

Nr 14 VIII 2007

ISSN 1730-1297
Nakład 1500 egz.



SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Alexandria i Stefan Patras



Alexandria i Stefan Patras w towarzystwie profesora Mariana Zembali i Andrzeja Stachurskiego

Nr 14 VIII 2007

ISSN 1730-1297
Nakład 1500 egz.



SZLACHTNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Alexandria i Stefan Patras



Alexandria i Stefan Patras w towarzystwie profesora Mariana Zembali i Andrzeja Stachurskiego

**Szlachetne zdrowie
Nikt się nie dowie
Jako smakujesz
Aż się zepsujesz**

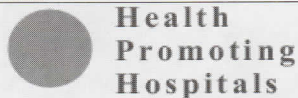
Jan Kochanowski

W numerze:

- Punkt widzenia
- Polish Children's Heartline, Inc.
- Pracownia Monitorowania Leków
- Prastare dzieje zawału serca — czasy najdawniejsze
- Przeszczep płuc — jak to się zaczęło na świecie i w Polsce
- Standard edukacji pacjenta z cukrzycą
- Komisja Socjalna w Śląskim Centrum Chorób Serca
- Co nowego z prawie pracy ?
- Zagrożające, zatrważające, złe.. palenie papierosów
- Satysfakcja pacjentów z jakości opieki medycznej w SCCS
- Wycieczka dla dzieci pracowników SCCS

Zdjęcie na okładce
Helena Zakliczyńska

Adres Redakcji:
41-800 Zabrze ulica
Szpitalna 2
Tel/fax 273-23-20
Redakcja:
Tadeusz Bujak (redaktor na-
czelny),
Grażyna Szymura
Iwona Trzecińska
Zdjęcia:
Aleksander Jaworski



Zadaniem Zespołu ds. Promocji Zdrowia jest:

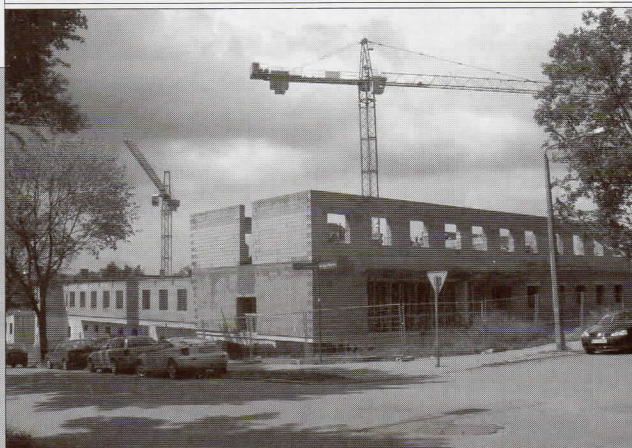
- Rozwijanie projektów promocji zdrowia na poziomie szpitala.
- Ułatwianie i zachęcanie szpitali członkowskich do współpracy i wymiany doświadczeń oraz programów.
- Prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych na temat zachowań, postaw i potrzeb zdrowotnych.
- Aktywizacja pacjentów, ich rodzin oraz pracowników i społeczności lokalnej do czynnego udziału w pracach na rzecz własnego zdrowia i zdrowia rodziny oraz ochrony środowiska.
- Inicjowanie działań na rzecz zdrowia (organizowanie spotkań, akcji, imprez)
- Rozpoznanie poziomu wiedzy na temat czynników warunkujących zdrowie
- Rozpowszechnianie idei promocji zdrowia (wykorzystywanie lokalnych mediów)
- Wspólne realizowanie programów poprzez tworzenie warunków do bardziej efektywnego spożytkowania zasobów.
- Wylanianie wspólnych pól zainteresowań w celu rozwijania odpowiednich programów i metod ich oceny.
- Rozszerzanie komunikacji między szpitalami.
- Tworzenie dokumentacji przykładów wzorowej praktyki, które mogą stanowić przykład dla innych.
- Wspomaganie kontroli nad stanem zdrowia
- Zabezpieczenie przed występowaniem problemów zdrowotnych
- Redukcja ryzyka problemów zdrowotnych
- Tworzenie publikacji zdrowego stylu życia.



Minister Zdrowia profesor Zbigniew Religa wizytuje plac budowy nowego obiektu SCCS

Skład Zespołu ds. Promocji Zdrowia SCCS

Mgr Bożena Krymska — Przewodnicząca Zespołu
Mgr Irena Młynarczyk- Edukator
Jadwiga Wysocka — Koordynator
Mgr Joanna Foik — Koordynator
Mgr Grażyna Szymura — Specjalista ds. Jakości i Szkoleń
Mgr Alicja Michalak — Psycholog
Zofia Staniszek — sekretarz Zespołu
Członkowie:
Beata Botor
Mgr Izabela Fabian
Mgr Ewa Karmańska
Mgr Longina Nocoń
Mgr Wanda Omyła
Mgr Halina Pisarska
Elżbieta Piekara
Mgr Teresa Piątek
Iwona Trzecińska
Mgr Małgorzata Ulatowska
Barbara Urbańczyk
Mgr Dorota Walczyk
Joanna Wyciszkievicz
Małgorzata Wardas
Iwona Sosnowska
Bożena Dwulit
Elżbieta Kusz
Anna Snuszka
Renata Telesz



Od Redakcji

Kryzys w polskiej ochronie zdrowia istnieje od lat — ale co jakiś czas problemy się nasilają. Następują ogólnospoleczna dyskusja w środkach masowego przekazu, pojawiają się obietnice poprawy .. Po czym wszystko wraca do normy. Tzn. okazuje się, że z lekarzami i pielęgniarkami nie trzeba się tak liczyć jak z górnikami czy kolejarzami, a więc można problemy zdrowia odłożyć na potem. Najpierw sprawy ważniejsze — budowa stadionów, rozliczenia z przeszłością, czy ratowanie zasłużonej stoczni. Profesor Zbigniew Religa zabrał się z zapałem do uzdrawiania, kiedy się okazało, że może liczyć na wsparcie przede wszystkim duchowe, ale nie na faktyczny dopływ pieniędzy do systemu. Znowu zamierza się „poprawić smak herbaty nie poprzez dosypanie cukru, ale przez szybsze mieszanie łyżeczką”. O problemach zakładów ochrony zdrowia pisze w swoim felietonie profesor Marian Zembala. Zwracamy też uwagę na artykuł przedstawiający zasłużonych dla polskich szpitali — panią Aleksandrę i pana Stefana Patras (Patrasiów) z USA, którzy w trudnych latach końca systemu nakazowo-rozdzielczego i początków wolnej gospodarki w Polsce, organizowali pomoc medyczną, i przysyłali sprzęt jednorazowego użytku, lekarstwa czy aparaty medyczne — normalnie nieosiągalną. W dodatku w swoim domu wielokrotnie gościli polskich lekarzy i stypendystów, którzy udawali się do USA, gdzie zapoznawali się z nowoczesnymi procedurami.



Aktualności

- dr Ewa Markowicz-Pawlus i dr Jacek Kowalczyk uzyskali specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych,
- Piotr Jarski i dr Marcin Świerad uzyskali specjalizację z zakresu kardiologii,
- dr Anna Śliwińska uzyskała stopień doktora nauk medycznych,
- dr Jacek Pięga uzyskał specjalizację z zakresu kardiologii,
- prace doktorskie obronili i uzyskali stopień doktora — Mateusz Tajstra i Grzegorz Słonka
- przewodniczącą Oddziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze przy ul. Traugutta, SAM w Katowicach, zrealizowano cztery wystawy okolicznościowe starych książek:
 - a) stare podręczniki medyczne z przełomu XIX i XX wieku
 - b) stare podręczniki polskojęzyczne z połowy XIX wieku
 - c) prace doktorskie XVII-XIX wiek
 - d) stare podręczniki z zakresu pediatrii XIX i XX wiek.
- Przygotowano i złożono do druku w wydawnictwie PWN opracowanie biograficzno-encyklopedyczne pt. „Polskie Szkoły Kardiologiczne”.
- Zainicjowano współpracę Oddziału Kardiologii Dziecięcej ŚCChS z Katedrą Chemii Klinicznej CM UJ w Krakowie dotyczącą analizy uwalniania enzymów proteolitycznych: elastazy leukocytarnej i kolagenazy u dzieci z zespołem niskiego rzutu po operacjach kardiologicznych.
- W marcu b.r. prof. dr Janusz Skalski został oficjalnie przyjęty do Klubu Kardiologów Polskich.
- Ukazały się drukiem dwie pozycje książkowe (monografie):
 - „Niefarmakologiczne metody uzupełniające leczenie niektórych chorób” pod red. Z. Antoszewski, B. Błońska-Fajfrowska, J. Skalski
 - „Mały atlas ozonoterapii klinicznej” pod red. Z. Antoszewski, J.H. Skalski
- Prof. dr Janusz Skalski został powołany do Komisji Ekspertów MICMAC, Zespołu Projektowego Grupy Roboczej 7 „Foresight”
- Student z Koła Naukowego przy Oddziale Kardiologii Dziecięcej został wyróżniony prestiżową II Nagrodą podczas II Studenckiej Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej Postępy w Kardiologii i Kardiologii Zabrze, 01.06.2007r.



W czasie trwania imprezy można było oddać krew w specjalnym, przewoźnym punkcie krwiodawstwa



Dr hab. Andrzej Lekston przyjmował pacjentów, którzy zgłosili się do „polowego punktu” porad kardiologicznych



Prezes NFOZ dr Andrzej Sońnierz w rozmowie z profesorem Marianem Zembalą (Konferencja Polsko-Ukraińska, Ustroń - marzec 2007)

W numerze 13 Szlachetnego Zdrowia zamieściliśmy zdjęcia z rajdu rowowego pacjentów po transplantacji serca, bez podania nazwiska autora, którym była Helena Zakliczyńska. Za to niedopatrzenie przepraszamy.

Biała Niedziela

W bieżącym roku zerwano z tradycją organizowania imprezy na terenie parkingu przy Śląskim Centrum Chorób Serca i całość przeniesiono na tereny należące do Centrum Handlowego „Platan” w Zabrze. Od godziny 10.00 można było zgłosić się na bezpłatne badania:

- poziomu cholesterolu,
- pomiar cukru we krwi,
- pomiar ciśnienia tętniczego
- pomiar tkanki tłuszczowej
- ciężaru ciała
- EKG,
- spirometryczne.

Dodatkowo lekarze przeprowadzali bezpłatne konsultacji z zakresu:

- kardiologii,
- dietetyki,
- rehabilitacji
- psychologii.

Na miejscu parkował autokar wyposażony w stanowiska do poboru

krwi od zgłaszających się kandydatów na krwiodawców. Akcja ta była szczególnie cenna, wobec coraz większych problemów z odpowiednią ilością krwi — zwłaszcza rzadkiej grupy.

Dodatkową atrakcją były pokazy kuchni dietetycznej wraz z degustacją przygotowanych dań. Dużym zainteresowaniem cieszyły się szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy, które przeprowadzono przy pomocy specjalistycznego, edukacyjnego sprzętu. Poważną atrakcją była możliwość skorzystania z porad wysokiej klasy specjalistów ze Śląskiego Centrum Chorób Serca — bez konieczności zapisywania się na odległe terminy i bez skierowania lekarza rodzinnego. Jak co roku - impreza cieszyła się znacznym powodzeniem wśród mieszkańców Zabrze.

Wyrazy
wdzięczności

Na ręce Pana prof. dr hab. n med. Mariana Zembała chciałem złożyć serdecznie podziękowanie dla całego zespołu operującego z dr Romanem Przybylskim jako prowadzącym, za udaną operację transplantacji serca w dniu 9.05.2007.

Podziękowanie składam również dr Michałowi Zakliczyńskiemu i pielęgniarkom oddziału transplantacji za leczenie i opiekę po transplantacji.

wdzięczny pacjent

Stafan Buchta z żoną Ewą

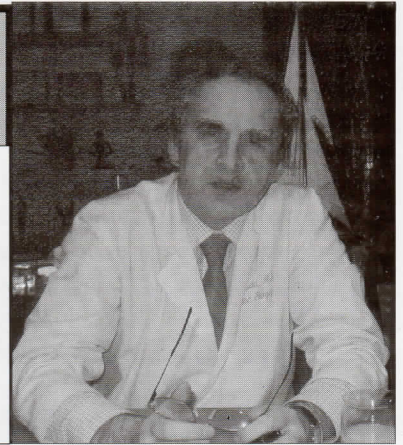


Punkt widzenia.

Dlaczego w Zabrze przedkładamy siłę nowoczesnej wiedzy i doświadczenia nad modne dzisiaj argumentacje populizmu i ... siekiery

**Prof. dr hab.
Marian Zembala**

**Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca**



1. Kryzys w ochronie zdrowia w Polsce jest ciężką i przewlekłą chorobą, którą po raz pierwszy zaczęto diagnozować i leczyć późno, bo dopiero w 1999 roku, kiedy uznano, że system budżetowy jest największym hamulcem rozwoju i trzeba go koniecznie zastąpić znacznie efektywniejszym i sprawdzonym systemem ubezpieczeniowym. Wiemy, że z wyjątkiem takich specyficznych państw naftowych, jak: Kuwejt, Księstwo Brunei czy Zjednoczone Emiraty Arabskie, nie ma na świecie dobrej opinii o sprawności medyczno-ekonomicznej systemu budżetowego, a w tych nielicznych krajach, w których nadal funkcjonuje, zarezerwowany jest jedynie dla nielicznych, mających obywatelstwo mieszkańców, wyłączając wszystkich pozostałych.
2. W roku 1999, dzięki Bogu i ludziom - tym mądrzejszym i bardziej odpowiedzialnym - w Polsce uruchomiono system ubezpieczeniowy, który bardzo wyraźnie zaczął zmieniać funkcjonowanie naszych szpitali, poradni i ich wygląd. Jego wizytówką były modernizujące się oddziały szpitalne, szybki rozwój lecznictwa niepublicznego, wyraźnie odczuwalny, chociaż nieco wolniejszy niż pierwotnie zakładano wzrost płać w ochronie zdrowia. Widać było jak rośnie pozycja, ale także zasoby materialne lekarza rodzinnego, jak dynamicznie rozwija się radiologia, onkologia, ortopedia, nefrologia, kardiologia. Nowe perspektywy zaczęły się otwierać przed medycyną ratunkową, transplantologią, kardiocirurgią, czy rehabilitacją.
3. Zamiast dość popularnego przed rokiem 1999 hasła *nie przyjmujemy pacjenta, ponieważ nie ma miejsca i ... nie będzie*, w wyniku działań reformy zaczęły się natychmiast otwierać oddziały i przychodnie na dużo łatwiejsze, dostępne przyjmowanie chorych, dlatego, że każdy pacjent uruchamiał płatności dla szpitala, czy przychodni płynące z Regionalnych Kas Chorych. Zmniejszały się wielorakie dziwne koleżki, coraz bardziej wstydliva i upokarzająca dla lekarza stawała się korupcja. Wreszcie ważnym elementem negocjacji pomiędzy świadczeniobiorcą, czyli szpitalem, a świadczeniodawcą - Regionalnymi Kasami Chorych, później Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), stawała się jakość świadczeń, a nie tylko ilość. Wzrost liczby przyjmowanych chorych okazał się najprostszym sposobem poprawienia efektywności i zyskowności szpitala, który mógł przeznaczać dodatkowe środki na dalszy rozwój zarówno w sferze inwestycji sprzętowych, jak i osobowych, ze znaczącym wzrostem płać.
4. Faktem jest, że nie wszystkie szpitale podjęły się w latach 1999-2005 odważnej restrukturyzacji i działań, które poprzez kontrakty z najlepszymi pracownikami szpitala gwarantowałyby nie tylko wysoki poziom świadczeń, ale także bezpieczny jak na warunki polskie poziom zarobkowania zatrudnionych tam pracowników. Przyczyn zaniechania tych działań było wiele, od nadmiernej koncentracji szpitali w tym samym mieście, powiecie, województwie, jak również braku współpracy pomiędzy organami założycielskimi w sytuacji, kiedy w wielu miejscach w kraju szpitale pozostawały ważnym miejscem zatrudnienia lokalnej ludności. W latach 2004-2006 poziom finansowania z NFZ był za mały jak na możliwości większości szpitali, pomoc organu założycielskiego mniejsza niż oczekiwano. Dodatkowym niekorzystnym czynnikiem była wadliwa organizacja szpitali publicznych, ich mała konkurencyjność wobec szpitali prywatnych i uruchamianie lawiny rosnących oczekiwań płacowych.
5. W drugiej połowie roku 2006 poziom finansowania ochrony zdrowia w województwie śląskim był rażąco niższy niż w innych województwach w kraju. Skutek takiej sytuacji był aż nadto widoczny pod koniec roku 2006, kiedy okazało się, że większość wykonanych przez szpitale świadczeń, nawet tych ratujących życie, nie zostanie zapłacona lub zapłacona w niewielkim odsetku, nie przekraczającym zwykle od 5 do 20% należności. W roku 2006 wszyscy odczuliśmy - my, leżący, jak i nasi chorzy - skutki schłodzenia, czyli ograniczenia przyjmowania chorych. Na dodatek wkroczyliśmy w Nowy Rok 2007 z żądaniem kolejnego ograniczenia przyjęć chorych i schłodzenia aktywności wszystkich szpitali, co oznaczało także dalsze pogorszenie funkcjonowania szpitali na Śląsku i jeszcze większe niedostatki w sferze inwestycyjno-płacowej.
6. Wartość punktu kontraktowego w województwie śląskim pozostawała niezmienną i nieodróżnioną od lat i wynosiła 10 zł za 1 punkt w lecznictwie szpitalnym, niezależnie czy był to oddział przyjmujący chorych najtrudniejszych, a więc najbardziej kosztownych, czy był to zakład przyjmujący chorych lżejszych, wyselekcjonowanych w trybie jednodniowego pobytu. Tymczasem w innych województwach wartość tego punktu była znacznie wyższa i wynosiła nawet do

12 zł, co oznaczało, że środki jakie otrzymują szpitale w innych województwach niż śląskie były zdecydowanie wyższe.

Dlatego wspólnie z dyrektorami Bogdanem Koczym (Wojewódzki Szpital Urazowy w Piekarach Śląskich), Wojciechem Olszówką (Górnośląskie Centrum Medyczne w Katowicach-Ochojcu) i dyrekcją Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze podjęliśmy inicjatywę, aby w sposób bardzo precyzyjny i udokumentowany pokazać na przykładzie kilku śląskich szpitali jak duża i stale pogłębiająca się jest w tym województwie dysproporcja w ilości uzyskiwanych środków za świadczenia medyczne. W naszych działaniach uzyskaliśmy wsparcie Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ, Marszałka, Wojewody i władz samorządowych województwa śląskiego. W liście adresowanym bezpośrednio do Premiera RP zwróciliśmy uwagę na istniejące zagrożenia, bardzo precyzyjnie wskazując i dokumentując niekorzystny dla naszego województwa algorytm rozdziału środków. Jednocześnie zwróciliśmy się do Dyrektora Śląskiego Oddziału NFZ, wskazując na potrzebę zróżnicowania od stycznia 2008 roku wartości punktu za wykonane świadczenia, wykorzystując bogate doświadczenie w tym zakresie zgromadzone w innych oddziałach NFZ.

Niezależnie od podejmowanych bardzo stanowczych działań zewnętrznych prowadzimy stałą analizę medyczno-ekonomiczną funkcjonowania naszego szpitala prowadzoną w taki sposób, aby każda z zatrudnionych w Szpitalu osób miała świadomość wpływu i osobistej, a nie tylko zbiorowej odpowiedzialności za analizę medyczno-ekonomiczną kosztów leczenia.

Przez obecną falę strajkową w kraju i regionie przechodzimy jako szpital z wieloma dodatkowymi kłopotami, ale zawsze z wielką troską o chorych i ich dobro. Ponieważ nie odmawiamy przyjęć pacjentom mamy znacznie więcej chorych nie tylko z regionu, ale i z kraju. Mamy także nadal niezapłacone nadwykonania za minione półrocze przez NFZ. Dokonując analizy i oceny każdego zatrudnionego w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze pracownika zdecydowanie i otwarcie popieramy najzdolniejszych, najbardziej twórczych klinicznie, nauko-

wo i organizacyjnie pracowitych i oddanych chorym i szpitalowi.

Mamy wielką nadzieję, że przyjęte kilka dni temu przez Sejm nowe rozwiązania dotyczące korzystniejszego niż dotychczas podziału środków dla województwa śląskiego, pomoże w rozwiązaniu wielu bardzo trudnych i zaniedbanych spraw w ochronie zdrowia w tym regionie. Żeby jednak było zdecydowanie lepiej musi temu towarzyszyć lepsze zarządzanie skromnymi zasobami zarówno na poziomie oddziału NFZ, jak i szpitala, oddziału, pracowni, poradni. Przed nami kolejne wyzwania, ważne że od nich nie tylko nie uciekamy, ale je zdecydowanie podejmujemy i dzieląc się doświadczeniem z innymi wskazujemy na nowe ważne i konieczne rozwiązania.

Dla naszego szpitala najważniejsze jest jednak to, że udało się nam wszystkim, nawet w czasie tych trudnych sztorowych dni strajków, nie złamać misji szpitala „*Jesteśmy, aby ratować, nowoczesnie leczyć, dawać nadzieję...*”.

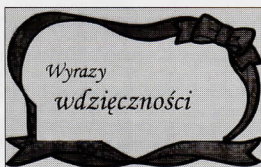
Wspólnym sukcesem moralnym i materialnym naszego szpitala i jego pracowników jest to, że nie sprzeniewierzyliśmy się naszym zaprzysiężonym na całe życie wartościom: *po pierwsze i najważniejsze nie szkodzić choremu.*

Z podziękowaniami za cały dotychczasowy wysiłek dla dobra chorych i szpitala, wraz z życzeniami udanego urlopu i lata w pełnym słońcu.

Marian Zembala

PS. Zwróćcie Państwo uwagę na przebieg kuriozalnej kampanii firm ubezpieczeniowych w Polsce, wobec konieczności częściowego partycypowania przez nie w leczeniu szpitalnym ofiar wypadków. Właściciele samochodów powinni pamiętać, że dla firm ubezpieczeniowych w Polsce najważniejsza jest karoseria samochodu i jego silnik. Życie kierowcy i jego zdrowie jest bez znaczenia. Szkoda tylko, że we wszystkich pozostałych krajach Unii Europejskiej myślenie i działanie jest zgoła odmienne.

Zabrze, 15 lipca 2007 roku



Byłem pacjentem Waszego wspaniałego szpitala w dniach 29.03.07 - 05.04.07. Dzięki zabiegom i leczeniu czuję się obecnie dobrze na zdrowiu, jestem bardzo wdzięczny za opiekę podczas leczenia całemu personelowi lekarskiemu. Szczególne podziękowania kieruję Panu lekarzowi Andrzejowi Mrówce za jego opiekę nad moim zdrowiem, za jego dobroć podczas całego mojego pobytu w szpitalu.

W swoim 77 letnim życiu pierwszy raz spotkałem tak wspaniałego lekarza, który osobiście opiekował się chorymi, który zawsze miał czas dla chorego, wysłuchiwał cierpliwie, co mówi do niego chory, oraz troszczył się o jego zdrowie. Jeszcze raz przesyłam serdeczne podziękowanie Panu lekarzowi za to wszystko co uczynił dla poprawy mojego zdrowia. Życzę Szpitalowi Chorób Serca jeszcze większych sukcesów w leczeniu chorób serca człowieka.

Wasz pacjent – Mieczysław Koba

Kłodzko dnia 20.04.2007 r



Polish Children's Heartline, Inc.

Siedzę naprzeciwko państwa Patrasiów z Toms River w stanie New Jersey w USA, słucham Ich opowiadania i nie mogę wyjść z podziwu, że osoby, które tyle zrobiły dla Polski, tak skromnie opowiadają o swoich zasługach. Amerykanie polskiego pochodzenia, którzy urodzili się już na obcym kontynencie, byli (i są) silnie związani z ojczyzną przodków a w ich rodzinnych domach podstawowym językiem był Polski.

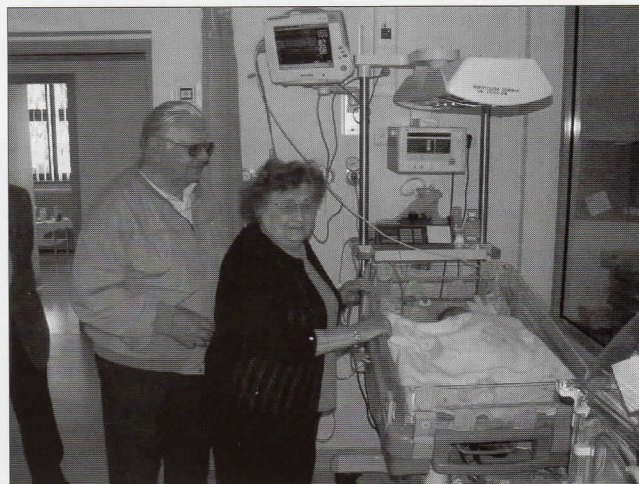
„Przyszedł kiedyś znajomy lekarz, Stanisław Fryczyński, który mówił nam, że młodzi, zdolni lekarze, którzy przyjeżdżają z Polski do jego szpitala opowiadają, że w Polsce, w szpitalach są straszne braki - prawie nic nie ma. Wracając ze Stanów do kraju zabierają ze sobą używane drobne sprzęty jednorazowe - strzykawki, rękawice itp. I to nas poruszyło. Zaczęliśmy o tym rozmawiać i doszliśmy do wniosku, że trzeba pomóc - trzeba jakoś zaradzić” - opowiada pani Patras .

To była iskra zapłonu inicjatywy o dalekosiężnych skutkach. Rozmawiając przy kolacji o tragicznej sytuacji szpitali w Polsce doszli do wniosku, że nie może tak być dalej i trzeba jakoś pomóc. Takie rozmowy toczy się często przy różnych okazjach - zarówno oficjalnych jak i prywatnych, ale na ogół na stwierdzeniu sytuacji i wyrażeniu dobrych chęci się kończy. Jednak nie w tym przypadku.

„Najpierw podzwoniliśmy po znajomych, a potem zaprosiliśmy na spotkanie kilku Polaków liczących się w środowisku Polonii - w tym także biskupa, z którymi omówiliśmy całą sprawę i ustaliliśmy co dalej robić. W efekcie ukazał się artykuł w nowojorskim Nowym Dzienniku opisujący sytuację w polskich szpitalach, obok którego zamieszczono zaproszenie na założycielskie spotkanie naszego stowarzyszenia. Przyszło blisko 30 osób i od tego się zaczęło”.

Potem zaczęła się ciężka praca. Prawnicy polskiego pochodzenia, załatwili zwolnienie z podatku . Polska firma pomaga w prowadzeniu księgowości. W pierwszym roku kupili lekarstwa i sprzęt jednorazowy za 30 tysięcy dolarów. Dotarli do szpitali, które wymieniały sprawne urządzenia na nowszego typu - otrzymali na przykład w pełni sprawne pompy infuzyjne, które w tamtym czasie były w kraju rzadkością.

Potem z roku na rok było coraz więcej zgłoszeń. Zdarzało się, że szpital miał za dużo leków, których nie wolno było wprowadzić do sprzedaży i przeznaczał nadwyżki do zniszczenia. Wtedy mogli je otrzymać bezpłatnie - pod warunkiem przesłania w formie daru do Polski. W ten sposób udawało się otrzymać nie tylko lekarstwa lecz także wycofany, ale sprawny



Aleksandria i Stefan Patras na oddziale kardiologii dziecięcej



Profesor Marian Zembala oprowadza gości z USA po oddziałach szpitalnych



Wspólne zdjęcie z pacjentem po transplantacji płuca

sprzęt. W zbiórki zaangażowali się poważni biznesmeni polskiego pochodzenia.

Przez szereg lat głównym magazynem był przydomowy garaż, w którym zbierali, własnoręcznie segregowali i przygotowywali do wysyłki zebrane sprzęty, leki i urządzenia przeznaczone dla polskich szpitali. Organizacja stawała się coraz bardziej znana nie tylko wśród Polonii, dzięki czemu zwiększały się jej możliwości i zakres działania.

Pozyskali także dla swojej akcji przedstawicieli Polski— szczególnie pomagali: konsul Lipka-Hudzik, oraz pracownicy LOT. Kiedy szpital zaalarmował, że awaria urządzenia elektrycznego wyłączyła całkowicie możliwość operowania pacjentów, kupili je i przesłali na miejsce w przeciągu 24 godzin.

Kiedyś przyleciał do Stanów profesor Religa z doktorem Cichonem z alarmującą informacją, że szpital przestaje operować na skutek braku nici chirurgicznych. Do Polski wrócili po zakupach gwarantujących dalszą działalność ośrodka.

Pomoc w ostatnich latach była skierowana przede wszystkim do szpitali i oddziałów kardiochirurgicznych profesorów: Zembali, Bochenka i Mola, ale stała pomocą otoczono też szpi-

tale w Białogardzie, Suwałkach i Grajewie.

„Jestem dumna, kiedy widzę jak szpital w Zabrzu się rozwinął i jak dzisiaj wygląda. Jest w tym częśćka naszej pracy” mówi pani Patras. „Kiedy byłam w Polsce, pierwszy raz po wojnie w roku 86, to było szaro, smutno, brudno i bardzo biednie”.

Za swoją działalność otrzymała szereg wyróżnień— medal od władz londyńskich (jeszcze za komuny), złoty krzyż zasługi a ostatnio wręczono Jej na zamku w Warszawie medal im. Alberta Schweizera. W konsulacie polskim poznała wielu polityków, a w czasie jednego z pobytów w Polsce gościła w domu u premierostwa Buzków. W uznaniu zasług dla kraju przodków, w roku 1995 była głównym marszałkiem parady Pułaskiego w Nowym Jorku.

Teraz państwo Patras, z uwagi na wiek i pogorszenie stanu zdrowia, stery przekazali innym rodakom. Ale nadal interesują się i utrzymują więź z organizacją, którą stworzyli, rozwinęli i przez tyle lat prowadzili. O ich zasługach polskie szpitale nigdy nie zapomną!!

Tadeusz Bujak

Pracownia Monitorowania Leków

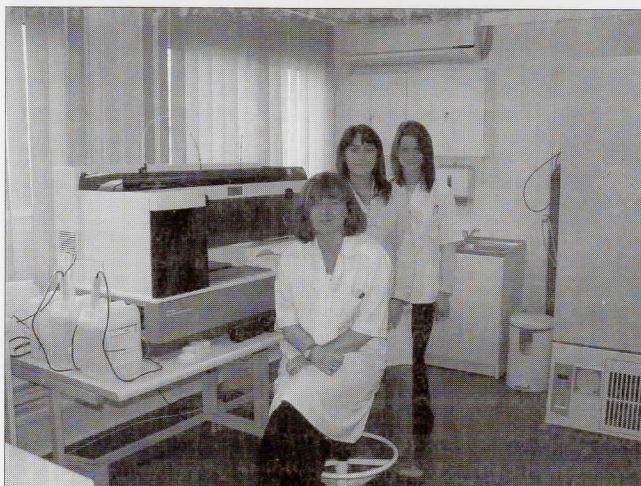
Pracownia Monitorowania Leków Śląskiego Centrum Chorób Serca była częścią Pracowni Izotopowej, od roku jest samodzielną pracownią, mieszczącą się w nowych pomieszczeniach (kontener B). Zespół pracowni składa się z trzech osób zatrudnionych na etacie: kierownik- Marta Szewczyk oraz dwóch techników analityki medycznej- Ewa Sztochryn i Małgorzata Minkina. Głównym zadaniem pracowni jest monitorowanie poziomów leków immunosupresyjnych (cyklosporyny, takrolimus, MPA, syrolimus, a także certicanu). Terapia monitorowana jest bardzo ważna dla prawidłowego leczenia pacjentów po transplantacji. Umożliwia w sposób kontrolowany skutecznie i bezpiecznie realizować schemat farmakoterapii u indywidualnych chorych, a tym samym zapobiega podawaniu zbyt niskich dawek leku, które są nieskuteczne, bądź zbyt wysokich, które mogą doprowadzić do objawów toksycznych.

Oprócz wymienionych leków wykonywane są również inne badania np. poziomy hormonów tarczycy, czy TOXO i CMV w obu klasach, a także monitoruje się leki z grupy glikozydów naparstnicy (digoksyna), czy antybiotyki. W zakres badań wchodzi również oznaczanie PCT, marker ten wyróżnia się wysoką swoistością i czułością dla wykrywania infekcji i zakażeń bakteryjnych. Wszystkie badania wykonywane są z wykorzystaniem nowoczesnej metody immunologicznej tj. enzymoimmunologicznej (EMIT, MEIA), immunofluorescencyjnopolarizacyjnej (FPIA), czy immunoluminometrycznej (LIA).

Oznaczane poziomy leków podlegają ścisłej kontroli jakości. W tym celu Pracownia objęta jest międzynarodową kontrolą jakości (International Proficiency Testing Scheme , UK NEQAS) w Londynie- prof. Holta. Z dotychczasowych otrzymanych wyników wszystkie zostały zakwalifikowane jako bardzo dobre, co świadczy o wysokiej precyzji i dokładności w wykonywaniu oznaczeń.

Pracownia bierze aktywny udział w pracach naukowo-badawczych, czego dowodem są publikacje w czasopismach krajowych i zagranicznych, a także uczestnictwo w zjazdach naukowych.

Pracownia Monitorowania Leków jest jedyną pracownią na terenie Śląska , która wykonuje oznaczenia poziomów stężeń leków immunosupresyjnych w tak szerokim zakresie.



Z przodu— Kierownik pracowni mgr Marta Szewczyk
Z tyłu - Techn. analityki med.— Ewa Sztochryn oraz praktykantka J.Frydrycka

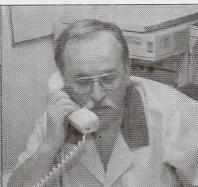


Technik analityki medycznej
Małgorzata Minkina

Prof. dr hab. Janusz Skalski

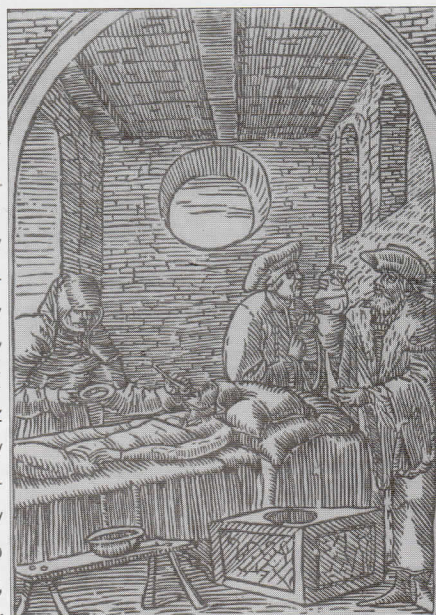
Prastare dzieje zawału serca

część I – Czasy najdawniejsze



Opowieść ta dotyczy choroby, która dręczyła człowieka od najodleglejszych czasów. Chyba od czasów, kiedy życie człowieka stało się na tyle długie, że proces starzenia upominał się o swoje prawa, a śmierć „naturalna” zdążyła ujawnić się pomimo powszechnego zabijania, urazowości i chorób zakaźnych. Trzeba zaznaczyć, że pragnąc przywołać najstarsze przekazy i legendy o chorobie która przygniata piersi, dusi i zabija – trudno oddzielić opisy przypadłości, którą dziś określilibyśmy „niestabilną” chorobą wieńcową od opisów zawału serca. W ujęciu historycznym tych dwóch spraw nie sposób omawiać z osobna.

Najdawniejsze wzmianki, których treść możemy odnosić do objawów choroby wieńcowej i jej konsekwencji odnajdujemy w staroegipskich papirusach, sprzed od 3500 lat. Serce dla Egipcjan było ważnym narządem dla życia, choćby dlatego, że stanowiło centrum duchowe człowieka. Rozróżniano 30 chorób serca (tymczasem chorób oczu podawano 20, żołądka 19). Tak zwany papirus Ebersa, najobszerniejszy staroegipski tekst o treści medycznej, pochodzący z okresu ok. 1534-1550 przed Chrystusem, zawiera fragment mogący być opisem choroby wieńcowej. Wiele zależy od wyobraźni dzisiejszego czytelnika. Może i tego, czy chcemy w nim dojrzeć objawy duszniczy bolesnej i również zawału serca: „Jeśli badasz chorego na żołądek, cierpiącego z powodu bólów barków, piersi i okolicy żołądka, powiedz [mu - przyp.], że powstaje groźba śmierci”. Intrygujący jest inny fragment tekstu: „Gdy serce wylewa łzy, to naczynia zawierają ekskrementy [odpady, złośli?]”. Czy aby możemy sądzić, że autor pisał o miażdżycy naczyń wieńcowych? W opisach starożytnej medycyny egipskiej, mozolnie przełożonej z hieroglifów, miejscami więcej poetyckiej prozy, fantazji i przekazu transcendentnego niż rzetelnej wiedzy medycznej. Ale to przecież początki medycyny światowej, które wraz z medycyną starochińską, okruciami przekazów lekarskich bliskiego i dalekiego wschodu stanowiły załóżek przyszłej medycyny śródziemno-



orskiej, po której dwutysiącletnim rozwoju czujemy się spadkobiercami. Z drugiej strony, dumnej, ale i niedoskonałej medycynie egipskiej należą się słowa krytyki, gdyż zaciążyła nad nią jej hermetyczność i, wbrew popularnym mniemaniom, brak elementarnej znajomości anatomii. Brak syntetycznego spojrzenia na sekcjonowane narządy człowieka, brak medycznego zainteresowania morfologią ciała człowieka (jakże kapitalnym źródłem wiedzy lekarskiej mogły być narządy balsamowanych ciał!) sprawiły, że o sercowej przyczynie śmierci medyk egipski wiedział niewiele.

Dopiero później medycyna aleksandryjska, a po niej grecka, stając się bardziej racjonalną dziedziną wiedzy, dostrzega korzyści z naukowej autopsji. Znane i często cytowane jest, przypisywane Hippokratesowi stwierdzenie: „...skoro bóle wstępują do serca, szpony ścisną piersi”. Nie wiemy czy autor wypowiadał się w ten sposób o objawach duszniczy bolesnej i zawału serca. Może o schorzeniu płucnym, skoro lekarze greccy, w tym i Hippokrates

(460-377 p.n.e.) z zamiłowaniem zajmowali się chorobami płuc? Cytat ten zamieszcza Seneka Młodszy (I w. p.n.e.), niezły i dobrze znany poeta i filozof rzymski, w swej medytacji o śmierci.

W *Corpus Hippocraticum*, dziele przypisywanym temu fenomenalnemu medykowi, w części poświęconej sercu (*De corde*), a powstałym zapewne nieco później (prawdopodobnie po epoce Arystotelesa), na próżno by poszukiwać opisów zawału serca. Wciąż za wcześnie na takie skojarzenia. Szkoły lekarskie na wyspie Kos i w Knidos – w czasach Hippokratesa i po nim – budzą nasz podziw i szacunek za przenikliwość obserwacji klinicznych, umiejętność określania niektórych objawów chorobowych w innych kwestiach, ale nie zaburzeń krążeniowych. Niemożliwe aby zawał serca nie był znany medykom greckim i rzymskim. Może zawał serca z racji rzadszego niż dziś występowania nie zaprzętał głowy starożytnym?

U takich znakomitości medycznych starożytności – jak Erasistratos, Herofiles, Galen, Celsus, brak jakichkolwiek wzmianek o duszniczy bolesnej. Brak także u wielkich medyków arabskich okresu średniowiecza. Medycyna „zapisana w pismach” to jedno, a dzieje człowieka, jego przypadłości, zmartwień, obyczajów – to czasem uzupełniające źródło dziejów medycyny. Pliniusz Starszy odnotowuje: „Rzym

długi czas żył bez lekarzy, ale nie bez medycyny”.

Przeto z zaciekawieniem czytamy w liście przywołanego wyżej poety Seneki Mł. do swego przyjaciela Luciliusza, wykształconego filozofa, sugestywny opis własnych dolegliwości, przypominających objawy duszniczy bolesnej: „Na jedną wszakże chorobę jestem skazany niejako szczególnie. Nazywać ją greckim terminem nie widzę potrzeby skoro nasz wyraz *suspirium* [przyp. – ściskanie] określa ją dość trafnie. Napad (atak) trwa bardzo krótko i jest podobny do burzy [dosł. ...brevis impetus, procellae similis], ustaje zaś po upływie mniej więcej jednej godziny. Któż bowiem mógłby być dłużej bez oddechu. Zaznałem już wszystkich cierpień [dosł. - niedogodności] i niebezpieczeństw dla ciała, żadne jednak nie wydały mi się od tego bardziej uciążliwe. Dlaczego? Bo przy każdej innej dolegliwości, cokolwiek by to nie było, jest się tylko chorym, w tej zaś niemal ducha się oddaje. Stąd też lekarze zowią ją ćwiczeniem się w śmierci [w umieraniu – przyp.] wprawą w umieraniu, duszność bowiem dokonywa wówczas niekiedy tego, co przedtem wielokrotnie uczyniła (...). Na koniec duszność owa, zaczawszy już przechodzić z wolna w sapanie, napadała mnie w odstępach coraz dłuższych, aż w końcu ustała”. Seneka miał wówczas 62 lata, był filozofem, widać, że z pewnym dystansem, filozoficznie odnosi się do ludzkiego cierpienia, nawet do cierpienia własnego...

Jakże mocno przekonany jest o zbliżającej się śmierci skoro, pogodzony z losem, pisze do przyjaciela o przemijaniu i o tym co go czeka: „...śmierć - znaczy nie istnieć. Wiem jak to już jest. Będzie to samo po mnie, co przede mną było”. Ironią losu Seneka chorobie niedokrwiennej serca zawdzięczał ocalenie przed niechybną śmiercią z rąk Kaliguli, okrutnego psychopaty. Otóż Kaligula wiedząc o śmiertelnej chorobie Seneki, przestał zaprzętać sobie nim głowę, uważając, że zgładzenie umierającego nie da mu wystarczającej uciechy. Senekę skazał na wygnanie następcą Kaliguli Klaudiusz, a w końcu zmarł nie na serce, a w wyniku samobójstwa wymuszonego przez Nerona, otrut się cykutą.

Opis śmierci krwiożerczego Attyli wodza Hunów, który odtworzono na podstawie prastarych zapisów, mógłby odpowiadać obrazowi zawału serca. Atylla, zwany Biczem Bożym, po niepowodzeniach w Galii w 451 roku, a następnie zniszczeniu szeregu miast na Półwyspie Apenińskim i spustoszeniu Lombardii, nieco utracił zapał wojenny i wycofał się do swego obozu w Panonii. Można się tylko domyślać, iż zaczął z wolna pod-

upadać na zdrowiu. Zmarł nagle, w 453 roku, w dzień ślubu z piękną Ildyką, księżną burgundzką. Kroniki podają, że zmarł na apopleksję, ale przyznać trzeba, że życie miał gwałtowne, zaś tuż przed śmiercią emocji - co niemiara.

Nie doszukamy się ciekawszych opisów koncepcji leczniczych mogących mieć odniesienie do choroby niedokrwiennej serca, zarówno w mrocznym i scholastycznym średniowieczu, czy też nawet w czasach rozkwitu nauk epoki renesansu. Dopiero wiek XVI i XVII stanowią jakiś przełom, może namiastkę przełomu w dziele poznania zagrażającej życiu choroby niedokrwiennej serca.

Może tylko tekst dotyczący chorób serca zawarty w dość znanym w Europie średniowiecznej dziele *Practica Medicinalis* a powstałym na polskiej ziemi, wart jest odnotowania, jako pewien wyjątek w medycynie średniowiecznej.

Autorem był Tomasz z Wrocławia, tytularny biskup Sarepty (1297- ok.1378). Pochodził prawdopodobnie ze Śląska, studiował nauki lekarskie w Montpellier, Salerno, Padwie, Bolonii, wiele podróżował. Później, jako uznany już uczony zapraszany był jako wykładowca w uniwersytetach w Paryżu, Montpellier i Oxfordzie. Leczył m.in.: papieża Jana XXII, ks. Henryka IV, królów czeskich: Jana Luxemburczyka i Karola IV. Z dziejami kardiologii wiąże dorobek biskupa Tomasza rozdział wymienionego dzieła (jeden z 202 rozdziałów – krótszych lub dłuższych) pt. *De syncopi et debilitate cordis* – tekst o „ułomności” serca, kołataniu i związanych z nim omdleniach. Było to pierwsze na ziemiach polskich opracowanie odnoszące się do serca, a być może pierwsze w świecie dostrzegające związek utraty świadomości z zaburzeniami akcji serca. Ale czy pisał coś o dławicy piersiowej, czy zawału serca? Nie wiemy na pewno co kryje się w niektórych zdaniach, dla przykładu: „...pojawia

się zły przymiot zimna, dla serca straszliwy (...). Za tym przemawia osłabienie serca, a ruch jego staje się cierpieniem. Tak w krótkim czasie powstaje jego niemoc. A gdy w istocie dłużej trwa omdlenie i odjęte są ruch i czucie w ciele, najczęściej następuje śmierć...”.

Wiele zależy od wyobraźni dzisiejszego czytelnika, także sposobu tłumaczenia zawiłego i mocno scholastycznego tekstu, najeżonego upiększeniami filozoficznymi. W wolnym tłumaczeniu i interpretacji zacytowany fragment niejedyn potraktowałby jak opis choroby niedokrwiennej i zawału serca...

cdn.



Karina Drzał

Przeszczep płuc – jak to się zaczęło na świecie i w Polsce



Płuca, narząd ważny dla życia, były od dawna przedmiotem zainteresowania chirurgów. Podobno najstarszą procedurą zabiegową, wspomnianą kilkakrotnie w pracach Hipokratesa, była torakocenteza czyli odprowadzenie z klatki piersiowej płynu, ropy lub krwi. Później lekarze rzymscy stosowali do tego celu metalowe kaniule lub trokary. Potrafili oni również określić niebezpieczeństwo związane z odmą. Opukiwanie klatki piersiowej oraz wynalezienie stetoskopu pod koniec XVIII wieku umożliwiły dokładniejsze badanie przedmiotowe i rozpoznanie chorób klatki piersiowej. Wentylacyjną czynność płuc zmierzono po raz pierwszy za pomocą spirometru w połowie XIX wieku, dopiero jednak od momentu odkrycia promieni X potrafiło precyzyjnie diagnozować nieprawidłowości w obrębie klatki piersiowej. Badacze z Londynu określili budowę układu oskrzelowo-płucnego w 1889 roku. Pół wieku później w Nowym Jorku wynalazcy bronchoskopu potwierdzili rezultaty ich badań.

Ostateczne zrozumienie anatomii i fizjologii drzewa oskrzelowego i płuc nastąpiło w latach 40 XX wieku. W 1948 roku w Anglii nowa wiedza na temat segmentowej budowy płuca pozwoliła na ograniczoną resekcję w rozmaitych stanach patologicznych oraz ostatecznie na transplantację poszczególnych segmentów płuca. Poznano unikalne podwójne unaczynienie tego narządu – tętnica płucna prowadząca nieutlenowaną krew żylną z całego ciała i przechodząca przez prawą połowę serca oraz mniejsza tętnica oskrzelowa zaopatrująca tkankę płucną w utlenowaną krew. Jak ważne jest zaopatrzenie w krew samych oskrzeli przekonano się podczas badań przygotowawczych do transplantacji płuc.

Pierwszy zabieg przeszczepienia płuc u człowieka przeprowadził w 1963 roku James Hardy, było to 7 miesięcy przed wszczęciem innemu choremu serca szympansa. Oprócz badań nad transplantacją serca Hardy i jego zespół przeprowadził serię retransplantacji i transplantacji pojedynczego płuca u psów. Niektóre ich eksperymenty były kontynuacją prac Carrela, w innych korzystali z dorobku Demikowa, który pod koniec lat 40, przeprowadził wiele doświadczalnych transplantacji płuc oraz przeszczepił głowę psa na szyję biorcy.

Kilka badaczy z Włoch, Francji i Stanów Zjednoczonych opisa-

ły techniki operacyjne reimplantacji płuc oraz wszczęcie autoprzeszczepów i alloprzeszczepów płucnych u naczelnych, psów i owiec.

Na podstawie tych doświadczeń Hardy i jego zespół udoskonalili swoją technikę chirurgiczną, opanowując powtarzalny model zwierzęcy, na którym mogli badać kilka istotnych problemów:

1. Wpływ podziału poszczególnych ważnych dla życia struktur, takich jak tętnica płucna, żyła płucna i oskrzela, na czynność płuc.
2. Znaczenie uszkodzenia naczyń limfatycznych i ich regeneracja.
3. Możliwość zapewnienia przez reimplantowane lub przeszczepione płuco wystarczającej dla organizmu zwierzęcia wymiany gazowej, jeśli tętnica płucna drugiego płuca zostanie podwiązana lub jeśli drugie płuco zostanie usunięte.
4. Wpływ przechowywania wyizolowanego narządu na jego czynność i przeżycie.
5. Wpływ immunosupresji na alloprzeszczepy płuc.



Pacjent po transplantacji płuc – Adam Pawlak z Haliną Pisarską pielęgniarką oddziałową oddziału transplantacyjnego

Chociaż reimplantacja wywoływała początkowo we wszystkich przeszczepianych płucach gwałtowne zmiany fizjologiczne i upośledzenie czynności, jednak w ciągu kilku dni dochodziło do normalizacji lub przynajmniej stabilizacji tych zmian. Autoprzeszczepy funkcjonowały coraz lepiej. Natomiast czynność przeszczepów allogenicznych pogarszała się, ponieważ ostre odrzucanie przeszczepu następowało niezależnie od stosowania

wszystkich dostępnych w tym czasie metod immunosupresji. Raporty z przeprowadzonych badań potwierdzają, że allogeniczne przeszczepy u psów funkcjonowały przez dłuższy czas tylko w bardzo niewielu przypadkach, większość biorców żyła najwyżej 4-5 tygodni. Przeszczepianie psom obu płuc przyniosło jeszcze gorsze rezultaty, zwłaszcza dlatego że podczas obustronnego zabiegu przerywano drogę odruchu nerwowego niezbędnego do oddychania. W przypadku przeszczepienia jednego płuca odruch ten mógł być zachowany dzięki pozostawieniu nerwu zaopatrującego narząd własny.

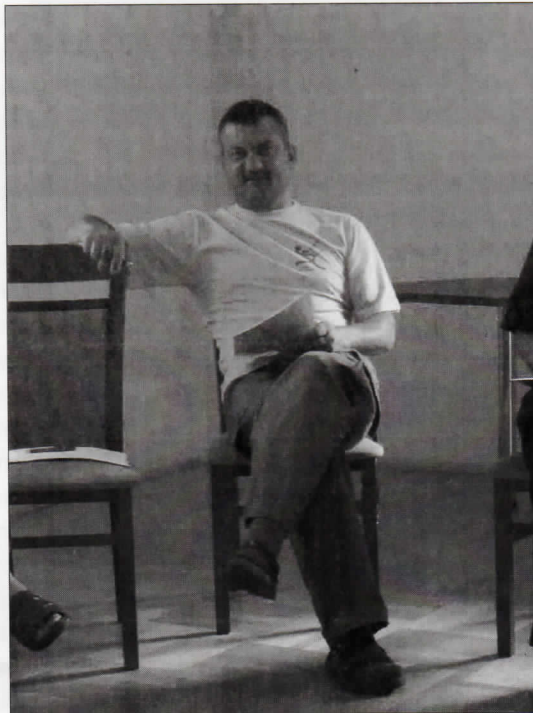
Frank Veith, chirurg prowadzący badania w Nowym Jorku, istotnie poszerzył i wzbogacił te obserwacje. Określił warunki fizjologiczne, konieczne do przyjęcia nowego płuca, ponieważ zdawał sobie sprawę, że nowy narząd musi zapewnić pełną wentylację od chwili umieszczenia go w organizmie biorcy i kontynuować czynność przez nieograniczony czas. Veith i inni badacze zajmujący się tą wąską dziedziną opracowali po-

prawki i udoskonalenia pozwalające pokonać istniejące dotąd problemy techniczne w postaci tworzenia się skrzepów w linii zespolenia przedsińkowego, zwężenia tętnicy płucnej i martwicy komórek oskrzeli powodującej nieszczelność zespolenia oskrzelowego. Veith bardzo optymistycznie oceniał kliniczne możliwości przeszczepiania płuc, wyrażając swoją optymistyczną opinię w pracy przeglądowej pt. *If kidneys and hearts, why not lungs* ("Skoro nerki i serce, to czemu nie płuca").

Mimo zupełnego braku powodzenia podczas doświadczeń na zwierzętach badacze usilnie dążyli do rozpoczęcia prób na ludziach. Hardy starannie przygotował „bezwzględne techniczne i moralne kryteria obowiązujące obecnie procedury”. Obejmowały one zastrzeżenia, że biorcą przeszczepu może być wyłącznie osoba z nieodwracalną krańcową chorobą płuc, u której zabieg nie spowoduje skrócenia oczekiwanego czasu życia, oraz zalecenie, by nie usuwać funkcjonującej tkanki płucnej biorcy. Hardy drobniaczkowo analizował wszystkie przypadki i odrzucił wielu kandydatów na biorców. Był więc gotów, kiedy zgłosił się John Russell. Pacjent był w stanie terminalnym z powodu raka lewego płuca, trudności z oddychaniem ledwie pozwoliły mu funkcjonować. Przeniesiono go do szpitala z więzienia gdzie oczekiwał na wykonanie kary śmierci za popełnione przed kilkoma laty morderstwo. Odrzuciwszy możliwość radioterapii, Russell wyraził zgodę na przeszczepienie płuca. Zgodę na złagodzenie jego wyroku umotywowano następująco: „władze stanu [...] wskazują, że rozwiązanie takie jest korzystne, założywszy, że przyczyni się on w ten sposób do rozwoju ludzkości”. W czerwcu 1963 roku Russell otrzymał lewe płuco od dawcy umierającego na rozległy zawał serca. Nowy narząd funkcjonował dobrze przez 17 dni, po czym rozwinęła się niewydolność nerek, która doprowadziła do śmierci pacjenta. W badaniu mikroskopowym przeszczepione płuco wyglądało normalnie.

Dodatkowych danych dostarczyły badania rosyjskich chirurgów, którzy opisali 7 chorych na astmę, którym usunęli i ponownie wszczepili płuca. Przeżyło 5 chorych, u jednego z nich reimplantowano oba płuca. Chociaż metoda nie została zaakceptowana na zachodzie, doświadczenie to dowiodło, że transplantacja obu płuc jest możliwa i że zastąpienie jednego lub nawet obu płuc może przez nieograniczony czas utrzymać chorego przy życiu.

Chirurdzy w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i w Europie w okresie pomiędzy wspomnianą wcześniej operacją Hardy'ego w 1963 roku a końcem 1980 roku przeprowadzili około 40 transplantacji jednego płuca. Nie było zaskoczeniem, że wszyscy biorcy zmarli z powodu wielu technicznych powikłań, niewydolności oddechowej lub zakażenia. Jednak jeden uderzający sukces dał nadzieję wszystkim osobom zajmującym się tą dziedziną. Pod koniec 1968 roku Fritz Derom, profesor chirurgii w Ghent w Belgii, przeszczepił jedno płuco 23 letniemu robotnikowi (pracującemu przy piaskowaniu) z zaawansowaną krzemicą, stosując następnie azatioprynę, prednizon i surowicę antylimfocytarną. Mimo dwóch odwracalnych epizodów ostrego odrzucania u pacjenta, Aloisa Vereckena, obserwowano stopniową poprawę; w ciągu 3 miesięcy nowe płuco osiągnęło 80% normalnej czynności. Taki stan utrzymywał się jeszcze przez 10 miesięcy, zanim chory nie zmarł z powodu zapalenia płuc. Autopsja wykazała w przeszczepionym płucu minimalne objawy odrzucania przeszczepu.



Marek Breguła—pacjent po transplantacji serca i płuc

Zatem mimo chwilowych niepowodzeń dziedzina ta powoli się rozwijała. Z technicznego punktu widzenia operacja była możliwa. Przeszczepione płuco mogło funkcjonować zarówno przez krótki czas, jak i stosunkowo długo. Epizody ostrego odrzucania udawało się odwrócić. Inna lekcja była jednak mniej zachęcająca. Miejsce zespolenia oskrzeli dawcy i biorcy stanowi potencjalne zagrożenie. Martwica komórek, nieszczelność lub rozerwanie zespolenia, zwężenie, krwawienie lub zakażenie występowały w tym miejscu zbyt często. Powikłanie te wiązano z kilkoma

czynnikami, między innymi z niedokrwiem kikutu oskrzela oraz upośledzeniem procesów gojenia przez steroidy, które podawano, aby zapobiec odrzucaniu przeszczepu. Nabyte z czasem doświadczenia wykazały, że coraz większe zagrożenie stanowią zakażenia oportunistyczne, nie tylko bakteryjne, lecz również spowodowane przez coraz lepiej poznawany wirus – cytomegalowirus (CMV).

Prawdopodobnie dzieje się tak dlatego, że płuca, podobnie jak graft pęcherza moczowego, są zawsze otwarte na środowisko zewnętrzne i bardziej narażone na zagrożenia z zewnątrz niż narządy stricte wewnętrzne. Nawet jeśli udawało się zaradzić tym problemom, występującym we wczesnym okresie, po pewnym czasie pojawiały się nieoczekiwane i śmiertelne choroby. Zarostowe zapalenie oskrzeli, charakteryzujące się postępującym zwężeniem dróg oddechowych i będące prawdopodobnie wynikiem przewlekłego odrzucania przeszczepu,

DODATEK DRUGIE SERCE

KWARTALNIK STOWARZYSZENIA TRANSPLANTACJI SERCA

OD REDAKCJI :

Dwadzieścia lat – tyle czasu po transplantacji serca żyje trzech naszych kolegów. A jeszcze w zeszłym roku w telewizji można było usłyszeć, że przeszczepy serca nie przedłużają życia, a tylko ludzka pacjentów nierealnymi mrzonkami. Przedstawiamy dzisiaj jednego z jubilatów – Jerzego Badurskiego. Dla pozostałych rezerwujemy miejsce w kolejnych numerach. Cała trójka powróciła do swoich obowiązków zawodowych – pracując aż do emerytury - a nawet dłużej. W dalszej części prezentujemy warsztaty psychologiczne dla pacjentów po transplantacji serca – stanowiące znakomitą platformę integracyjną dla środowiska osób po przeszczepie

Stowarzyszenie Transplantacji Serca

Zarząd Główny- ul. Niemodlińska 33 04-635 Warszawa

sekretariat - 41800 Zabrze ul. Szpitalna 2

Konto: BPH 23 1060 0076 0000 3200 0099 4550

Tel. (32) 273-23-20 w Zabrzu (22) 812 78-95 w Warszawie;

Dwadzieścia lat !!

Kiedy w 1994 roku dowiedziałem się, że jedynym ratunkiem jest dla mnie transplantacja serca, zacząłem radzić się znajomych (i mniej znajomych) lekarzy, czy decydować się na operację. Dowiedziałem się wtedy, że „po przeszczepie żyje się średnio cztery lata, a maksymalnie siedem”. Taki pogląd wygłaszali lekarze. A co na ten temat sądzili przeciętni ludzie, skoro jeszcze w zeszłym roku można było w telewizji usłyszeć z ust zakonnika (mającego ponoć wykształcenie medyczne), że „transplantacja w rzeczywistości w ogóle nie przedłuża życia”.

TB

Kłopoty Jurka z sercem. zaczęły się w tym samym miesiącu, w którym profesor Zbigniew Religa przeprowadził (wraz z zespołem) pierwszy w Polsce, udany przeszczep serca.

W listopadzie 1985 roku serce dało znać o sobie.

„ Doszedłem po schodach na drugie piętro, a wyżej nie mogłem już zrobić ani jednego kroku. Prosiłem sąsiadkę o zadzwonienie na pogotowie. Domyśliłem się, że mam zawał” - Jerzy Badurski opowiada o początkach swojej choroby.

Zawał był rozległy, ale po pobyciu w szpitalu normalnie wrócił do domu i do pracy.

Jednak w kwietniu 1986 roku nagle się źle poczuł i przez całą noc nie mógł zasnąć. Rano zgłosił się do szpitala, gdzie stwierdzono ponowny zawał. Kiedy na konsultację przyjechał z Zabrze (gdzie wtedy pracował) doktor Bochenek, zakwalifikował go (jako pierwszego pacjenta z Ochojca) do przeszczepu serca.

Decyzja o poddaniu się operacji nie była w tamtych czasach łatwa. Znajomy lekarz wręcz radził, aby na przeszczep się nie zgadzać. Twierdził, że życie przedłuża się bardzo nieznacznie, natomiast do śmierci trzeba żyć w sterylnych warunkach, w zamkniętym pomieszczeniu – bez bliższego kontaktu z ludźmi – nawet z najbliższą rodziną. Na szczęście byli też lekarze, według których po przeszczepie żyje się normalnie i nawet można chodzić na grzyby.

Po konsultacji z żoną podjął decyzję: -trzeba podjąć ryzyko, które może przynieść pozytywny efekt, natomiast odmowa oznaczałaby czekanie na rychłą śmierć.

W lipcu 2007 roku ze Śląskiego Centrum Chorób Serca przysłano sanitarkę, którą przewieziono Go do Zabrze.

29 lipca 1987 roku otrzymał nowe serce.

Po operacji pacjenci przebywali w warunkach sterylnych - nawet lekarze i pielęgniarki przychodzili w maseczkach na twarzy, a nie było mowy o wizytach osób z zewnątrz - poza



Jerzy Badurski - 20 lat po transplantacji serca

najbliższą rodziną (w ograniczonym zakresie). Także wychodząc z sali szpitalnej pacjenci wkładali maski na usta. Dopiero w Reptach, w których przebywał ponad dwa miesiące, można było poruszać się w miarę swobodnie.

Dwa lata po operacji zaczął starać się o pracę w swoim starym zakładzie (w Hucie Bankowej w Dąbrowie Górniczej), ale tu natrafił na poważne opory. Dopiero pisemna gwarancja profesora Zbigniewa Religi przekonała dyrekcję, że po transplantacji serca można pracować. Ale pomimo wyższego wykształcenia inżynierskiego, nie wrócił do „ruchu”, chociaż zatrudniono Go na stanowisku kierowniczym.

O swoich przejściach nie opowiadał bliższym i przygodnym znikomym - nie chcąc wzbudzać sensacji. O swoich doświadczeniach w tej materii Jurek opowiada:

„Kiedyś w Reptach jakiś facet w parku, w rozmowie zahaczył o temat transplantacji, opowiadając mi, że byli tu pacjenci po przeszczepach serca, ale widać było, że długo nie żyją. Ledwo poruszali się na nogach. Wtedy nie wytrzymałem i przyznałem się, że ja też jestem po przeszczepie. Facet nie uwierzył” Natomiast w pracy nie chciał być traktowany na specjalnych prawach i swoje obowiązki wykonywał aż do osiągnięcia wieku emerytalnego.

TB

Z okazji rocznicy „ponownych urodzin” życzymy solenizantowi kolejnych 20 lat aktywnego i bezproblemowego życia Redakcja



Warsztaty psychologiczne dla osób po transplantacji serca (płuc)



„Warsztaty psychologiczne” - nazwa z jednej strony odpowiada treści zajęć, ponieważ głównym przedmiotem rozważań, ćwiczeń i wykładów są problemy psychologiczne dotyczące (w szerszym lub węższym zakresie) osób żyjących z przeszczepionym sercem, lub płucami.

Ale z drugiej, nazwa jest myląca — wprowadza osoby niezorientowane w błąd, sugerując, że są przeznaczone wyłącznie dla osób mających poważne problemy z własną psychiką, z dostosowaniem się do otoczenia, czy w nawiązywaniu (i utrzymywaniu) kontaktów z innymi ludźmi. Nic bardziej mylnego.

Głównym ich celem jest integrowanie środowiska osób żyjących z przeszczepionym sercem (lub płucami), którym sytuacja zdrowotna determinuje problemy zdrowotne, rodzinne i bytowe. Wspólne wycieczki, spotkania w czasie posiłków czy zabawy, mają niemniej ważne znaczenie niż zajęcia terapeutyczne. Wymiana doświadczeń życiowych ludzi mających zbliżone problemy z własnym zdrowiem— ale także z bliższym i dalszym otoczeniem rodzinnym i społecznym, jest szczególnie istotnym doświadczeniem dla osób o krótkim stażu pooperacyjnym.

W czasie spotkań, czy indywidualnych rozmów można się dowiedzieć, że inni mają takie same problemy i też są zmuszeni do lepszego lub gorszego ich rozwiązywania. Szczególne znaczenie mają dla osób z krótkim stażem po operacji, spotkania z koleżankami i kolegami, którzy mają większe doświadczenie w pokonywaniu problemów i trudności zdrowotnych, bytowych czy związanych z sytuacją rodzinną lub zawodową. Tym bardziej, że z dotychczasowych doświadczeń wynika, że w czasie tych spotkań niemal wszyscy chętnie się dzielą swoimi doświad-





zeniami.

W programie warsztatów przewidziana jest zwykle wycieczka krajoznawcza, spacery oraz kolacja w karczmie regionalnej— przy muzyce ludowej. W roku bieżącym, dotychczas zorganizowano spotkania dwukrotnie— w Nowym Targu oraz w Wiśle Malince. W obydwu przypadkach były to pobyty zlokalizowane w ośrodkach o wysokim standardzie - noclegi w dwuosobowych pokojach z łazienkami a wyżywienie z trzema posiłkami (śniadania w trybie bufetowym). W Nowym Targu— w ośrodku szkoleniowym Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Krakowie, uczestniczyło łącznie 30 osób, natomiast w Wiśle w ośrodku Geovita 25 osób.



Program przewiduje zawsze rozpoczęcie spotkania w piątek po południu (pierwszym posiłkiem jest kolacja), natomiast zakończenie w niedzielę po obiedzie. Do końca bieżącego roku przewiduje się jeszcze organizację spotkania w Wildzie - dla członków koła Warszawa i ewentualnie chętnych z innych kół— mieszkających w województwach północnych.



Natomiast w drugiej połowie października będzie zorganizowane spotkanie w Wiśle— lub w siedzibie zespołu Śląsk w Koszęcinie (między Lublińcem a Częstochową), w którym będą mogli wziąć udział członkowie wszystkich kół - według kolejności zgłoszeń.

Warsztaty psychologiczne są dla osób po transplantacji (członków STS) całkowicie bezpłatne, przy czym przewiduje się organizację bezpłatnych dojazdów lub pokrycie kosztów biletów kolejowych (lub autobusowych) z miejsca zamieszkania - do najbliższej ośrodkowi stacji.

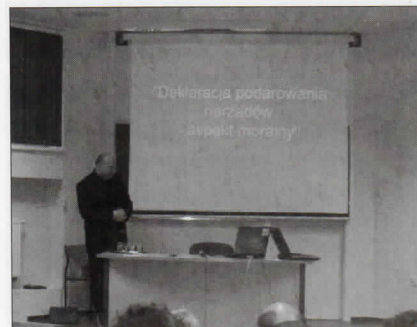


Jest to niezwykle przydatna forma zajęć, w czasie których można odpocząć, zwiedzić ciekawe okolice, poznać wiele osób po transplantacji (w sytuacji bezstresowej— jakże innej od oczekiwania na biopsję czy wyniki badań) i zebrać szereg informacji przydatnych w dalszym życiu.

I w dodatku za nic nie trzeba płacić.

Tadeusz Bujak





Od góry:

1. Spotkanie w Senacie RP poświęcone problemom transplantacji narządów.
2. Przerwa w czasie nagrania audycji dla programu I. TVP (1-sza z lewej Anna Julewicz, 3-ci Wojciech Skubiszak)
3. Konferencja poświęcona transplantacji w Wyższej Szkole Zarządzania w Tychach—wykład księdza Tabatha

Od góry:

1. Spotkanie w senacie RP—od lewej: prof. Z. Rowiński, prof. M.Zembala, dr Przybyłowski
2. Szkolenie dla członków zarządów kół STS w Koszęcinie—wykład
3. Szkolenie w Koszęcinie

Od góry:

1. Stoją—od lewej—prezes N.R.L. dr K. Radziwiłł, prezes NFOZ A. Sośnierz, przew. Z.Z.L.K. Bukiel—w czasie spotkania z pacjentami.
2. Koszęcin—uczestnicy szkolenia kadry STS
3. Spotkanie z przedstawicielami pacjentów - dr A. Sośnierz oraz ks. A. Nowak

Drodzy Państwo,

Z przyjemnością zapraszam Państwa na psychologiczne spotkania dla osób po przeszczepie serca i ich rodzin, organizowane w Śląskim Centrum Chorób Serca w ramach działalności Poradni Transplantacyjnej.

Podczas tych spotkań możecie Państwo porozmawiać o wszystkim, co dla Was ważne - o tym, co dotyczy zdrowia lub innych sfer Waszego życia. Możecie dowiedzieć się o tym, jak lepiej radzić sobie z codziennym stresem i pozytywnie wpływać na swoje zdrowie i życie. Te spotkania są również okazją do tego, aby poznawać i rozwijać mocne strony swojego charakteru.

Będziemy razem szukać indywidualnych rozwiązań ważnych dla Was spraw.

Spotkania są organizowane w każdą środę. Nie ma konieczności wcześniejszego umawiania się.

Spotkania grupowe wśród osób po transplantacji serca odbywają się w godz. 11.00 - 12.30 na terenie Śląskiego Cen-

trum Chorób Serca
Indywidualne konsultacje odbywają się w godz.
12.30 - 15.30 na terenie Śląskiego Centrum Chorób Serca

Osoby zainteresowane innym terminem, proszę o kontakt (nr tel. podane niżej).

Spotkania są dla Państwa całkowicie bezpłatne.

Szczegółowe informacje możecie Państwo uzyskać pod nr tel.: 032 33 37 769 lub w Poradni Transplantacyjnej (tel.: 032-273 26 82, 032 37 33 603) w Śląskim Centrum Chorób Serca.

Miło mi będzie spotkać się z Państwem!

Do zobaczenia,
Alicja Michalak psycholog
Śląskie Centrum Chorób Serca

„Drugie Serce” dodatek do kwartalnika Śląskiego Centrum Chorób Serca „Szlachetne Zdrowie”

Redakcja: 41902 Zabrze ul. Szpitalna 2
Telefon/fax 273-23-20 tel. 373-37-33

jest najpoważniejszym nierozwiązanym problemem w transplantacjach płuc.

Zainteresowanie wszczepianiem jednego płuca ponownie zostało wzbudzone na początku lat 80 XX wieku, do czego przyczyniło się wprowadzenie nowego leku immunosupresyjnego, cyklosporyny A, i pierwsze sukcesy w przeszczepianiu jednocześnie serca i płuc. Ustalono bardziej rygorystyczne wskazania do transplantacji, zwłaszcza u pacjentów ze zwłóknieniem płuc, rozedmą i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. W przypadku innych chorób korzyści wynikające z zabiegu były mniej oczywiste. Coraz popularniejsze było używanie pomostowania sercowo-płucnego, ułatwiającego przeprowadzanie zabiegu. W 1990 roku przeprowadzono 290 transplantacji; roczny wskaźnik przeżycia wynosił 65%, 2-letni – 54%. Spośród 130 opisanych przypadków większość stanowili chorzy na rozedmę i zwłóknienie torbielowate. Chociaż postęp w transplantacjach płuc jest wolniejszy niż w przypadku przeszczepianie innych narządów, a przypadki odległego przeżycia nadal nie są liczne, metoda ta daje nadzieję niektórym chorym z krańcową niewydolnością oddechową.

Entuzjazm związany z przeprowadzeniem przez Christiana Barnarda w 1967 roku pierwszej transplantacji serca u czło-wieka sprawił, że w krótkim czasie podjęto 3 kolejne próby przeszczepienia jednocześnie serca i płuc. W związku z niepowodzeniem wcześniejszych prób przeszczepienia płuc, wydaje się dziwne, że zdecydowano się na tak odważne posunięcie. W 1968 roku cechujący się determinacją Denton Cooley z Houston wykonał transplantację serca i płuc u 2-miesięcznego niemowlęcia z ciężkimi wadami wrodzonymi. Dziewczynka zmarła po 14 godzinach. Rok później chirurgom z Uniwersytetu Stanu Minnesota nie udało się przeszczepić serca i płuc 43-letniemu choremu na rozedmę płuc, a w 1971 roku Barnard podjął się wykonania trzeciej podobnej procedury i wszczepił serce oraz płuca czarnoskórego dawcy biocy „ rasy mieszanej”, Adrianowi Herbertowi. Herbert zmarł po 3 tygodniach z powodu licznych powikłań, między innymi z powodu martwicy oskrzela. Żona dawcy twierdziła, że nie została poinformowana o pobraniu narządów jej męża – co było niezgodne z prawem RPA, które w tym czasie wymagało uzyskania pozwolenia.

W 1980 roku Bruce Reitze i jego zespół pracujący w Stanford opisali 37 małż z przeszczepami serca i płuc, leczonych cyklosporyną A, które żyły przez kilkanaście miesięcy, a jedna przeżyła kilkanaście lat. Te ważne badanie nie tylko dowiodły skuteczności technik operacyjnych i znaczenia nowego preparatu, ale również faktu, że biorcy po wszczepieniu tego dużego kompleksu narządów mogą żyć przez nieograniczony czas. Opierając się na tych bezprecedensowych wynikach, Reitz i Shumway szybko przeszczepili serce i płuca 4 pacjentom: jeden przeżył 4 lata, drugi przeżył 3 lata, a 2 kolejnych żyło po 2 lata. Badania te zapoczątkowały stosowanie nowej metody – biopsji cienkoigłowej, służącej do wykrywania wczesnych

Tabela 1. Transplantacje serca, serca i płuc oraz płuc wykonane w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu w latach 1985 – 2006.

rok	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
OHT	2	7	25	14	1	15	11	25	22	37	37	32	47	51	56	55	46	44	51	43	37	24
HLT			2	1							1	1	1				1	1		1		1
SLT																						
DLT													1						1	2	3	6
HKT																		1				

OHT - przeszczep serca HLT - transplantacja serca i płuc SLT, DLT - transplantacja pojedynczego lub obydwu płuc HKT - transplantacja serca i nerki

objawów odrzucania przeszczepu w sercu i w płucach.

Co ciekawego, okazało się, że serce i płuca (podobnie jak wątroba w połączeniu z innymi narządami jamy brzusznej) nie zawsze podlega procesowi odrzucania przeszczepu w tym samym czasie. Do 1990 roku przeprowadzono 785 transplantacji serca i płuc. 60% biorców przeżyło 1 rok po zabiegu, a 45% - 2 lata. Rezultaty stale się poprawiają mimo stosunkowo niewielkiej liczby zabiegów przeprowadzanych w ciągu roku. Obecnie lepiej określono wskazanie do zabiegu zarówno u dorosłych jak i u dzieci. Niestety nadal nie rozwiązano problemu zarostowego zapalenia oskrzelików.

Chociaż z tą metodą leczenia wciąż wiąże się wiele wątpliwości, jednoczesne przeszczepianie serca i płuc jest często jedyną możliwą terapią u osób ze schyłkową chorobą płuc.

Pierwszą w Polsce transplantację serca i płuc wykonał w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii w Zabrzu w 1987 roku Zbigniew Religa. Pierwszą transplantację pojedynczego płuca, także w Zabrzu przeprowadził w 1998 roku Marian Zembala.

Jednak zakończoną powodzeniem transplantację obu tych zniszczonych narządów przeprowadzono w Polsce w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu dopiero w 2001 roku, u 38-letniego mężczyzny z wysokim, nieodwracalnym nadciśnieniem płucnym i ciężką niewydolnością lewokomorową. Zespół kardiologów w składzie: Marian Zembala, Jakub Perdeus, Roman Przybylski, Jacek Wojarski oraz kardioanestezjologów w składzie: Piotr Knapik, Paweł Nadziakiewicz, Jerzy Czapla, uzyskał bardzo dobry, zarówno wczesny, jak i odległy wynik zabiegu.

Pierwszą w Polsce pomyślną transplantację jednego płuca wykonano także w Zabrzu w kwietniu 2003 roku u 55-letniego pacjenta z ciężkim idiopatycznym zwłóknieniem płuc. Transplantacje serca, serca i płuc, płuc wykonane w Zabrzu w latach 1985-2006 przedstawiono w tabeli 1

Przeszczepianie jednego płuca, obu płuc, czy równoczesne serca i płuc stało się obecnie także w Polsce, jedynym sposobem leczenia wielu chorych będących w schyłkowym okresie niewydolności oddechowo-krażeniowej, spowodowanej nieodwracalnym uszkodzeniem płuc lub serca i płuc.

Zespół ds. Promocji Zdrowia

STANDARD EDUKACJI PACJENTA Z CUKRZYCĄ



Podstawową rolę w prawidłowym leczeniu cukrzycy odgrywa edukacja pacjentów i ich rodzin. Profesjonalne przygotowanie w zakresie radzenia sobie z chorobą, ich wiedza i umiejętności na temat żywienia, wpływu wysiłku fizycznego na poziom glukozy, zależy od przygotowania i zaangażowania zespołu leczącego oraz pacjenta i jego rodziny.

Dlatego ważne jest, aby:

- środowisko medyczne prowadziło edukację pacjentów i ich rodzin,
- pacjenci samodzielnie kontrolowali chorobę i we współpracy z lekarzem, pielęgniarką osiągnęli coraz lepsze efekty leczenia oraz poprawę jakości życia.

Dotyczy

Każdego pacjenta ze zdiagnozowaną cukrzycą, nietolerancją glukozy (IGT) i nieprawidłową glikemią na czczo (IFG) oraz jego najbliższej rodziny.

Uzasadnienie

Cukrzyca jest zespołem zaburzeń, które polegają na nieprawidłowej regulacji metabolizmu węglowodanów, lipidów oraz białek. Ryzyko wystąpienia chorób serca u chorych z cukrzycą jest 2-5 razy większe niż w populacji ogólnej. W chwili rozpoznania cukrzycy typu 2 u około 50% pacjentów stwierdza się objawy choroby układu sercowo-naczyniowego. W programie zmierzającym do obniżenia zachorowalności na cukrzycę, zwłaszcza wśród osób, u których występują inne czynniki ryzyka, istotnego znaczenia nabiera edukacja zdrowotna. Leczenie cukrzycy oraz zapobieganie powikłaniom wymagają bezpośredniego udziału pacjentów i ich najbliższej rodziny. Dlatego też, warunkiem poprawy skuteczności leczenia jest profesjonalna nauka samokontroli i samoopieki.

Deklaracja

Pacjent i jego rodzina zapoznają się z metodami p/działania stanom lękowym, znużeniu, depresji, frustracji, zagubieniu sensu życia poprzez wykształcenie u nich twórczego podejścia do problemów związanych z cukrzycą. Powinni też zrozumieć istotę choroby, leczenia i postępowania dietetycznego. Pacjent po edukacji staje się pełnoprawnym partnerem dla profesjonalnego zespołu leczącego. Systematyczna edukacja pacjenta i jego najbliższej rodziny ma motywować dokonywanie słusznych wyborów, pomagać w podejmowaniu decyzji, które sprzyjają utrzymaniu zdrowia.

Kryterium struktury

1. Szpital wyposażony jest w materiały niezbędne do prowadzenia edukacji zdrowotnej:
 - program prowadzonych zajęć,
 - miejsce i godziny prowadzenia zajęć indywidualnych,

- tablice,
 - plansze, ulotki,
 - broszury, poradniki,
 - sprzęt umożliwiający naukę samokontroli.
2. Pielęgniarka posiada wiedzę na temat:
 - czynników ryzyka,
 - istoty zaburzeń metabolicznych oraz sposobów ich leczniczego korygowania,
 - pracy i ćwiczeń fizycznych w cukrzycy,
 - zapobiegania wczesnym i późnym powikłaniom w cukrzycy,
 - podstawowych badań diagnostycznych,
 - leczenia farmakologicznego,
 - postępowania nie farmakologicznego.
 3. Pielęgniarka jest po szkoleniu na temat „Wpływu cukrzycy na stan psychiczny”.
 4. Pielęgniarka ma obowiązek prowadzenia edukacji wśród pacjentów z rozpoznaną cukrzycą, nietolerancją glukozy i nieprawidłową glikemią na czczo oraz ich rodzin.
 5. Pielęgniarka współpracuje z dietetyczką.
 6. W szpitalu prowadzone są karty edukacyjne chorych i jego rodziny.
 7. Pielęgniarka ma wiedzę i umiejętności niezbędne do pracy edukacyjnej z pacjentami i jego rodziną.
 8. Pielęgniarka podnosi swoje kwalifikacje zawodowe, biorąc udział w szkoleniach wewnątrzszkolowych, konferencjach oraz poprzez samokształcenie.
 9. Pielęgniarka dokumentuje swoją pracę.

Kryteria procesu

1. Pielęgniarka zbiera dokładnie informacje o wiedzy chorego i jego rodziny na temat cukrzycy.
2. Pielęgniarka opracowuje indywidualny, szczegółowy plan edukacji chorego i jego rodziny dostosowany do wieku, stanu i wiedzy, za pomocą dostępnych metod i środków edukacyjnych.
3. Pielęgniarka uczy pacjenta i jego rodzinę według następującego planu:
 - zapoznaje z ogólnymi informacjami dotyczącymi cukrzycy:
 - istotą i przyczyną choroby, objawami klinicznymi, sposobami leczenia,
 - informuje o możliwościach wystąpienia powikłań cukrzycy:
 - objawach powikłań,
 - postępowaniu w razie wystąpienia niepokojących dolegliwości,
 - informuje o korzyściach stosowania odpowiedniej diety, regulowanego wysiłku fizycznego i środków farmakologicznych,
 - informuje o sposobie przygotowania się do określenia poziomu cukru we krwi i właściwej interpretacji wyniku,
 - informuje o znaczeniu monitorowania kontroli glikemii i

- prowadzeniu zeszytu samokontroli,
 - pielęgniarka pomaga w zrozumieniu zależności między powstaniem niepokojących dolegliwości a stresem, paleniem tytoniu, błędami dietetycznymi, nadmiernym wysiłkiem.
4. pielęgniarka uczy pacjenta i jego rodzinę:
 - obserwowania swojego organizmu,
 - planowania jadłospisu uwzględniającego kulturowe i religijne przekonaniu pacjenta,
 - pomiaru glikemii na glukometrze, obsługi wstrzykiwacza (pena) i podawania insuliny.
 5. Pielęgniarka akcentuje znaczenie współpracy pacjenta z lekarzem, dietetyczką, pielęgniarką.
 6. Pielęgniarka akcentuje znaczenie współpracy pacjenta z innymi specjalistami oprócz kardiologa takimi jak: okulista, nefrolog, neurolog.
 7. Pielęgniarka ocenia poziom wiedzy pacjenta i jego rodziny na temat cukrzycy.
 8. Pielęgniarka dokumentuje przebieg edukacji w karcie edukacji pacjenta.

Kryteria wyniku

1. Opracowano indywidualny plan edukacji chorego, który jest akceptowany przez pacjenta i jego rodzi-

nę.

2. Pacjent rozumie co jest istotą choroby i zdaje sobie sprawę z powikłań.
3. Pacjent zna, które produkty spożywcze są dozwolone, a których ma unikać lub ograniczać.
4. Pacjent ma świadomość stosowania się do zaleceń dietetycznych uwzględniając kcal i wymienniki węglowodanowe.
5. Pacjent potrafi obserwować swój organizm.
6. Pacjent potrafi obsługiwać glukometr i samodzielnie modyfikować dawki leków.
7. Pacjent stosuje systematycznie leczenie farmakologiczne i niefarmakologiczne.
8. Pacjent potrafi monitorować poziom glikemii, glukozurii i prowadzić zeszyt samokontroli.
9. Pacjent wie jak postąpić w przypadku obniżenia i podwyższenia poziomu glikemii we krwi.
10. Pacjent ma świadomość, iż kontrolując cukrzyce zapobiega powstawaniu późnych jej powikłań.
11. Pacjent akceptuje swoją chorobę.
12. Pacjent wie do kogo ma się zwrócić w razie wątpliwości po wyjściu ze szpitala.
13. Rodzina w pełni jest przygotowana do wspierania chorego w terapii.



Kolejna pacjentka po transplantacji serca została szczęśliwą mamą



Pomieszczenia pracowni hemodynamicznej dla dzieci

Mgr Bożena Krymska

**Komisja Socjalna w Śląskim
Centrum Chorób Serca**



Komisja Socjalna pracuje w oparciu o Regulamin Funduszu Świadczeń Socjalnych, który powstał na podstawie Ustawy z dnia 4 marca 1994 roku o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych. Regulamin dostępny jest w Dziale Kadr i u przewodniczącej Komisji Socjalnej.

Przyznawanie świadczeń socjalnych opiera się na ocenie indywidualnej, osobistej sytuacji pracownika, jego warunków życiowych i materialnych. Zakwalifikowanie do otrzymania takich świadczeń nie jest natomiast w żaden sposób uzależnione od oceny zawodowej zatrudnionej osoby, jej pozycji w strukturze firmy, stażu pracy itp.

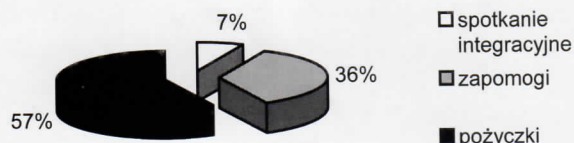
Wszelkie decyzje Komisja Socjalna podejmuje w porozumieniu z Zakładowymi Związkami Zawodowymi na comiesięcznych spotkaniach.

W 2006 r. Komisja pracowała w oparciu o poniższy budżet:

130 000, 00 zł	zapomogi
208 103, 94 zł	pożyczki na remont i modernizację mieszkań
25 000, 00 zł	spotkanie integracyjne załogi

Razem 363 103, 94 zł

Plan wydatkowania Funduszu na 2006 rok



W ubiegłym roku Komisja Socjalna udzieliła 167 zapomóg i 151 pożyczek na remont i modernizację mieszkania.

MIESIĄC	ZAPOMOGI	POŻYCZKI ¹
styczeń	12 zapomóg na kwotę 6 300 zł.	5 pożyczek na kwotę 20 000 zł.
luty	12 zapomóg na kwotę 4 700 zł.	7 pożyczek na kwotę 26 000 zł.
marzec	14 zapomóg na kwotę 11 450 zł.	10 pożyczek na kwotę 35 000 zł.
kwiecień	20 zapomóg na kwotę 12 200 zł.	12 pożyczek na kwotę 48 000 zł.
maj	21 zapomóg na kwotę 10 800 zł.	21 pożyczek na kwotę 82 000 zł.

czerwiec	18 zapomóg na kwotę 10 200 zł	7 pożyczek na kwotę 28 000 zł.
lipiec	-	7 pożyczek na kwotę 28 000 zł
sierpień	-	7 pożyczek na kwotę 28 000 zł
wrzesień	31 zapomóg na kwotę 17 700 zł	32 pożyczki na kwotę 118 000 zł
październik	18 zapomóg na kwotę 9 200 zł	24 pożyczki na kwotę 92 000 zł
listopad	11 zapomóg na kwotę 5 300 zł	15 pożyczek na kwotę 52 000 zł
grudzień	10 zapomóg na kwotę 6 600 zł	4 pożyczki na kwotę 15 000 zł

1/

część pożyczek przyznawana jest ze spłat rat pożyczek wcześniej udzielanych

Z Funduszu Socjalnego zostały sfinansowane spotkania integracyjne pracowników, takie jak wyjazd załogi na grzybobranie oraz spotkanie wigilijne. Wysokość ubiegłorocznego odpisu na Zakładowy Fundusz Socjalny pozwoliła na wy gospodarowanie środków na bony towarowe, które załoga otrzymała okazji Świąt Bożego Narodzenia i Wielkanocnych w bieżącym roku.

W roku 2007 odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych wynosi 365 487 zł. Komisja Socjalna proponuje następujący budżet wydatkowania Funduszu:

zapomogi	130 000 zł
spotkanie integracyjne	25 000 zł
pożyczki remontowe	210 487 zł
razem	365 487 zł

W momencie pisania tego sprawozdania Komisja Socjalna na podjęła decyzję dofinansowania wyjazdu wypoczynkowego dzieci pracowników do Zakopanego.

Przewodnicząca Komisji Socjalnej
Bożena Krymska




Audyt przeprowadzany przez Biuro Certyfikacji PRS - informacji udziela dr hab. Andrzej Lekston

§

Anna Bednarczyk
Kierownik Działu Spraw Pracowniczych
Śląskiego Centrum Chorób Serca

**Co nowego
w prawie pracy?**



Powracamy do artykułów opartych na Dziale VIII Kodeksu Pracy zatytułowanym "Uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem"

Artykuł jest kontynuacją rozpoczętego już tematu dotyczącego pracowników korzystających z urlopów wychowawczych.

Podjęcie pracy zarobkowej

Nie ma przeszkód, aby pracownik w trakcie urlopu wychowawczego podjął pracę zarobkową (u dotychczasowego bądź innego pracodawcy) albo inną działalność, a także naukę lub szkolenie, pod warunkiem że nie wyłącza to możliwości sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Pracownik nie ma obowiązku informowania o tym fakcie pracodawcy.

Pracodawca może przerwać urlop wychowawczy i wezwać pracownika do stawienia się do pracy wówczas, gdy stwierdzi, że pracownik trwale zaprzestał sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Przykładem takiej sytuacji może być wyjazd rodzica za granicę. Dotyczy to także sytuacji, gdy pracodawca stwierdzi, że z urlopu wychowawczego korzystają w tym samym czasie oboje rodzice lub opiekunowie dziecka, po przekroczeniu dozwolonych 3 miesięcy wspólnego sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Pracownik musi zastosować się do tego wezwania. Natomiast pracodawca może wezwać go do stawienia się do pracy w terminie przez niego wskazanym, nie później jednak niż w ciągu 30 dni od dnia powzięcia takiej wiadomości i nie wcześniej niż po upływie 3 dni od dnia wezwania.

Powrót do pracy

Pracownik może zrezygnować z urlopu wychowawczego i wrócić do pracy w każdym czasie, za zgodą pracodawcy. Ma wte-

dy obowiązek zawiadomienia o swoim zamiarze pracodawcę co najmniej 30 dni przed terminem zamierzonego podjęcia pracy.

Pracodawca musi dopuścić pracownika po zakończeniu urlopu wychowawczego do pracy na dotychczasowym stanowisku. Dopiero wówczas gdy nie będzie to możliwe, na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym stanowisku odpowiadającym jego kwalifikacjom zawodowym. W tym przypadku wynagrodzenie nie może być niższe od wynagrodzenia za pracę przysługującego pracownikowi w dniu podjęcia pracy na stanowisku zajmowanym przed urlopem.

Wliczenie do okresu zatrudnienia.

Okres urlopu wychowawczego, w dniu jego zakończenia, wlicza się do okresu zatrudnienia, od którego zależą uprawnienia pracownicze. Dotyczy to wszystkich uprawnień, a więc zarówno uzależnionych od ogólnego, jak i zakładowego stażu pracy (np. okresu wypowiedzenia, nagrody jubileuszowej, odprawy pieniężnej z ustawy o tzw. zwolnieniach grupowych).

Zamiast urlopu - obniżenie czasu pracy.

Pracownik uprawniony do urlopu wychowawczego, lecz niekorzystający z niego może wystąpić do pracodawcy z wnioskiem o obniżenie jego wymiaru czasu pracy. Obniżenie to nie może być niższe niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy w okresie, w którym mógłby korzystać z takiego urlopu. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika.

Prawo do zasiłku wychowawczego.

W czasie urlopu wychowawczego pracownikowi nie przysługuje wynagrodzenie. Natomiast osoba korzystająca z urlopu wychowawczego ma prawo do zasiłku wychowawczego. Warunkiem jego uzyskania jest spełnienie kryterium dochodowego. Należy pamiętać, że funkcją zasiłku wychowawczego jest wsparcie socjalne rodziny, a nie wyrównanie utraconego dochodu.



Z audytorką CRS rozmawia Dyrektor ds. Leczn. SCCS dr hab. Mariusz Gąsior



Dokumenty przedstawiają audytorowi dr Iwona Dec oraz inż. Iwona Kurnicka

Irena Młynarczyk

Zagrażające, zatrważające, złe...



Palenie papierosów.

Zgubne skutki palenia tytoniu są powszechnie znane, ale niewiele osób jest świadomych rzeczywistej miary tego problemu. W skali świata, jedynie dwie istotne przyczyny zgonów charakteryzują się gwałtownym wzrostem – zakażenie HIV i palenie papierosów.

Jeśli w XXI wieku te niekorzystne tendencje utrzymają się dojdzie do blisko miliarda zgonów związanych z paleniem tytoniu, w porównaniu do „jedynie” 100 milionów (0,1 miliarda) podczas całego XX wieku. Połowa tych zgonów dotyczyć będzie ludzi w wieku średnim (35-69 lat)- stracą oni przeciętnie ponad 20 lat w stosunku do średniej oczekiwanej długości życia osoby niepalącej.

Ocenia się, że do chwili obecnej palenie tytoniu było przyczyną śmierci około 4 milionów ludzi rocznie, z niemal równym podziałem pomiędzy kraje rozwinięte i rozwijające się. Istnieją regionalne różnice w rozpowszechnieniu palenia wśród mężczyzn i kobiet. Najwyższy odsetek palaczy - mężczyzn jest w regionie Wschodniej Azji Centralnej i Pacyfiku oraz w Europie, około 60%. Wśród kobiet największą popularność palenia odnotowano w Europie i w Azji Centralnej - 26%.

W Polsce, co roku na choroby odtytoniowe umiera przedwcześnie ok.100 tysięcy ludzi w średnim wieku. Niepokojący jest fakt, że mamy stosunkowo często do czynienia z silnym (>20 papierosów na dzień) uzależnieniem od wyrobów tytoniowych.

Niebezpieczeństwo związane z paleniem jest często niedostrzegane. Tymczasem nagła śmierć sercowa dotyka nałogowych palaczy 5 razy częściej niż ludzi niepalących. Przewiduje się, że w 2020 roku choroba niedokrwienna serca będzie wiodącą przyczyną inwalidztwa i zgonów.

Dane epidemiologiczne z wielu krajów wskazują na ścisłą korelację pomiędzy paleniem a występowaniem wielu groźnych tytonio- zależnych chorób. Tabela poniżej przedstawia najważniejsze skutki szkodliwego działania nikotyny.

Od wielu lat zmniejszenie spożycia tytoniu w populacji jest zalecaną strategią w pierwotnej i wtórnej prewencji chorób układu krążenia. Zmianie uległa filozofia i podejście do rozwiązań mająca na celu zapobieganie paleniu i jego zaprzestanie. Doszło do przejścia z rozwiązań o charakterze indywidualnym i klinicznym do interwencji na poziomie populacji i zdrowia publicznego. Badania nad prewencją schorzeń układu



Choroby serca i naczyń	choroba wieńcowa, tętniak aorty, miażdżycza naczyń obwodowych, nadciśnienie, hipercholesterolemia, zaburzenia rytmu serca
Choroby układu oddechowego	POCHP, zapalenie płuc, gruźlica, grypa, astma, rozstrzenie oskrzeli
Nowotwory	płuca, tchawicy, krtani, przełyku, trzustki, nerki, wątroby, pęcherza moczowego
Choroby zębów	próchnica, zapalenie dziąseł, paradontoza, owrzodzenie dziąseł, cuchnący oddech
Inne choroby	owrzodzenie żołądka i dwunastnicy, osteoporoza, cukrzyca
Wpływ na ciążę	niepłodność, poronienia, poród przedwczesny, wyższa śmiertelność płodu, opóźnienie rozwoju płodu, wady wrodzone, przewlekłe niedotlenienie, powikłania porodowe, nieprawidłowości łożyska
Powikłania okresu dziecięcego	zespół nagłego zgonu noworodka, powolny wzrost, infekcje układu oddechowego, mniejsza zdolność uczenia się
Następstwa palenia biernego	dorośli: rak płuca i inne nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, u dzieci: infekcje układu oddechowego, obniżenie wydolności oddechowej, chrypka
Inne następstwa zdrowotne	powikłania cukrzycy, szybszy rozwój SM, zaburzenia miesiączkowania, niepłodność u mężczyzn i kobiet, impotencja, wczesna menopauza, przytępienie węchu i smaku, obniżenie poziomu aktywności życiowej, częste przeziębienia, szybsze łysienie, wcześniejsze oznaki starzenia się (zmarszczki, cera), zabarwienie zębów, zabarwienie palców
Następstwa ekonomiczne	wydatki na zakup papierosów, mniejsze szanse uzyskania dobrej pracy, mniejsza wydolność w pracy, wyższa składka ubezpieczeniowa, niebezpieczeństwo pożaru, wydatki na leczenie, częstsze

krążenia w latach 80. XX wieku wykazały, że zachowania związane z czynnikami ryzyka chorób serca (palenie, dieta, aktywność fizyczna) uzależnione były nie tylko od indywidualnych wyborów, ale również od społecznych i kulturowych barier i pokus, kosztów finansowych i niematerialnych oraz innych czynników o zasięgu ogólnospołecznym.

Charakterystyczne typy postaw palaczy
Amerykański badacz R.M. Dahlke wyróżnił 12 postaw palaczy, które są pierwotnymi wzorcami popychającymi ludzi do nikotynizmu. Najczęściej oczywiście można spotkać mieszane postacie tych postaw:

1. Typ agresywny- zawsze coś robi, sprawia wrażenie, że rozpycha go energia, a palenie jest dla niego symbolem silnej, pełnej temperamentu męskości. Kobiety należące do tego typu udowadniają, że są tak samo dobre, a może nawet lepsze od mężczyzn. Palacz agresywny pali bez skrępułów w każdym towarzystwie, ukrywając frustrację spowodowaną własną słabością.
2. Typ sybaryty (osoba rozkochana w zbytku, luksusie, przy-

jemnościach) – traktuje palenie jako formę czerpania przyjemności i radości zmysłów np. w połączeniu z dobrym jedzeniem i pić. Ten typ jest najbardziej zbliżony do palenia rytualnego i wyrazem doznawania przyjemności.

3. Typ komunikacyjny- odczuwa silną potrzebę dowiadywania się rzeczy nowych i sensacyjnych, papieros wykorzystywany jest przy tym jako niezobowiązujący sposób rozpoczęcia rozmowy. Palenie (podobnie jak gadulstwo) jest sposobem na zmniejszenie wewnętrznego niepokoju i uniknięcie frustracji wywołanej niezrealizowanymi pomysłami.
2. Typ palacza dzieciniego- lubi palić w ukryciu, skryć się „we własnym gnieździe”, leżeć w łóżku, słuchać dobrej muzyki i pograżać się w marzeniach z dala od wrogiego otoczenia, papieros zastępuje mu lizaka lub smoczek. Palenie wytwarza w nim poczucie bezpieczeństwa i często zastępuje czułość i pieszczoty.
3. Typ demonstrujący- nie liczy się z nikim, nie bierze pod uwagę potrzeb ludzi niepalących, bo przecież „wszystko kręci się wokół niego”. Przez całe życie chciałby odgrywać główną rolę, ale ciężar codzienności uniemożliwia mu realizację marzeń o własnej wielkości. Frustracja kompensowana jest luksusową otoczką: ekskluzywne papierosy, złota papierośnica itp.
4. Typ palacza strachliwego- charakteryzuje się dużą ostrożnością i lękiem przed utratą zdrowia, tłumaczy sobie palenie jako słabość i dlatego najchętniej pali w samotności, nie afiszując się tym publicznie. Osoby tego typu często są perfekcjonistami, a papieros pomaga im zmniejszyć napięcie wewnętrzne spowodowane ciągłą potrzebą panowania nad sytuacją i pogonią za własną doskonałością.
5. Typ palacza eleganckiego – pali nie dla przyjemności, tylko dla budowania nastroju. Palacz elegancki poprzez palenie nawiązuje rozmowy, a sam sposób palenia ma wskazywać przede wszystkim na wyrafinowaną estetykę.
6. Typ ekstremalny- dla niego znalezienie względnego spokoju jest sprawą niezwykle trudną wobec nastawienia destrukcyjnego i pogardy dla życia połączonej z tendencjami do autodestrukcyjności. Palenie, które przybiera monstrualne rozmiary jest w tym przypadku jedynym czynnikiem bezpieczeństwa na drodze do pogodzenia się z własnymi słabościami i trudnościami.
7. Typ człowieka światowego- cechuje się wielkoduszością i aspiracją do wielkiego świata, sprawia wrażenie człowieka, który wiele podróżował i z „i jadł chleb z niejednego pieca”, częstuje papierosami dobrych marek, jakby rozdzielał własne względy. W rzeczywistości ciąży mu niespełniona potrzeba zaznania dalekich podróży, a palenie jest pomocą w ciasnocie codzienności.
8. Typ palacza ciężkiego życia- palenie kompensuje mu niezdolność do pokonywania lub omijania problemów, bądź

też jest skrajnym wyrazem buntu przeciwko surowym metodom wychowawczym.

9. Typ palacza poszukującego wolności lub prawdziwej przygody- chętnie uniósłby się wysoko w przestworza, odrzucając wszelkie obciążenia, by mieć jak najmniejszą styczność z codziennymi troskami. Dym z papierosa jest dla niego symbolem latania i za uwolnieniem się od ziemskich trosk i ciężarów.
10. Typ marzyciela- pali dużo, zawsze wtedy, gdy ma na to ochotę. Duża wrażliwość u tych ludzi związana jest z problemami z odgraniczeniem siebie i własnej osobowości od otoczenia. Papieros stwarza mu jedyną możliwość zachowania resztek spokoju wewnętrznego

Uzależnienie od nikotyny i palenia papierosów.

Uzależnienie definiowane jest jako przymusowe zażywanie substancji działającej na ośrodkowy układ nerwowy. Wpływa szkodliwie na jednostkę i społeczeństwo. Uzależnienie od tytoniu jest chorobą przewlekłą, która zwykle trwa wiele lat i przebiega w cyklach od prób rzucania do ponownego powrotu do palenia, aż do całkowitego odstawienia używki.

Zrozumienie mechanizmów uzależnienia jest użyteczne w ustaleniu skutecznego schematu leczenia tej zależności. Nikotyna jest szybko absorbowana z dymu tytoniowego do krążenia płucnego, a następnie przechodzi do mózgu, gdzie działa na cholinergiczne receptory nikotynowe. Efekt działania występuje w ciągu 10-15 sekund od zaciągnięcia się papierosem. W przypadku wieloletniego stosowania preparatów tytoniu występuje uzależnienie psychiczne, które związane jest ze zwiększeniem liczby receptorów nikotynowych w mózgu. W sytuacji braku dostępu do tytoniu w ciągu kilku godzin pojawiają niedoboru (głodu nikotynowego) pod postacią lęku, pobudzenia, trudności w koncentracji, zaburzeń snu oraz u niektórych osób depresji. Uzależnienie od nikotyny jest zjawiskiem wieloczynnikowym; zawiera pragnienie uzyskania bezpośredniego działania tytoniu, ustąpienia objawów abstynencji nikotynowej i nabyte przyzwyczajenia.

Osoby palące podają poczucie przyjemności, pobudzenie, zwiększoną czujność, większą wydajność, zmniejszenie lęku lub depresji, redukcję masy ciała jako przyczyny, dla których papieros jest im niezbędny. Bódcze z otoczenia- takie jak



posiłek, filiżanka kawy, rozmowa przez telefon, spożycie alkoholu lub obecność kogoś palącego- często wywołują chęć zapalenia papierosa.

W związku ze stosunkowo niewielkim powodzeniem bardzo intensywnych i kosztownych terapii odwykowych, zwrócono się w kierunku profilaktyki możliwej do przeprowadzenia przez każdego lekarza pierwszego kontaktu podczas wizyty palącego pacjenta. To lekarze stykają się, co roku przynajmniej z

70% palaczy, są, więc w dobrej sytuacji by zwrócić uwagę także na ten aspekt zdrowia.

Wpływ postaw pracowników służby zdrowia, głównie lekarzy, na rozpowszechnienie palenia tytoniu ma ogromne znaczenie, bowiem stwierdzono, że świadomość szkodliwości palenia w tej grupie zawodowej rzutuje na stosunek do tego nałogu reszty społeczeństwa.

Program minimalnej interwencji antynikotynowej

Stosowanie minimalnej interwencji antynikotynowej nie pochłania więcej niż 2 – 3 minuty podczas rutynowego badania lekarskiego, a skuteczność ocenia się na 5% osób trwale odchodzących od nałogu.

Proponowane działania polegają na zastosowaniu zasady „4 P” lub jak w swoim artykule podaje dr Kośmicki „5 P”:

1. Pytaj o nałóg każdego pacjenta

Lekarz może/powinien wprowadzić system, dzięki któremu każdy pacjent w czasie kolejnych wizyt zostanie zapytany o palenie papierosów, a odpowiedź zostanie odnotowana w dokumentacji.

2. Poradź każdemu, aby przestał palić.

Każdego palacza trzeba nakłaniać do zaprzestania palenia w sposób jasny, zdecydowany i indywidualnie dostosowany.

3. Pomóż porzucić nałóg.

Pacjentowi należy pomóc w ułożeniu planu odzwyczajania się od palenia. Ułatwi to: ustalenie konkretnego dnia całkowitego zaprzestania palenia papierosów, powiadomienie rodziny, znajomych i kolegów o swojej decyzji oraz skierowanie do nich prośby o zrozumienie i wsparcie, przygotowanie siebie na trudności w powstrzymaniu się od palenia (wystąpienie objawów zespołu abstynencyjnego, szczególnie w ciągu pierwszych kilku tygodni) i wreszcie usunięcie papierosów ze swojego otoczenia. Podstawowe znaczenie ma

całkowita abstynencja, niedopuszczenie do nawet jednego zaciągnięcia się dymem z papierosa. Warto omówić z pacjentem, jakie czynniki mogą sprzyjać nawrotowi palenia i jak im skutecznie przeciwdziałać. Trzeba zwrócić uwagę na ograniczenie lub zaprzestanie picia alkoholu, bowiem zwiększa on ryzyko nawrotu palenia papierosów. Pacjent powinien zachęcić pozostałych palących domowników przynajmniej do niepalenia w jego obecności. Lekarz zaś, wytłumaczyć, jaką rolę w leczeniu uzależnienia spełniają leki i zachęcić do skorzystania z leczenia farmakologicznego.

4. Pamiętaj, by określić gotowość pacjenta do zerwania z uzależnieniem.

Należy ustalić, czy pacjent jest zdecydowany podjąć próbę zaprzestania palenia (np. w ciągu najbliższych 30 dni). Jeśli tak – wymaga odpowiedniej porady i zastosowania metody o istniejące zagrożenia i korzyści. Te zasady powinny być stosowane nie tylko przez lekarzy, ale również przez pielęgniarki, które mogą pomóc palącemu pacjentowi w zrozumieniu zaleceń lekarza, dokładnie wytłumaczyć zasady stosowania przepisanych leków, omówić materiały oświatowe, jak również uzgodnić wizytę kontrolną.

5. Planuj wizyty kontrolne w celu sprawdzenia realizacji podjętego przez pacjenta postanowienia zaprzestania palenia.

Pierwsza kontrola- najlepiej w pierwszym tygodniu od przyjętej daty rezygnacji z palenia, druga- w ciągu następnego miesiąca, a kolejne – w zależności od potrzeby.

Przy obecnym stanie wiedzy na temat następstw palenia tytoniu, nieudzielanie przez lekarza porady osobie palącej powinno być traktowane jako błąd w sztuce.

Rozważając wpływ palenia na zdrowie można stwierdzić jedynie, że jest zdecydowanie ujemny: nie przynosi jakichkolwiek korzyści.

Irena Młynarczyk



Start do rajdu rowerowego dla osób po transplantacji - z Zabrze do Krakowa



Prowadzące warsztaty psychologiczne panie: Monika Bąk-Sosnowska i Alicja Michalak (z prawej)

Satysfakcja pacjentów z jakości opieki medycznej i warunków pobytu w Śląskim Centrum Chorób Serca

Niniejsze doniesienie oparto na fragmentach opracowania wyników ankiety wypełnianej przez pacjentów SCCS — tytuł j.w., autorzy: Alicja Michalak, Aleksander Jaworski, Grażyna Szymura

Pacjenci opuszczający Śląskie Centrum po okresie hospitalizacji otrzymują do wypełnienia anonimową ankietę, w której oceniają warunki pobytu w szpitalu. Przedstawione poniżej opracowanie oparto na 601 ankietach z II kwartału 2007 roku (44 % zwrotu anonimowych formularzy).

Respondenci ocenili warunki pobytu w SCCS bardzo wysoko - w skali od 1 (pełne niezadowolenie) do 5 (pełne zadowolenie) odpowiedzi w zdecydowanej większości przekraczały poziom 4,5.

Poszczególne oceny wyniosły (dla całego szpitala):

* reagowanie personelu na pytania i prośby	- 4,7
* poszanowanie godności pacjenta	- 4,8
* poszanowanie intymności	- 4,8
* pomoc w łagodzeniu bólu	- 4,7
* organizacja pobytu w szpitalu	- 4,5
* Umożliwienie kontaktu z bliskimi	- 4,9
* warunki pobytu w oddziale:	
- czystość	- 4,9
- temperatura	- 4,7
- cisza umożliwiająca wypoczynek	- 4,7

- wyposażenie sal	- 4,7
- dostępność pomieszczeń sanitarnych	- 4,7
- jakość posiłków	- 4,5
- pory posiłków	- 4,7

Z odpowiedzi na pytania ankiety wynika, że pacjenci Śląskiego Centrum Chorób Serca są:

W pełni zadowoleni z:

- opieki medycznej ze strony całego personelu. Wysoko oceniają poszanowanie ich godności i intymności oraz pomoc w łagodzeniu bólu. Wyrażają wdzięczność za troskliwą i profesjonalną opiekę; cierpliwość i wyrozumiałość; kulturalne i serdeczne podejście do pacjenta.
- dostępności pomieszczeń sanitarnych oraz panujących w oddziałach: czystości, temperatury i ciszy umożliwiającej odpoczynek. Pacjentom w pełni odpowiadają również pory i jakość posiłków (pojawiały się prośby o posiłki wegetariańskie).
- możliwości swobodnego kontaktu z bliskimi, którzy również wysoko oceniają jakość opieki medycznej i warunki pobytu w szpitalu.

Prawie w pełni zadowoleni z:

- organizacji pobytu w szpitalu.
- udzielanych informacji na temat stanu zdrowia i przebiegu leczenia,
- wyposażenia sal chorych.

Podsumowując wyniki badań ankietowych można stwierdzić, bardzo wysoki poziom ogólnej satysfakcji z pobytu w Śląskim Centrum.

„Biała Niedziela” - 17 czerwca 2007 r.



Od 1998 roku obowiązuje w Karta Praw Pacjenta, w której Minister Zdrowia zebrał przepisy określające prawa, jakie przysługują pacjentom w czasie korzystania z usług szeroko pojętej służby zdrowia. Przedstawione poniżej punkty dotyczą kilku zagadnień – wybranych pod kątem warunków pobytu w szpitalu.

Pacjent ma prawo do:

- Udzielenia świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze **wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej**, dostępnymi lekarzowi **metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia** chorób, zgodnie z **zasadami etyki zawodowej** oraz **należyłą starannością**,
- = uzyskania **przystępnych informacji** o swoim stanie zdrowia, **rozpoznanie**, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, dających się przewidzieć **następstwach** ich zastosowania albo zaniechania, **rokowaniu** oraz **wynikach** leczenia,
- = **udostępnienia dokumentacji medycznej** lub wskazania innej osoby, której ta dokumentacja może być udostępniona,
- = **intymności** i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- = wyrażenia zgody albo **odmowy** na uczestnictwo innych osób niż personel medyczny **niezbędny** przy udzielaniu świadczeń,
- = **nie wyrażenia zgody** na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego,
- = **wyrażenia zgody lub odmowy** na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, **po uzyskaniu odpowiedniej informacji**,

Każdy pacjent napotykający w Śląskim Centrum Chorób Serca na problemy związane z pobytem w szpitalu, albo obserwujący w szpitalu fakty i zjawiska negatywne – wymagające zmiany lub poprawy, może zwrócić się o pomoc do rzecznika praw pacjenta – osobiście lub telefonicznie. Po zgłoszeniu telefonicznym (nr. 273-23-20 lub 501-533-892) oraz podaniu nazwy oddziału i numeru pokoju, rzecznik skontaktuje się z Państwem w celu przyjęcia wniosku, skargi lub uwagi – czy nawet tylko opinii o personelu, warunkach pobytu, organizacji badań, lub też stosunku do pacjentów.

- **wyrażenia zgody albo odmowy** na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowania **metody leczenia bądź diagnostyki** stwarzającej podwyższone ryzyko,
- **Uzyskania od lekarza informacji**, jeżeli w trakcie **wykonywania zabiegu** lub stosowania określonej **metody leczenia bądź diagnostyki**, wystąpiły **okoliczności stanowiące zagrożenie** dla zdrowia lub życia.

Wycieczka dla dzieci pracowników SCCS

Pomysł zorganizowania wycieczki narodził się spontanicznie na bloku operacyjnym. Chętnie poparł go pan Prof. M.Zembala – przystąpiliśmy więc do organizowania wyjazdu. Głównymi bohaterami tej imprezy miały być dzieci pracowników ŚCCHS, aby uczcić Dzień Dziecka, a także miło rozpocząć wakacje.

Z tego powodu dzieci stanowiły 2/3 (81 os) wszystkich uczestników wycieczki.

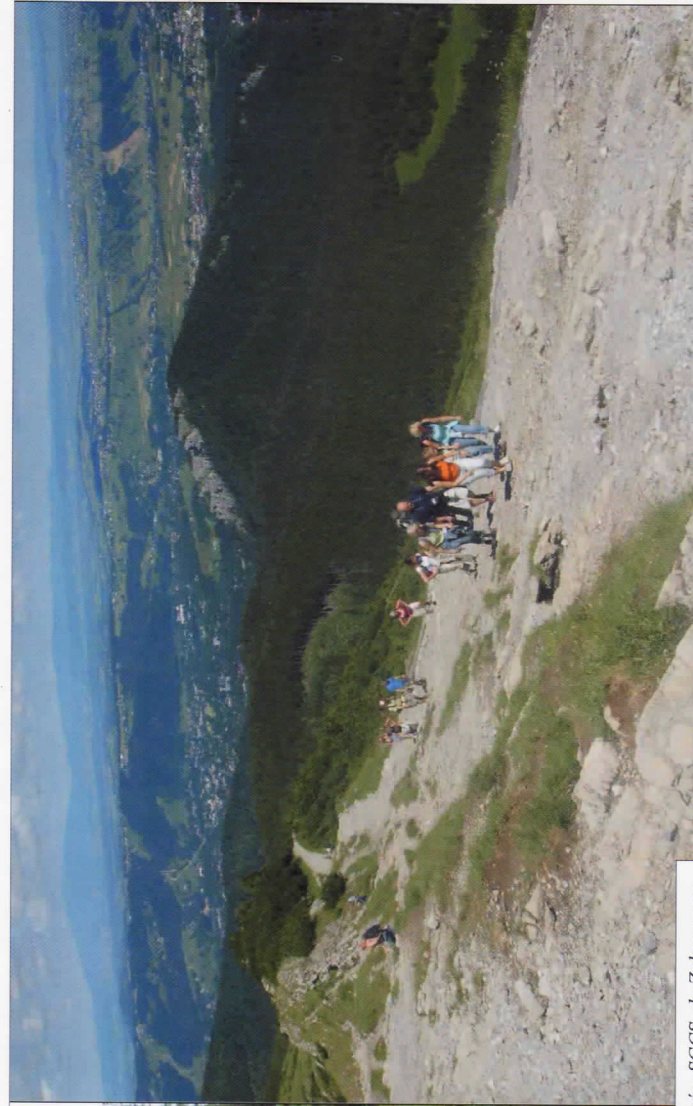
Dnia 22.06.2007 r. punktualnie o 12.15 autobusy wyruszyły w kierunku Wieliczki, która była pierwszym celem naszej podróży. Zwiedzanie Kopalni Soli okazało się bardzo ciekawe. Pełni wrażeń, zaopatrzeni w pamiątki(różne cuda z brył soli) ruszyliśmy w dalszą drogę do Zakopanego. Zamieszkaliśmy w bardzo ładnym domu wczasowym „Giewont” we wsi Murzasichle położonej na wysokości 1000 m. n.p.m. Z okien rozciągała się wspaniała panorama Tatr Polskich i Słowackich. Codziennie konsekwentnie realizowaliśmy przygotowany

plan wycieczki. Oznaczało to, że nasze dni były bardzo wypełnione, ponieważ chcieliśmy skorzystać ze wszystkich dostępnych atrakcji. W ośrodku znajdował się basen, który okupowały głównie młodsze dzieci. Wieczorami odbywały się dyskoteki. W ciągu dnia wybieraliśmy się na piesze wycieczki o różnym stopniu trudności - dostosowane do możliwości uczestników w różnym wieku. Dotarliśmy na Rusinową Polanę , Wiktorówki, Halę Gąsienicową, Kopieniec

Chętni wjechali kolejką na Gubałówkę. Znaleźliśmy również czas , by choć na chwilę zajrzeć na Krupówki.....

Jak widać czas od piątku do niedzieli spędziliśmy bardzo intensywnie. Czasami dopadał nas deszcz, ale większości naszych wypraw dopisywała piękna pogoda i mogliśmy podziwiać zapierające dech w piersiach widoki. Do Zabrza wróciliśmy bardzo zadowoleni z mocnym postanowieniem zorganizowania podobnej imprezy w przyszłym roku....

Dziękujemy Dyrekcji SCCS za pomoc w organizacji tak atrakcyjnej imprezy dla naszych dzieci.



Wycieczka dzieci pracowników SCCS do Zakopanego



Oddział Intensywnej Terapii

mgr Grażyna Wolanin

Anna Karbownik

Adam Potyka



*Alicja Kryszka-Kowalska
Pielęgniarka Oddziałowa*

Ewa Kondrat

Izabela Szlapka

Renata Lesiak

Aleksandra Szewczyk

Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej—R

Agnieszka Machnik

Klaudia Jarenko

Joanna Olszówka

Agata Guzy



Katarzyna Michalska

*mgr Magdalena Lukoszyk
Pielęgniarka Oddziałowa*

Ewa Kaptur