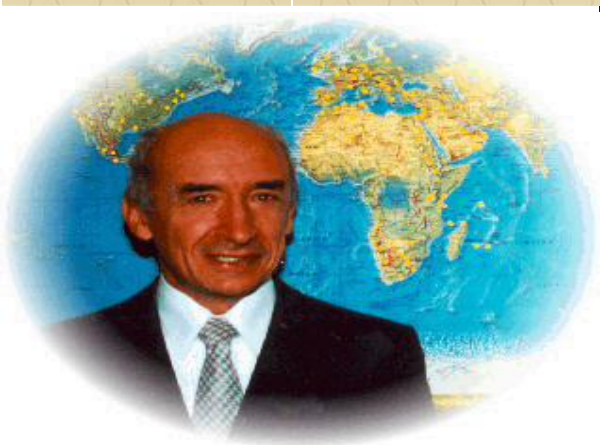
Z początku wszystko zapowiadało kolejną niespodziankę bezwietrza – trawers Hornu osiągnęliśmy na silniku, a gdy parę godzin później przyszedł przeciwny wiatr, to tak silny, że zmiotł co było postawione – grot poszedł w strzepy, a kliwry trzeba było pozrzucić pozostawiając jakieś chusteczki do nosa.

Tym razem wszystko odbywało się jak opisuje literatura. Jeden hals w stronę Antarktydy, drugi hals w stronę Ziemi Ognistej i tak przez dwa

tygodnie. Minęło Boże Narodzenie, minął rozkołysany Sylwester i Nowy Rok. Zaczynało brakować wody i paliwa, a oficerowie po kach szeptali, czy nie lepiej wrócić z wiatrem na Atlantyck. Młodzież miała zakaz pokazywania się na pokładzie, żeby kogo czasem nie zmyło. Tymczasem kołysaliśmy się na ogromnych wodnych pagórkach halsując beznadziejnie pod nadlatujące niże. Wreszcie niewielka odkrętka wiatru na SW pozwoliła wyrwać się z kleszczy Hornu, skoczyliśmy kursem północno zachodnim, ale odetchnęliśmy z ulgą dopiero w Valdivii.



2 tygodnie halsówki "Pogoria" (1988)



Wojciech Dąbrowski

inżynier, podróżnik, dziennikarz

autor książki „Na siedem kontynentów — notatnik podróżnika”

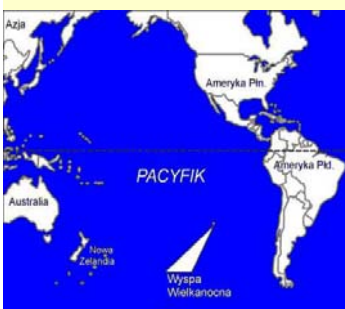
www.kontynenty.net

Prawo przedruku zabronione.





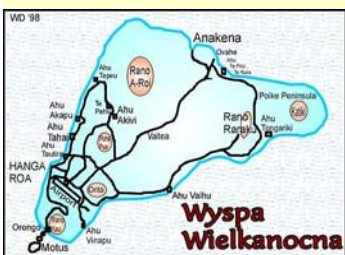
Teorii dotyczących pochodzenia mieszkańców tej wyspy jest wiele: jedni uważają, że przybyli oni z Polinezji, inni - w tym znany badacz Thor Heyerdahl - że z Ameryki Południowej. Jedno jest wszakże niepodważalne: że osiedlili się na jednej z najbardziej odosobnionych wysp świata i że przed wiekami stworzyli tam kulturę, która do dziś pozostaje jedną z najbardziej fascynujących zagadek historycznych...



Na pokonanie blisko czterech tysięcy kilometrów dzielących kontynent południowoamerykański od niezwykłej wyspy odrzutowiec potrzebuje aż pięciu godzin. Nużąca to podróż - pod skrzydłami jak okiem sięgnąć tylko bezkresny granat Pacyfiku. Kiedy w końcu schodzimy do lądowania jest już ciemno, a przez iluminator widać w dole tylko nieliczne światelka. Siadamy na pasie, który swoją dobrą jakością zawdzięcza tylko temu, że jest zapasowym lądowiskiem dla amerykańskich promów kosmicznych. Samolot kołuje do małego terminalu, a gdy w końcu otwierają drzwi uderza w nas wilgotne ciepło tropiku i jakieś nieznanne zapachy. Przed terminalem czekają miejscowi, by zabrać do swoich domów tych turystów, których nie stać na drogi hotel. Dla dwóch tysięcy ludzi zamieszkujących dziś na wyspie głównymi źródłami utrzymania są obsługa ruchu turystycznego i rolnictwo. W większości są to Polinezyjczycy, mówiący dialektem niepodobnym do żadnego europejskiego języka, nazywający swoją wyspę i siebie Rapa Nui.



Pierwszymi Europejczykami, którzy ujrzeli Rapa Nui byli holenderscy żeglarze z okrętu dowodzonego przez Jacoba Roggevereena. Było to w niedzielę Wielkiej Nocy 1722 roku. Nazwali ją z tej okazji Wyspą Wielkanocną, nieświadomi tego, że następny skrawek lądu zobaczą dopiero 2000 kilometrów na zachód. Jeszcze zanim zeszli na ląd dojrżeli ustawione na bezleśnym wybrzeżu szeregi gigantycznych, kamiennych posągów. Stały zwrócone plecami do morza. W 52 lata później wyspę odwiedził Anglik - kapitan Cook. Został wszystkie figury przewrócone twarzami do ziemi. W takiej pozycji przetrwała większość z nich do naszych czasów. Nikt do dziś naprawdę nie wie, jaki kataklizm powalił wtedy posągi. Naukowcy przypuszczają, że przewrócono je podczas walk między klanami zamieszkującymi wyspę



Rano wyruszam na zwiedzanie. Rapa Nui ma kształt trójkąta, z kraterami wygasłych wulkanów położonymi w jego wierzchołkach. Podstawa tego trójkąta ma około 24 kilometrów, a wysokość blisko 12. I choć na pierwszy rzut oka może się wydawać, że w ciągu kilku dni da się tą wyspę zwiedzić pieszo to okazuje się, że jest to tylko częściowo realne. Jedyna osada na tym skrawku ziemi - Hanga Roa leży w jego zachodniej części i po to, aby dotrzeć z niej pieszo do ciekawych miejsc najdalej wysuniętych na wschód, zwiedzić je i wrócić nie wystarczy jednego dnia. Na tą najdalszą wycieczkę trzeba wynająć samochód i zabrać ze sobą odpowiedni zapas wody, bo jest piekielnie gorąco, a po drodze nie ma żadnego zaopatrzenia. Cały skromny handel i gastronomia wysepki zgrupowane są w Hanga Roa.



-Ta czerwona droga doprowadzi cię do cmentarza. A jak już tam dojdiesz, to na prawo zobaczysz Ahu Tahai! - instruuje mnie moja gospodyni z Pension Tahai. Zobaczyłem! Moje pierwsze moais - bo tak miejscowi nazywają posągi - stały na samym brzegu, zwrócone tyłem do spienionego morza. Samotne, milczące i zagadkowe... Twórcy posągów ustawili je na brzegu na ułożonych z kamiennych bloków podestach, czy też ołtarzach nazywanych ahu. Tego nie pisze się już w kolorowych turystycznych prospektach, ale tylko kilka zrujnowanych ahu przywrócono dziś do dawnej świetności. Turysta przylatujący na wyspę nie zdaje sobie zazwyczaj sprawy, że posągi podniesione do pozycji pionowej znajdzie tylko w kilku punktach wybrzeża, w sumie stoi ich obecnie na różnych ahu nie więcej niż 50. Ale i ta ilość wystarczy, by zrobić na przybyśzu wrażenie.



Najdłuższy szereg moais znalazłem na Ahu Tongariki. Stało ich tu chyba aż 15. Najlepiej zachowane i najbardziej malowniczo usytuowane są jednak posągi stojące przy Anakenie - jedynej piaszczystej plaży na wyspie. Kilka z nich dźwiga dodatkowo na głowach wykonane z czerwonego kamienia cylindryczne kapelusze pukao. Anakena to w surowym pejzażu Rapa Nui prawdziwie rajski zakątek. Bo Wyspa Wielkanocna uważana jest wprawdzie za część Polinezji, ale jej krajobraz kłóci się z tradycyjnymi wyobrażeniami przedstawiającymi wyspy otoczone złotymi piaszczystymi plażami i pokryte palmowymi gajami. Tutaj wszędzie, z wyjątkiem Anakeny brzegi są skaliste i niegościnne. A jedyny zagajnik palmowy znajduje się właśnie przy tej plaży. Poza tym wyspa jest bezleśna; czyżby wszystkie drzewa zużyto niegdyś do transportowania posągów?

KĄCIK PODRÓŻNIKA



Tajemnicze moais są dziś magnesem przyciągającym turystów z całego świata. Bo też nie ma na naszym globie drugiego podobnego miejsca. Policzone, że na całej wyspie posągów jest przeszło sześćset, z tego około 150 porzucono przed wiekami w kamieniołomie Rano Raraku, gdzie rodziły się figury. Rano Raraku (na zdjęciu obok) to dawno wygasły wulkan. Kiedy patrzyłem na niego z dużej odległości nie domyślałem się jeszcze, że punkciki rozrzucone na trawiastych zboczach to porzucone przed wiekami posągi... Z nieznanых przyczyn (bunt?) pewnego dnia robotnicy przerwali katorżniczą pracę w kamieniołomie...



Jedne posągi pozostawiono na wpół zasypane ziemią, leżące lub sterzące w pozycji pionowej (patrz następne zdjęcie), a inne jeszcze nie oddzielone od kamiennego monolitu górskiego zbocza - jak ten obok. W grupie tych ostatnich jest największy spośród posągów, mający 21,5 metra długości - nigdy nie odcięty od podłoża. Wizyta w kamieniołomie pozwala docenić ogrom pracy, którą wkładano niegdyś w wyciosanie i przetransportowanie każdego posągu. Tu warto spędzić nawet kilka godzin...



Waga kolosów dochodziła nawet do stu ton! A mieszkańcy Rapa Nui używali przecież do ich obróbki tylko narzędzi z obsydianu - twardego, szklistego kamienia wydobywanego z wygasłych wulkanicznych kraterów. Nie znali koła i tajemnicą pozostaje, jak kamienne kolosy wędrowały z kamieniołomu na wybrzeże. Jedną z teorii sugeruje, że używano do tego celu rodzaju kroczącego dźwigu pod którym w pozycji poziomej podwieszony i następnie przesuwany krokami był posąg.

Ustawianie posągów do pozycji pionowej na wybrzeżu odbywało się - według innej teorii - przez podsypywanie pod figurę z jednej strony coraz wyższej warstwy skalnego gruzu. Po ustawieniu posągu powstała w ten sposób górkę usuwano. Zaś kapelusze *pukao* od początku przywiązane były do głowy posągu...



Wszystkie ahu stoją na wybrzeżu oceanu - z wyjątkiem jednego - Ahu Akivi, które wzniesiono w głębi łądu. Przywrócone do pozycji pionowej posągi stoją tu w szeregu (patrz zdjęcie obok) - i wcale nie plecami do oceanu, jak ich bracia z innych ahu.

Obok są warte odwiedzenia podziemne grotty, w których prawdopodobnie chronili się tubylcy, a całość jest w zasięgu kilkugodzinnej pieszej wycieczki z Hanga Roa.



Największe z nich ważą po kilka ton... To leżące obok posągów kapelusze *pukao*. Wycinano je z czerwonego, porowatego kamienia w innym kamieniołomie, który położony jest również w pobliżu Hanga Roa. Dopiero za drugim podejściem dotarłem do tego miejsca - na wyspie nie ma drogowskazów, a wszystkie drogi z wyjątkiem szosy Hanga Roa - Anakena są traktami szutrowymi...



Na zachód od stolicy wyspy wznoszą się łagodnie stoki wulkanu Rano Kau. Przy dużej dozie samozaparcia można się wspiąć pieszo biegnącą zakosami szutrową drogą aż na krawędź kaldery, która pozostała po dawnym kraterze. Warto! Jest to jedno z najbardziej malowniczych miejsc na wyspie. Cienka, wyszczerbiona ściana kaldery oddziela jej wypełnione deszczową wodą wnętrze od szafirowego oceanu - widać to dobrze na sąsiednim zdjęciu... Na dole w kalderze rośnie sitowie...



Na tym górskim grzbiecie zachowały się zbudowane z płaskich kamieni domostwa dawnych mieszkańców wyspy: schrony, których podstawa miała kształt dużej łodzi. Domostwa pozbawione były okien, wchodziło się do nich, a właściwie wchodziło przez niewielkie otwory pozostawione na poziomie gruntu. Zachowało się kilka takich domostw - jedno z nich odkryto, aby bez czołgania turyści mogli zobaczyć, jak taki dom wyglądał w środku...



W dole, pod trzystumetrową stromizną szumi ocean, piniąc się przy brzegach trzech niewielkich, skalistych wysepek, odległych o kilkaset metrów. Zgodnie z przekazywaną z pokolenia na pokolenie tradycją to tu odbywały się co roku rytualne wyścigi, które miały wyłonić śmiałka piastującego przez kolejny rok miano człowieka-ptaka. Zadaniem zawodników było przepłynięcie na wysepkę, odnalezienie tam jajka rzadkiego gatunku mewy i powrót do osiedla na wysokiej krawędzi krateru.

Bardzo sugestywnie pokazano te wyścigi w znanym i u nas filmie "Rapa Nui". Kilka lat temu wydawało się, że zrealizowane z rozmachem dzieło ściągnie w następstwie na Wyspę Wielkanocną tłumy turystów. Przewidywania niezupełnie się sprawdziły. Wyspa leży zbyt daleko od uczęszczanych szlaków komunikacyjnych. Napływ turystów skutecznie ogranicza ilość rejsowych samolotów LAN Chile przemierzających południowy Pacyfik - lądują tu one zaledwie 2-3 razy w tygodniu.



BADANIE SATYSFAKЦИИ I OPINII PRACOWNIKÓW ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHORÓB SERCA

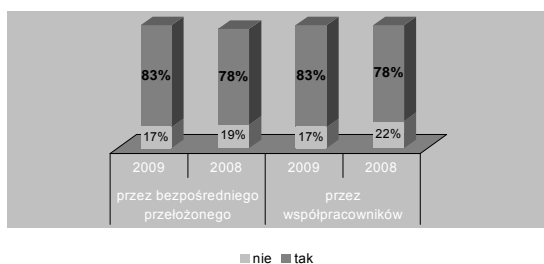
Badanie satysfakcji personelu daje odpowiedź na pytania: co rzeczywiście motywuje pracowników, jak oceniają oni swoje relacje z przełożonymi, jakie są ich oczekiwania i problemy zawodowe, co należy zrobić by wyeliminować źródła ich niezadowolenia.

Najważniejsze wnioski:

93% pracowników twierdzi, że jest zadowolona ze swojej pracy.
67% - z wysokości wynagrodzenia.

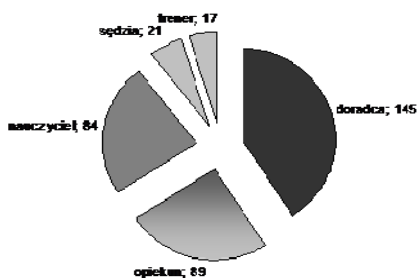
W porównaniu z poprzednią edycją badania, wzrósł odsetek personelu, który deklaruje, że ich inicjatywa, zaangażowanie i wysiłek włożony w wykonywaną pracę jest doceniany przez bezpośredniego oraz przez współpracowników. Osoby zarządzające w poszczególnych jednostkach organizacyjnych znają proces komunikowania się, potrafią rozróżnić relacje zawodowe od prywatnych, posiadają umiejętność czynnego słuchania oraz reagują na potrzeby pracowników.

Czy inicjatywa, zaangażowanie i wysiłek włożony w wykonywaną pracę jest doceniany?



Zarządzanie pracownikami wymaga nie tylko wiedzy merytorycznej. Równie ważna jest wiedza na temat kierowania ludźmi. Dobry szef zna swój zespół. Potrafi ocenić nie tylko grupę jako całość, którą zarządza, ale i każdego z pracowników z osobna. Zna możliwości intelektualne podwładnych, indywidualne preferencje i zainteresowania. Dlatego też kierownik, który chce skutecznie motywować, powinien sam wykazywać się określoną postawą i nastawieniem do wykonywanej pracy. Powinien być przekonany do celów i zadań, jakie stoją przed zespołem oraz zdawać sobie sprawę ze swoich mocnych i słabych stron.

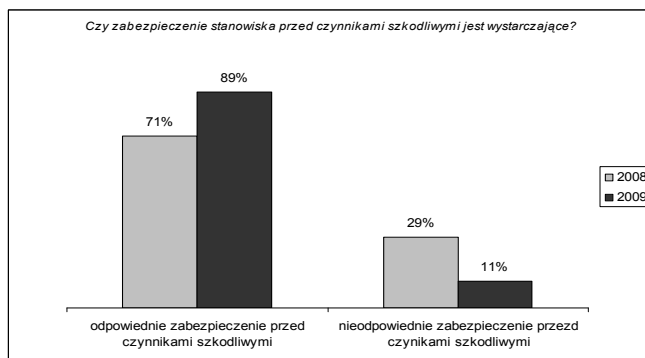
Mój przełożony jest dla mnie...



W kolejnym pytaniu ankietowani zostali poproszeni o ocenę swoich kierowników. W świetle zebranego materiału kadra zarządzająca postrzegana jest przez większość swoich podwładnych w kategorii doradcy, opiekuna, nauczyciela.

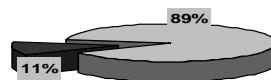
62% pracowników odczuwa obciążenie psychiczne spowodowane pracą zawodową. Najczęstsze przyczyny takiego stanu to: lęk o zdrowie pacjenta, stres, rosnąca intensywność i duże tempo pracy, w napiętych terminach.

Ankietowani stwierdzili, iż stanowiska pracy są odpowiednio wyposażone w potrzebny sprzęt oraz zabezpieczone przed szkodliwymi czynnikami.



Działalność Śląskiego Centrum podlega ciągłym zmianom, zatem, aby sprostać rosnącym wymaganiom personel stale doskonali swoje umiejętności poprzez podnoszenie kwalifikacji oraz udział w różnego rodzaju szkoleniach i konferencjach. Aktualnie **89%** badanych uznają, iż bezpośredni przełożony umożliwia im uczestnictwo w szkoleniach/konferencjach.

Umożliwienie przez przełożonego uczestnictwa w szkoleniach



85% personelu wyraża chęć poznania wyników opinii pacjentów wyrażaną w ankietach satysfakcji pacjenta.

Kolejne pytania ankietowe były otwarte, dawały więc możliwość szerszej wypowiedzi. Warto poznać niektóre z nich, zważywszy, że nie są to opinie odosobnione (informacje dostępne są na witrynie intranetowej Śląskiego Centrum Chorób Serca).

Badanie satysfakcji pracowników okazało się narzędziem pozwalającym rozpoznać postawy panujące wśród pracowników Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Konieczność udzielania szczerych odpowiedzi na pytania ankiety mogła budzić w pracownikach naturalną nieufność i lęk o możliwą identyfikację respondenta, choć dołożono starań o zachowanie pełnej anonimowości i nie podejmowano żadnych prób ustalania tożsamości biorących udział w badaniu. Wątpliwości musiały być jednak duże, skoro udało się zachęcić do wypełnienia ankiety „tylko” 36% personelu.

Badania satysfakcji pracowników są systematycznie powtarzane w celu podniesienia efektywności zarządzania zasobami ludzkimi Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Uzyskane odpowiedzi skłaniają do refleksji, co dalej? Co należy zrobić, aby codzienna praca każdemu pracownikowi sprawiała przyjemność a co najmniej nie powodowała przykrości?



Wypalenie zawodowe

Temat wypalenia zawodowego coraz częściej stanowi treść rozmów prowadzonych w odniesieniu do całokształtu naszej egzystencji. Czy ma to związek z nadmiarem pracy, zbyt małą ilością czasu, brakiem porozumienia pomiędzy współpracownikami, czy wreszcie nieadekwatnym wyszkoleniem pracowników? Być może to tylko wymówka tych, którym pracować się nie chce?

Według Freudenbergera i Richelсона „wypalenie jest stanem zmęczenia czy frustracji wynikającym z poświęcenia się jakiejś sprawie, sposobowi życia lub związkowi, co nie przyniosło oczekiwanej nagrody”.¹ Wg wyżej wymienionych uczonych, wypalenie jest stanem charakterystycznym dla ludzi pełnych ideałów, a przez to nieco naiwnych. Osoby takie dają z siebie wiele, mając poczucie ważności swoich osiągnięć. Płacą jednak wysoką cenę - wypalają się przekonani, że zawiedli.

Pines i Aronson definiują wypalenie jako stan „fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowany przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym”¹

Harrison tak wyjaśnia zjawisko wypalenia zawodowego (model kompetencji społecznej): „Gdy praca dostarcza *czynników wspomagających* (jednoznacznych oczekiwań, środków, informacji itd.), ludzie są zdolni osiągnąć w niej wysoką efektywność, co daje im poczucie kompetencji, które z kolei podnosi ich początkową motywację do udzielania pomocy. Gdy w pracy doświadcza się głównie *przeszkód*, wynikiem jest niska efektywność, która powoduje wypalenie, obniżające motywację do udzielania pomocy”¹

Christine Maslach, jedna z pionerek w dziedzinie wypalenia zawodowego, zwraca szczególną uwagę na problem wypalenia wśród osób, które w swojej pracy zawodowej pełnią rolę służebną w stosunku do innych osób. Takimi profesjami są niewątpliwie zawód lekarza czy pielęgniarki.

Wraz z Susan Jackson, Christine Maslach opracowała model wypalenia zawodowego, składający się z trzech istotnych komponentów:

- **Psychologicznego zespołu wyczerpania emocjonalnego.**
- **Depersonalizacji.**
- **Obniżonego poczucia osobistych dokonań.**

„Wyczerpanie odnosi się do poczucia danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone.

Depersonalizacja dotyczy negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usług danej osoby lub przedmiotem opieki z jej strony.

Natomiast obniżone poczucie dokonań osobistych odnosi się do spadku poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy”.¹

Wypalenie emocjonalne można zlokalizować na gruncie przeżywanego przez określoną jednostkę stresu zawodowego. Wypalenie zawodowe jest bowiem indywidualnym doświadczaniem stresu w kontekście relacji społecznych. Samoocena jednostki odzwierciedla się poprzez obniżone poczucie dokonań osobistych. Depersonalizacja obejmuje swym zakresem relacje interpersonalne - przedmiotowe traktowanie ludzi, którzy są odbiorcami pracy osoby potencjalnie wypalającej się. Takie traktowanie osób jest często następstwem ogromnego zaangażowania się w pracę zawodową, bowiem „proces wypalenia się jest nieuchronną konsekwencją destrukcji, która zachodzi w psychice osób nadmiernie eksploatujących swoje siły w dawaniu siebie innym”.¹

Niewątpliwie wypalenie zawodowe to zjawisko, które swym zasięgiem obejmuje wiele płaszczyzn życia społecznego, odbija się szerokim echem w rolach społecznych, jakie dana jednostka odgrywa. „Rozróżnia się aktywne wypalenie, wywołane przez aspekty instytucjonalne, a także zewnętrzne wydarzenia i warunki pracy (zbyt dużo wymagań) i wypalenie bierne, będące reakcją wewnętrzną na uprzednio wymienione przyczyny (zbyt mało obrony własnej). Często wypalenie pozostaje w ścisłej zależności między siłą obciążeń a podatnością na jej wpływ”.²

Bardzo często czynniki środowiskowe generują problem wypalenia.

Możemy tutaj wyróżnić:

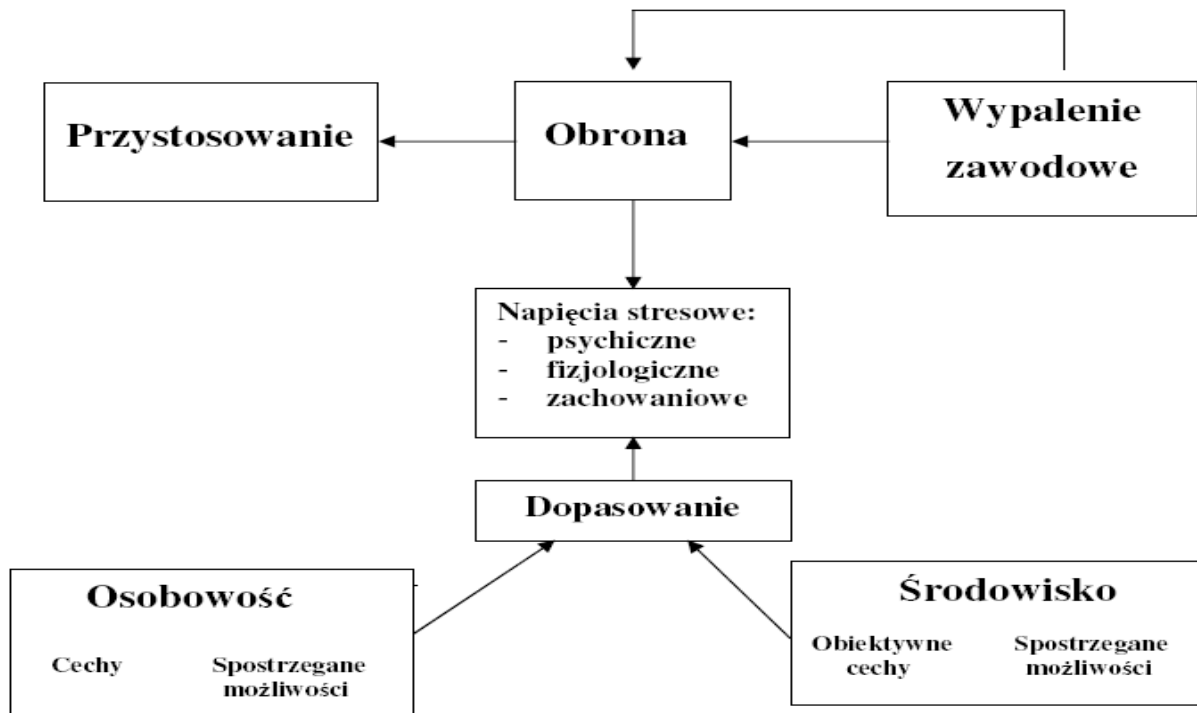
- Konflikt ról.
- Nieadekwatne przywództwo.
- Niejasność ról.
- Brak nagród.
- Nadmierną biurokrację.
- Brak wsparcia społecznego

Ponadto, równie często indywidualne cechy osobowościowe decydują o wypalaniu się jednostek. Do tej grupy czynników zalicza się:

- Naiwny idealizm.
- Nierealistyczne aspiracje..
- Braki w wyszkoleniu
- Poczucie zewnętrznego umiejscowienia kontroli.

Wypalenie zawodowe ma związek z funkcjonowaniem człowieka w ramach określonego modelu społeczno - kulturowego, ale jest to również model specyficznego stresu zawodowego. W związku z tym można zaproponować schemat dopasowania indywidualno - środowiskowego, który traktuje mechanizm wypalenia zawodowego w kategorii procesu adaptacji jednostki do sytuacji stresowych.

Rys. 2. Mechanizm wypalenia zawodowego w modelu indywidualno - środowiskowego dopasowania (J. Strelau, Psychologia. Podręcznik akademicki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000r. s. 307)



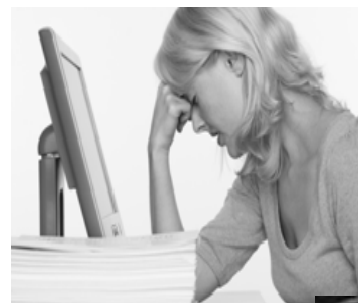
Niepokojące sygnały, pojawiające się w trakcie i jako konsekwencja wypalania się jednostki, obejmują następujące zachowania:

- ogromny opór przed codziennym pójściem do pracy;
- uczucie zawodu wobec samego siebie;
- złość i niechęć;
- poczucie winy;
- brak odwagi i obojętność;
- negatywizm;
- izolacja i wycofanie się;
- codzienne uczucie zmęczenia i wyczerpania;
- częste „spoglądanie na zegarek”;
- wielkie zmęczenie po pracy;
- utrata pozytywnych uczuć w stosunku do klientów;
- stereotypizacja klientów;
- wzrost tendencji do pełnienia służby zgodnie z przepisami;
- zakłócenia snu;
- unikanie dyskusji z kolegami na temat pracy;
- zajmowanie się samym sobą;
- częste przeziębienia i grypy;
- częste bóle głowy i dolegliwości układu pokarmowego;
- nieustępliwość w myśleniu i niechęć do zmian;
- nieufność i paranoidalne wyobrażenia;
- problemy małżeńskie i rodzinne;
- częsta nieobecność w miejscu pracy”²

Jeśli przedstawione wyżej zachowania są naszym udziałem, nie zwlekajmy – przystańmy, przemyślmy swoje życie, poszukajmy pomocy.

Piśmiennictwo:

1. Sęk H., Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie., PWN; Warszawa 2000r.
2. Fengler J., Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk 2001r.



Znajomość symptomów, towarzyszących procesowi wypalania zawodowego, pozwala na odpowiednio szybką reakcję.

JAK SKUTECZNIE RADZIĆ SOBIE ZE STRESEM?

Alicja Michalak

Śląskie Centrum Chorób Serca

Zakład Psychologii,
Śląski Uniwersytet Medyczny



W potocznym rozumieniu stres jest kojarzony z napięciem, nadmiernym wysiłkiem, przemęczeniem, bólem, trudnością w poradzeniu sobie z sytuacją. Nie jesteśmy w stanie uniknąć stresu w naszym życiu. Odczuwane emocje są nieodłączną częścią psychiki od początku naszego istnienia. Napięcie emocjonalne towarzyszy nam zawsze wtedy, gdy pojawia się ważne dla nas wydarzenie.

Pewien poziom stresu jest jak najbardziej normalny a nawet wskazany. Pomaga nam zmobilizować energię i zmotywować się do działania. Jednak nadmierny stres pochłania siłę, uniemożliwia sprawne działanie, niszczy relacje z innymi ludźmi, zmienia prawidłową ocenę sytuacji – to niezaprzeczalny fakt. Jest jednym z podstawowych czynników powodujących pojawienie się i rozwój wielu chorób, osłabia ciało i umysł. Choć ten problem sięga zamierzchłych czasów, dziś lekarze i psycholodzy wyjątkowo mocno podkreślają konieczność okiełznania stresu w codziennym życiu. **Umiejętność radzenia sobie ze stresem pozytywnie wpływa na nasze zdrowie.** Aby zwiększyć własne możliwości powinniśmy poznać kilka podstawowych zasad skutecznego radzenia sobie ze stresem.

STRES NIE JEST NASZYM WROGIEM. Stres to napięcie, które dotyczy zarówno naszej psychiki, jak i organizmu. Mówimy więc o stresie psychologicznym i fizjologicznym. Kojarzy się zwykle z intruzem, który nawiedza nas zniecałkany aby „podciąć nam skrzydła” i osłabić nasze działanie. Tymczasem napięcie naszego organizmu i emocje są niezbędne w pokonywaniu trudności i sprawnym wypełnianiu wyznaczonych sobie zadań.

Na co dzień odczuwamy dwa rodzaje stresu: POZYTYWNY (eustres) i NEGATYWNY (dystres). Entuzjazm, zapał, podekscytowanie - to EUSTRES. Jego rolą jest mobilizacja psychofizyczna. Choć to również stres, nie unikajmy go.

Przygnębienie, rozczarowanie, irytacja, złość, poczucie winy, przerażenie – to DYSTRES. Wbrew popularnym opiniom - on również jest nam potrzebny. Jest sygnałem ostrzegawczym - wskazuje co nam zagraża, jakich sytuacji i zachowań powinniśmy unikać, wyczula naszą ostrożność.

Tylko nadmierny, nie rozładowany we właściwy sposób stres negatywny jest naszym wrogiem. Wprowadza nasz umysł i ciało w nieustanne napięcie zaburzające równowagę psychofizyczną. Pogarsza nasze samopoczucie i powoduje wiele negatywnych skutków, które często utrzymują się znacznie dłużej niż trwa sytuacja, która je wywołała.

STRES NIE JEST SPOWODOWANY CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI. Przez umysł nieustannie przebiegają myśli. Dotyczyć mogą różnorodnych spraw: od analizowania minionych wydarzeń, po relacjonowanie tego, co dzieje się w danej chwili, aż do konstruowania planów na przyszłość. Można je nazwać wewnętrznym głosem, który czasem ma formę monologu, a czasami przypomina dialog. Dzieje się tak zwłaszcza wówczas, kiedy stajemy na przykład przed koniecznością podjęcia ważnej decyzji. Taki wewnętrzny monolog lub dialog może być niezwykle pomocny i twórczy. Może poprawiać samopoczucie i dodawać sił do pokonywania codziennych trudności. Niestety może również odbierać nam pewność siebie i mobilizację do poszukiwania rozwiązań. Siła odczuwanego przez nas stresu nie zależy od sytuacji, lecz od tego, w jaki sposób o niej myślimy, jak interpretujemy jej konsekwencje, jak oceniamy własne możliwości od sprostanania jej wymaganiom.

To nasza postawa do wydarzeń życiowych i do samych siebie decyduje, czy będziemy odczuwać stres pozytywny czy negatywny.

JAK STRES WPŁYWA NA ORGANIZM?

W wyniku działania stresu, w organizmie uwalniają się substancje chemiczne, pojawiają się określone emocje, myśli oraz zachowania. Można je podzielić następująco:

Sygnaly stresu związane z funkcjami fizjologicznymi:

- przyspieszony, krótki oddech,
- przyspieszone bicie serca i podwyższone lub niestabilne ciśnienie,
- zwiększony poziom cukru we krwi,
- zwiększone pocenie się,
- zmniejszone wydzielanie śliny,
- zmniejszona aktywność żołądka i jelit, i inne.

Sygnaly stresu związane z mięśniami:

- ucisk w skroniach, napięte mięśnie szyi i karku, prowadzące do bólów głowy,
- zmarszczone czoło,
- ściągnięte brwi,
- napięte mięśnie szczęki, zaciśnięte zę i usta,
- zgarbione ramiona i założone ręce, prowadzące do ucisku w klatce piersiowej,
- napięte mięśnie pleców prowadzące do bólów pleców i inne.

Sygnaly stresu związane z samopoczuciem psychofizycznym i zachowaniem:

- bóle głowy, żołądka, klatki piersiowej,
- wysypki,
- drżenie rąk,
- zgrzytanie zębami,
- biegunki/ zaparcia,
- obniżony popęd seksualny,
- utrata apetytu/ objadanie się,
- niestrawność,
- problemy ze snem,
- zmęczenie, apatia,

- osłabienie pamięci i koncentracji,
- nadwrażliwość,
- nadużywanie leków, alkoholu,
- nerwowe ruchy,
- przyspieszone tempo rozmów,
- negatywne myśli,

KONSEKWENCJE STRESU PRZEWLEKŁEGO. Im silniejszy jest stres i im dłużej trwa, tym bardziej negatywne wywołuje konsekwencje. Dotyczy to praktycznie wszystkich obszarów życia:

- **stanu psychicznego** – emocje są zdecydowanie negatywne, pojawia się uczucie wyczerpania psychicznego, rozdrażnienie, zaburzenia koncentracji i pamięci, brak motywacji i inicjatywy do podejmowania działań, negatywne wizje przyszłości, negatywne myślenie o sobie.

Nadmierny stres jest przyczyną rozdrażnienia, zniechęcenia i apatii. Gdy zauważamy w sobie narastającą wrogość, drobne - jeszcze niedawno nieznaczące dla nas sprawy wprowadzają nas w gniew lub gdy brakuje w nas witalności, mobilizacji, wypełnianie codziennych obowiązków sprawia nam trudność, świat zewnętrzny przestaje nas interesować a przyczynia się jedynie do pogłębiającego się smutku i przygnębienia – to sygnał, że potrzebujemy intensywnej regeneracji psychicznej. Nadmierny, nie rozładowany lub nieprawidłowo rozładowany stres osłabia naszą odporność psychiczną, zniekształca prawidłowy odbiór otaczających nas osób i sytuacji, odbarwia nasze myśli i uczucia. Zadbajmy wówczas o właściwe rozładowanie napięcia i wzmocnienie ciała i psychiki.

- **relacji z innymi ludźmi** – najczęściej tracimy chęć nawiązywania relacji z ludźmi, izolowanie się. Wybuchowość, arogancja, brak tolerancji; utrudnione, a czasem wręcz niemożliwe staje się nawiązanie bliskiego kontaktu i spokojna rozmowa na temat istniejącej sytuacji.

- **stanu fizycznego** – kiedy organizm jest wyczerpany, pogarsza się jego funkcjonowanie, zmniejsza się też odporność na czynniki chorobotwórcze. Mogą pojawić się takie objawy jak: ciągłe uczucie zmęczenia i osłabienia, senność lub kłopoty z zasypianiem, dolegliwości ze strony układu pokarmowego, układu krążenia, częste infekcje, trudności w życiu seksualnym.

Nadmierny stres jest przyczyną wielu chorób. Gdy pozostajemy pod wpływem długotrwałego napięcia psychofizycznego, słabniemy. Krótki, płytki oddech uniemożliwiający właściwe dotlenienie, przyspieszona akcja serca, podwyższone lub niestabilne ciśnienie krwi, podwyższony poziom cukru we krwi, zwiększona aktywność żołądka i jelit oraz wiele innych fizjologicznych symptomów stresu stanowi nadmierne obciążenie organizmu. Ograniczamy wówczas możliwości naszego układu odpornościowego, zaburzeniu ulega regeneracja.

JAK SKUTECZNIE RADZIĆ SOBIE ZE STRESEM?

Radzenie sobie ze stresem nie jest tylko unikaniem napięcia. Wbrew popularnym poglądom radzenie sobie ze stresem nie polega tylko na unikaniu stresu. Każdy kto próbował tego dokonać wie, jak trudne to zadanie. Napięcie psychofizyczne jest naturalnym procesem wywoływanym nieustannie przez całe nasze życie. Jeśli nie odczuwa-

libyśmy stresu – nie przeżywalibyśmy emocji, nie otrzymywalibyśmy niezwykle ważnych dla nas sygnałów określających co ma dla nas znaczenie, czemu warto przeznaczyć czas i działanie, brakowałoby nam motywacji do podejmowania wyzwań i pokonywania trudności. Póki trwa nasze istnienie, będziemy stawać wobec nowych sytuacji, będziemy zmuszeni przystosowywać się do zmiennych okoliczności. Nie jesteśmy w stanie uniknąć stresu, możemy natomiast umiejętnie radzić sobie z jego obecnością w naszym życiu

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM JEST UMIEJĘTNOŚCIĄ, KTÓRĄ MOŻEMY ZDOBYĆ.

Na zakończenie kilka zasad, pomocnych w skutecznym radzeniu sobie z codziennym i niecodziennym stresem:

1. Zmieniaj sytuacje, na które masz wpływ. Niewiele jest sytuacji na które nie mamy żadnego wpływu. Najczęściej wiele zdarzeń zależy również od nas – zastanów się jak możesz zmienić sytuację i wykorzystaj to.
2. Regeneruj siły - rozładuj nadmierne napięcie i zmęczenie. Codziennie wypoczywaj, aby wzmocnić ciało i umysł.
3. Dobierz odpowiedni dla siebie sposób aby stale wzmacniać kondycję fizyczną. Ćwiczenia nie muszą być intensywne – powinny być systematyczne.
4. Unikaj zachowań, które tylko pozornie rozładują stres: np. palenie papierosów, nadużywanie alkoholu czy nadmierne jedzenie. Zamiast Cię wzmacniać, odbierają Ci siły i zdrowie.
5. Planuj swój czas i zdania do wykonania. Proś innych o pomoc i wskazówki, gdy sprawy do załatwienia przerastają Cię.
6. Stawiaj sobie cele realne i możliwe do osiągnięcia. Przygnębienie, niepokój czy złość pojawiają się często, gdy nie dostrzegasz efektów w dążeniu do celu. Zastanów się, czy jest on do osiągnięcia tak, jak tego oczekujesz.
7. W trudnej sytuacji zapytaj innych, jak ją widzą i oceniają – wspólnie łatwiej znaleźć rozwiązanie.
8. Rozmawiaj z bliskimi Ci osobami o tym, co ważne dla Ciebie: zarówno o trudnościach jak i o sukcesach. Obecność przyjaciół to wspaniałe źródło siły.
9. Dostrzegaj w sytuacjach stresowych okazje do pogłębiania Twojej mądrości życiowej i doświadczenia.
10. Gdy pragniesz lepiej radzić sobie ze swoimi myślami i emocjami, gdy chcesz głębiej poznać siebie i swoje możliwości - nie krępuj się porozmawiać o tym z lekarzem, z psychologiem. Pomogą Ci zdobyć umiejętność radzenia sobie z Twoim stresem.

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM JEST UMIEJĘTNOŚCIĄ, KTÓRĄ MOŻESZ ZDOBYĆ. POSIADASZ OGROMNE MOŻLIWOŚCI - POZNAWAJ JE I WYKORZYSTUJ KAŻDEGO DNIA DLA SIEBIE I INNYCH.

Alicja Chachaj

Z potrzeby serca ...



Wiedziałam, że w nowy rok wskoczymy z rozpędu, nie przypuszczałam jednak, że skok ten nastąpi już w ostatniej dekadzie grudnia.

Z nowym hasłem „Możesz kiedyś serca potrzebować, możesz o nim decydować” rozpoczęliśmy kolejny etap kampanii na rzecz propagowania idei transplantacji.



Oto niektóre ze zrealizowanych przez nas zadań:

- 21 grudnia 2009r - rodzinne spotkanie z dziećmi i młodzieżą ze Specjalnego Ośrodka Wychowawczego prowadzonego przez Zakon Sióstr Boromeuszek w Zabrze.
- styczeń 2010 – wraz ze Stowarzyszeniem Transplantacji Serca Koło Zabrze, realizując nasze zobowiązania, zawozimy dzieciom z powyższego Ośrodka, prezenty noworoczne, uczestniczymy we wspólnej zabawie, poznajemy bliżej dzieci, ich problemy i oczekiwania. W ramach realizowanego przez nas Programu SKŁADAKI DZIECIOM będziemy częstymi gośćmi nie tylko w tym Ośrodku, ale również na oddziale kardiologii dziecięcej i poradni dla najmłodszych naszego Szpitala.
- 26 stycznia 2010 – Dzień Transplantologa, który dla naszego Szpitala jest dniem wyjątkowym.
- spotkania edukacyjne propagujące ideę transplantacji - przyjęcie zaproszenia do II Liceum Ogólnokształcącego w Siemianowicach Śląskich. W spotkaniu, zorganizowanym z inicjatywy córki i żony dawcy oraz władz szkoły, udział wzięli niezawodni wolontariusze STS Koło Zabrze. Wybitny kardiochirurg i transplantolog, Professor Marian Zembala, dyrektor naszego Szpitala, tłumaczył młodzieży, czym jest transplantacja i dlaczego warto o tym rozmawiać. Konferencja w Siemianowicach jest jedną z wielu organizowanych w szkołach podstawowych i średnich spotkań edukacyjnych.

- 26 luty 2010 - na zaproszenie Organizatorów jedziemy jako wystawcy do Warszawy na VI Targi Rowerowe, na których będziemy godnie reprezentować nasz Ośrodek jako partnerzy tych targów.

Przed nami kolejne, duże wyzwania:

- realizacja wraz z STS Koło Zabrze programu SKŁADAKI DZIECIOM,
- 9-11.04.2010, Szczawnica - wielkim mityngiem promującym zdrowie i nowoczesne metody leczenia będzie spotkanie w Szczawnicy, podczas którego profesjonalna kadra medyczna Śląskiego Centrum Chorób Serca po raz kolejny udzieli specjalistycznych porad i przeprowadzi bezpłatne badania dla mieszkańców miasta, kuracjuszy i turystów,
- współorganizacja spotkań sportowych dla osób po transplantacji, w których, oprócz opieki medycznej, popularyzować będziemy ideę transplantacji a także zdrowy tryb życia,
- organizacja wyjazdu grupy dzieci i młodzieży po przeszczepie na VI Spotkanie Integrycyjne do Zduńskiej Woli,
- 13.06.2010 Kraków - kontynuacja współpracy z panią Anną Dymną w zakresie realizacji programu „Razem Mimo Wszystko” - udział w finałowym spotkaniu na krakowskim Rynku dnia 13 czerwca 2010 (pierwsze robocze spotkanie odbyło się przy udziale TVP 28 lutego br.).

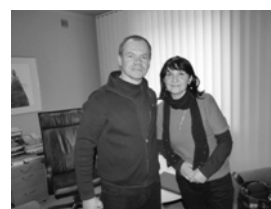
To tylko wybrane punkty działania Działu Marketingu SCCS.

Wierzę, że dzięki wsparciu wspaniałego zespołu ze Stowarzyszenia Transplantacji Serca Koło Zabrze a także koleżanek i kolegów z „**BIAŁEGO PERSONELU**” © SCCS będziemy dobrze wypełniać misję naszego Szpitala.

Uważam, że podobnie jak w ubiegłym roku program wspólnego działania będzie pasmem sukcesów i olbrzymią przyjemnością.

Dziękując za dotychczasowe wsparcie życzę zdrowia i uśmiechu na każdy dzień,

-alicia chachaj



Wspomnienie

Jurek Badurski



3 lutego na cmentarzu w Dąbrowie Górniczej pożegnaliśmy naszego SENIORA. Za pół roku świętowalibyśmy Jego **23-lecie** nowego życia po przeszczepie serca. Był najlepszym przykładem skuteczności idei profesora **Zbigniewa Religi** - przedłużania życia w przypadkach poprzednio uznanych za beznadziejne.

Przeszczepu serca u Jurka Badurskiego dokonał prof. Religa w dniu 29 lipca 1987 r. Operacja ta miała miejsce dokładnie dwa lata po pierwszym udanym przeszczepie w Polsce. Tydzień później Profesor wykonał transplantację serca u Tadeusza Żytkiewicza z Warszawy.

Trudno mi pisać wspomnienie o Przyjacielu, z którym w ciągu kilkunastu ostatnich lat spędziłem wiele wspólnych chwil. W grudniu widziałem się z Nim w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze, jak się później okazało – po raz ostatni. Czekał na wypis do domu po dłuższym i skomplikowanym leczeniu. Okazało się, że Natura tym razem nie pozwoliła na powrót do zdrowia. Jurek Badurski zmarł 30 stycznia 2010 roku.

Jakim człowiekiem był Jurek? Niespożyta energia oraz duża wiedza zawodowa (był inżynierem urządzeń hutniczych) nie pozwoliła Mu na zadowolenie się rolą rencisty. Po przejściu okresu rehabilitacyjnego, spowodowanego samą operacją, za zgodą Profesora Religi, Jurek podjął starania w ZUS-ie o dopuszczenie do pracy, odpowiedniej do posiadanej wiedzy, co ostatecznie zakończyło się sukcesem. Mimo przyznania pierwszej grupy inwalidzkiej Jurek uzyskał zgodę na podjęcie pracy zawodowej na pełnym etacie – na innym stanowisku, przy innych czynnościach. W tamtych czasach był to ewenement. Przydała się poprzednia dodatkowa pasja Jurka – komputery. Przez wiele lat wykonywał analizy i prezentacje komputerowe dla potrzeb kierownictwa huty. Dzisiaj może to wywołać uśmiech - ale zdarzenia te miały miejsce pod koniec lat osiemdziesiątych. Komputery dopiero wchodziły do systemów zarządzania firmą. W tamtych czasach na osoby po przeszczepie serca spoglądano jak na bardzo „nietypowych” inwalidów, którzy winni żyć w ciepłarnianych warunkach. Jurek, ze swoją energią i entuzjazmem, był zaprzeczeniem tych stereotypów. Pełniąc funkcję specjalisty ds. restrukturyzacji huty był przydatny dla swojego zakładu i równocześnie dalej rozwijał swoją osobowość. Nowe życie stanowiło, w pozytywnym tego słowa znaczeniu, kontynuację dotychczasowego.

Wiedza inżynierska Jurka była przydatna również dla rodziny. Wykorzystywał ją przy drobnych i większych moderniza-

cjach budynków w domach najbliższych osób. Był dumny ze swojej roli inwestora – lubił o tym opowiadać. Interesował się czynnie postępem robót remontowych w swoim bloku. Nigdy nie był typowym emerytem.

Jurek był zawsze aktywnym członkiem Stowarzyszenia Transplantacji Serca: jednym z jego założycieli. Brał aktywny udział w prawie wszystkich spotkaniach integracyjnych i zjazdach. Wraz z żoną Anią byli „duszą” każdego towarzystwa. Ich roześmiane twarze, duże umiejętności taneczne, poczucie humoru pozostaną nam na zawsze w pamięci. Powagę i rozagę pokazywał na Walnych Zebraniach Członków, gdy krytykował zaistniałe nieprawidłowości lub proponował inne, lepsze i bardziej skuteczne kierunki działania. Czuł się w pełni współodpowiedzialny za sytuację Koła w Zabrzu oraz w całym Stowarzyszeniu. Nigdy nie zapomnę gorących dyskusji na ten temat, prowadzonych w różnych miejscach: na zebraniach, w autokarze, w pokoju hotelowym („nocne rodaków rozmowy”). Został (wraz z Anią) założycielem klubu STS Zabrze – uważał, że integracja osób po przeszczepie serca nie może stanowić marginesu działalności Stowarzyszenia.

Mimo dużego stażu jako „składaka”, Jurek zawsze postrzegany był jako dobry kumpel, życzliwy, chętnie udzielający rad przyjaciel. Cieszył się bardzo wysokim autorytetem. Na zjazdach zawsze czekaliśmy na przyjazd samochodu, z którego wysiadał Jurek, jego roześmiana żona Ania i ulubiony (też wierny!) pies Kołoch. Wiedzieliśmy, że jesteśmy w komplecie.

Będzie nam Ciebie, Jurku, bardzo brakować. Jestem przekonany, że z góry będziesz nam dalej „kibicować” i podpowiadać nam lepsze rozwiązania. Obyś miał tam, na górze, wiele powodów do dobrego humoru.

Zenon Frydrychowicz
/16 lat po przeszczepie/



Czym są Fundusze Europejskie?

Najprościej i najogólniej mówiąc, pod pojęciem funduszy unijnych rozumiemy zasoby finansowe, które są narzędziem realizacji polityki regionalnej Unii Europejskiej. Środki w budżecie Unii pochodzą z trzech podstawowych źródeł:

- z ceł pobieranych od towarów importowanych z państw, które nie są członkami Unii
- z dochodów z podatku VAT – jest to określony procent, który dane państwo ma zapłacić Unii od środków pochodzących z podatku VAT,
- ze środków uzależnionych od dochodu narodowego każdego z państw członkowskich (każde państwo płaci 0,73 % swojego Produktu Narodowego Brutto do budżetu Unii. Jest to obecnie największe źródło środków finansowych Unii Europejskiej).

Działania funduszy skupiają się przede wszystkim na wspieraniu regionów słabiej rozwiniętych. Mają na celu wyrównywanie różnic gospodarczych między regionami Unii Europejskiej i w efekcie – ich mieszkańcami.

Charakterystyka Programów w perspektywie finansowej 2007-2013

Nazwa Programu Operacyjnego	Kwota środków zarezerwowanych na realizację Programu [mld euro]
Infrastruktura i Środowisko	37,6
Program Rozwoju Obszarów Wiejskich	17,2
Regionalne Programy Operacyjne	16,5
Kapitał Ludzki	11,5
Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka	9,7
Europejska Współpraca Terytorialna	8,5
Rozwój Polski Wschodniej	2,3
Zrównoważony rozwój sektora rybołówstwa i nadbrzeżnych obszarów rybackich	0,9
Pomoc Techniczna	0,6

W latach 2007-2013 środki finansowe Unii gromadzone i jednocześnie dzielone są w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR), Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz Funduszu Spójności (FS).

Aby możliwe było wykorzystanie przez Polskę środków z EFRR, EFS oraz FS, przygotowane zostały Programy, które opisują kto i na co może otrzymać dotację. Programy opracowane zostały przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, a zatwierdzone przez Komisję Europejską.

Jeśli zatem chcemy otrzymać dofinansowanie na określony projekt, musimy zapoznać się z Programem, którego zakres tematyczny jest zgodny z celem naszej inwestycji. Do każdego z Programów przygotowano zostały *Szczególne opisy priorytetów*. Znajdują się w nich informacje na jakie konkretne działania można uzyskać środki unijne, kto może być beneficjentem (czyli, kto może otrzymać dofinansowanie), ile potrzeba wkładu własnego. Gdy w tym gąszczu propozycji znajdziemy miejsce dla naszego pomysłu, wystarczy jeszcze sprawdzić w harmonogramie naborów, kiedy zostanie ogłoszony konkurs, złożyć wniosek i... gdy uzyska on dofinansowanie przystąpić do realizacji. W związku z tym, że mamy rok 2010, a środki unijne przyznawane i rozliczane są w ramach czasowych 2007-2013 może okazać się, że z naszym projektem jesteśmy spóźnieni. Konkursy na interesujące nas działania są rozstrzygnięte, a pieniądze podzielone. Pozostaje więc cierpliwie czekać na okazję pt. „uruchomiono rezerwy” lub wstrzymać oddech do roku 2014, gdy rozpocznie się kolejny okres finansowania.

Dyrekcja naszego szpitala nie przeoczyła wyjątkowej okazji, jaką był ogłoszony w grudniu 2008 r. przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, nabór wniosków, w trybie konkursowym, o dofinansowanie Inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym. No i udało się! Aktualnie realizujemy dwa projekty z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (PO IŚ).

O szczegółach Programu i naszych działaniach w ramach dofinansowanych projektów w kolejnym numerze *Szlachetnego Zdrowia*.

Bibliografia:

<http://www.funduszeuropejskie.gov.pl>



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



„SERCOWE KOMÓRKI MACIERZYSTE I PROGENITOROWE - NOWA METODA REGENERACJI USZKODZONEGO SERCA”

Prawie osiem milionów złotych dofinansowania z Unii Europejskiej przyznano śląskim naukowcom na innowacyjny projekt badań nad mechanizmem regeneracji mięśnia sercowego za pomocą komórek macierzystych.

W nowatorskim projekcie, będącym ewenementem na skalę kraju, udział wezmą badacze ze znakomitych ośrodków naukowych: lekarze i naukowcy ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, Zabrzeńskiej Fundacji Rozwoju Kardiologii oraz Instytutu Onkologii w Gliwicach.

Od kilku lat cały świat naukowy intensywnie pracuje nad wykorzystaniem komórek macierzystych w walce z groźnymi chorobami. Jak wykazały badania, komórki macierzyste, znajdujące się w szpiku, krwi pępowinowej, obwodowej czy sercu, dzięki swoim szczególnym właściwościom, mogą przyczynić się do naprawy i tym samym uzdrowienia uszkodzonych przez chorobę i czas narządów. Komórki macierzyste są nieśmiertelne i samoodnawialne, mają także zdolność do różnicowania się do innych typów komórek. Te pobrane z mięśnia sercowego mogą dać początek kilku różnym typom komórek, o podobnych właściwościach.

Stosowanie komórek macierzystych może stanowić przełom w leczeniu

ni ciężkich chorób serca, takich jak np. kardiomiopatia, ciężka choroba, prowadząca do utraty kurczliwości serca - mówi prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca.

Nasz Projekt jest wyjątkowy z kilku powodów. Po pierwsze: dotyczy komórek, których potencjał regeneracyjny wydaje się mieć olbrzymie znaczenie w odbudowie uszkodzonego mięśnia sercowego. Po drugie: zakłada hodowlę tych komórek in vitro – tłumaczy dr Michał Zembala, kardiochirurg ze Śląskiego Centrum Chorób Serca, jeden z inicjatorów i głównych koordynatorów projektu.

Czy można zregenerować poważnie uszkodzone serce? Śląscy badacze nie poprzestają na stawianiu pytań. **Śląskie Centrum Chorób Serca**, we współpracy z **Fundacją Rozwoju Kardiologii i Instytutem Onkologii w Gliwicach**, należy do nielicznych ośrodków na świecie, które podejmują badania, by znaleźć odpowiedź. *Dzięki rewolucyjnemu projektowi mamy nadzieję zamienić jutro to, co dziś jest tylko hipotetycznym pytaniem, na złoty standard w walce ze śmiertelnymi chorobami* - mówi dr Piotr Wilczek.

Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz budżet Państwa w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka na lata 2007-2013.

Projekt potrwa 5 lat.

Joanna Zembala-John



W 2010 r. realizujemy w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze dwa projekty współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko

Projekt Zakup aparatury obrazowej i wyrobów medycznych na potrzeby Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Intensywnej Opieki Sercowo-Naczyniowej SCCS w Zabrzu, WND-POIS.12.02.00-00-042/08

Wartość projektu: 9 975 340,00 PLN

Wartość dofinansowania z Unii Europejskiej: 85%

Wartość dofinansowania ze środków Ministra Zdrowia: 15%

Projekt przewiduje doposażenie nowego obiektu medyczno-administracyjnego w nowoczesną aparaturę obrazową oraz niezbędne wyroby medyczne do diagnostyki i terapii. W ramach projektu planuje się zakupić m.in. angiograf hybrydowy, aparaty echokardiograficzne, lampę rentgenowską z zabiegowym stołem pływającym, lampy i stoły operacyjne, aparaty do koagulacji, pompy do krążenia z wymiennikiem ciepła i bio-pompą, separatory krwi, aparat do gazometrii i oznaczeń metabolicznych, przepływomierz, aparaty do znieczulenia dla dorosłych, kardiomonitor i zestawy monitorujące, pompy infuzyjne, pompy do kontrybucji wewnątrzortralnej, pompę do chłodzenia elektrody ablacyjnej, respiratory, defibrylatory oraz łóżka do intensywnej terapii.

Projekt Zakup aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych na potrzeby Pracowni Hemodynamiki i Diagnostyki Obrazowej SCCS w Zabrzu, WND-POIS.12.02.00-00-044/08

Wartość projektu: 9 957 340,00 PLN

Wartość dofinansowania z Unii Europejskiej: 85%

Wartość dofinansowania ze środków Ministra Zdrowia: 15%

Projekt polega na podniesieniu efektywności funkcjonowania Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Diagnostyki Obrazowej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz zwiększeniu dostępności i jakości realizowanych świadczeń medycznych poprzez zakup: dwóch angiografów wieńcowych, angiografu do badań naczyniowych, aparatu do wewnątrznaczyniowych badań ultrasonograficznych, systemu mapowania elektro-anatomicznego 3D, systemu do wykonywania badań i zabiegów elektroterapii, dwużródłowego aparatu tomografii komputerowej.

Jolanta Głowik

Intranet, – czyli nowa jakość komunikacji w firmie

Intranet (wewnętrzna sieć) - to oprócz poczty elektronicznej podstawowe medium zarządzania informacją. Informatyzacja obiegu informacji to nie tylko modny trend, ale sprawdzona metoda komunikacji, zmniejszająca koszty i czas, usprawniająca działanie organizacji.

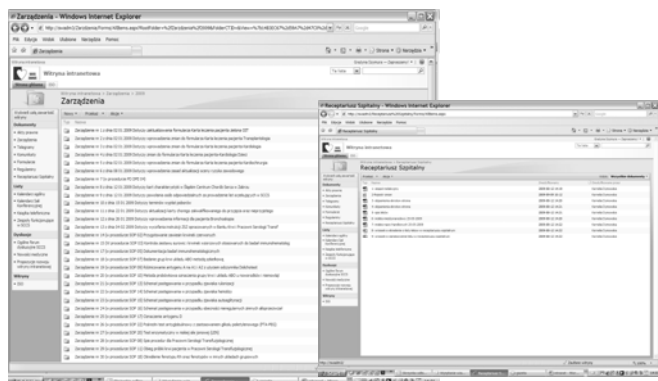
W Śląskim Centrum Chorób Serca intranet działa od sierpnia 2009 roku.

Dlaczego warto korzystać z intranetu?

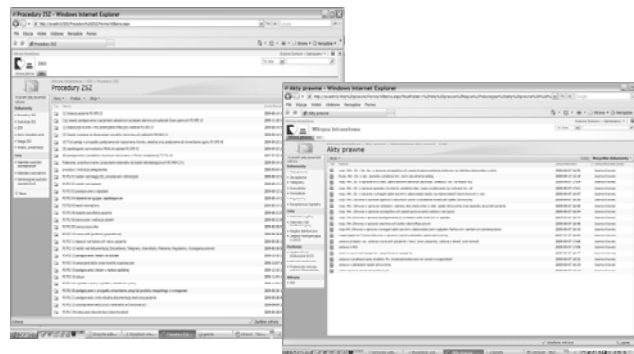
Każda Klinika, Dział, Sekcja, Pracownia poprzez sieć wewnętrzną może przekazywać plany, osiągnięcia, informacje o zdobytych nagrodach czy przyznanych certyfikatach.

W intranecie Pracownicy mogą znaleźć zarządzenia, telegramy, regulaminy, formularze – kadrowe, księgowo, statystyczne, medyczne, itp.

Personel ma dostęp do Receptariusza Szpitalnego, aktów prawnych. Witryna zawiera również moduł forum dyskusyjnego.



W intranecie znajdują się także informacje dotyczące wdrożonych procedur i instrukcji ISO, kalendarz audytów wewnętrznych wraz z informacją o zespole audytorów a także kalendarz i wykaz rezerwacji sali konferencyjnej SCCS.



Dostępny jest moduł z prezentacjami poświęconymi zadowoleniu pracownika z pracy, satysfakcji pacjenta z pobytu w szpitalu a także analiza dokumentacji medycznej, programy promocji zdrowia. Dla zainteresowanych udostępniono również informacje na temat zużycia energii, wody, ponoszonym koszcie za odpady komunalne i medyczne.

Korzyści płynących z wprowadzenia intranetu może być jeszcze wiele. Serwis ten wymaga nieustannego rozwoju, rozbudowywania go o nowe moduły, ale przede wszystkim wykorzystywania przez pracowników i kierowników jednostek organizacyjnych.

Grażyna Szymura

Witamy w Śląskim Centrum Chorób Serca w roku 2010.

Często pytacie Państwo, jakie mamy wyznaczone priorytety, jakie największe wydatki czekają nas w rozpoczętym roku, na czym skupimy nasze największe siły - ludzkie i materialne.

I. W zakresie rozbudowy SCCS i nowych inwestycji:

1. Zakończenie rozbudowy szpitala i oddanie w październiku br. nowego budynku (B) wraz z niezbędnym wyposażeniem, aby już w listopadzie możliwe było przyjęcie licznie oczekujących chorych.

To największe przedsięwzięcie w całej dotychczasowej historii naszego Szpitala wymagało ponad 4 lat bardzo intensywnych przygotowań i wielkiego wysiłku w zakresie nowatorskiej i nowoczesnej koncepcji użytkowej, organizacji finansowania budowy i wyposażenia. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze jest ośrodkiem ogólnopolskim, o znaczeniu ponadregionalnym, dlatego podstawowym warunkiem dobrego funkcjonowania nowego obiektu jest szeroki zakres wykonywanych świadczeń medycznych, ich znacząca ilość, ale także optymalizacja zatrudnienia personelu. Zabezpieczenie efektywności medyczno-ekonomicznej szpitala jest zadaniem trudnym i wymagającym wielkiego wysiłku, zwłaszcza w okresie pierwszych 3-6 miesięcy funkcjonowania nowego obiektu, kiedy to stanowić będzie pierwszoplanowe zadanie nie tylko dla dyrekcji, ale całego zatrudnionego personelu i jego liderów, na wszystkich poziomach organizacyjnych.

Wśród zadań związanych z uruchomieniem i funkcjonowaniem nowego budynku do najważniejszych należą:

- oddanie we wrześniu 2010 budynku przez Wykonawcę Inwestorowi czyli SCCS, wraz z wymaganymi odbiorami technicznymi, gwarantującymi bezpieczne użytkowanie obiektu i jego prawidłową funkcjonalność,
- wyposażenie obiektu na miarę wymaganych obecnie standardów, ale także i możliwości finansowych SCCS: w sprzęt medyczny i techniczny umożliwiający prawidłowe funkcjonowanie szpitala,
- racjonalne gospodarowanie zasobami ludzkimi: przeniesienie części personelu z obecnego szpitala do nowego budynku, zatrudnienie w nowym obiekcie brakującej liczby osób, w zdecydowanej większości personelu pielęgniarskiego; dostosowanie zaplanowanej koncepcji użytkowej funkcjonowania nowej części szpitala do nowych zadań i zakresu przewidzianych w nowym obiekcie świadczeń medycznych.
- wypracowanie w nowym obiekcie nowego modelu opieki ambulatoryjnej i monitorowanie jego sprawności medyczno-organizacyjno-kosztowej.
- zagospodarowanie infrastruktury wokół nowego (budynek B) i starego szpitala (budynek A) - aby leczeni i leczący mieli powody do satysfakcji.
- opracowanie finansowania programu poprawy estetyki starego budynku SCCS (A), połączone z reformą termoizolacyjną całego obiektu (m.in. wymiana okien).

2. Przygotowanie koncepcji funkcjonalno-użytkowej dalszego etapu rozbudowy Śląskiego Centrum Chorób Serca w latach 2010-2014 (budynek C), głównie w oparciu o pozyskiwane środki zewnętrzne do prowadzenia inwestycji.

II. Rozwój zakresu świadczeń medycznych

W współpracy z kierownikami oddziałów klinicznych i kierownikami pracowni SCCS, rozwój zakresu świadczeń medycznych w chorobach serca i naczyń, monitorowanie jakości leczenia i rozszerzanie zakresu świadczeń o nowe i nowatorskie, ale bezpieczne, sprawdzone w krajach UE rozwiązania.



III. Rozwój naukowy SCCS

Wielka troska o dynamiczny rozwój naukowy zatrudnionego w SCCS personelu medycznego. Wdrażanie rozwiązań sprzyjających rozwojowi grantów z funduszy europejskich, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, SUM. Dokumentowanie osiągnięć personelu w tym zakresie wraz z kontynuacją intensywnych przygotowań wymaganych dla ośrodka badawczo - rozwojowego. Sprzyjanie rozwojowi współpracy międzynarodowej i krajowej z ośrodkami naukowo-klinicznymi

IV. Działalność edukacyjna

Wielka dbałość SCCS o rozwój systemu szkolenia przeddyplomowego dla studentów Wydziału Lekarskiego i Ratownictwa Medycznego oraz poddyplomowego dla rezydentów i specjalizujących się lekarzy, z zakresu kardiologii, kardiologii, anestezjologii, intensywnej terapii i transplantologii u dorosłych i dzieci a także z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii i chirurgii.

Temu celowi oraz propagowaniu osiągnięć zabrzańskiej Kardiologii, Kardiologii i Transplantologii u dorosłych i dzieci służy organizowana co roku konferencja. Tegoroczna, już XVII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna, poświęcona postępowi w chorobach serca, płuc i naczyń wraz z XI Warsztatami Inwazyjnej Kardiologii odbędzie się w dniach 21-22.05.2010 w zabrzańskim Multikinie. Temu celowi służą liczne, organizowane w naszym Szpitalu seminaria, sympozja, warsztaty, szkolenia.

V. Promocja Zdrowia

Kontynuacja rozwoju promocji zdrowia w rejonie miasta Zabrze i województwie śląskim poprzez comiesięczne spotkania w Zabrze w ramach cyklu spotkań „Z muzyką po zdrowie” i organizowanych Białych Niedzieliach dla mieszkańców miasta i regionu.

VI. Ratownictwo Medyczne

Powołanie przy Śląskim Centrum Chorób Serca, we współpracy z Wojewodą Śląskim, władzami samorządowymi województwa śląskiego i Konsultantem ds. Medycyny Ratunkowej, z dniem 1 grudnia 2010 roku Śląskiego Centrum Szkoleniowego dla Ratowników Medycznych, w celu intensyfikacji szkolenia i zagwarantowania jego należytego poziomu, a tym samym właściwego przygotowania kadr ratowników do czekających nań zadań w systemie ochrony zdrowia .

VI. Aktywność Śląskiego Centrum Chorób Serca

Rozwój różnych form propagowania wizerunku naszego Szpitala i tworzenia nowych przestrzeni współpracy, współdziałania pomiędzy leczonymi i leczącymi oraz organizującymi leczenie. Poprzez informacje zwarte w kwartalniku naszego Szpitala „Szlachetne Zdrowie”, na stronie internetowej Ośrodka (www.sccs.pl) przybliżanie zainteresowanym aktywności klinicznej, naukowej, organizacyjnej SCCS.

Jak Państwo widziecie - zadań jest dużo i to wyjątkowo trudnych i bardzo odpowiedzialnych. Dlatego, w imieniu własnym i Dyrekcji SCCS, kieruję podziękowania do tych z Państwa, którzy w bardzo konkretny sposób rozwój Śląskiego Centrum traktują jako ważną część własnego działania i misji naszego Szpitala.

Pozostaje nam wierzyć, że nie ma wśród zatrudnionych w SCCS osób, które nie byłyby zainteresowane współdziałaniem na rzecz rozwoju naszego Szpitala.

Z podziękowaniami za dotychczasowy wysiłek i nadzieją na jeszcze większe wsparcie .

W imieniu Dyrekcji SCCS i własnym

Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala

Zabrze, 2 marzec 2010



Dla Was budujemy nowy szpital
- aby jeszcze skuteczniej ratować,
nowocześniejszej leczyć i dawać nadzieję...



Fundacja



1985 - 2010 | 25 lat ŚCS

Śląskiego Centrum Chorób Serca

Chcesz mieć wpływ na wyposażenie i poprawę warunków leczenia
w nowym obiekcie Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu?



*Jesteśmy,
aby
ratować,
leczyć,
dawać
nadzieję ...*

Podaruj 1% swojego podatku Fundacji ŚCS



prof. dr hab. n. med.
Marian Zembala



prof. dr hab. n. med.
Lech Poloński



prof. dr hab. n. med.
Mariusz Gąsior



prof. dr hab. n. med.
Zbigniew Kalarus



mgr
Andrzej Mierzwa



mgr
Bożena Duda

DZIĘKUJEMY

1  /  od SERCA

Bank Zachodni WBK S.A. 1 Oddział w Zabrzu

Nr konta: 08 1090 2037 0000 0001 0321 0905

NIP: 648-251-70-05 Regon: 278324069 KRS: 0000219230

Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca

ul. Pawliczka 25, 41 - 800 Zabrze,

tel. 032 37 00 441 w.111, www.fundacjascss.pl