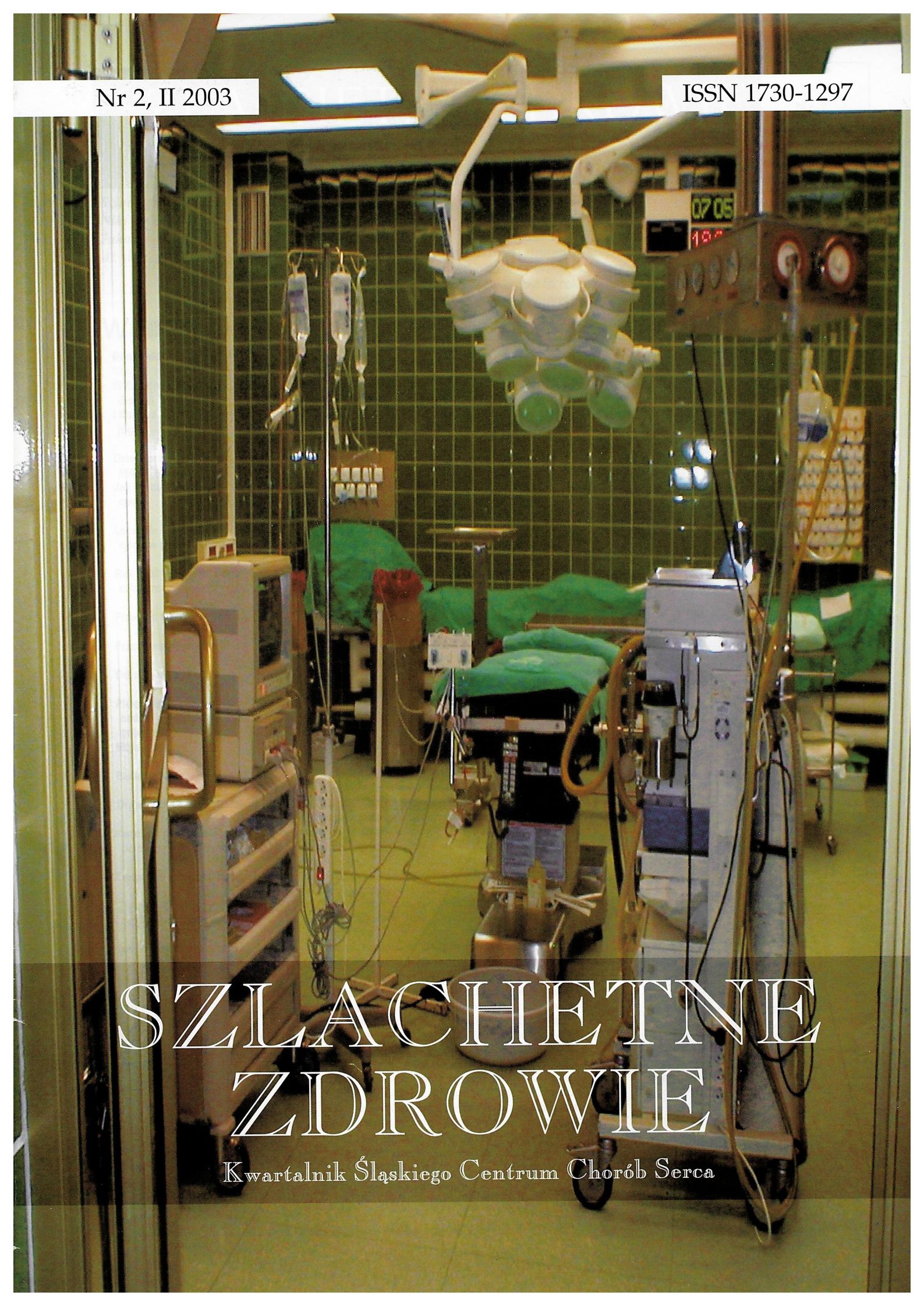


Nr 2, II 2003

ISSN 1730-1297



SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca

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

Minął rok 2002

Rok 2002 był dla Śląskiego Centrum Chorób Serca korzystny. W rankingu „Rzeczypospolitej” szpital zajął pierwsze miejsce w województwie i drugie w kraju, ukończono remonty pomieszczeń oddziałów kardiologicznych, a liczba operacji i zabiegów wzrosła w stosunku do roku 2001. Również pod względem naukowym był to rok owocny, czego dowodem są liczne prace publikowane oraz referowane na międzynarodowych kongresach, konferencjach i zjazdach.
szczegóły na str. 4,5,6,7

W numerze:

- Punkt widzenia –felieton
- III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii
- I Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii
- Dział Spraw Pracowniczych w roku 2002
- Jak Pracuje Zakładowa Komisja Socjalna
- Leczenie immunosupresyjne u pacjentów po przeszczepie serca
- Rok 2002 w Śląskim Centrum Chorób Serca
- Przegląd prasy medycznej)
- Pracownia rehabilitacji
- Od stresu do siły
- Pielęgniarka oddziałowa jako menadżer we współczesnym pielęgniarstwie
- Moja praca
- Badania laboratoryjne
- Organizacja krwiolecznictwa
- Warsztaty psychologiczne dla osób po transplantacji serca
- Zaplecze techniczno usługowe
- Z historii medycyny – Polscy pionierzy badań serca str 20
- Jak powstawały szpitale w Zabrze

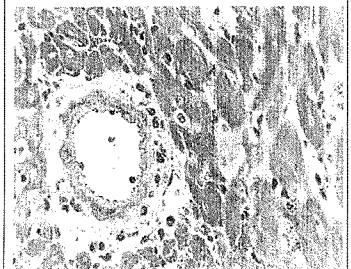
Adres Redakcji:
41-800 Zabrze ulica
Szpitalna 2
Tel/fax 273-23-20

Redakcja:
Tadeusz Bujak (redaktor naczelny),
Grażyna Szymura
Iwona Trzcńska



Dyrektor Śląskiego Centrum prof. Marian Zembala w towarzystwie gości z Essen *zdjęcie G.Szymura*

1st WORKSHOP on ANGIOGENESIS
Zabrze, December 13, 2002



Organizers:
Silesian Center for Heart Disease, Zabrze
Foundation of Cardiac Surgery Development, Zabrze
Medical University of Silesia, Katowice

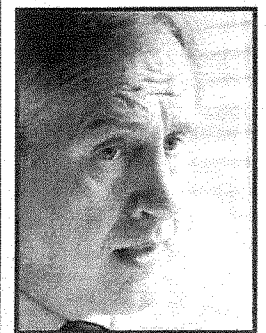
Okładka programu warsztatów angiogenezy

Aktualności

1. W dniach 5 i 6 października 2002 roku w Głuchołazach odbyła się Konferencja Kardiologiczna nt. "Postępy w kardiologii i kardiologii dziecięcej" Konferencję zorganizował dr hab. n. med. Jacek Białkowski.
2. Śląskie Centrum Chorób Serca uzyskało zezwolenie na prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie: Pielęgniarstwo kardiologiczne dla pielęgniarek.
3. Dnia 2 grudnia odbyło się posiedzenie Rady Społecznej Śląskiego Centrum Chorób Serca.
4. 13 grudnia odbyły się 1 warsztaty angiogenezy zorganizowane przez Śląskie Centrum Chorób Serca, Fundację Rozwoju Kardiologii-Institut Protez Serca oraz Śląską Akademię Medyczną.
5. W grudniu 2002 roku wprowadzono stały monitoring szpitala, co zapewni poprawę bezpieczeństwa personelu i pacjentów.
6. Z dniem 1 stycznia 2003 roku Minister Zdrowia mianował na stanowisko Profesora Zwyczajnego w Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach –Dyrektora Śląskiego Centrum Chorób Serca Profesora Mariana Zembalę oraz Kierownika III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Profesora Lecha Polońskiego.
7. Dnia 12 stycznia 2003 roku Śląskie Centrum Chorób Serca czynnie uczestniczyło w 11 finale Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy organizując w Poradni Kardiologicznej przy Śląskim Centrum Chorób Serca bezpłatne konsultacje lekarskie i badania ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej i zawału serca.
8. 17-18.01.2003 roku w Gdańsku odbyło się „Piąte Gdańskie Spotkanie Kardiologiczne”, w którym uczestniczyli lekarze z naszego ośrodka.

G.Sz

Plebiscyt
Pilot
SUPER EXPRESS
17-23 STYCZNIA 2003



2. Prof. Marian Zembala
i jego zespół lekarzy z Centrum
Chorób Serca w Zabrze

Za sukcesy w dziedzinie przeszczepów, za coś co było niemożliwe jeszcze kilka lat temu, za pierwszy w Polsce wykonany przeszczep serca i nerki, serca i płuca. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że ten człowiek i jego zespół doskonałych fachowców: nie tylko lekarzy, ale i pielęgniarek, podarowali pacjentom po przeszczepie drugie życie. Ludzie z Centrum Chorób Serca w Zabrze pod wodzą profesora Zembali pomogli wielu pacjentom z kraju i z zagranicy.

Od Redakcji

Minął kwartał, skończył się rok 2002 i nadszedł czas wydania drugiego numeru. Jest on w znacznej części poświęcony rozliczeniu ubiegłego roku, który dla Śląskiego Centrum Chorób Serca był rokiem do- brym – pomimo licznych zawirowań i wątpliwych decyzji dotyczących służby zdrowia. Udowadniają to na następnych stro- nach prominentni przedstawiciele Śl.C.Ch.S. Nie ograniczyliśmy jednak niniejszego numeru tylko do rozliczenia 2002 roku. Myślę, że warto np. zwrócić uwagę na wypowiedzi pielęgniarek, które pracują w tym ośrodku od początku – to jest od 1984 roku. Obrazują one skalę przemian jakie zaszły w tym okresie zarówno w samym szpitalu, jak też w odniesieniu do pracy per- sonelu i wymagań stawianych osobom pracującym w Centrum.

Cieszymy się, że tak wiele osób zechciało dostarczyć nam swoje materiały. Nie wszystkie zmieściły się w tym numerze – część czeka na następne wydanie, ale nadal oczekujemy na następne teksty, zdjęcia, rysunki czy nawet wiersze. W kolejnym numerze chcemy zamieścić rubrykę pt. „Hyde Park”, w której będzie można zamieszczać wypowiedzi na dowolny temat – nawet zupeł- nie nie związany z zasadniczą linią pisma. W londyńskim Hyde Parku każdy może przemawiać – może mówić co chce i o czym chce – o ile tylko znajdzie słuchaczy (z jednym wyjątkiem – nie wolno krytykować królowej).

Wigilia



Profesor Marian Zembala złożył zebranim najlepsze życzenia świąteczne i noworoczne

zdjęcie G.Szymura



Ponad 300 pracowników Śląskiego Centrum uczestniczyło w dniu 19 grudnia 2002 r w organizowanym co roku, tradycyjnym spotkaniu wigilijnym. Otwierając spotkanie, dyrektor prof. Marian Zembala podsumował wyniki 2002 roku i podziękował wszystkim zebranim za ich wkład w osiągnięcie sukcesu.

Następnie kapelan Śląskiego Centrum Chorób Serca O. Ireneusz Sajewicz odczytał fragment z Ewangelii według Św. Łukasza 2, 1-8.

Po odczytaniu Ewangelii rozpoczęło się składanie życzeń – wszelkiej pomyślności oraz zadowolenia w pracy i życiu rodzinnym

Po życzeniach zebrani zasiedli do spożywania wieszery wigilijnej oraz słuchania i śpiewania kolęd.

Świąteczne spotkanie pracowników uprzyjemnił zespół Frank Prus Trio oraz Ania Bijok siostra Barbary - pielęgniarki z Oddziału Kardiochirurgii.



Pielęgniarki Marzena Krzemińska i Katarzyna Szwarz w rozmowie z Profesorem Marianem Zembalą

zdjęcie G. Szymura

CZAS BOGA

kapelan O. Ireneusz Sajewicz

OSCam



Przebywając w takim miejscu jak szpital, odczuwamy wyraźnie istnienie czasu. Jednak bardzo rzadko stawiamy sobie pytanie czym właściwie jest czas? Może nieraz już próbowaliśmy odpowiedzieć sobie na takie pytanie. W przybliżeniu można byłoby określić go jako *trwanie*. Czasem objęte jest wszystko to co znamy, co stworzył Bóg, cały świat materialny i niematerialny. Doświadczamy na co dzień tego, że czas nieubłaganie płynie, jedne rzeczy stają się, inne przemijają. Zegar czasu wybija godziny, odmierzając wszystkiemu co zostało stworzone przez Boga, miarę trwania, działania i istnienia.

W historii ludzkości tylko jeden raz czas doznał swojego spełnienia. Odwieczny Bóg, będący poza wymiarem czasu, przyjął ludzkie ciało, *Słowo stało się Ciałem i zamieszkało między nami*. Bóg Stwórca i Odkupiciel przestał być historią, przeszłością Przymierza, a stał się Bogiem rzeczywistej obecności w dziejach człowieka.

Za nami czas adwentu, okresu w którym z utęsknieniem wypatrywaliśmy Zbawcę, czasu w którym porządkowaliśmy nasze życie, tak by przychodzący Bóg mógł znaleźć w nas godne mieszkanie. Teraz jesteśmy gotowi by podjąć Tego, który uniżył się i stał *Bogiem z nami*. To czas Boga, wieczność stała się naszą terażniejszością. Nie marnujmy więc tego czasu, bo to jest święty czas. Boże Narodzenie to nie jedynie wydarzenie z Betlejem, wydarzenie jednej nocy. Ono trwa, Bóg w każdym z nas rodzi się na nowo, Słowo Boga staje się Ciałem w każdym z nas. Niech czas zamieszkania odwagę żyć każdego dnia tym czasem pełnym radości, miłości i pokoju.

Boga z ludźmi trwa, niech nikt i nic nie przerywa tego wydarzenia. Świętujmy to w naszych sercach, bo wieczność Boga stała się dziś naszym udziałem. Niech radość, którą przeżywaliśmy w noc Bożego Narodzenia, nie gaśnie. Tak wiele możliwości jest w zasięgu naszych dłoni. Mając wciąż w sercu atmosferę tej grudniowej nocy, miejmy odwagę żyć każdego dnia tym czasem pełnym radości, miłości i pokoju.

Ireneusz Sajewicz OSCam
kapelan





Punkt widzenia.

Rok 2002 rozpoczęliśmy dobrym i mocnym akcentem. W prestiżowym rankingu najlepszych szpitali w Polsce opublikowanym przez Rzeczypospolitą zajęliśmy II miejsce w kraju i I na Śląsku. Ten sympatyczny dowód uznania dla naszej pracy i dotychczasowych osiągnięć był możliwy dzięki Państwa ofiarnej pracy i dlatego proszę przyjąć raz jeszcze serdeczne podziękowania.

Złapaliśmy w żagle dobry wiatr. Na tyle mocny że mogliśmy rozwijać misję naszego szpitala tj. ratować, nowoczesnie leczyć i dawać chorym nadzieję. Wreszcie, na naszej wspólnej szpitalnej łodzi mieliśmy dobrą całą załogę, oddanych chorym i szpitalowi ludzi. Byliśmy więc po raz pierwszy od powstania Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze przygotowani do udziału w regatach najlepszych.

Pamiętajmy, że podstawą sukcesu Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze są ludzie i reprezentowana przez nich akademicka medycyna a ściślej takie jej dziedziny jak kardiologia dorosłych i dzieci, kardiochirurgia, kardiointestezja z intensywną terapią i transplantologia. Nasza wiedza, doświadczenie, a także organizacja procesu leczenia mają służyć choremu i być gwarancją jego nowoczesności i skuteczności. Ale czy pacjentowi to wystarcza? Zdecydowanie nie. Nasz pacjent ma prawo oczekiwać od nas tj. całego personelu także serdeczności, troski oraz coraz lepszych warunków pobytu w szpitalu. Z bazą hotelową szpitali w Polsce zawsze było najgorzej. Brakowało przez lata nie tylko środków finansowych na budowę bądź modernizację obiektów ale jeszcze bardziej brakowało wyobraźni ludziom.

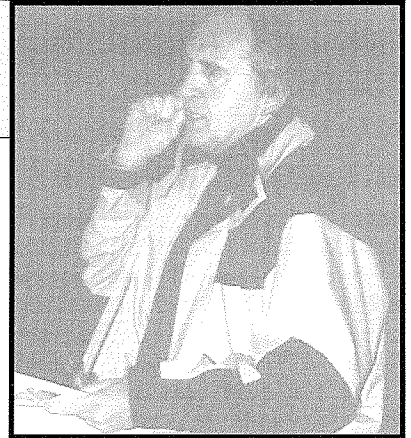
Nam, a także i naszym chorym bardzo przeszkadzał ponury wygląd sal chorych i ciemnych korytarzy w obu oddziałach klinicznych kardiologii dorosłych. Wcześniej w latach 1994-2001 wykonaliśmy modernizację Pracowni Hemodynamiki, Bloku Operacyjnego, Oddziału Pooperacyjnego, powstały dwa nowe oddziały intensywnej terapii kardiologicznej. Kiedy w sierpniu 2002 roku ruszył spóźniony o prawie dwa miesiące remont na obu oddziałach kardiologicznych odczynałem z ulgą - mieliśmy poczucie winy czy wieloletniego zaniedbania. Wieloosobowe pokoje chorych zbudowane pośpiesznie w żołnierskim stylu ze zbiorową łazienką raziły swoją surowością i brzydotą. Pomimo iż od roku 1994 systematycznie zmienialiśmy wygląd naszego szpitala to jednak na tak znaczący remont mogliśmy sobie pozwolić dopiero 8 lat później. Przeszkodą w poprzednich latach był nie tylko niedostatek środków finansowych.

Mikołajowym podarunkiem roku 2002 było zakończenie modernizacji szpitala. Wreszcie dwa kardiologiczne oddziały kliniczne kierowane przez Prof. Polońskiego i Doc. Dr. hab. Zbigniewa Kalarusa mogły zaistnieć w nowej szacie. Zniknął z naszej wyobraźni dawny siermiężny szpital z jego kompletnym nieprzystosowaniem do pełnionej funkcji.

W roku 2003 rozpoczynamy modernizację oddziału kardiologii dziecięcej, przystosowując ten oddział do nowej roli,

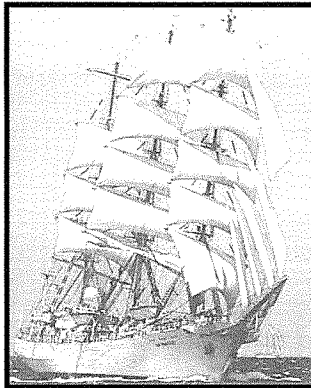
**Prof. dr hab.
Marian Zembala**

**Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca**



przyjmującego do diagnostyki i leczenia wrodzone wady serca także u dorosłych z całego kraju. Ostatnią zaległość stanowił barak Zespołu Poradni Konsultacyjnych i Administracji Szpitala. Kilkanaście lat bezowocnych starań we wszystkich możliwych urzędach, sterty pism bez rezultatów i w roku 2002 podjęta nieodwołalna decyzja. Wiosną bieżącego roku rozpoczynamy budowę nowego i funkcjonalnego budynku, który spełni nasze oczekiwania a jednocześnie ułatwi chorym konsultacje i pobyt ambulatoryjny.

Oznacza to także, że sprawna i skromna liczbowo administracja szpitala doczeka się wreszcie normalnych warunków pracy. Trzeba o tym pamiętać bowiem zasługą tych ludzi - ich solidności, doświadczenia, pracowitości i talentom zawdzięczamy nie tylko sukces medyczny ale i ekonomiczny Śląskiego Centrum.



W prawdziwych rejsach wygrywają najlepsi

Tymczasem nasz nowo wyremontowany szpitalny statek dostał się, podobnie jak cała flota, w zasięg huraganów za sprawą Ministra Mariusza Łapińskiego. Żegluga w okresie minionych 15 miesięcy stała się coraz trudniejsza. W styczniu 2003, przy wydatnym udziale Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych, przypominała już konwoje do Murmańska i to w okresie surowej polarnej zimy. Na szczęście nowo mianowany Minister Zdrowia senator Marek Balicki publicznie zapewnił, że jest zwolennikiem poprawiania istniejących błędów a nie likwidacji funkcjonującego systemu. Jednak sporo jeszcze w morzu wody upłynie zanim naprawi się to co udało się poprzednikowi zepsuć.

Wobec wielu nieprzemyślanych i krzywdzących decyzji dla leczonych i leczących musieliśmy bardzo zdecydowanie zaprotestować przeciw styczniowym decyzjom Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych - prosząc jednocześnie, aby jej obecny Dyrektor Józef Kurek zastąpił część słabszej załogi osobami o sprawdzonym doświadczeniu i dużo większej wyobraźni.

W oczekiwaniu na te decyzje wzięliśmy ster znacznie mocniej w swoje ręce i czekamy z niecierpliwością na lepszy, mądrzejszy wiatr nie tylko z Katowic ale i Warszawy.

Tymczasem Drodzy Państwo życzę raz jeszcze dobrego roku i pamiętajcie że w prawdziwych rejsach wygrywają tylko najlepsi żeglarze.

Marian Zembala

Zabrze, 6 lutego 2003

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii

Prof. dr hab. Lech Poloński



Minął 5-ty, kolejny, rok pracy III Katedry i Oddziału Kardiologii. Cóż takiego się wydarzyło? Podsumujmy:

26 prac naukowych opublikowanych w piśmiennictwie polskim i zagranicznym oraz **9 rozdziałów** w książkach dla lekarzy, z których najznaczniejszymi pozycjami były: „Ostre zespoły wieńcowe” pod redakcją prof. dr hab. n. med. G. Opolskiego, dr n. med. K. Filipiaka, prof. dr hab. n. med. L. Polońskiego oraz „Chirurgia naczyń wieńcowych” pod redakcją prof. dr hab. n. med. M. Zembali.

8 komentarzy naukowych w pismach kardiologicznych.

Uczestniczyliśmy w międzynarodowych konferencjach naukowych:

- **XIV World Congress of Cardiology**, (Sydney 5-9. V 2002) gdzie zaprezentowaliśmy 8 prac, w tym jedna wygłoszona – wyniki DIRAMI.
- **VI Międzynarodowy Kongres PTK**, (Poznań 19 – 21. IX 2002) z 22 prezentacjami w tym pracami wygłoszonymi,
- **XXIV Annual Congress of the European Society of Cardiology**, (Berlin, 31. VIII-4. IX 2002) gdzie przedstawiono wyniki leczenia świeżego zawału serca angioplastyką bezpośrednią DIRAMI – praca wygłoszona,
- **Heart Failure of the European Society of Cardiology**, (8-11 June 2002)
- **VI Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej**, (Warszawa 21-23 III 2002) z 2 prezentacjami
- **I Zjazd Towarzystwa Kardio-Torako chirurgów**, (Szczecin 26-28. IV 2002)
- **The Cardiovascular Surgery Meeting**, (Helsinki, 28.6. – 2.7.2002.)

W współpracy z innymi ośrodkami opublikowaliśmy:

6 artykułów w pismach krajowych, **7 rozdziałów** w publikacjach książkowych oraz **19 prezentacji** zjazdowych na kongresach międzynarodowych.

W dniach 14-15.6.2002 zorganizowaliśmy coroczne, trzecie już Warsztaty Kardiologiczne - „Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych”, które zgromadziły około 600 słuchaczy. Wśród wielu wybitnych wykładowców gościem warsztatów był prof. **Georg Schuler** z Kliniki Kardiologii Uniwersytetu w Lipsku. Zaprezentowaliśmy nowy aparat do usg wewnątrznaczyniowego (pierwszy tego typu w Europie). Wykonaliśmy również pierwszą w Polsce implantację stentu z Rapamycyną.

Warsztaty zostały bardzo dobrze przyjęte - mają już ugruntowaną dobrą opinię oraz rzeszę sympatyków. Wysoki poziom wykonywanych interwencji wieńcowych zyskał znakomite oceny gości z Niemiec, którzy pragnęliby, wzorując się na naszym przykładzie i licząc na naszą pomoc, zorganizować podobne spotkania warsztatowe u siebie.

Uczestniczyliśmy czynnie również w podobnych warsztatach zorganizowanych w Katowicach (Międzynarodowe Forum Kardiologiczne 3-5.10.2002) i w Krakowie (Międzynarodowe Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej 6-7.12.2002).

26. stycznia 2002 prowadziliśmy **2 sesje** warsztatowe w ramach konferencji naukowej PTK oraz European Society of Cardiology poświęconej leczeniu ostrych zespołów wieńcowych w myśl zaleceń ESC.

Uczestniczymy w **16 międzynarodowych programach** naukowo-badawczych, z których **12** toczy się, a **4** zostały już ukończone. W programach biorą udział zespoły lekarsko-pielęgniarskie oraz laboratoryjne.

Toczy się **3 programy** finansowane przez KBN oraz 1 z Fundacji Ovita Nutritia.

10 prac statutowych i **4 własne** - dopełniają koszyk dokonań naukowych pracowników oddziału.

Obecnie toczy się II część badania klinicznego DIRAMI (bezpśrednia angioplastyka wieńcowa w zawale serca) pod czujnym okiem Mariusza Gąsiora i naszego guru informatyczno-statystycznego Marka Gierlotki i Sławomira Wasilewskiego,

Wystartował też program AML-Zabrze, który ma odpowiedzieć na pytanie co należy podać przed angioplastyką wieńcową choremu z zawałem serca. Pytanie zadają i odpowiedzi oczekują – Krzysztof Wilczek i Elżbieta Adamowicz.

Wszyscy cieszymy się, że w realizacji kilku programów naukowo-badawczych (międzynarodowych i własnych) uczestniczą obydwie oddziały kardiologiczne.

Zyskaliśmy w osobie naszego kolegi Romana Wojnicza – doktora habilitowanego nauk medycznych (listopad 2002) a w osobach Jana Szkodzińskiego, Tadeusza Zębika - doktorów nauk medycznych. Przewody doktorskie wszczęli – Marek Kondys, Tomasz Niklewski, Marek Gierlotka i Mariolla Wrębiak-Trznadel.

Trzech nowo wyświęconych kardiologów uzupełnia poczet gwiazd tego sezonu naukowego.

Szkolenia do różnych stopni specjalizacji odbyło w naszym Oddziale 55 lekarzy internistów, lekarzy rodzinnych, lekarzy medycyny pracy. Mieliśmy również przyjemność współuczestniczyć w szkoleniu lekarzy - gości ze **Słowacji, Kosowa i Ukrainy**. Naszym gościem był również student uczelni amerykańskiej.

Współpracujemy z Ośrodkami Akademickimi w Martinie na Słowacji, Użgorodzie na Ukrainie i Essen w Niemczech.

Krzysztof Wilczek i Tadeusz Zębik prowadzą obecnie szkolenie lekarzy w młodych i poszerzających zakres zabiegów pracownikach hemodynamiki w Bytomiu i Rzeszowie.

W 2002 roku leczymy 2562 chorych z czego 562 ze świeżym zawałem serca i 402 z innymi postaciami ostrego zespołu wieńcowego. Coś drgnęło w leczeniu niewydolności serca – rozruszniki resynchronizujące pracę komór implantowane przy współudziale dra A. Kutarskiego z Ośrodka Lubelskiego pięciu chorym pozwoliły odsunąć moment przeszczepu serca – jak nas zapewnia entuzjasta tej metody Piotr Rozentryt. Znacznie zwiększyła się grupa leczonych w oddziale kardiologicznym chorych z zatorowością płucną.

Nowy sprzęt (obok wymienionego powyżej IVUS - pompa do kontr pulsacji wewnątrz aortalnej) wydaje się obecnie kardiologowi tak niezbędnym jak słuchawki lekarskie.

Przetrawiliśmy, nieprzerwanie pracując, remont Oddziału i teraz w nowych, ładnych wnętrzach, – wspominamy minione miesiące. – Oby i Ten Rok tak dobrze nam się udał – czego Wszystkim i Sobie Życzymy!

Nie samą nauką człowiek żyje.

Coroczne spotkanie Klubu Entuzjastów Kardiologii i Sportu „KEKS” pełne pucharowych zmagania ze śniegiem oraz nie dietetycznych sesji naukowo – dydaktycznych doczekało się spisu praw zwanych „Keksalgiem”.

Białe szaleństwo przyniosło nam miejsca na podium - **Prof. L. Poloński – I miejsce w biegu zjazdowym „KEKS”** u oraz III miejsce w Mistrzostwach Świata Lekarzy Polonijnych w Di Mare. Przy najmniej raz w roku oddychamy świeżym powietrzem Korbielowa lub Ustronia, spędzając czas higienicznie, muzykując, tańcząc i śmigając po górach. Nie ograniczamy się do sportów zimowych – proszę spojrzeć na zdjęcie na sąsiedniej stronie.





I Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii

Dr n. med. Zbigniew Kalarus

Miniony 2002 rok zaznaczył się pod wieloma względami bardzo pozytywnie. Obok kontynuacji dotychczas prowadzonej działalności leczniczej i naukowej wdrożono do praktyki klinicznej nowe metody leczenia.

Systematycznie wzrastała liczba chorych z ostrymi epizodami wieńcowymi leczonych inwazyjnie, z dobrymi wynikami.

W roku 2002 wprowadzono do leczenia chorych z groźnymi komorowymi zaburzeniami rytmu serca automatyczne kardiowertery-defibrylatory. Od wykonania pierwszego zabiegu w miesiącu maju do końca roku wszczepiliśmy 14 stymulatorów tego typu.

Drugą nowością było zastosowanie w leczeniu chorych z zaawansowaną niewydolnością serca stymulatorów resynchronizujących. Kwalifikacja chorych oraz programowanie stymulatora przeprowadzane jest w oparciu o najnowsze techniki diagnostyki ultrasonograficznej - dopplera tkankowego.

Ważnym wydarzeniem wiążącym się z powyższym było zorganizowanie w maju I Warsztatów Elektrofizjologicznych "Stymulacja dwukomorowa u chorych z niewydolnością serca", podczas których wykonano pierwszy zabieg. Zgromadziły one wielu uczestników z całego kraju. Gościem honorowym był prof. A.K. Pedersen z Danii.



W czasie pobytu w Australii dzielni kardiologowie walczyli z żywiołem, przeżywając wspaniałą przygodę w otoczeniu dzikiej przyrody

Istotnym postępowaniem był rozwój diagnostyki i leczenia zaburzeń rytmu serca. Łącznie w ubiegłym roku wykonano 201 ablacji, w tym 91 z użyciem systemu mapowania elektroanatomicznego CARTO. Jego wykorzystanie umożliwia leczenie chorych ze złożonymi zaburzeniami rytmu, w tym między innymi z częstoskurczem komorowym po zawale serca i ektopowym częstoskurczem przedsionkowym.

Miniony rok był owocny w zakresie współpracy leczniczej i naukowej z Kliniką Kardiologii i Transplantologii. Jej wynikiem był udział pracowników I Oddziału Klinicznego we wdrożeniu programu leczniczego chorych z istotną wadą mitralną i utrwalonym migotaniem przedsionków za pomocą chirurgicznej ablacji mikrofalowej. Wyniki uzyskane w tej grupie chorych porównywalne są z osiągnięciami światowymi.

Ponadto współpraca kardiologiczno - kardiologiczna zaowocowała zastosowaniem stent-graftów w leczeniu tętniaków aorty zstępującej. Dotyczy to zarówno tętniaków przewlekłych, jak i powikłanych pęknięciem.

Rok 2002 był wyjątkowy w zakresie działalności naukowej. Opublikowaliśmy 17 prac w czasopiśmie oraz przedstawiliśmy wyniki badań w postaci 52 streszczeń zjazdowych. Wiązało się to z udziałem naszych lekarzy w międzynarodowych konferencjach w kraju i zagranicą:

- Wiosenna Konferencja Sekcji Stymulacji Serca i Elektrofizjologii Klinicznej PTK, 6-8.06. 2002, Ciechocinek
- IV Międzynarodowa Konferencja Wspólna International Society for Holter & Noninvasive Electrocardiology i Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej PTK, 7-9.03.2002, Zakopane- Kościelisko,
- VI Międzynarodowy Kongres PTK, 19-21.09.2002, Poznań
- 12th ICDS Congress in Warsaw, 05-06.09.2002.
- 13th International Congress Nice-Acropolis-French Rivera,
- The European Society for Cardiovascular Surgery, 51st International Congress, 28.06-01.07, Helsinki,
- XXIV Congress European Society of Cardiology, 31.08-04.09, Berlin,
- Euroecho 6, Monachium, 04-08.12,
- The 8th Annual CTT Meeting, 23-26.01.2002,
- 14th World Congress of Cardiology, 29.04-10.05, Sydney
- 23rd Annual Scientific Sessions of the North American Society of Pacing & Electrophysiology, San Diego, 7-14.05.2002,
- Warsztaty Hemodynamiczne „PCR 2002”, Paryż, 20-24.05.2002,
- Annual Meeting of the Transcatheter Cardiovascular Therapeutics, Waszyngton, 23-28.09.2002,
- International Cardiology Forum 5th Annual International Experts Meeting, Cannes, 3-6.10.2002,
- X International Symposium on Progress in Clinical Pacing, Rzym, 3-6.12.2002,
- 1st Workshop on Angiogenesis, Zabrze, 13.12.2002.

Wielu z naszych lekarzy odbywało zagraniczne staże szkoleniowe. Dr Wojciech Kreis dłuższy okres pracował w Klinice w Monachium. Od września 2002 roku dr Adam Sokal przebywa na stypendium naukowym w Uniwersytecie Kuopio w Finlandii.

Dr Piotr Chodór oraz dr Wojciech Kreis pozytywnie dali egzamin specjalizacyjny z zakresu kardiologii.

Choć w ubiegłym roku musieliśmy również rozwiązać wiele problemów, to życzylibyśmy sobie, aby rok 2003 był równie dobry.

Anna Bednarczyk

Dział Spraw Pracowniczych w roku 2002

Dział Spraw Pracowniczych Śląskiego Centrum Chorób Serca zajmuje się problematyką kadr w ŚICChS oraz zagadnieniami socjalnymi i szkoleniowymi w odniesieniu do zatrudnionych pracowników.

Prowadzenie problematyki kadrowej w szczególności polega na:

- Zawieraniu umów o pracę i ich rozwiązywaniu,
- prowadzeniu akt osobowych,
- prowadzeniu ewidencji czasu pracy,
- prowadzeniu ewidencji świadczeń socjalnych,
- monitorowaniu badań lekarskich,
- zgłaszaniu pracowników do obowiązkowych ubezpieczeń,
- podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pracowników.

Zadania Działu Spraw Pracowniczych wykonują 4 osoby.

W roku 2002 zatrudnionych było (wg. Stanu na dzień 31.12.2002 roku) 627 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty), z czego:

- W działalności medycznej - 534 osoby,
- W administracji - 54 osoby,
- W obsłudze pomocniczej - 40 osób,

Ponieważ wśród zatrudnionych są osoby pracujące w niepełnym wymiarze czasu pracy, to rzeczywista liczba pracowników jest nieco wyższa.

Dział Pracowniczy Śląskiego Centrum współpracuje z Powiatowym Urzędem Pracy w Zabrze. W ramach tej współpracy zatrudniono 17 osób, których wynagrodzenie finansuje PUP. Są to technicy medyczni, sanitariusze i pracownicy obsługi medycznej.

Ponadto 9 poborowych pracuje na stanowiskach sanitariuszy, recepcjonistów i pracowników gospodarczych w ramach zastępczej służby wojskowej.

W roku 2002 utworzono 2 stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych, na które Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przydzielił środki (na zakup sprzętu) - w kwocie około 110 tys. złotych. Dodatkowo PFRON zobowiązał się do częściowej refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne dla niepełnosprawnych zatrudnionych na tych stanowiskach.

Na tych warunkach zatrudniono: masażystę i recepcjonistę - koordynatora ruchu.

Dział Spraw Pracowniczych zajmuje się również sprawami socjalno-bytowymi pracowników oraz ich rodzin. W tym zakresie dział ściśle współpracuje z **Zakładową Komisją Socjalną**, która decyduje o tym komu i w jakiej wysokości świadczenia są przyznawane.

W roku 2002 zorganizowano dla dzieci wyjazd do Stadniny Koni w Zbrosławicach (w czasie ferii zimowych). Z przejażdżek konnych i pieczenia kiełbasek przy ognisku skorzystało **42** dzieci naszych pracowników. Na seans filmu „Harry Potter” poszło do Multikina **150** dzieci, natomiast do teatru na „101 Dalmatyńczyków” udało się **37** dzieci. Z okazji Dnia Dziecka dzieci uczestniczyły w zabawach i atrakcjach Parku Wodnego.

Z okazji Świąt Wielkanocnych **476** pracowników otrzymało bony towarowe - według kryteriów przydziału ustalonych przez komisję socjalną. W okresie letnim **460** osób otrzymało świadczenia pieniężne w ramach akcji „**Wczasy pod gruszą**” w wysokości określonej przez regulamin funduszu socjalnego.

Przed świętami Bożego Narodzenia z funduszu socjalnego wypłacono pracownikom świadczenia pieniężne w wysokości uzależnionej od dochodu netto na jednego członka rodziny.



Pani Anna Bednarczyk - kierownik Działu Spraw Pracowniczych
zdjęcie Grażyna Szymura

Pracownicy będący w trudnej sytuacji materialnej mogą otrzymać bezwrotną zapomogę. W roku 2002 z takiej pomocy skorzystały **84** osoby.

Zakład pomaga również pracownikom udzielając (zgodnie z regulaminem funduszu socjalnego) pożyczki o niskim oprocentowaniu na remont i modernizację mieszkań. W roku 2002 udzielono **122** pożyczki.

Na zakończenie roku odbyło się w restauracji „pod Kasztanami” tradycyjne spotkanie oplatkowe, w którym uczestniczyło około **310** pracowników.

Anna Bednarczyk

Bożena Krymska

Jak pracuje Zakładowa Komisja Socjalna



Zakładowa Komisja Socjalna w obecnym składzie pracuje od czerwca 1998 roku. Załogę Śląskiego Centrum Chorób Serca reprezentują w Komisji:

1. Zofia Ćwik,
2. Bogusława Borowiak,
3. Barbara Jakubiałowicz,
4. Bożena Krymska,
5. Ewa Piekarska.

W wymienionym składzie Komisja spotyka się raz w miesiącu, współpracując w podejmowaniu decyzji z zakładowymi Związkami Zawodowymi.

Zakładowa Komisja Socjalna działa w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 4 marca 1994 roku o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych. Podstawę tworzenia funduszu stanowi liczba zatrudnionych w dniu 1 stycznia danego roku. Wysokość odpisu podstawowego zgodnie z powyższą ustawą wynosi 37,5% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej w roku poprzednim lub, jeśli było wyższe, w drugim półroczu roku poprzedniego na każdą osobę pozostającą w stosunku pracy. W związku z powyższym wysokość odpisu w roku 2002 wyniosła **421 278,78 zł**.

Przeznaczenie tych środków na cele wymienione w ustawie Komisja Socjalna w porozumieniu z zakładowymi Związkami Zakładowymi określiła w Regulaminie Funduszu Środkami So

ciąg dalszy na str. 10

Rok 2002 w Śląskim Centrum Chorób Serca

Rok 2002 był dla Śląskiego Centrum Chorób Serca rokiem udanym. Pomimo trwających prac remontowych – zakończonych dopiero w ostatnich dniach grudnia, nastąpił dalszy wzrost ilości zabiegów wykonywanych w Zabrze.

Ilość operacji serca w krążeniu pozaustrojowym wyniosła 1689 i w stosunku do roku 2001 wzrosła o 88 zabiegów – tj o 5,5 %. Analizując dane z tabeli nr 1 można zauważyć, że do roku 1998 ilość operacji w krążeniu pozaustrojowym utrzymywała się na zbliżonym poziomie, a wyraźny ich wzrost zaznaczył się w kolejnych latach – od roku 1998 do 2002. W tym okresie (przez pięć lat – od 1998 do 2002) ilość tych operacji wzrosła o 675 zabiegów to jest o 67 %.

Ilość wykonanych koronarografii wyniosła 4416 (tab. 3) i wzrosła w stosunku do ubiegłego roku o 33, natomiast przyrost w okresie pięcioletnim (1998 – 2002) wyniósł 2222 zabiegów, co oznacza, że w tym czasie ich liczba podwoiła się (przyrost o 100,1 %).

Ilość wykonanej przezskórnej koronaroplastyki wyniosła 2808 (tab. 4) i była o 331 zabiegów tj. 13,4 % większa od wyniku z roku 2001. Przyrost w okresie pięcioletnim wyniósł 1614 zabiegów, co oznacza wzrost o 135 %.

Ilość wykonanych stentów wieńcowych (tab 2) wyniosła w 2002 roku 2330 co oznacza wzrost w stosunku do roku 2001 o 338, tj. o 17 %. W odniesieniu do roku 1998 ilość wykonanych stentów wzrosła prawie 14-krotnie.

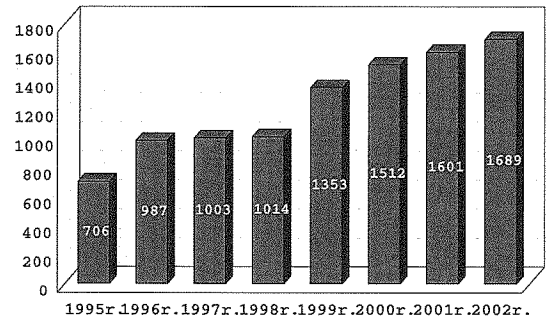
W rankingu „Rzeczypospolitej” Śląskie Centrum Chorób Serca zajęło pierwsze miejsce w województwie i drugie w kraju. Wynik ten jest jak najbardziej zasłużony, jeżeli uwzględni się, że tutaj wykonuje się zabiegi, do których nie są przygotowane inne placówki.

W Zabrze wykonuje się najszerszy w Polsce zakres zabiegów kardiologicznych.

W roku 2002 nadal realizowano programy:

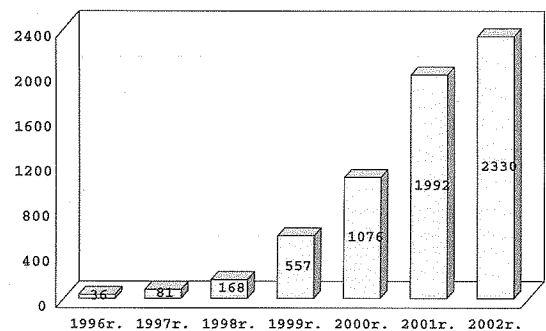
- transplantacji serca i płuc,
- niewydolności krążenia (jeden z większych w Europie),
- szkoleniowe w zakresie kardiologii i transplantologii dorosłych i dzieci,
- szkoleniowe dla Ukrainy, Rosji, Słowacji i Kosowa,
- szkoleniowe dla nowych pracowni hemodynamicznych.

Tab.1 Operacje serca w krążeniu pozaustrojowym wykonane w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze



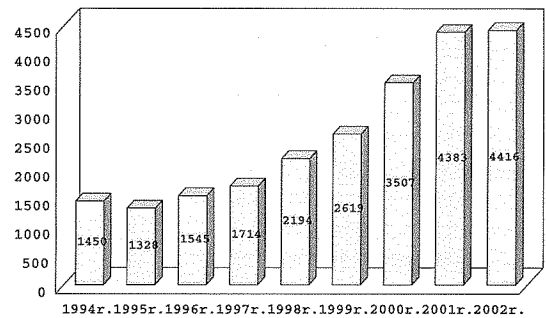
Tab. 2

Ilość wykonanych stentów wieńcowych w Pracowni Hemodynamiki Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze



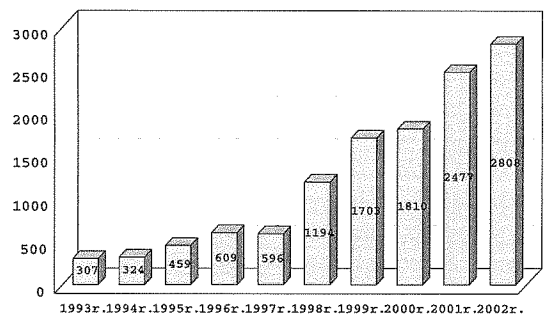
Tab. 3

Ilość wykonanych zabiegów koronarografii w Pracowni Hemodynamiki Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze



Tab. 4

Ilość wykonanej przezskórnej koronaroplastyki w Pracowni Hemodynamiki Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze



Dr Michał Zakliczyński

Leczenie immunosupresyjne u pacjentów po przeszczepie serca nowe leki i nowe możliwości stosowania uznanych leków.

W ostatnich latach znacznie poszerzyła się gama leków immunosupresyjnych, które mogą być stosowane dla ochrony przeszczepionego serca przed odrzucaniem. Nie bez znaczenia jest również rosnące doświadczenie w stosowaniu uznanych od lat leków immunosupresyjnych.

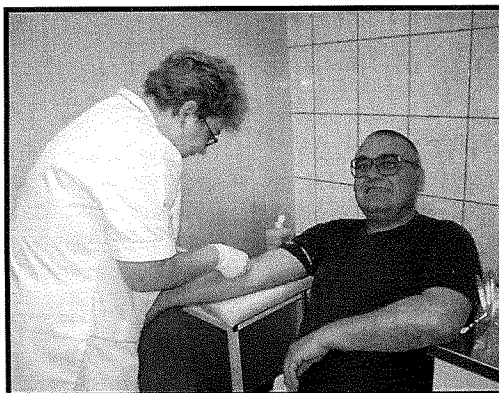
W grudniu bieżącego roku mijają 22 lata od wprowadzenia do leczenia pacjentów po przeszczepie serca cyklosporyny-A. Lek ten całkowicie zmienił perspektywę, z której spoglądano na przeszczepianie serca. Z metody eksperymentalnej, której celem było utrzymanie pacjenta przy życiu przynajmniej w pierwszym roku po zabiegu, transplantacja serca stała się uznaną metodą przedłużania życia pacjentom ze schyłkową niewydolnością serca. Pomimo wielu problemów i powikłań jakie towarzyszą pacjentom po przeszczepie serca od pierwszej chwili po zabiegu, stało się jasne że pacjenci ci będą żyli coraz dłużej, a problemy po 15 latach od zabiegu nie będą przypominać tych z wczesnego okresu. Jednak to właśnie cyklosporyna-A, lek o niepodważalnych zasługach dla rozwoju transplantologii, decyduje poprzez swoje właściwości toksyczne o profilu powikłań w okresie odległym. 20 lat po wprowadzeniu leku do użytku przez pacjentów po przeszczepie serca pojawiły się opracowania wskazujące na nowe możliwości kontroli stosowania cyklosporyny.

Od początku wiadomo było, że cyklosporyna jest metabolizowana w organizmie człowieka w sposób niezwykle zmienny. Dawkowanie, nawet oparte o przeliczenia na masę lub powierzchnię ciała, nie było bezpieczne. Wprowadzono więc pomiary stężenia cyklosporyny w okresie, gdy jest ono najbardziej stabilne – bezpośrednio przed podaniem kolejnej dawki. Obecnie uważa się również tą metodę za niewystarczającą. Wprowadzono natomiast pomiar stężenia cyklosporyny 2 godziny po połyknięciu leku. Ośrodki stosujące tę metodę przedstawiają doniesienia, z których wynika że pomiar tzw. C_2 nie tylko koreluje z siłą działania immunosupresyjnego leku, ale pozwala również na uniknięcie jego toksyczności w przypadku gdy wynik pomiaru jest niespodziewanie wysoki. Dla transplantologów bardziej dociekliwych stworzono metodę obliczania pola pod krzywą, jaka powstaje w wyniku zmian stężenia cyklosporyny po podaniu leku. Pole takie można wyliczyć z dość dużą dokładnością przez oznaczenie stężenia cyklosporyny-A w 3 punktach czasowych, np. przed pobraniem leku oraz godzinę i 2 godziny po jego połyknięciu. Metodę tą staramy się wprowadzić również w Poradni Transplantacyjnej w Zabrze.

Lekiem o działaniu zbliżonym do cyklosporyny-A jest takrolimus (Prograf®). Ma on pewne właściwości pozwalające na

wykorzystanie go w sytuacji, gdy terapia cyklosporyną nie daje wystarczających rezultatów. Dlatego też podstawowym wskazaniem do jego zastosowania w naszym ośrodku jest nawracające odrzucanie komórkowe – pacjenci z przeciągającym się odrzucaniem komórkowym często korzystnie reagują na zastąpienie cyklosporyny takrolimusem i to nawet bez zwiększania dawek leków steroidowych (Encortonu). W przeciwieństwie do cyklosporyny, pomiar stężenia takrolimusu przed podaniem kolejnej dawki wydaje się wystarczający dla optymalizacji sposobu jego stosowania. Ponadto, już nazajutrz po zastosowaniu leku możemy, w oparciu o pomiar stężenia, modyfikować jego dawkę.

Stosunkowo niewielkie są doświadczenia z zastosowaniem sirolimusu (Rapamune®) u pacjentów po transplantacji serca. Tym bardziej podkreślić chcemy że ośrodek zabrzański zalicza się do pionierów w tej dziedzinie. Pomimo tego, że lek ten wydaje się być słabszym zabezpieczeniem dla przeszczepionego narządu w porównaniu z cyklosporyną lub takrolimusem, jest on pozbawiony niekorzystnego działania na nerki i w przypadku biorców serca z niewydolnością nerek jego zastosowanie może ratować pacjentów od dializoterapii ("sztucznej nerki"). Również i ten lek wymaga pomiaru stężenia we krwi dla ustalenia właściwego dawkowania



Okresowe badanie w Poradni Transplantacyjnej
zdjęcie Grażyna Szymura

Pewne nowości dotyczą również dobrze znanego przez pacjentów mykofenolanu mofetylu (CellCept®). Uznaną metodą postępowania stało się obniżanie do absolutnego minimum stężenia cyklosporyny-A u pacjentów, u których stosunkowo wcześniej po przeszczepie doszło do upośledzenia funkcji nerek, właśnie pod "osłoną" CellCeptu. Rozważana jest również możliwość całkowitego odstawienia cyklosporyny-A u pacjentów ze znacznym uszkodzeniem nerek w bardzo późnym okresie po transplantacji pod warunkiem zastosowania CellCeptu. Jak na razie, jednak, tylko nieliczni badacze zdecydowali się na dokonanie takiej zamiany, wobec znacznego ryzyka odrzucenia przeszczepionego narządu. Natomiast coraz powszechniejsze uznanie wzbudza metoda oznaczania stężenia aktywnej składowej CellCeptu – kwasu mykofenolowego – we krwi. Jest to szczególnie wskazane u pacjentów zgłaszających objawy charakterystyczne dla przedawkowania CellCeptu – biegunki, bóle brzucha, wymioty, niedokrwistość. Ośrodek zabrzański, jako jeden z nielicznych, wprowadził oznaczenia stężeń kwasu mykofenolowego do rutynowego panelu badań laboratoryjnych, wykonywanych przy każdej kontroli zarówno warunkach szpitalnych jak i w Poradni Transplantacyjnej.

Michał Zakliczyński

PRZEGLĄD PRASY MEDYCZNEJ

Readagują:
dr Piotr Rozentryt
dr Jarosław Wasilewski

Czy analiza próbki krwi zastąpi koronarografię? Refleksja na koniec roku.

Brindle JT, Antii H, Holmes E, Tranter G, Nicholson JK, Bethell HWL, Clarke S, Schofield PM, McKikkin E, Mosedale DE, Grainger DJ. Rapid and noninvasive diagnosis of the presence and severity of coronary heart disease using ¹H-NMR-based metabolomics. *Nature Medicine* 2002;8:1439-1445.

a także: Science Daily Magazine, Science Blog, Timesonline, BBC News

Mimo, że zidentyfikowano wiele czynników ryzyka choroby wieńcowej a nieinwazyjne metody diagnostyczne pomocne są w ustaleniu rozpoznania, to podstawowym badaniem umożliwiającym ostateczne postawienie diagnozy i określenie stopnia zaawansowania choroby wieńcowej jest koronarografia. W grudniowym numerze *Medicine Nature* [1] ukazał się artykuł, którego autorami są między innymi pomysłodawca zupełnie nowej metody nieinwazyjnej oceny stopnia zaawansowania zmian w tętnicach wieńcowych doktor David Grainger z Uniwersytetu w Cambridge oraz profesor Jeremy Nicholson z Uniwersytetu Imperial College w Londynie, uważany za "ojca" łączącej około 15 lat nowej dyscypliny naukowej zwanej **metabonomiką**. Posługując się techniką spektrometrii pozytonowego jądrowego rezonansu magnetycznego (¹H-NMR) autorzy ci po raz pierwszy wykazali, że możliwe jest rozpoznanie stopnia zaawansowania zmian w tętnicach wieńcowych (identyfikacja osób z trójnaczyńniową chorobą wieńcową) na podstawie analizy widma próbki surowicy krwi. Czułość i swoistość tej szybkiej i nieinwazyjnej metody wyniosła ponad 90%.

"Jesteśmy blisko odkrycia narzędzia, które pozwoli lekarzom ustalać rozpoznanie przy użyciu skanera podobnego do tego jakim posługiwał się Dr McCoy w filmie Star Trek" powiedział dziennikarzom profesor Jeremy Nicholson. Doktor David Grainger stwierdził natomiast "Tysiące osób w Wielkiej Brytanii umiera każdego roku z powodu zawału serca. Wielu z nich można by uratować jeżeli zagrożenie zawałem można by ustalić w sposób szybki i łatwy. Takie możliwości daje właśnie ta nowa metoda."

W szpitalu Papworth niedaleko Cambridge prowadzone są aktualnie szeroko zakrojone badania kliniczne i jeżeli zakończą się one sukcesem metoda spektrometrii NMR będzie dostępna do powszechnego zastosowania w ciągu najbliższych kilku lat (planuje się dwóch). Jeżeli doniesienie angielskich lekarzy zostanie potwierdzone w wielośrodkowych badaniach prospektywnych, które są w toku należy oczekiwać, że metoda ta może przynieść rewolucję w diagnostyce choroby wieńcowej.

Liczba nerek w chorych z nadciśnieniem tętniczym samoistnym

Gunhild Keller, M.D., Gisela Zimmer, M.D., Gerhard Mall, M.D., Eberhard Ritz, M.D., and Kerstin Amann, M.D.
N. Egl. J. Med. 2003;348:101-8.

Lektura tego artykułu sprawiła mi wielką satysfakcję, ponieważ wnioski z niego płynące potwierdzają hipotezę Brennera z końca lat 80-tych, która stanowiła, iż podstawowym ogniwem patogenetycznym samoistnego nadciśnienia tętniczego jest zmniejszona liczba nerek. Byłem świadkiem jej przedstawienia i pamiętam, że spotkała się w środowisku z bardzo żywym oddźwiękiem. Mimo wieloletnich badań nie udało się dotąd jednoznacznie jej zweryfikować.

Liczne obserwacje wskazują na istotny udział nerek w patogenezie samoistnego nadciśnienia tętniczego: przeszczep nerki od człowieka normotenzyjnego dokonany biorcy dializowanemu z powodu nadciśnieniowego uszkodzenia nerek, powoduje normalizację ciśnienia tętniczego. Odwrotnie, przeszczep nerki od dawcy z nadciśnieniem tętniczym choremu dializowanemu, u którego nie ma nadciśnienia tętniczego, powoduje rozwinięcie się nadciśnienia u tego ostatniego. U szczurów ze spontanicznym nadciśnieniem tętniczym szczepu Milan-Wistar istnieje wrodzony deficyt nerek.

Autorzy omawianej pracy dokonali trójwymiarowej analizy morfologicznej nerek z nerek pobranych od 2 grup zmarłych (po 10 osób). Pierwszą z nich były ofiary wypadków, w których występowało wcześniej nadciśnienie tętnicze, druga to także ofiary wypadków, ale bez uprzednio udokumentowanego nadciśnienia tętniczego. Przeprowadzone badania wskazały, że osoby z nadciśnieniem tętniczym miały w przeliczeniu na jedną nerkę istotnie mniejszą liczbę nerek (702,379 vs. 1,429,200). Zmarli cierpiący uprzednio z powodu nadciśnienia tętniczego mieli także nerkę o znacznie większej objętości (6.50 x 10⁻³ mm³ vs. 2.79 x 10⁻³ mm³; p<0.001).

Obserwowane różnice nie zależały od wieku, ponieważ z badania wykluczono osoby > 60 letnie, u których następuje przyspieszona utrata nerek. Nie są one także skutkiem szkodliwego działania nadciśnienia tętniczego, gdyż liczba nerek w zeszklawiałych w obu grupach badanych była podobna.

Jakie jest znaczenie tych obserwacji? Problem optymalnego leczenia nadciśnienia tętniczego jest przedmiotem dyskusji, a dane gromadzone w ostatnich latach zmuszają do refleksji i modyfikacji standardów postępowania (rok 2003 przyniesie publikację nowych standardów). Nawet wytyczne z poprzednich lat wskazywały na konieczność odmiennego postępowania z chorymi, u których stwierdzane są uszkodzenia narządowe pochodzące od nadciśnienia tętniczego. Przedstawione dane każą zastanowić się, czy postępowanie takie nie powinno być wynikiem jedynie rozpoznania nadciśnienia samoistnego (bez klinicznie uchwyt-

Legenda:

1. *Uniwersytet Imperial College* w Londynie jest jednym z trzech wiodących Uniwersytetów w Wielkiej Brytanii. zatrudnia on około 5000 pracowników, którzy kształcą ponad 10 000 studentów w zakresie nauk podstawowych, medycznych i inżynierii i pokrewnych
2. *Szpital Papworth* - to specjalistyczne centrum kardiologiczne położone w Cambridgeshire we wschodniej Anglii. Pracuje w nim około 1000 pracowników. Ośrodek dysponuje 225 łózkami na oddziałach kardiologii, kardiologii, chirurgii klatki piersiowej, pulmonologicznym oraz oddziale transplantacji serca i płuc. W szpitalu tym prowadzone są obecnie badania nad wykorzystaniem spektrometrii NMR w diagnostyce kardiologicznej.
3. *Spektrometria NMR* - polega na pomiarze właściwości magnetycznych molekuł zawartych w próbce np. surowicy krwi za pomocą fal radiowych wysokiej częstotliwości. Rozpoznanie nieprawidłowych sygnałów umożliwia określenie np. stopnia zaawansowania zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych. Uzyskana seria sygnałów odzwierciedla magnetyczne właściwości licznej grupy molekuł krwi a system komputerowy na ich podstawie rozpoznaje widmo charakterystyczne dla danej choroby. Aktualnie badania skupiają się na dokładnym określeniu subtelnych zaburzeń swoistych dla występowania nieprawidłowych lipoprotein i innych białek krwi, które mogą wskazywać na zwiększone ryzyko wystąpienia zawału serca.
4. *Metabonomika* - to nowa dziedzina zajmująca się ilościową oceną dynamicznych zmian metabolicznych zachodzących w organizmach żywych. Początkowo naukę tę wykorzystywano do oceny toksyczności leków. Obecnie znalazła zastosowanie w ocenie skuteczności leków, czynności genów, a także w diagnostyce klinicznej. Według definicji metabonomika to "Jakościowy pomiar dynamicznej odpowiedzi organizmów żywych na stymulacje patofizjologiczne lub modyfikacje genetyczne"
5. *Bruker GmbH* - niemiecka firma produkująca urządzenia do spektrometrii NMR (np. Bruker 600MHz NMR) w urządzeniach tych do oceny widma wykorzystuje się matematyczny model komputerowej opracowany przez naukowców z Uniwersytetu Imperial College z Londynu.
6. *Metabometric Ltd* - jest korporacją utworzoną przez Uniwersytet Imperial College, która posiada prawa do oprogramowania kardiologicznego spektrometrii NMR w oparciu o osiągnięcia metabonomiki.

Jarosław Wasilewski,
27. Grudzień, 2002 roku.

nych powikłań narządowych), ponieważ nieprawidłowości strukturalne są być może przyczyną nadciśnienia tętniczego. Idąc tym tropem należy stwierdzić, że do wdrożenia pełnego arsenału działań nefroprotektoryjnych u chorych z nadciśnieniem tętniczym samoistnym, powinno skłaniać nie tyle udokumentowanie powikłań nerkowych w przebiegu nadciśnienia tętniczego, ale samo jego rozpoznanie.

Piotr Rozentryt



Anna Kantorska-Guz

Gdy zaczynałam swoją pracę w 1984 roku, na oddziałach było zaledwie kilku pacjentów. Trwały jeszcze prace adaptacyjne. Pod szpital niemal dzień w dzień podjeżdżały ciężarówki z aparaturą i sprzętem, w który był wyposażony szpital. Od tego czasu minęło 18 lat. Szpital zmienił swój wygląd zewnętrzny i wewnętrzny, zmieniła się ilość przyjmowanych pacjentów. Także "moją" hemodynamikę uległa przeobrażeniu. Miejsce starej wysłużonej aparatury zajęły nowe, wspaniałe aparaty po-

siadające wiele możliwości.

Zmienił się również wystrój całej pracowni. Nowe, funkcjonalne meble, jasne korytarze wyłożone kafelkami, odświeżone dyżurki w których aż przyjemnie wypić w pośpiechu łyk gorącej kawy. Lubię swoją pracę, ponieważ nieustannie od 18 lat daje mi olbrzymią satysfakcję – mam swój niewielki wkład w ratowanie ludziom zdrowia i życia.

Mgr Joanna Foik

Pracownia Rehabilitacji

Nasza pracownia rozpoczęła swoją działalność w 1984 roku (wraz z otwarciem Ośrodka) - pod kierownictwem mgr Ireny Młynarczyk, która sprawuje tę funkcję do dzisiaj.

Pracownia liczy obecnie – łącznie z kierownikiem- 11 osób.

Posiadamy duże doświadczenie w pracy z pacjentami, stale podnosimy własne kwalifikacje, a także szkolimy młodzież ze Studium Fizjoterapii oraz Terapii Zajęciowej w Zabrze.

Wykorzystujemy nowoczesne modele usprawniania pacjentów z chorobą niedokrwinną i po zawale mięśnia sercowego, opracowane przez mgr Irenę Młynarczyk w oparciu o doświadczenia wyniesione z pobytów w zagranicznych ośrodkach.

Rehabilitację prowadzimy we wszystkich oddziałach, pracując również w godzinach popołudniowych, w soboty, niedziele i święta, a jeżeli zachodzi potrzeba, to także w nocy.

Posiadamy dobrze wyposażoną salę gimnastyczną, w której odbywają się ćwiczenia grupowe dla pacjentów z oddziału kardiologii i kardiochirurgii oraz treningi rowerowe dla osób po transplantacji serca.

Oprócz kinezyterapii stosujemy również zabiegi fizjoterapeutyczne, takie jak: masaż, naświetlania i inhalacje.

Zawsze staramy się otaczać chorego opieką (zwłaszcza na oddziałach intensywnych) aby zminimalizować stres, na jaki jest on narażony w początkowym okresie po operacji lub za-



Siedzą od lewej: Anna Bauer, Sybilla Mrozek, Irena Młynarczyk, Joanna Foik, Ewa Tarabura,
Stoją od lewej: Aleksandra Molenda, Karina Drzał, Tomasz Lasota, Joanna Jonak, Anna Behen, Beata Blicharska – Drobny

wale serca.

Z każdym Pacjentem spotykamy się przed zabiegiem tłumacząc mu jaki cel mają ćwiczenia stosowane po operacji i jakie z nich wynikają korzyści. Staramy się odpowiadać na pytania pacjentów i wyjaśniać wszelkie wątpliwości.

Praca z pacjentami daje nam wiele satysfakcji, zwłaszcza gdy widzimy jak pod wpływem rehabilitacji odzyskują sprawność.

Joanna Foik

Jak pracuje Zakładowa Komisja Socjalna *ciąg dalszy ze strony 6*

cyjnymi. Zgodnie z tym regulaminem środki mogą być przeznaczone na:

- pomoc finansową i rzeczową w formie zapomóg, paczek żywnościowych, odzieży, bonów towarowych czy żywnościowych,
- dopłaty do wycieczek urlopowych pracowników,
- dopłaty do leczenia,
- działalność kulturalno- oświatową, sportową, rekreacyjną,
- spotkania integracyjne,
- remont i modernizację mieszkania, itp.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że Fundusz Świadczeń Socjalnych jest funduszem spożycia zbiorowego, a świadczenia mają charakter wyłącznie uznaniowy. Pracownikowi nie służy roszczenie o wypłatę tych świadczeń. Fundusz nie jest też funduszem okolicznościowym, natomiast jest funduszem socjalnym w pełnym tego słowa znaczeniu. O tym, czy danej osobie zostanie przyznana pomoc socjalna, w tym również rzeczowa lub w postaci bonów towarowych decydują kryteria o charakterze wyłącznie socjalnym. Art. 8 ust. 1 wymienionej wcześniej ustawy stanowi, że przyznanie pomocy i jej wysokość uzależnia się od sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej danej osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu.

Dlatego też finansowanie z Funduszu bonów, np. z okazji Świąt Bożego Narodzenia ogółowi pracowników w równej wysokości pozostaje w kolizji z ustawą.

W 2002 roku Komisja Socjalna przyznała pożyczki na remont i modernizację mieszkań, a także wsparła rodziny najuboższych pracowników przyznając im zapomogi. Mile akcentowała też Święta Bożego Narodzenia i Wielkanocne. W miarę swoich możliwości dofinansowywała „wczasy pod gruszą”.

Działalność Komisji Socjalnej przyczynia się do integracji załogi poprzez finansowanie różnego rodzaju spotkań i imprez kulturalnych. Tradycją stały się coroczne spotkania wigilijne. Ferie zimowe są okazją do sfinansowania licznych atrakcji dzieciom pracowników.

W czasie tegorocznych ferii dzieci będą mogły obejrzeć film pt. „Harry Potter – Komnata Tajemnic” lub „Mustang z dzikiej doliny”

Działalność Komisji Socjalnej to również coroczny akcent charytatywny na rzecz Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem.

Komisja Socjalna dysponując funduszem na rzecz pracowników, szczególnie dostrzega potrzeby najuboższych.

Bożena Krymska

Alicja Michalak

Od Stresu do Siły

część pierwsza -



Nie jesteśmy w stanie uniknąć stresu w naszym życiu. Odczuwane emocje są nieodłączną częścią psychiki od początku naszego istnienia. Napięcie emocjonalne towarzyszy nam zawsze wtedy, gdy pojawia się ważne dla nas wydarzenie.

Jednak nadmierny stres pochłania siłę, uniemożliwia sprawne działanie, niszczy relacje z innymi ludźmi, zmienia prawidłową ocenę sytuacji – to niezaprzeczalny fakt. Jest jednym z podstawowych czynników powodujących pojawienie się i rozwój wielu chorób, osłabia ciało i umysł. Choć ten problem sięga zamierzchłych czasów, dziś lekarze i psycholodzy wyjątkowo mocno podkreślają konieczność okiełznania stresu w codziennym życiu. Umiejętność radzenia sobie ze stresem niewątpliwie kieruje nas w stronę zdrowia i w zdrowiu utrzymuje. Co sprawia, że jednak tak często czujemy się bezradni w „walce ze stresem”, odczuwamy bezsilność wobec słyszanych zaleceń?

Aby zwiększyć własne możliwości powinniśmy poznać kilka podstawowych zasad właściwego radzenia sobie ze stresem. Spójrzmy na naszego „codziennego towarzysza” z należytą mu uwagą, zastanawiając się czym jest stres a czym nie jest.

Stres nie jest naszym wrogiem. Stres to napięcie, które dotyczy zarówno naszej psychiki, jak i organizmu. Mówimy więc o stresie psychologicznym i fizjologicznym. Kojarzy się zwykle z intruzem, który nawiedza nas zniechcąco aby „podciąć nam skrzydła” i osłabić możliwości działania. Tymczasem napięcie naszego organizmu i emocje są niezbędne w pokonywaniu trudności i sprawnym wypełnianiu wyznaczonych sobie zadań.

Można wyróżnić dwa rodzaje stresu: **pozytywny (eustres) i negatywny (dystres). Entuzjazm, zapał, podekscytowanie - to eustres. Jego rolą jest mobilizacja psychofizyczna. Choć to również stres, nie unikajmy go. Przygnębienie, rozczarowanie, irytacja, złość, poczucie winy, przerażenie - to stres negatywny. I choć to wbrew popularnym opiniom - on również jest nam potrzebny. Jest sygnałem ostrzegawczym. Tylko nadmierny, nie rozładowany we właściwy sposób stres negatywny jest naszym wrogiem.**

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

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

Stres nie jest spowodowany czynnikami zewnętrznymi. Przez umysł nieustannie przebiegają myśli. Dotyczyć mogą różnorodnych

spraw: od analizowania minionych wydarzeń, po relacjonowanie tego, co dzieje się w danej chwili, aż do konstruowania planów na przyszłość. Można je nazwać wewnętrznym głosem, który czasem ma formę monologu, a czasami przypomina dialog. Dzieje się tak zwłaszcza wówczas, kiedy stajemy na przykład przed koniecznością podjęcia ważnej decyzji. Taki wewnętrzny monolog lub dialog może być niezwykle pomocny i twórczy. Może poprawiać samopoczucie i dodawać sił do pokonywania codziennych trudności. Niestety może również odbierać nam pewność siebie i mobilizację do poszukiwania rozwiązań. Siła odczuwanego przez nas stresu nie zależy od sytuacji, lecz od tego, w jaki sposób o niej myślimy, jak interpretujemy jej konsekwencje, jak oceniamy własne możliwości do sprostania jej wymaganiom. To nasza postawa do wydarzeń życiowych i do samych siebie decyduje, czy będziemy odczuwać stres pozytywny czy negatywny.

Radzenie sobie ze stresem nie jest unikaniem napięcia. Wbrew popularnym poglądom radzenie sobie ze stresem nie polega li tylko na unikaniu stresu. Każdy kto próbował tego dokonać wie, jak trudne to zadanie. Napięcie psychofizyczne jest naturalnym procesem wywoływanym nieustannie przez całe nasze życie. Jeśli nie odczuwalibyśmy stresu – nie przeżywalibyśmy emocji, nie otrzymywalibyśmy niezwykle ważnych dla nas sygnałów określających co ma dla nas znaczenie, czemu warto przeznaczyć czas i działanie, brakowałoby nam motywacji do podejmowania wyzwań i pokonywania trudności. Póki trwa nasze istnienie, będziemy stawać wobec nowych sytuacji, będziemy zmuszeni przystosowywać się do zmiennych okoliczności. Nie jesteśmy w stanie uniknąć stresu, możemy natomiast umiejętnie radzić sobie z jego obecnością w naszym życiu

Radzenie sobie jest umiejętnością, którą możemy zdobyć.

Radzenie sobie ze stresem powinno przebiegać jednocześnie na kilku poziomach:

1. Analiza aktualnych wydarzeń życiowych. Szczegółowe wyodrębnienie sytuacji, w których doświadczamy stresu. Korzystna modyfikacja tych sytuacji stresogennych, na które choć w pewien sposób mamy wpływ.
2. Redukcja nadmiernego napięcia psychofizycznego we właściwy sposób
3. Wzmocnienie odporności psychofizycznej.

Już niebawem zaproponuję Państwu kilka wskazówek jak nauczyć się kierowania własnymi myślami, emocjami, zachowaniem, jak we właściwy sposób zredukować nadmierne napięcie psychofizyczne i jak wzmocnić własną odporność psychofizyczną.

Alicja Michalak

Kroczyć spokojnie wśród zgłębienia i pośpiechu – pamiętaj, jaki pokój może być w ciszy. Prawdę swą głośno i jasno, słuchaj też tego, co mówią inni – każdy ma swą opowieść. Wykonuj z sercem swą pracę, jakkolwiek by była skromna. Jest ona trwałą wartością w zmiennych kolejach losu. Obok zdrowej dyscypliny bądź łagodny dla siebie.

Tak dalece, jak to możliwe, nie wyrzekaj się siebie, bądź w dobrych stosunkach z innymi ludźmi. Nie zwalczaj uczuć: zwłaszcza miłości, albowiem w obliczu smutku i rozczarowań jest ona wieczna i silna. Lecz nie dręcz się tworami wyobraźni. Wiele obaw rodzi się ze znużenia i samotności. Przyjmij pogodnie to, co lata niosą, bez gorczy wyrzekając się przymiotów młodości. Z całym swym trudem i rozwianymi marzeniami ciągle ten świat jest piękny.

Tak więc bądź w pokoju ze Światem, cokolwiek myślisz o jego istnieniu i cokolwiek się zajmujesz i jakiegokolwiek są twoje pragnienia. W zgłębieniu ulicznym, zamęcie życia zachowaj pokój ze swym sercem i umysłem. Rozwijaj siłę ducha by w trudnościach mogła być tarczą dla Ciebie. Bądź uważny, dbaj o szczęście swoje i innych.”

Opracowane na podstawie tekstu DESIDARATA datowanego na rok 1692, znalezione w starym kościele w Baltimore.

Elżbieta Piekara

PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA JAKO MENADŻER WE WSPÓŁCZESNYM PIELĘGNIARSTWIE



O ważności dobrej organizacji we współczesnym świecie a zwłaszcza w placówkach służby zdrowia nie trzeba już nikogo przekonywać. Inicjatywa, przedsiębiorczość i zaangażowanie twórcze wszystkich członków organizacji, jakiegokolwiek dziedziny by ona nie dotyczyła, są podstawą jej sukcesu. Głównym kreatorem tego sukcesu jest menadżer, osoba na stanowisku kierowniczym, posiadająca wielostronną wiedzę i umiejętności niezbędne do kierowania ludźmi i zarządzania organizacją. To w jego gestii jest podejmowanie kluczowych decyzji, ustalania celów organizacji i sposób ich realizacji. Nasuwa się pytanie „Jaka więc powinna być dziś współczesna pielęgniarka oddziałowa jako menadżer?”

Współczesne pielęgniarstwo narzuca swoim wykonawcom surowe wymagania i bezwzględny obowiązek rzetelnego wywiązywania się z powierzonych obowiązków służbowych. Obecnie do pielęgniarek, a zwłaszcza do pielęgniarek na stanowiskach kierowniczych kierowane są maksymalne wymagania i oczekiwania. Dotyczą one w równej mierze poziomu intelektualnego, wiedzy zawodowej oraz jakości wykonywanej pracy.

Dlatego obowiązkiem każdej pielęgniarki będącej na stanowisku kierowniczym jest obserwowanie i ocena pracowników, pamiętając, że nigdy nie można obniżać wymagań wobec tych, od których zależy życie i zdrowie ludzkie.

Pielęgniarka – menadżer musi być w swojej działalności należycie przygotowana do współdziałania z pacjentami i ich rodzinami, swoimi przełożonymi oraz innymi grupami zawodowymi. Każda z tych grup wymaga stosowania różnicowanej strategii i taktyki w działaniu. W tej sytuacji pielęgniarka oddziałowa – menadżer musi posiadać kompetencje, które pozwolą rozwiązywać różne problemy.

Współczesny menadżer – oddziałowa powinna być osobą profesjonalnie przygotowaną do zarządzania. Przygotowanie umożliwi sprawną realizację wszystkich funkcji, do których w szczególności zalicza się: aktywność, kreatywność oraz zdolność do podejmowania ryzyka w procesach decyzyjnych. Sprawny menadżer w pielęgniarstwie jest zobowiązany do przyjęcia w określonej sytuacji roli przywódczej. Zobowiązuje się do współpracy z profesjonalistami do obrony interesów instytucji, personelu i pacjentów, a jednocześnie musi koncentrować uwagę na strukturze wzajemnych związków. Menadżer w pielęgniarstwie powinien zajmować się także stroną finansową, środkami trwałymi i mieć wrodzone pragnienie dokonywania zmian.

Tak jak już wspomniano każdy menadżer -oddziałowa powinna mieć odpowiednią osobowość i umiejętność taką jak:

- słuchanie,
- dyskusowanie,
- wyjaśnianie,
- przekazywanie.

Powinna umieć rozpoznawać, analizować i rozwiązywać problemy, umieć motywować siebie i innych do lepszej jakości pracy. Sukcesem skutecznego kierownika jest zaufanie podwładnych do przełożonego i wzajemny respekt. Gdy dwustronne zaufanie tworzy podstawę do lepszej i harmonijnej współpracy między kierownikiem a podwładnymi.

Większość pielęgniarek na stanowiskach kierowniczych nie posiada przygotowania menedżerskiego. Edukacja w szkołach medycznych skierowana jest głównie na rozpoznawaniu potrzeb chorego, a nie

na umiejętności kierownicze. Dlatego też bardzo istotną rolę w pracy pielęgniarek oddziałowych odgrywa przygotowanie się do roli kierownika. Jest ona bowiem zobowiązana do przekazywania koncepcji organizacyjnych i zawodowych członkom kadry. Sama zatem powinna uczyć się:

- w jaki sposób zarządzać oddziałem,
- jak postępować z pacjentami,
- jak postępować ze współpracownikami i innymi grupami zawodowymi,
- oddziaływać w sposób stymulujący na kadrę,
- tworzyć perspektywy rozwoju personalnego.

W otaczającej rzeczywistości, pełnej zmian, reorganizacji i przeobrażeń od współczesnej pielęgniarki oddziałowej oczekuje się zdolności menedżerskich. Polegają one głównie na spełnianiu następujących funkcji:

- przewidywaniu czyli planowaniu pracy,
- organizowaniu czyli przygotowanie do działania,
- koordynowaniu wykonania zadań,
- kontrolowaniu.

Pielęgniarka menadżer powinna umieć zarządzać ludźmi oraz całym wyposażeniem danego oddziału. Wskazane jest, aby pielęgniarka oddziałowa charakteryzowała się fantazją twórczą, spostrzegawczością i sprawiedliwością. Powinna cieszyć się autorytetem osobistym i przejawiać takt w postępowaniu. Powinna mieć umiejętność rozwiązywania sytuacji konfliktowych, występujących w kontaktach z innymi ludźmi. Pozytywną cechą pielęgniarki – menadżera jest inicjatywa, odwaga, przyjęcie odpowiedzialności za podejmowane decyzje oraz tworzenie właściwej atmosfery pracy.

Wyróżnikiem sprawiedliwego traktowania podwładnych jest respektowanie ich godności, co powoduje że pracownik identyfikuje się z firmą, wiąże z nią życie. Pragnie sukcesów firmy ponieważ one pozwalają mu osiągnąć cele własne. Sposób w jaki postępuje i zasady jakimi kieruje się menadżer stanowią przedmiot oceny pracowników i często są wskazówką w wyborze ich dalszego postępowania. To jak się wynagradza, karze, motywuje czy inspiruje pracowników, ma istotne znaczenie w ich przyszłym zachowaniu i spostrzeganiu siebie poprzez pryzmat firmy, w której pracują.

Elżbieta Piekara



Anna Goryanowicz

Pracę w Śląskim Centrum Chorób Serca (dawniej WOK-u) rozpoczęłam 1.09.84 roku. Pracownia Rtg została uruchomiona 7.02.85 roku i wtedy to przystąpiliśmy do wykonywania zdjęć Rtg w nowej pracowni.

Początkowo robiliśmy zdjęcia rtg pacjentom aparatem stacjonarnym, potem rozszerzyliśmy wykonywanie zdjęć rtg pacjentom na salach chorych. Po otwarciu Oddziału Pooperacyjnego ilość tych zdjęć znacznie wzrosła.

W czerwcu 2001 roku wprowadziliśmy się do nowoutworzonej pracowni, wyposażonej w nową aparaturę do wykonywania i obróbki zdjęć.

Specyfika naszego Centrum wymaga od nas głównie wykonywanie zdjęć klatek piersiowych (95%), ale możliwości są o wiele większe. Możemy wykonywać wszystkie możliwe w rentgenodiagnostyce zdjęcia, oprócz zdjęć stomatologicznych. Miesięcznie w pracowni wykonujemy około 1400 zdjęć.

Barbara Nóżkiewicz

Moja praca

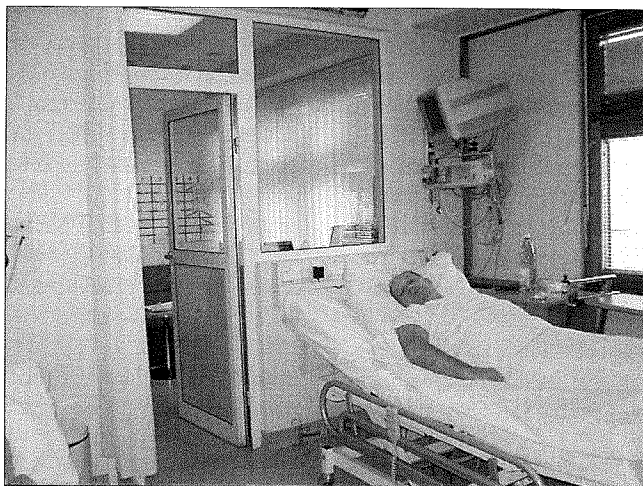


W S.C.CH.S. pracuję od 1984 r. Ośrodek w tamtym czasie był w trakcie remontu i przystosowywania pomieszczeń do wymogów oddziałów kardiologicznych i kardiologii (niezorientowanym wyjaśniam, że pierwotnie miał to być szpital psychiatryczny).

Pamiętam pierwsze spotkanie z prof. Z.Religą, kierownikiem kardiologii. Przyjął nas ciepło, ale stanowczo przedstawił swe wymagania i zadania jakie stoją przed nami. Przedstawił również swój zespół, który przyjechał z profesorem z Warszawy by pomóc nam w rozruchu oddziału k-ch. Do pierwszego powstającego ośrodka na Śląsku pielęgniarki przyjeżdżały z całej Polski. Kiedy trwały prace remontowe my zawodu nauczyliśmy się w innych szpitalach Zabrze.

Po zakończeniu remontu nadszedł czas porządków, a personelu pomocniczego w owym czasie było jak na lekarstwo, więc większość prac porządkowych wykonywały pielęgniarki. Z niecierpliwością oczekiwaliśmy na pierwsze zabiegi, więc wynoszenie gruzu, sprzątanie, froterowanie, mycie okien itp. nie załamywały nas. Miło było usłyszeć słowa uznania i podziękowania z ust profesora Z. Religi.

Kierownictwo nad nami przejęła mgr T. Piątek. Stanowcza, wymagająca osoba, świeżo po studiach pielęgniarskich. Miała ciężki orzech do zgryzienia, gdyż do pracy przyjechały pielęgniarki z całej Polski, szkolone w różnych ośrodkach. Nam też nie było łatwo – nie rozumialiśmy śląskiej gwary. Koleżanki często miały ubaw po pachy z naszych popełnianych gaf. Praca w tym ośrodku zjednoczyła nas w jedną wielką rodzinę, pracowaliśmy ponad normę: jako pielęgniarki i jako salowe. W 25 łóżkowym oddziale pracowało 5-6 pielęgniarek



na jednym dyżurze. Każda w trakcie dyżuru miała przypisaną funkcję; lotna, opatrunkowa, lekowa, zabiegowa, odcinkowa. W tym czasie było 2 do 3 zabiegów dziennie.

Pacjenci po zabiegu pozostawali do około 3 doby na POP1, na oddziale kardiologii przebywali do 14-tej doby. Transplantacje przeprowadzane w tym czasie były wielkim sukcesem, ale dla zespołu były związane z wielkim reżimem sanitarnym. Pacjent po transplantacji od zerowej doby

był izolowany. Oddzielna pielęgniarka zajmowała się tym i tylko tym jednym pacjentem. Obowiązkowo pracowało się w sterylnych fartuchach, maseczce, sterylnych rękawiczkach. Naczynia, sztućce, kieliszki lekowe, pościel, wszystko wysterylizowane. Kiedy pacjent mógł wyjść na spacer po korytarzu również był ubierany w fartuch, maseczkę. Z obawy przed infekcją ograniczało się kontakt z innymi pacjentami, personelem, rodziną.

Czas pobytu wszystkich pacjentów w oddziale był bardzo długi. Zналиśmy ich problemy, troski, kłopoty. Często uważali nas za najważniejsze osoby w swoim życiu. Ale jak to w życiu bywa powoli personel się wykruszał, pozostała tylko garstka ludzi, która pamięta początki powstania tej kliniki. Gdy powstały Kasy Chorych i budżet jest uzależniony od zawartych kontraktów, zmienił się również całkowicie całokształt pracy.

Przelotowość pacjentów jest tak duża, że nie ma czasu na bliższą rozmowę z pacjentem, która czasem jest lekiem na niejedną chorobę. Mimo natłoku pracy staramy się jednak stworzyć atmosferę bezpieczeństwa, aby pacjenci wypisywani po zabiegach byli zadowoleni z pielęgniarskiej opieki.

Barbara Nóżkiewicz



Ewa Wilczewska

Po ukończeniu szkoły rozpoczęłam pracę w Instytucie Kardiologii w Warszawie, gdzie miałam przyjemność pracować z profesorem Zbigniewem Religą. Z chwilą objęcia przez pana profesora stanowiska kierownika Kliniki Kardiologii w Zabrze przyjechałam wraz z grupą osób na Śląsk gdzie otrzymałam stanowisko pielęgniarki oddziałowej oddziału kooperacyjnego. Był to rok 1984.

Na przestrzeni ostatnich 15 lat w medycynie w tym także w pielęgniarstwie dokonał się olbrzymi postęp. Zmianom uległy warunki pracy, wymagania i oczekiwania wobec personelu pielęgniarstwa, nastąpił ogromny wzrost liczby zadań.

Obecnie jestem w trakcie specjalizacji z zakresu organizacji i zarządzania. Ukończenie specjalizacji pomoże mi w wykonywaniu swoich obowiązków zawodowych jako pielęgniarki oddziałowej. Kieruję dużym zespołem pielęgniarskim, a na pewno nie jest to prostą sprawą.



Magdalena Lukoszczuk

Podjęłam pracę, wtedy jeszcze w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii, z myślą, że zostanę tu rok może dwa, a zrobiło się....

Początkowo pacjenci pochodzili ze Śląska, potem w miarę wzrostu prestiżu Ośrodka, z całej Polski, a nawet z zagranicy. Większą szansę, możliwość rozwoju i stabilizację białego personelu zapewniła ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z 1996 roku. Przelotowym momentem w moim życiu było

objęcie przeze mnie w 1999 roku stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. Początkowo pełniłam czasowo obowiązki pielęgniarki oddziałowej, a w październiku tego roku po przeprowadzonym konkursie, otrzymałam nominację na to stanowisko.

Coraz większą wagę przywiązuje się do indywidualnego podejścia do pacjenta, który jest ostatecznym arbitrem oceniającym jakość świadczonych przez nas usług pielęgniarskich.

Mgr Elżbieta Gałązka-Herczakowska

BADANIA LABORATORYJNE



W ciągu ostatnich 30 lat obok innych specjalności klinicznych rozwinęła się nadszpiewanie szybko medycyna laboratoryjna.

Jest to konsekwencja burzliwego rozwoju techniki, który doprowadził do wysokiego stopnia mechanizacji i w następstwie do znacznego polepszenia jakości i zwiększenia czułości metod, a także równoczesnego udostępnienia nowych metod i strategii badawczych.

Nasze Laboratorium spełnia wszelkie wymogi nowoczesnego laboratorium medycznego. Najnowszej generacji automatyczne analizatory biochemiczne, hematologiczne, koagulologiczne czy immunologiczne oraz nowoczesny sprzęt laboratoryjny dają możliwość otrzymania w krótkim czasie pełnego zakresu analiz medycznych.

Czternastoosobowy zespół pracuje nieustannie, przez całą dobę, obsługując skomplikowaną aparaturę diagnostyczną. Wykonujemy rocznie ponad 400 tysięcy badań laboratoryjnych.

Badania zlecane do laboratorium mogą dotyczyć pojedynczej analizy, profilu badań kontrolnych, bądź też profili narządowych.

Stosowanie profili badań ma swoje uzasadnienie zarówno w organizacji pracy laboratorium, jak również ułatwia interpretację uzyskanych wyników.

Przedstawię powszechnie stosowane profile narządowe

badań:

morfologia krwi obwodowej - składa się z badań: hemoglobiny, ilości erytrocytów, leukocytów, płytek krwi oraz wskaźników wyliczanych

profil nerkowy- sód, potas, kreatynina, mocznik

profil wątrobowy - transaminazy: alaninowa i asparaginowa GGTP, fosfataza alkaliczna, bilirubina, albumina, zawartość protrombiny

profil sercowy - kinaza kreatynowa i jej izoenzym CKMB, troponina I lub T, potas, transaminazy: asparaginowa i alaninowa, dehydrogenaza mleczanowa

profil lipidowy - cholesterol całkowity, HDL cholesterol, LDL cholesterol, trójglicerydy

profil kostny - białko całkowite, albumina, wapń, fosfor, fosfataza alkaliczna

profil kontrolny- sód, potas, mocznik, kreatynina, bilirubina, transaminazy: asparaginowa i alaninowa, kinaza kreatynowa, fosfataza alkaliczna, GGTP, albumina, białko całkowite, kwas moczowy, wapń.

Dobór analiz w profilach może różnić się pomiędzy laboratoriami, w zależności od możliwości technologicznych, przyzwyczajęń klinicystów itp.

W następnych numerach opowiem o jednostkach wyrażania wyniku i jakie to ma znaczenie w jego interpretacji. Omówię ważniejsze parametry krwi i ich zakresy prawidłowe.

Elżbieta Gałązka-Herczakowska



Mgr Barbara Lipina

Organizacja krwiolecznictwa

Organizacja krwiolecznictwa w szpitalu zapewnia niezwłoczne, całodobowe zaopatrzenie oddziałów w krew i preparaty krwiopochodne oraz badania z zakresu serologii transfuzjologicznej - warunkujące bezpieczne krwiolecznictwo.

Prawidłowe funkcjonowanie Banku Krwi i Pracowni Serologii Transfuzjologicznej wymaga stałej i ciągłej gotowości do pracy dobrze przeszkolonych i doświadczonych osób.

Krew uzyskana od honorowych dawców jest cennym lekiem ratującym życie i powinna być wykorzystana w sposób najbardziej odpowiedni i efektywny. Stąd nadrzędnym zadaniem Pracowni Serologii jest spowodowanie, aby każdemu, wymagającemu transfuzji pacjentowi dobrać preparat taki, by był dla niego w maksymalnym stopniu bezpieczny nie tylko pod względem bakterio- i wirusologicznym lecz także immunologicznym.

Bezpieczną, stosowaną w naszym szpitalu metodą leczenia krwią jest autotransfuzja, która pozwala na uniknięcie wszelkiego ryzyka związanego z alloimmunizacją, przeniesieniem chorób wirusowych i wystąpieniem innych powikłań u pacjentów. I tak, przy ścisłej współpracy z konsultującym przed operacją lekarzem, chory ma możliwość zapewnienia sobie maksymalnego bezpieczeństwa w tym zakresie.

Zgodnie z zasadami współczesnego krwiolecznictwa, po-

święcamy wiele uwagi transfuzjologii noworodków i pacjentom po transplantacji narządowej. Wszystkie preparaty krwi, dla tych chorych, są poddane specjalnej filtracji antyleukocytarnej, co zmniejsza ryzyko alloimmunizacji antygenami HLA oraz poprzetoczeniowego zakażenia wirusem CMV.

Istnieje wiele powodów tłumaczących konieczność starannej kontroli codziennej praktyki leczenia krwią, zaś bezustannie pogłębiana w tym zakresie wiedza daje duży wybór możliwości terapeutycznych.

Barbara Lipina

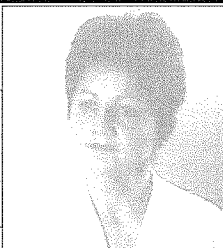


Marzena Bałdys

Rozpoczęłam pracę 01.09.1984 roku. Była i jest to pierwsza moja praca. Zaczynałam w Oddziale Reanimacji, później w Oddziale Obserwacyjnym, a już od 12 lat w Oddziale Kardiochirurgii.

Uważam, że aby być dobrą pielęgniarką, trzeba na pewno kochać ludzi i chcieć im pomóc, Tego nie da się nauczyć, to trzeba mieć w sobie. Trzeba być wrażliwym na ból, cierpienie i ludzką krzywdę. Gdy posiada się te cechy to reszta przychodzi o wiele łatwiej. Można nauczyć się współpracować z lekarzem. Można nauczyć się umiejętnie planować swoją pracę i posiadać inne umiejętności związane z wykonywaniem zawodu. Ale na pewno do wszystkiego co się robi trzeba włożyć "serce", bo robi się to dla dobra drugiego człowieka.

Rozmowa z Iwoną Sosnowską



Pracujesz w Śl. C. od początku działalności. Co się w tym czasie zmieniło w pracy pielęgniarki ?

Pracuję jako pielęgniarka w Śląskim Centrum od 1984 roku.. Mam więc możliwość podzielenia się refleksjami na temat zmian dotyczących naszej pracy. Mam odczucie ciągłego rozwoju i dynamicznych zmian - szczególnie w ostatnim okresie . Ten czas mojej pracy postrzegam jako dynamiczny proces rozwoju , który prowadzi do jednego celu - świadczenia usług medycznych na europejskim poziomie.

Ja i moje koleżanki zawsze starałyśmy się rozwijać zawodo-wo - doksztalać ,podnosić kwalifikacje, a co za tym idzie podnosić standard naszej opieki nad pacjentami.

Reprezentujesz nasze środowisko w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych. Czy jesteś zadowolona z pełnienia tej funkcji ?

Obecnie dobiega końca moja 3 kadencja jako delegata OIPIP w Katowicach w Śląskim Centrum Chorób Serca. Jak nadmieniałam zostałam obdarzona ogromnym kredytem zaufania przez moje koleżanki. Fakt, że już po raz 3 reprezentuję

nasze środowisko sprawia mi wielką satysfakcję, ponieważ utwierdza mnie w przekonaniu, iż podejmowane działania, oraz kierunki rozwoju pielęgniarstwa obrane przez OIPIP znajdują uznanie wśród moich koleżanek. W tym miejscu chciałam serdecznie podziękować wszystkim tym, którzy wierzyli i wierzą nadal, że moja skromna osoba godnie reprezentuje nasze środowisko pielęgniarckie.

Czy funkcja delegata jest jedyną, jaką pełnisz społecznie ?

Nie - w trwającej kadencji delegata OIPIP jestem również członkiem Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.

.Praca pielęgniarki jest zawodem odpowiedzialnym. O randze odpowiedzialności stanowią akty prawne dotyczące naszego zawodu. Znajomość ich jest podstawowym obowiązkiem i powinnością każdej z nas. Tu chciałam dać wyraz szczególnej troski o naszą świadomość prawną dotyczącą unormowań zawodowych, bo to one wyznaczają zakres naszych obowiązków i określają przekroczenia naszych uprawnień zawodowych, zaniechań, uchybień, zaniedbań itd.

Wykorzystanie doświadczenia zawodowego, znajomość prawa korporacyjnego, odpowiedzialność, rzetelność, sumienność, życzliwość -wszystko to w pracy na rzecz pacjenta na pewno przyniesie każdej z nas satysfakcję z wykonywanego zawodu.

rozmawiała Grażyna Szymura

Ogólnopolska Konferencja Naukowa Partnerstwo w procesie leczenia i pielęgnowania

W dniu 21-22.10.2002 roku z inicjatywy Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani mgr Marii Brzezińskiej, odbyła się kolejna konferencja lekarsko - pielęgniarska, której program obejmował trzy sesje:

- I. Partnerstwo i współczesna transplantologia nadzieją dla chorych.
- II. Zagadnienia transplantacji wątroby.
- III. Rola zespołu terapeutycznego w przygotowaniu pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do życia w społeczeństwie.

W I sesji prelegentami byli przedstawiciele Śl.C.Ch.S :

1. Profesor Janusz Skalski - przedstawił historię polskich pionierów badań serca,
2. Profesor Marian Zembala - omówił rozwój transplantacji serca w Polsce i w Śląskim Centrum
3. Mgr Alicja Michalak - przedstawiła psychologiczne problemy pacjentów w okresie oczekiwania na transplantację serca
4. Krzysztof Tkocz - omówił znaczenie udziału pielęgniarki w pobraniu wielonarządowym.
5. Longina Nocoń - przedstawiła zagadnienie udziału pielęgniarki anestezyjologicznej w przyjęciu biorcy na blok operacyjny.
6. Halina Pisarska - omówiła problemy pielęgnacyjne we wczesnym okresie pooperacyjnym pacjenta po transplantacji serca.
7. Dr Michał Zakliczyński - omówił zagadnienia opieki nad pacjentami po przeszczepieniu serca.
8. Iwona Trzecińska - przedstawiła temat opieki ambulatoryjnej u chorych po przeszczepie serca.
9. Dr Beata Chodór - poruszyła. zagadnienie przeszczepów serca u dzieci
10. Barbara Chrościciel i Wanda Ogaza - omówiły rolę zespołu terapeutycznego w opiece nad dzieckiem po transplantacji serca.

G. Sz.



Wykład pani mgr Alicji Michalak

zdjęcie G.Szymura

Warsztaty psychologiczne dla osób po transplantacji serca

Głos pielęgniarki

Dostałam zaproszenie na warsztaty psy-



chologiczne z pacjentami po przeszczepie i ich rodzinami, które odbyły się w Nowym Targu w dniach 21-23 listopada. Postanowiłam pojechać. Zastanawiałam się jednak czy będą chcieli rozmawiać o swoich problemach, czy zdążają się „otworzyć”. W polskim społeczeństwie nadal nie jest popularna terapia z psychologiem, a niektórzy nawet uważają to za wstyd i kategorycznie odmawiają terapii.

21 listopada spakowałam więc apteczkę pierwszej pomocy, usadowiłam wszystkich w autokarze i wyruszyliśmy do Nowego Targu. Na miejscu czekała na nas niespodzianka. O godzinie osiemnastej pojechaliśmy na wspianą kolację do Karczmy Góralskiej, gdzie przygrywała kapela. Kolacja i miły klimat, rozmowy na różne tematy przybliżyły wszystkich do siebie oraz ośmieliły. Wracaliśmy na nocleg pogodni i uśmiechnięci.

W sobotę o godzinie dziewiętej stawiliśmy się wszyscy na wykład inauguracyjny który został wysłuchany z uwagą. Po wykładzie Pani mgr Alicja Michalak zaprosiła wszystkich do dyskusji. Nastąpiła chwila ciszy. No tak – pomyślałam – nic z tego nie będzie, trzeba będzie wyciągać z nich wszystko siłą. Na szczęście ciszę przerwał jeden odważny i opowiedział o swoim problemie. Z przerażeniem usłyszałam na sali szmer. Po chwili ktoś nieśmiało zaproponował rozmowy w mniejszych grupach, aby zmniejszyć zakłopotanie. Nie wytrzymałam.

Zabrałam głos i powiedziałam, że nie rozumiem ich zachowania i moim zdaniem dziecinnej reakcji. Przecież wszyscy mają podobne problemy, a nie jednokrotnie takie same. Nie widzę więc powodu do wstydu w rozmowie o swoich problemach - jakie by one nie były, czy dotyczą zdrowia, pieniędzy, pracy czy też potrzeb seksualnych.

Myśle, że ich to ośmieliło, bo po mojej wypowiedzi dyskusja potoczyła się żywiołowo. Właściwie każdy powiedział co go gryzie. To było to. Okazało się, że wszyscy mają podobne problemy i wątpliwości. Gdyby nie pora obiadowa i potrzeby fizjologiczne dyskusja toczyłaby się do godzin wieczornych.

Po obiedzie odbyły się spotkania pacjentów z psychologiem w mniejszych grupach, w których nie uczestniczyłam, ale bacznie obserwowałam wychodzących. Byli zadowoleni i uśmiechnięci. Dyskusje przeniesiono na korytarz i do pokoi noclegowych. Po zajęciach i kolacji zorganizowano wieczorek integracyjny i wiercie mi nikt nie siedział drętwo, wszyscy się uśmiechali, rozmawiali a nawet tańczyli. Tego wieczoru żyli tak jak żyć powinni – życzliwie i z uśmiechem na twarzy.

Niedziela była dniem wyjazdu, ale nie dano nam odpocząć. Po mszy świętej pojechaliśmy na wycieczkę do Ludźmierza i Zakopanego. O godzinie 14³⁰ wyruszyliśmy w drogę powrotną do domu i wiercie mi, nikt nie wyjeżdżał niezadowolony. Najczęstszym pytaniem było: kiedy następne warsztaty? Zachęcam pacjentów do czynnego uczestnictwa w takich warsztatach, a organizatorów proszę o następne. Znamie to stare powiedzenie: „jak ześ mnie Panie Boże stworzył, takim mnie masz”? Mam wielką wiarę w to, że usłyszę 250 osobowe głośnie NIE !!!

Piel. Iwona Trzcicka



Wykład inauguracyjny

zdjęcie I. Trzcicka

Głos pacjenta

Warsztaty psychologiczne zorganizowane w Nowym Targu pokazały nam, jak poprzez kierowanie własnymi myślami można sobie radzić ze stresem. Dowiedzieliśmy się, jak można sobie radzić w sytuacjach trudnych.

Warsztaty, w czasie których nawiązałem kontakty z innymi osobami po transplantacji, uświadomiły mi, że z przeszczepionym sercem można żyć normalnie, albo prawie normalnie.

Bardzo podobała mi się atmosfera panująca w czasie zajęć, kiedy każdy mógł powiedzieć, z czym sobie nie radzi i jakie ma trudności. Spotykało się to ze zrozumieniem pozostałych. Jest to bardzo cenne, bo nawet nasi najbliżsi nie zawsze są w stanie nas zrozumieć i często nie mamy z kim porozmawiać o problemach które nas dręczą.

Uważam, że wszyscy ludzie po transplantacji powinni korzystać z takich warsztatów – zarówno wtedy, gdy nie radzą sobie z normalnym życiem, jak też po to, aby spędzić czas z osobami żyjącymi w takich samych warunkach i spotykającymi się z identycznymi trudnościami w życiu codziennym.

Marcin Wierciński



Uczestnicy warsztatów w czasie wycieczki przy sanktuarium w Ludźmierzu

Głos organizatora

Pierwszą próbę organizacji warsztatów psychologicznych podjęliśmy w roku 2000. Zdawaliśmy sobie sprawę z faktu, że właściwie prowadzone zajęcia z psychologiem są potrzebne, ale ograniczały nas możliwości finansowe. Zgłosiliśmy więc projekty organizacji cyklicznych warsztatów psychologicznych – w ramach programu Partner – do Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych. Niestety do dnia dzisiejszego nie otrzymaliśmy z Warszawy żadnej odpowiedzi (nawet i tej odmownej). Na telefoniczne zapytania otrzymywaliśmy wyjaśnienia na poziomie przedszkolnym. W końcu przestaliśmy monitować i tak sprawę warsztatów musieliśmy odłożyć na późniejszy termin.

Do tego tematu wróciliśmy pod koniec 2001 roku, w trakcie rozmowy z psychologiem zatrudnionym w Śląskim Centrum – panią Alicją Michalak, która bez namysłu zgodziła się na udział w przedsięwzięciu i zobowiązała się do przygotowania i realizacji projektu od strony merytorycznej (psychologicznej). Stronę organizacyjną wzięliśmy na siebie. Zrobiliśmy poważny krok naprzód, ale brakowało ciągle najważniejszego elementu – pieniędzy. Wiadomo, że osoby po transplantacji serca w 80 procentach żyją bardzo skromnie i nie stać ich na wydatek związany z dwudniowym pobytem poza domem. Z brakiem pieniędzy borykają się teraz wszystkie organizacje pozarządowe – Stowarzyszenie Transplantacji Serca również. A więc ponownie odłożyliśmy temat na później

W drugiej połowie roku – po okresie wakacyjnym udało się nam na koncie zgromadzić kwotę, która dawała nadzieję.... I w tym momencie, nawiązaliśmy kontakt z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Krakowie, który ma w Nowym Targu niewielki, ale dobrze wyposażony ośrodek szkoleniowy. Oferta okazała się znakomita – świetne warunki hotelowe, wyposażone sale wykładowe, blisko tania stolówka i w sumie niewygórowana cena. W dodatku wolne miejsca w weekendy, a więc wtedy, kiedy my możemy planować imprezy.

Zdecydowaliśmy się. Zaprosiliśmy do udziału dwie grupy członków STS po transplantacji – starszych (stażem po zabiegu), uczestniczących w większości organizowanych przez STS i tych, którzy przeszli zabieg niedawno i jeszcze nie mieli bliższych kontaktów z naszym środowiskiem.

W piątek i niedzielę realizowaliśmy program integracyjno-rekreacyjny. Natomiast sobota była w całości poświęcona na zajęcia psychologiczne – zgodnie z programem, które przygotowały dwie panie psycholog – pani Michalak i pani Bąk-Sosnowska. To były pierwsze takie zajęcia i z niepokojem czekaliśmy na to, jaki będzie ich odbiór przez uczestników. Rezultaty okazały się niezwykle korzystne. Z przeprowadzonej na koniec anonimowej ankiety wynika, że ocena uczestników na temat celowości i przydatności zajęć była bardzo pozytywna.

Na pytania ankiety odpowiadało 21 osób.

I tak na pytanie:

1. czy „zajęcia były ciekawe” pozytywnie odpowiedziało 20 osób
2. Czy „były przydatne” (czy przyniosły korzyść uczestnikom) pozytywnie odpowiedziało – 20 osób,
3. Czy poruszania „tematyka była”
trudna odpowiedziało 12 osób
łatwa 8 osób
4. Czy sposób prowadzenia zajęć był przystępny –
tak dla 21 osób
5. Czy w przyszłości należy organizować warsztaty
tak – 20 osób

Jak widać z odpowiedzi ocena warsztatów była wręcz entuzjastyczna. Wniosek jest prosty – musimy rozważyć organizację kolejnych zajęć warsztatowych.

Tadeusz Bujak

Głos psychologa

Celem spotkania o charakterze szkoleniowo-warsztatowym było rozważenie psychologicznych czynników sprzyjających zdrowiu. Zajęcia warsztatowe odbywały się w formie krótkich prelekcji, wspólnych dyskusji oraz aktywnej wymiany własnych doświadczeń. Podczas zajęć osoby po transplantacji serca miały okazję poznać i osobiście doświadczyć sposobów i technik wywierania korzystnego wpływu na swoje zdrowie i życie. Rozmawialiśmy o możliwościach rozwoju i udoskonalania własnego potencjału.

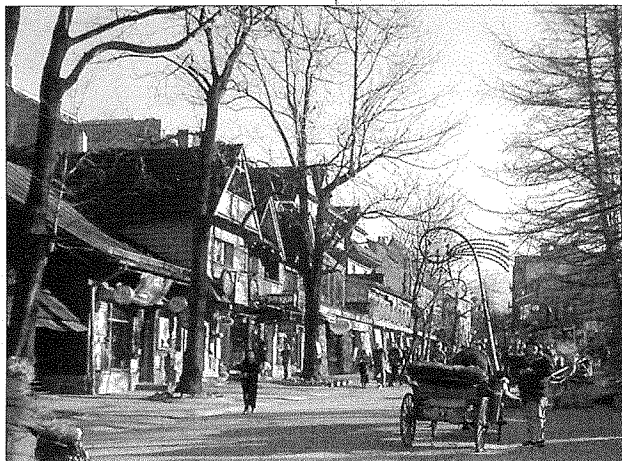
“Warsztaty psychologiczne były dla większości uczestników zupełnie nową formą terapii, z którą nigdy wcześniej nie zetknęli się. Spowodowało to obok naturalnego zaciekawienia również lekki niepokój i obawy o ich przebieg. W trakcie okazało się jednak, że poruszane problemy były na tyle istotne i zbliżające do siebie wszystkich obecnych, że zarówno zaangażowanie w dyskusję, jak i w proponowane zajęcia było bardzo duże. Służyło to realizacji celu warsztatu.

Mamy nadzieję, że warsztaty stały się dla osób po przeszczepie serca inspiracją do odkrywania wciąż nowych obszarów Światła roztaczanych przez Iskierkę, co rozbiła w ciemności.”- wspomina współprowadząca zajęcia mgr Monika Bąk – Sosnowska, .

Transplantacja serca jest punktem zwrotnym w życiu zarówno chorego jak i jego rodziny. Niewątpliwie to sytuacja trudna i wzbudzająca wiele napięcia psychicznego. Istotne jednak aby napięcie to przerodziło się w mobilizację poszukiwania najlepszych rozwiązań.

Już dziś pragnę również gorąco zachęcić do udziału w kolejnych warsztatach wszystkie osoby po transplantacji serca oraz wszystkich tych, którzy zarówno przed operacją, jak i po niej umożliwiają, prowadzą i wspierają przebieg leczenia swą wiedzą, umiejętnościami i siłą własnego ducha.

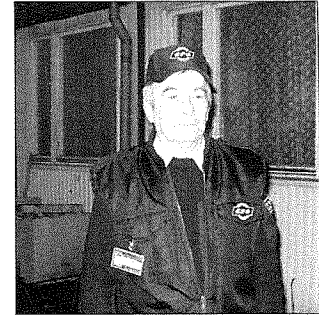
Alicja Michalak



Zaplecze techniczno-usługowe

Szpital – to przede wszystkim część medyczna: sale chorych, gabinety lekarskie, sale operacyjne, laboratoria, gabinety zabiegowe, pracownie itd. I personel medyczny opiekujący się chorymi i wykonujący zabiegi przywracające zdrowie.

Ale cała ta machina nie mogła by tak sprawnie działać bez zaplecza techniczno-usługowego, sprawnie usuwającego wszystkie awarie, czy usterki ; zapewniającego szybki transport wewnętrzny czy dostawę leków, materiałów i urządzeń we właściwym czasie na właściwe miejsce; a także przygotowującego prace modernizacyjne dzięki którym warunki pobytu pacjentów w Śląskim Centrum osiągnęły standard europejski.



Ludzie z obsługi

W naszym szpitalu dział administracyjno-techniczny to około czterdzieści osób skupionych w kilku sekcjach : recepcjoniści, portierzy, pracownicy gospodarczy, tleniarze, kierowcy melexa, konserwatorzy, elektrycy, malarze, pracownicy biurowi, a nawet pani ze szwalni i telefonistka.

Ci pracownicy dbają o całą stronę techniczną szpitala. Gdy tylko dzieje się coś, co wymaga interwencji mechanika czy elektryka wzywani są ludzie z obsługi, którzy dokładają wszelkich starań, aby pomóc- naprawić. Nawet gdy nas nie widać – my czujemy i sprawnie działamy. Bo przecież zatłkane zlewy, wybite szyby czy inne usterki nie naprawiają się same.

Staramy się nie rzucać w oczy – chcemy, aby widać było tylko efekty naszej pracy. Taka „niewidzialna ręka”. Oczywiście nie zawsze jest to możliwe.

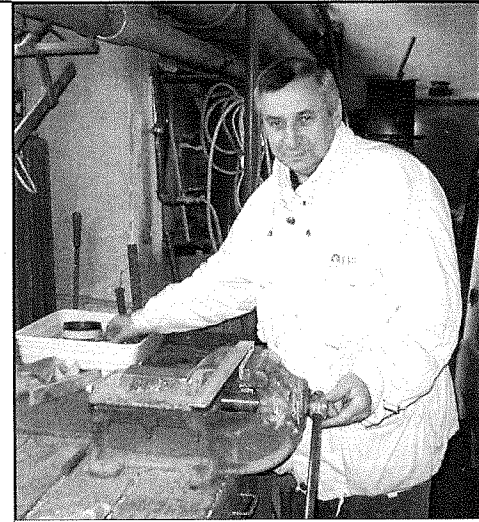
Nasz szpital się zmienia. Widzi się to gdy się patrzy na budynek, pomalowane korytarze, sale chorych z łazienkami itp.

Nasz dział ma też w tym swój udział. Jesteśmy odpowiedzialni za przygotowania organizacyjne remontu i dozór nad przebiegiem robót. A szereg drobniejszych prac wykonywaliśmy własnymi siłami .

Wielką jest nasza radość, gdy efekt końcowy wygląda tak, jak oddane po remoncie oddziały kardiologiczne. Ciepłe, przyjemne kolory, podkreślone dobrym oświetleniem, sprawiają przytulną atmosferę. Wierzymy, że ma to wpływ na kondycję psychiczną naszych pacjentów i pośrednio wspomaga leczenie.

Od nowego roku zaczynamy dalszą pracę, bo jeszcze wiele pozostało do zrobienia. Są przecież odcinki, które nie zostały jeszcze zmodernizowane i których stan nie odpowiada dzisiejszym wymogom.

Grzegorz Chwojncki



Stanisław Księżyk – tleniarz



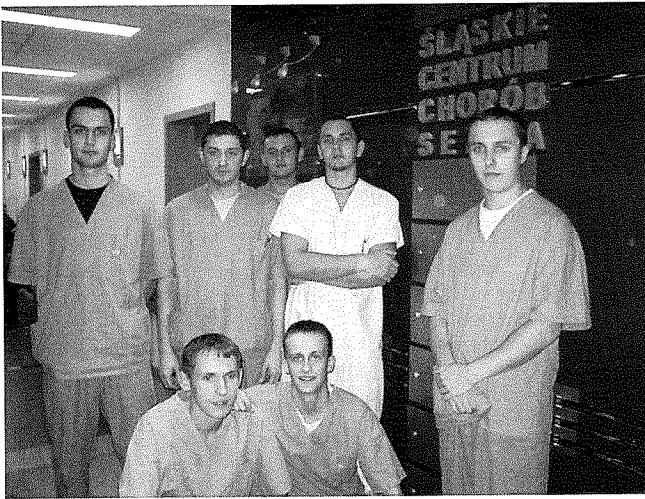
Waldemar Lont – kierowca Melexa



(od lewej) Jerzy Łasica , Mariusz Morgała, Damian Smełek, Stanisław Księżyk, Adrian Drazyk , Eugeniusz Zukier



Bartłomiej Stopyra – recepcjonista



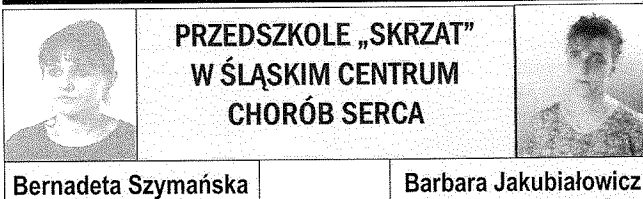
Zdjęcie Grażyna Szymura

Transport wewnętrzny

Pielęgniarki oddziałowe mają do dyspozycji pracowników zajmujących się transportem wewnętrznym i wykonujących takie zadania jak: odbiór artykułów z magazynu i apteki, transport materiałów do badań laboratoryjnych i odbiór wyników, transport posiłków, czy też pomoc w przewozie pacjentów do innych szpitali. Wykonują oni czynności proste, ale pochłaniające bardzo dużo czasu. W tej grupie pracowników są:

- * Mariusz Cichoracki – Blok Operacyjny,
- * Rafał Księżyk - oddz. Obserwacyjny,
- * Adam Nikodemski - oddz. Kardiologii II,
- * Mariusz Osipiak - oddz. Kardiochirurgii,
- * Adam Słowiński - oddz. Kardiologii Dziecięcej,
- * Piotr Spisak - oddz. Obserwacyjny,
- * Marcin Trojak - oddz. Kardiologii

G.Sz.



PRZEDSZKOLE „SKRZAT” W ŚLĄSKIM CENTRUM CHOROBY SERCA

Bernadeta Szymańska

Barbara Jakubiałowicz

Od sierpnia 2002 roku w Klinicznym Oddziale Wrodzonych Wad Serca działa Oddział Przedszkolny.

Oddział ten jest filią przedszkola „Skrzat”, którego dyrektorem jest pani Lidia Domaradzka. Oddział przedszkolny jest czynny w godzinach popołudniowych w godz. 14.00 - 17.00. Nauczycielem prowadzącym jest pani Anna Fafińska -nauczycielka z dużym doświadczeniem.

Celem oddziału przedszkolnego jest przezwyciężanie trudności wynikających z przystosowania się dziecka do warunków szpitalnych a także zdobywanie lub poszerzanie przez dzieci wiadomości, umiejętności i nawyków odpowiednich dla ich wieku.

Czas pobytu dziecka w naszym Szpitalu jest różny, ale staramy się chociaż w niewielkim stopniu zapewnić harmonijny rozwój osobowości dziecka.

Pani Anna Fafińska stara się sterować pracą naszych dzieci poprzez to, że:

- Stwarza wiele sytuacji zabawowych, utrwalających i poznawczych. Jak wiemy podstawową formą aktywności dziecka jest zabawa.
- Rozbudza aktywność dziecka, ułatwia nawiązanie kontaktów z innymi dziećmi i personelem medycznym naszego Szpitala. Nasze dzieci pomimo choroby są aktywne, ciekawe i chętne do rozwiązywania problemów.
- Rozwijają uczucia opiekuńcze w stosunku do młodszych, słabszych, cierpiących.
- Zwraca uwagę na kształtowanie dobrych obyczajów (wzajemne odnoszenie się dzieci do siebie i osób dorosłych, poszanowanie mienia, sprzątanie po sobie w miarę możliwości). Przez cały czas stwarzamy sytuację, aby dzieci poczuły się gospodarzami swego przedszkola tym

bardziej, że wiele dzieci wraca do nas celem kontynuacji leczenia.

- Eliminuje stany stresowe związane z pobytem w szpitalu. Dziecko przychodząc do szpitala zostaje oderwane od środowiska rodzinnego i naszym zadaniem jest chociaż w niewielkim stopniu stworzenie środowiska naturalnego.
- Stara się kierować uwagę dziecka na sprawy radosne, a jednocześnie unika zajęć stresujących, budzących bezradność i zniechęcenie. Dziecko przez to staje się odważne, zaradnie, zaciekawione, uczy się wytrwałości i zaradności.

- Obserwuje i poznaje dzieci co pozwala orientować się w zakresie indywidualnych potrzeb dziecka.

- Dobiera odpowiednie środki dydaktyczne i metodę pracy. Prace i wystawy naszych dzieci ozdabiają świetlicę, korytarze szpitalne. Są to prace wykonywane indywidualnie przez każde dziecko (np. lampki, wazoniki, rysunki).

- Współpracuje z rodziną dziecka w celu kontynuacji zadań w domu. Rodziców i opiekunów dziecka staramy się wspomagać w miarę możliwości wiedzą, doświadczeniem i umiejętnościami.

Dużą radość dają też dzieciom za-

pamiętania, z pomocą pani Ani, wierszyka czy piosenki. Przedszkole „Skrzat”, zapewnia nam niezbędne pomoce - takie, jak: przybory, narzędzia i materiały potrzebne do różnorodnych czynności i zabaw. Harmonijna współpraca nauczyciela naszego oddziału przedszkolnego z personelem medycznym, administracyjno obsługowym i rodziną pozwala na wypełnienie podstawowego zadania jakim jest troska o zdrowie, samopoczucie i bezpieczeństwo hospitalizowanego dziecka.

Jak dotąd opinie samych dzieci, rodziców i opiekunów na temat naszego oddziału przedszkolnego są bardzo przychylne. Zdajemy sobie jednak sprawę z tego, że daleko jest nam do ideału i że mamy jeszcze dużo do zrobienia.

Bernadeta Szymańska
Barbara Jakubiałowicz



W przedszkolu dzieci zapominają o chorobie

zdjęcie G.Szymura

Prof.dr hab. Janusz H.Skalski

Polscy pionierzy badań serca (od średniowiecza do 1939 r)

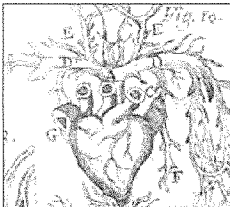


Historię polskich badaczy serca rozpoczyna w czasach średniowiecza Tomasz z Wrocławia, tytułarny biskup Sarepty (1297-1378), wychowanek m.in. Uniwersytetu w Montpellier, pierwszy polski uczonej medyk, który swoją uwagę skierował w kierunku chorób serca. Jeden z rozdziałów jego dzieła *Practica medicina* pt. *De syncopi et debilitate cordis* – dotyczy omdleń i kołatania serca. Pierwsze opisy anatomii śródpiersia, serca (w tym interesujące opisy zastawek), worka osierdziowego i naczyń, należą do Wojciecha Nowopolskiego (1505-1559). Wydany przez niego pierwszy podręcznik anatomii w Polsce (*Fabricatio hominis*) oparty na wiedzy zaczerpniętej z wcześniejszych i współczesnych dzieł medycznych, głównie włoskich, zawiera zbiór informacji nie tylko anatomicznych ale również dotyczących funkcjonowania serca i narządów trzewnych. Stefan Falimierz w wydanym w Krakowie w 1534 *Zielniku*, zamieszcza interesujący, z punktu widzenia historii badań nad sercem i jego funkcją, rozdział - *O pulsie i innych znamionach*.

54 ROZDZIAŁ II. §. III.
tego, o których tu mówić mamy, części są: serce, płuca, i żyły tak białe, iako też nie białe. I tak
1. Serce, życia naszego źródło, pierwszym niby nieustającego macy machiny naszego ruchu, urwotem (mobile) jest: skąd też srednia ta kraina, ożywiający krainy imię zdaie się ze powzięła. Utwór tego, pomiędzy innemi ciała naszego utworami, jest najciężniejszy i najtrwalszy, włóknami, na wszystkie strony ciągnąciami się, popręplątany, i żyłkami, które uwiencząciami zowią, na kształt zasady wieńca, czyli korony okrążająciami go, opasany. Zy-

Rys. 1

Największą bez wątpienia indywidualnością medyczną polskiego Renesansu, lekarzem o europejskiej sławie był Józef Struś – Strusiek (1510-1568). Nauki pobierał na uniwersytecie pedewskim, później obdarzony został zaszczytną funkcją profesora i rektora tegoż uniwersytetu. W 1555 roku wydaje w Bazylei znakomite, oryginalne, powszechnie znane i uznawane w całej Europie dzieło, zawierające najnowsze osiągnięcia z zakresu wiedzy medycznej - *Artis Sphigmicæ seu pulsum doctrine*. Traktat medyczny Strusia uwzględnia m.in. wpływ różnych stanów chorobowych, temperatury i emocji na tętno. Nasz rodak był pionierem klinicznej diagnostyki chorób serca. Zasłynął jako lekarz nadworny władców europejskich.



W 1628 roku, a zatem współcześnie z wydaniem epokowego dzieła Harvey'a, wyjaśniającego zagadnienia krążenia krwi, w Krakowie ma miejsce promocja na stopień lekarza (bakalarka) Gabriela Ochockiego (późniejszego profesora anatomii Uniwersytetu Jagiellońskiego). W rozprawie noszącej tytuł *Questio de motu cordis* autor podaje, że krew żyłami podąża do serca, tętnicami na obwód.

W 1647 Jan Toński z Krakowa - uzyskawszy staranne wykształcenie we Włoszech i innych krajach Europy – starając się o inkorporację do grona profesorskiego Krakowskiej Wszechnicy, w swej rozprawie *De motu sanquinis* podaje tezy Harvey'a (w rękopisie). Z załem należy dodać, że z obawy o karierę, Toński rezygnuje ze swych nowoczesnych acz niepopularnych (przez to ryzykownych dla młodego naukowca), bliskich Harvey'owi tez dotyczących krążenia krwi.

Kolejnym medykiem, który zajmuje się zagadnieniami związanymi z krążeniem krwi i rolą serca w organizmie człowieka jest Jan Adam Kulmus, który w Gdańsku 1718 roku publikuje niewielką rozprawę pt. *De sanguine ejusque circulatione*, później nieco obszerniejszą – *De circulatione sanquinis medicina universali* (1744 r.).

Niezwykle cenny wkład w światowe dziedzictwo badań nad sercem miał wielki śląski uczonej Adam Krystian Tebejusz (1686-1732), urodzony we wsi Sądowel na Dolnym Śląsku, wychowanek i doktor uniwersytetu w Lejdzie, który po uzyskaniu międzynarodowej sławy, wielu zaszczytów i godności uniwersyteckich – osiadł w Jeleniej Górze, gdzie pełnił przez okres 20 lat stanowisko "fizyka miejskiego" (lekarza naczelnego miasta Jelenia Góra). Tebejusz zasłynął jako badacz i znawca naczyń wieńcowych i krążenia wieńcowego. Po raz pierwszy zwrócił uwagę na obecność w prawym przedsionku niewielkiego fałdzika zamykającego wejście do zatoki wieńcowej (dzisiaj nazywamy go "zastawką Tebejusza" = *valvula Tebesii*) oraz drobnych naczyń żylnych w prawym przedsionku (żyły małe Tebejusza = *venae cardiaca minime Tebesii*). Nie opisał się natomiast zjawstwem anatomii serca i naczyń Jędrzej Krupiński (1744-1783), autor wydanego w Lwowie w 1776 podręcznika *Nauka o naczyniach w ciele człowieka się znajdujących (oraz Splanchnologii)*. Treści zawarte w tekstach Krupińskiego świadczą o kiepskiej znajomości anatomii człowieka i dzieł o anatomii traktujących. Odstają wyraźnie od dojrzałej wiedzy me-

dycznej XVIII wieku.

W przeciwieństwie do poprzednika, Ksawery Ryszkowski zawarł niezwykle ciekawe, mądre i przemyślane opisy anatomii człowieka, w tym szczególnie opisy serca, naczyń i fizjologii krążenia w niewielkim dziełku wydanym w Krakowie w 1786 roku, pt. *Stan człowieka zdrowego naturalny*. Znajdujemy w nim, poza zgodnymi z teoriami harvey'owskimi opisami krążenia krwi, także literacko piękne opisy funkcji i znaczenia serca, opisy zastawek wewnątrzsercowych a także naczyń serca. Po raz pierwszy w języku polskim pojawia się m.in. nazewnictwo tych naczyń – "...żyłeczki uwienczące – na kształt zasady wieńca..." [ryc. 1].

W niewielkim ale przystępnym i nowoczesnym napisanym podręczniku anatomii Teodora Weinhardta (*Anatomia to iest Nauka Poznania Części Ciała Ludzkiego*, Kraków, 1786) odnajdujemy opis krążenia płodowego, bodaj pierwszy w polskim języku tak wnikliwy i świadczący o doskonałym rozeznananiu autora w tajnikach fizjologii krążenia [ryc. 2].

Niemal w tym samym czasie, w 1790 roku Ludwik Perzyna (1742-1812) w podręczniku przeznaczonym dla cyrulików, podaje, jak przystało na wytrawnego praktyka, wartościowe, profesjonalne opisy naczyń krwionośnych, tętniaków i podaje rady jakiego leczenia wymagają.

W Krakowie w 1803 roku, Alojzy R. Vetter przybyły z Wiednia, profesor Akademii Krakowskiej, wygłasza referat olicznosciowy (z okazji urodzin władcy, króla Fryderyka II) pt. *O fałdziku półksiężycowatym w lewej sionce serca ludzkiego nowo odkrytym*.

Opis przebiegu klinicznego siniczej wrodzonej wady serca odnaleźć można w wydanym w Warszawie w 1810 roku, podręczniku *Nauka o chorobach dzieci*, którego autorem jest Jakub Szymkiewicz (1775-1818). W książce tej napotyamy, prawdopodobnie pierwszą w polskim piśmiennictwie, wzmiankę o wrodzonej nieprawidłowości serca.

W pośrednim związku z badaniami nad układem krążenia pozostają dzieła wielkiego wileńskiego uczonego, Jędrzeja Śniadeckiego. Nie można niedocenić znaczenia pionierskich publikacji Śniadeckiego odnoszących się do resuscytacji (O przypadkach pozornej śmierci i sposobach przywracania tak obumarłych osób do życia – Wilno 1805) dla rozwoju nie tylko krajowej, ale również światowej wiedzy w zakresie ostrych stanów zagrożenia życia i przywracania funkcji układu krążenia i oddechu. Odbicie nowatorskich osiągnięć Śniadeckiego odnajdujemy także w podręczniku Mikołaja Mianowskiego (Wilno, 1818 – *Nauka sztuki położniczej dla niewiast*) zalecającego sposób wprowadzonej przez Śniadeckiego, resuscytacji u noworodków.

Początek XIX wieku przynosi doniesienia na temat przyczyny, rozpoznawania i leczenia duszniczy bolesnej – jako echa odkryć Heberdena (z 1768 roku) na temat tej choroby. W 1812 roku pojawia się w Wilnie rozprawa Józefa Chrzczonowicza - *De angore pectoris*, 8 lat później w Krakowie Janą Cennera pod tym samym tytułem, a w 1844 Andrzej Janikowski w Warszawie publikuje pracę pt. - *Skostnienie arterij koronnych serca*. Dynamiczny rozwój nowych metod diagnostycznych skutkuje także polskimi wartościowymi publikacjami na ten temat: w Wilnie - Feliksa Rymkiewicza (1824) – *O zastosowaniu stetoscopu*, Jana Oczapowskiego (1824) – *De auscultatione mediata*, w Krakowie (1829) Józefa Lewickiego – *De stetoscopi et plessimetri in diagnosi morborum thoracis usu ...*, Onufrego Dzanotta (1833) -

FIGURA IX.

Serca zasówki wystawia.

Dziewięć serca czyli zasówki, dwójakiego są gatunku. Jedną, które krwi wchodu do serca dozwólają, bronią zaś nazad ię się wrócaniu: drugie, które lubo krwi z serca wchodu nie bronią, wsteczńego jednak bronią. Tę, które krwi wchodu do serca dozwólają, trójkończatemi, czyli trójprotowęciami mianują się, a tę przy wesciu tuż żyły rurawy, w prawy się serca kómórcze mieszczą, i takowych rachuje się troje; dwocie zaś mitralnemi, od podobieństwa iakoby mitry: które się przy wesciu żyły

Rys. 2

De sphygmologia seu doctrina de pulsu, Aleksandra Kremera (1841) – *O zastosowaniu sluchu do rozpoznawania chorób*, zaś Adam Raciborski wydaje 1835 w Paryżu swój doskonały podręcznik osłuchiwania serca.

Prace na temat chorób serca publikują inni lekarze wileńscy – S. Rosołowski (1818) – *De polipi cordis vivente in homine generatione*, M. Homolicki (1818) - *Historia zrosńienia serca z otaczającym go workiem*, Jan F. Riel (1819) – *De cordis dilatatione*, w Krakowie w 1833 - J.A. Klecki - *Hydropum generalis descriptio*, w Poznaniu w 1839 – B. Palicki - *De muscularu cordis structura*.

Ciekawą doktorską pracę, traktującą, wśród innych treści, o wadach wrodzonych serca, ogłasza w Krakowie w 1837 r. Ludwik Przybyłko, pt. *De pravo organorum situ* [ryc. 3]. Głównym tematem pracy jest przepuklina przeponowa u noworodka, ale autor wymienia w niej również anomalie pozycyjne serca i przemieszczenia pni naczyniowych, odwrócenie trzewi, ektopię serca.

Niezaprzeczalny wpływ na rozwój wiedzy o anatomii serca a szczególnie elektrofizjologii, mają prace poznańskiego uczonego Roberta Remaka (1815-

1865), który jako jeden z pierwszych dostrzegł w sercu zwoje układu przewodzącego. Jego badania były cennym uzupełnieniem badań i odkryć J.E. Purkiniego – czeskiego uczonego, profesora Uniwersytetu Wrocławskiego.

W historii polskiej kardiologii dziecięcej warte odnotowania są obserwacje Ferdynanda Dworzaczka (Warszawa) na temat różnic w krążeniu krwi u płodu i człowieka dorosłego oraz w 1844 roku opis sinicznej wady serca ("choroba sina" z przeciekaniem na poziomie przedsionków). Problem choroby wieńcowej poruszają kolejne prace – Józefa Rompalskiego (1850, Dychawica Heberdena...), Juliana Kulskiego (1866), zaś Edward Korczyński, jako jeden z pierwszych w świecie rozpoznaje przyżyciowo zawał serca. Oglasza on w 1887 w Krakowie pracę pt. – Zator tętnicy wieńcowej za życia rozpoznany. Korczyński ponadto pierwszy w Polsce wprowadza nitroglicerynę do praktyki klinicznej. Józef Konstanty Rosé (1826-93) jest autorem podręcznika Diagnostyka fizyczna chorób płuc i serca..., wydanego w 1860 roku oraz kilku innych publikacji na temat chorób serca. W 1874 roku ukazuje się również podręcznik Choroby narządu krążenia krwi Henryka Łuczkiwicza. Nowoczesne metody fizykalnego badania układu krążenia stanowią ważny element kształcenia lekarzy w warszawskiej klinice Tytusa Chałbińskiego (1820-89).

Ludwik Hirschfeld w swoim podręczniku anatomii (Warszawa 1863), w tomie Angiologia, poza perfekcyjnymi opisami anatomii serca i naczyń, podaje szereg informacji na temat wrodzonych nieprawidłowości układu sercowo-naczyniowego (wspólny pień tętniczy, przerwanie łuku aorty, anomalie naczyniowe łuku aorty, nieprawidłowości spływu żylnego systemowego, ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej serca itd.).

Pojawiają się dalsze prace dotyczące wrodzonych anomalii serca. Oskar Widman w 1881 – we Lwowie ogłasza pierwszy polski, doskonały opis zespołu Fallota (7 lat przed – powszechnie znanym jako pierwszy - opisem E. Fallota), a w 1884 wydaje Choroby serca i wielkich pni naczyniowych). Warto nadmienić, że w światowym piśmiennictwie przed Fallotem – można doszukać się wielu opisów podobnej złożonej wady serca. H. Pacanowski w 1883 – jest autorem pierwszego polskiego opisu ubytku w przegrodzie międzykomorowej serca, a O. Hewelke w 1886, drugiego [ryc. 4].

Józef Pawiński w Warszawie opisuje szmer w nadciśnieniu płucnym przy zwężeniu zastawki mitralnej znany jako "szmer Grahama-Steela-(1889)-Pawińskiego(1893)". Ten wielki uczonego europejskiej sławie, zajmował się w sposób szczególny kardiologią, w różnych jej aspektach – interesowała go nie tylko choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, wady serca, ale również historia badań nad sercem. Kardiologia stanowi temat zainteresowań także Władysława Biegańskiego (wydany w Częstochowie w 1896 r. podręcznik – Diagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych omawia m.in. patofizjologię ubytku międzykomorowego), Antoniego Gluzińskiego (1906 - wydaje w Krakowie Choroby Serca i Naczyń Krwionośnych) oraz Teodora Dunina (1866-1920), który zajmował się nadciśnieniem i miażdżycą. W 1899 roku wychodzi w Krakowie podręcznik Wilhelma Picka Terapia Chorób Serca i Naczyń Krwionośnych.

W tym czasie należy odnotować ważne osiągnięcia krakowskiego badacza - Napoleona Cybulskiego, fizjologa, który zasłynął m.in. z wynaleźnia w 1885 fotohemotachometru, w 1895 odkrycia (wraz z Wł. Szymonowiczem) adrenaliny oraz pierwszego na terenie Polski zastosowania elektrokardiografu, - w 1910 roku. W czasie przełomu wieku trwale zapisuje się w dziejach kardiologii Jan Prus, który we Lwowie w 1899 – najprawdopodobniej pierwszy w świecie, przeprowadza bezpośredni masaż serca. Prus publikuje później (w roku 1911) pracę o zebranych z piśmiennictwa 11 przypadkach pozytywnego zastosowania jego metody podczas zatrzymania akcji serca. Przełom wieku jest okresem coraz większego wzrostu zainteresowania chorobami układu krążenia, także i wśród znakomych polskich badaczy – nie tylko z zakresu badań klinicznych, lecz także w naukach podstawowych. Fr. Chłapowski (Poznań) zajmuje się działaniem adrenaliny, zagadnieniami arteriosklerozy (1899), diagnostyką i leczeniem choroby wieńcowej (1910), jest również autorem pierwszego polskiego opisu zespołu (MAS). W Warszawie Henryk Hoyer (1834-1907) odkrywa anastomozę tętniczo - żylną, zajmuje się patofizjologią krążenia (publikuje m.in. Przyczynek do fizjologii krążenia krwi). Edward Przewoski (1849-1925) przedstawia kilka interesujących obserwacji kazuistycznych dotyczących chorób serca, m.in. niedomykalności mitralnej w przebiegu nadmiernego wydłużenia mięśni brodawkowatych. Diagnostyka chorób układu krążenia jest przedmiotem badań Wł. Janowskiego. W 1910 wydaje w on Warsza-

wie podręcznik Współczesne metody badania serca. Kazimierz Rzętkowski (1870-1924), idąc w ślady N. Cybulskiego z Krakowa, zapisuje się jako pierwszy warszawski lekarz stosujący elektrokardiograf. Tymczasem krakowskie kliniki - J. Latkowskiemu zawdzięczają rozpowszechnienie EKG już w latach dwudziestych. Opublikował on ponadto w 1912 roku interesujące spostrzeżenie obrazu EKG w dextrokardii. Na przypomnienie zasługuje dokonane w tym czasie w Krakowie, odkrycie T. Tempki. Wykazał on, że chlorek wapnia jest silnym lekiem nasercowym i zauważył potrzebę uwzględnienia jego podaży podczas leczenia naporstnicą.

We Lwowie W. Koskowski prowadzi badania nad wpływem katecholamin na układ krążenia oraz farmakologicznymi metodami obniżania ciśnienia tętniczego, a A. Klisiecki (uczeń Cybulskiego), publikuje w latach 1928-35 swoje obserwacje na temat dynamiki przepływu krwi i sprężystości naczyń. Są to prace niezwykłej wagi, o międzynarodowym znaczeniu, doceniane w całym ówczesnym środowisku naukowym. Po wojnie Klisiecki pracuje na stanowisku profesora fizjologii we Wrocławiu (zm. w 1975 roku). Również we Lwowie, Marian Franke wydaje w 1921 roku Diagnostykę Chorób Układu Krążenia.

W dwudziestoleciu międzywojennym ogromne zasługi w rozwoju kardiologii położył Witold Orłowski (1874-1966) oraz jego asystent i w po-

czątkowym okresie współpracownik - Mściwój Semerau-Siemianowski (1885-1953). Uczniami tego ostatniego, naukowca i klinicysty o międzynarodowej sławie, twórcy polskiej kardiologii klinicznej, było wielu wybitnych specjalistów w dziedzinie chorób układu krążenia.

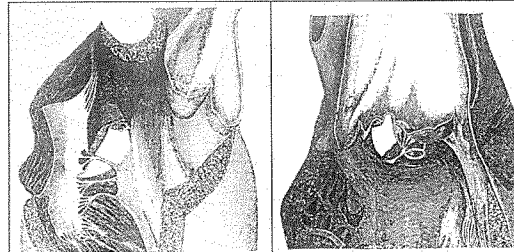
W Wilnie kolejny uczonego – Aleksander Januskiewicz (1872-1955) zajmuje się zagadnieniami niemierności, zawałem, nadciśnieniem tętniczym, a Marian Eiger (1873-1939) czynnością elektryczną serca i automatyzmami, dokonuje wnikliwej analizy badania elektrokardiograficznego. W Poznaniu – Henryk Lubieniecki prowadzi (1934-37) szczegółowe badania dotyczące znaczenia diagnostycznego szmeru skurczowego oraz fizjologicznych podstaw działania naporstnicy.

Początek wieku XX zapisuje się także polskimi spostrzeżeniami dotyczącymi wad wrodzonych serca u dzieci. Wady te znajdują swoje miejsce w opracowaniu Zdzisława Dmochowskiego, wydanym w 1903 roku (Warszawa): Diagnostyka Anatomiczno-patologiczna. Omawia w nim zarówno proste jak i złożone wady serca. W podręczniku Dmochowskiego odnajdujemy: ubytek międzyprzedsionkowy, wspólny przedsionek, serce jednokomorowe (oraz połączenie obu tych wad), zwężenie i atreżę tętnicy płucnej, przetwarty przewód tętniczy, nieprawidłowości odejścia pni naczyniowych, zwężenia ujęć żylnych, wady aparatu zastawkowego, zwężenia zastawek tętniczych. Ciekawą kazuistykę sekcyjną wad serca publikuje Stanisław Ostrowski w 1911 roku (polskojęzyczne opracowanie dotyczące praktyki lekarskiej w Rosji), na posiedzeniu Związku Lekarzy i Przyrodników Polskich w Petersburgu. Jego odczyt dotyczy zestawienia stwierdzonych przez siebie i potwierdzonych badaniem sekcyjnym wad serca u dzieci (pracę tę zamieszcza rok później w Pediatrji Polskiej). Obserwację S. Ostrowskiego dotyczą m.in. atreżji i zwężenia tętnicy płucnej, zwężenia aorty, ubytku międzykomorowego, przetwalego przewodu tętniczego.

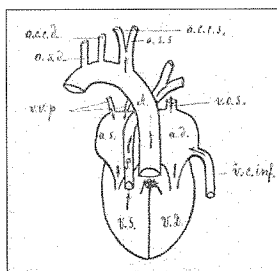
M. Gromski (z Łodzi), w 1912 roku publikuje swoje ciekawe spostrzeżenie złożonej sinicznej wady serca u dziecka z situs inversus [ryc.5] oraz kliniczny opis najprawdopodobniej powikłanego nadciśnieniem płucnym, ubytku w przegrodzie międzykomorowej serca (z objawami sinicy). W polskiej prasie medycznej pojawiają się ponadto liczne kazuistyczne opracowania dotyczące, w większości nabytych, wad serca.

Okres międzywojenny cechuje niestety pełna bezradność lekarzy w obliczu zagrożenia życia u dziecka z wadą serca. Przeglądając jednak literaturę fachową owego czasu napotykamy niekiedy takie heroiczne próby ratowania życia, jak dosercowe wstrzykiwanie adrenaliny - i to nie tylko u dorosłych chorych (J.Kalisz z Łodzi), ale także u 5-letniego dziecka w stanie zapaści sercowej (Wiśniewski), z pomyślnym skutkiem! Te dawno zapomniane fakty rejestruje pamiętnik XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie, w 1925 roku.

Okres międzywojenny w dziejach polskiej kardiologii dziecięcej zamyka pierwsza praca doktorska z tej dziedziny Zofii Werbersfeld (Lwów, 1939 rok) pt. Badanie elektrokardiograficzne u młodzieży szkolnej.



4. Ubytek w przegrodzie międzykomorowej serca
Hewelke – 1886



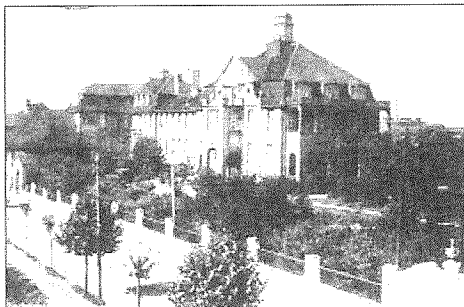
Rys 5. Ilustracja wady serca
Gromski 1912

Jak powstawały szpitale w Zabrzu..

1858 – górnicza Spółka Bracka oddała do użytku szpital wybudowany przy obecnej ulicy **3 Maja** mogący przyjąć 100 pacjentów. W latach 1904-1907 szpital rozbudowano (powstała kotłownia, maszynownia, wieża ciśnień, centrala elektryczna, pralnia i kuchnia oraz pawilon chirurgiczny) do 500 łóżek szpitalnych.

Obecnie mieści się tam Szpital Kliniczny nr 1.

1889 – 29 września oddano do użytku szpital w budynku przy obecnej ulicy **Wolności 448**. Początkowo mieściło się w nim 12 łóżek, po czym w wyniku rozbudowy jeszcze przed I wojną światową mógł przyjąć ponad 100 pacjentów. W roku **1983** placówkę przeniesiono do wzniesionego w sąsiedztwie nowego obiektu przy ul. J.Wyciska 1.



Szpital specjalistyczny przy ul. Skłodowskiej-Curie – widok wkrótce po wybudowaniu w roku 1910

1910 – 27 sierpnia poświęcono szpital gminny przy obecnej ulicy **M.Skłodowskiej-Curie**. Posiadał oddziały gruźliczy, chorób psychicznych, chorób wenerycznych, kobiece, męski. Wyposażony był m.in. w nowoczesną salę operacyjną i pracownię rentgenowską. Dla pacjentów I klasy wydzielono pojedyncze pokoje (za 6-8 marek za jedną dobę). W osobnym budynku umieszczono oddział zakaźny.

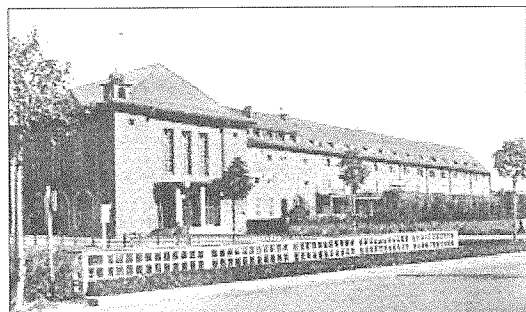
Obecnie mieści się w nim Szpital Specjalistyczny (sąsiadujący ze Śląskim Centrum Chorób Serca).

1917 – przy obecnej ul. **3 Maja 63** oddano do użytku szpital dziecięcy z 40 łóżkami (dla powiatu zabrzańskiego). W okresie międzywojennym zamierzano obok wybudować nowoczesny duży szpital – przygotowano budowę i prezydent Hindenburg 17 września 1928 wmurował kamień węgielny. Jednak ze względu na kryzys gospodarczy projektu nie zrealizowano.

1920 – 1 lipca oddano do użytku szpital przy obecnej ulicy ks. K. Koziółka, wyposażony w 2 sale operacyjne, sterylizatornię, pracownię rentgenowską, pokój doświetlań, laboratorium oraz gabinety ginekologiczny, chirurgii urazowej i ortopedycznej. Początkowo posiadał 60 łóżek. Obecnie mieści się w im Szpital Kliniczny nr 3

1928 – oddano do użytku szpital Spółki Brackiej – wybudowany w **Rokitnicy**. W budynku głównym umieszczono 360 łóżek, 2 sale operacyjne, pracownię rentgenowską, laboratorium i aptekę. W osobnych budynkach mieściły się oddział zakaźny i pomieszczenia dla siostr. W następnych latach wybudowano dodatkowy budynek mieszczący 135 łóżek dla chorych na gruźlicę.

Obecnie mieści się tu Śląska Akademia Medyczna.



Kościół, klasztor i szpital oo. Kamilianów (w części szpitalnej obecnie Klinika Ginekologii Położnictwa Śl.A.M.)

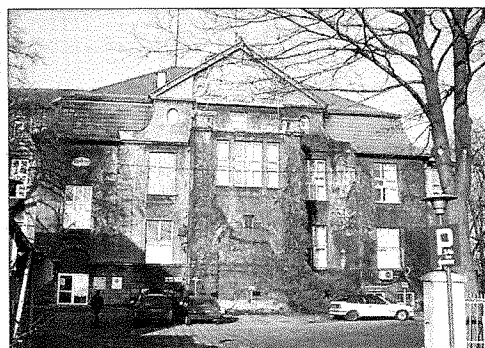
1933 – marzec – oddano do użytku szpital wybudowany przy klasztorze oo. Kamilianów, (obecnie **pl. R. Traugutta**). Rozbudowa trwała przez dwa lata i 1 czerwca **1935** gotowy obiekt poświęcono. Mieściły się w nim oddziały chirurgiczny, chorób wewnętrznych, położniczy i chorób kobiecych.

Obecnie mieści się w nim **Klinika Położnictwa i Ginekologii**.

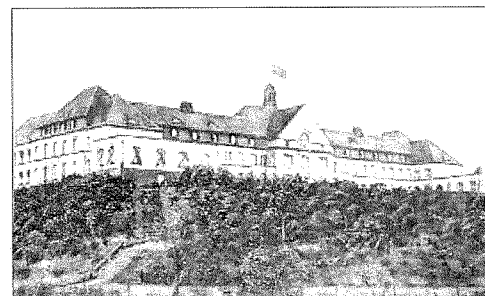
29 marca 1948 – Rada Ministrów powołała „Akademię Lekarską w Bytomiu” w ramach której w dniu 20 października rozpoczęły się pierwsze zajęcia ze studentami w budynkach dawnego szpitala Spółki Brackiej w Rokitnicy.

30 grudnia **1948** siedzibę Akademii przeniesiono do Zabrza.

W **1957** roku uczelnia przeniosła się do Katowic a w Zabrzu pozostał II Wydział Lekarski.



Szpital Specjalistyczny przy ul. Skłodowskiej-Curie – stan dzisiejszy



Szpital w Rokitnicy – stan przedwojenny

1972 – 15 czerwca PWRN w Katowicach powołało Wojewódzki Ośrodek Kardiologiczny w Zabrzu.

W sierpniu **1984** WOK przeprowadził się do nowego budynku przy ul. Szpitalnej 2.

W 1995 przyjmuje obecną nazwę : Śląskie Centrum Chorób Serca



Śląskie Centrum Chorób Serca

zdj. G.Szymura

TB

„Przywitanie wiosny”



Wzorem ubiegłych lat, Stowarzyszenie Transplantacji Serca organizuje w dniach 28-30 marca imprezę integracyjno - krajoznawczą pt. „Przywitanie wiosny”.

Nazwa wynika z faktu, że spotkania te odbywają się w pierwszych dniach kalendarzowej wiosny – najbardziej romantycznej pory roku, kiedy przyroda budzi się do życia i zachęca nas do większej aktywności.

W ubiegłych latach spotykaliśmy się w Krościenku. W tym ... zmieniliśmy miejsce i jedziemy do Jarnołtówka koło Głuchołazów.

W programie przewidziane jest ognisko, wycieczka do Czech (zwiedzanie jaskini w Żółtych Górach oraz skansenu kopalni złota), uroczysta kolacja, i spacer wokół jeziora.

Dla uczestników będzie w dniu 28.03 o godz. 15.00 podstawiony autokar na parkingu przed Śląskim Centrum Chorób Serca. Wracamy w niedzielę po obiedzie.

Samochodem najłatwiej dojechać z Prudnika lub Głuchołazów w kierunku Pokrzywej, z którą Jarnołtówek graniczy. Ośrodek „Społem” jest położony bezpośrednio przy drodze przelotowej.

Koszt pobytu (przejazd autokarem, noclegi, całodzienne wyżywienie, wycieczka i uroczysta kolacja) wynosi:

50 zł dla członków STS po transplantacji

100 zł dla pozostałych członków stowarzyszenia

130 zł dla osób nie należących do STS

Zgłoszenia przyjmuje sekretariat STS oraz pani Iwona Trzciska (w poradni transplantacyjnej).

Weekend majowy

W pierwsze dni maja Polaków ogarnia pęd do turystyki. Kto tylko może, wyrusza na wieś, do ośrodków wypoczynkowych, na własną działkę w górach, w lesie, nad jeziorem. Geneza tego zjawiska jest prosta – wolne od pracy 2 dni świąteczne, w połączeniu z niedzielą (a czasami jeszcze sobotą) tworzą interesujący blok, który po wzięciu jednego dnia urlopu pozwala na kilkudniowy wypoczynek.

W tym roku postanowiliśmy dostosować się do obowiązujących trendów i zaplanowaliśmy na weekend pierwszo -trzecio majowy autokarową wycieczkę do Włoch (lub Francji).

Na razie przyjmujemy wstępne zgłoszenia i zbieramy głosy określające kierunek – Rzym, czy Paryż.

Wycieczka z założenia powinna być tania. Decyzja odnośnie celu podróży i programu musi być podjęta do połowy marca. Potem zostanie już tylko ustalanie szczegółowego programu.

TB -koło Zabrze STS

Zenon Frydrychowicz

Ulgi przejazdowe dla osób niepełnosprawnych

1. Osoby posiadające znaczny stopień niepełnosprawności, całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji lub inwalidzi I grupy (przed 1 wrześniem 1997 r.):

49% - w pociągach osobowych w klasie drugiej i w autobusach komunikacji zwykłej;

37% - w pociągach pospiesznych, ekspresowych, InterCity i EuroCity w klasie drugiej oraz w autobusach pospiesznych i ekspresowych.

95% - pełnoletni opiekun towarzyszący osobie niepełnosprawnej -we wszystkich rodzajach pociągów (w klasie drugiej) i autobusów.

2. W przypadku przejścia do klasy pierwszej należy uiścić dopłatę w wysokości stanowiącej różnicę między należnością za pełnopłatny przejazd w klasie 1 a należnością za pełnopłatny przejazd w klasie drugiej. Dotyczy to zarówno osoby niepełnosprawnej jak i opiekuna.

3. W pociągach ekspresowych, InterCity i EuroCity obowiązuje wykupienie miejscówki dla osoby niepełnosprawnej i opiekuna.

4. Pod pojęciem autobusu (dot. pkt 1-3) należy rozumieć wyłącznie autobusy PKS. Autobusy komunikacji miejskiej, tramwaje i trolejbusy są finansowane przez władze gmin, które na ogół ustaliły przejazdy bezpłatne zarówno dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jak i dla opiekunów.

5. Jeżeli w przepisach szczególnych o ulgach przejazdowych użyto zwrotu "osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji", należy przez to rozumieć również osoby posiadające znaczny stopień niesprawności lub inwalidę I grupy (jeżeli orzeczenie zachowało ważność).

6. Najbardziej praktycznym dokumentem uprawniającym do ulg przejazdowych jest legitymacja osoby niepełnosprawnej wystawiona przez Powiatowy Zespół ds Orzekania o Stopniu Niesprawności, gdyż zawiera fotografię (zbędny inny dowód tożsamości).

Podstawa prawna- Ustawa z dnia 20 czerwca 1992 r. o uprawnieniach do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego (tekst jednolity - Dz.U. 2002 r nr 175 z 21 października, poz. 1440)



Uczestnicy wycieczki STS do Włoch (1998 rok) - Florencja

Kącik chochlika

Operacja mózgu.. bez operacji

W czerwcu 2001 roku niezwykley zabieg przeprowadzili lekarze AM w Gdańsku. Jako jedyni w Polsce i nieliczni na świecie udrożnili tętnicę środkową mózgu. Operację przeprowadzono bez otwierania czaszki, jedynie wprowadzając cewnik poprzez tętnicę udową

Uważni czytelnicy z pewnością zauważą, że w poprzednim numerze trochę nam narozbrał chochlik – drukarski (czy też raczej komputerowy). Podczas zapisywania złożonego już numeru na CD-ROM poprzesuwały się wersy i część tekstu „wyparowała”. Powtarzamy te ciekawostki, które straciły przez to sens.

Pierwszy przeszczep serca i płuc

Profesor Zbigniew Religa wykonał w Zabrze w dniu 5.11.1985 roku pierwszą w Polsce udaną operację transplantacji serca. Pierwszy udany przeszczep serca i płuc przeprowadził w dniu 24 października 2001 r. profesor Marian Zembala z zespołem.

Najstarsze pogotowie ratunkowe

Zostało uruchomione w 1891 roku w siedzibie zawodowej straży pożarnej w Krakowie. Jego wyposażenie stanowił 1 kufer i 2 skrzynie „katastrofowe”. Inicjatorem Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego był hr. Wilczek, który ofiarował sprzęt wartości 4 tys. Guldenów. Jednym z pierwszych członków Towarzystwa był lekarz Tadeusz Boy-Żeleński.

Najlepszy krwiodawca

Jerzy Zieliński z Lubonia koło Poznania pierwszy raz oddał swą krew w 1962 roku w przychodni Zakładów Mięsnych w Grodzisku Wielkopolskim. Od tego czasu oddał największą ilość krwi, bo aż blisko 200 litrów. W tym szlachetnym współzawodnictwie nie ma równego w Polsce.

Cytowane za wydawnictwem „Polskie rekordy i osobliwości” numer drugi, wydawnictwo D.H. VITA na zlecenie Towarzystwa Kontroli Rekordów Niecodziennych w Rabce Zdroju.

Ciekawostki ..

W XVIII wieku w Polsce (a także w innych krajach europejskich) najpopularniejszymi wydawnictwami (poza Pismem Świętym) były kalendarze. Często była to jedyna świecka książka z jaką szlachcic, czy oświecony (tj. umiejący czytać) mieszczanin miał do czynienia. Poza określaniem czasu kalendarze spełniały wiele funkcji: przekazywały aktualną wiedzę przyrodniczą, zawierały informacje z zakresu rolnictwa i ekonomii, oferowały wzory kulturowe i obyczajowe, kształtowały gust i przyzwyczajenia a także propagowały swoistą mądrość życiową. W każdym rolu się od porad i przepisów przydatnych na co dzień – od kulinarnych po medyczne. Próbkę porad medycznych przedstawiamy obok.

Krew płynącą ustanowić

Krew z jakiegokolwiek części ciała płynącą, natychmiast ustaje, obwinąwszy w cienką i rzadką jedwabnicę ciepłego gnoju świniego i włożywszy w to miejsce, z którego krew płynie

(Kalendarz Duńczewskiego)

Lekarstwo na febrę codzienną

Gdy mężczyźni – wieprzowego, gdy białołowie – świniego łajna wzięwszy, pieprzu i szafranu przysypawszy, miodu praśnego łyżkę włożyć, w piwie dobrze uważać, choremu dać pić

probatum (wypróbowane)

(Kalendarz uniwersalny)

Łysą głowę włosami napętnić

Żółtków z jajec kurzych, wiele chcesz, upiec na blasze żelaznej i sokiem z nich wyciśnionym smarować łysinę; wznijdą z niej włosy naturalne gęste,

Albo:

Upalić nasienia Inianego, zetrzeć na proch i zmaczawszy z oliwą smarować łysinę; w krótkim czasie włosami porośnie.

(Kalendarz Duńczewskiego)

Nie osiwieć albo siwizny pozbyć się

Jeżeli siwych włosów chcesz pozbyć, a innych nabyć młodych, utrzeć suchego gnoju kociego na proch jako najmniejszy, przesiać go z octem mocnym atemperować gęsto, czym namaściwszy włosy opadną. A gdy już łysina stanie się czynić, co głowę łysą włosami napętnia, a urosną włosy nowe

(Kalendarz Duńczewskiego)

Lekarstwo na purgans

Zatwardzenie kiedy kto ma, nazbieraj wróblích fajen albo szczurzych, namocz je w piwie ciepłym, niech ten wypije, a będzie go purgować

(kalendarz uniwersalny)

Branie lekarstw

Gdy wieją wiatry południowe, lekarstw używanie, osobliwie purgujących, bardzo pomocne: w ten czas albo członki otworzone łatwiej cnotę lekarstwa przyjmują; przeciwnie, wiatry północne, ciała ściskając i zawierając części, cnoty lekarstw nie dopuszczają i skutkom ich przeszkadzają

Kalendarz Dębskiego

Sposób obycia się bez doktora

Pracuj miernie, mało głową:

Strzeż się gwałtownych namiętności; Zachowuj mierność w jedzeniu i picciu; Pij wiele wody, gdy uczujesz się słabym i zachowaj dietę; A aż do śmierci bez doktora się obejdziesz

(Kalendarz gospodarski Grolla)

Rzeczy najbardziej pamięci szkodzące

-Kąpiele, łaźnie zbyteczne humorami napętniają głowę i pamięci szkodzą.
- Wszelkie rzeczy surowe, twarde, niestrawne nie tylko pamięci, ale też całemu ciału szkodzą wielce.

(Kalendarz Duńczewskiego)

Prawa pacjenta

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 należytą starannością,
- uzyskania przystępnych informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, rokowania 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,
- 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.

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, telefonicznie lub wykorzystując skrzynkę na listy obok portierni (pod skrzynką pocztową).

Po zgłoszeniu telefonicznym (nr. 273-23-20) oraz podaniu nazwy oddziału i numeru pokoju, rzecznik skontaktuje się z Państwem w celu przyjęcie wniosku, skargi lub uwagi – czy nawet tylko opinii o personelu, warunkach pobytu, organizacji badań, lub też stosunku do pacjentów.

Kącik niepoważny

Wzorem „humoru z zeszytów szkolnych” ostatnio zaczęły krążyć po stronach internetowych (ponoć autentyczne) fragmenty historii chorób. Oto kilka z nich:

- * „Pacjent twierdzi, że białe krwinki zostawia do badania w innym szpitalu...”
- * „Pacjent ma dwoje dzieci, lecz poza tym nie wykazuje objawów choroby psychicznej...”
- * „Denat twierdzi, że nie miał poprzednich historii samobójstw...”
- * „obie piersi są równe i reagują na światło”
- * „Pacjentka cierpi na depresję od czasu pierwszej wizyty u mnie w 1996..”
- * „Podczas badania kolano było zaczerwienione i obrzęknięte, a na drugi dzień zniknęło..”
- * „Pacjentka nieustannie szlocha i płacze, wygląda także nieco depresyjnie..”
- * „Pacjent nie ma czucia, od palców stóp w dół”

Na dworze Fryderyka II rozmawiano pewnego dnia o pomyłkach lekarskich.

- A ile osób pan uśmiercił w ten sposób – zwrócił się król Prus do sławnego lekarza Zimmermana.

-Jestem pewien, że mniej, niż rozkazy miłościwie nam panującego króla. I niestety nie przyniosło mi to takiej sławy jak Waszej Królewskiej Mości – odpowiedział lekarz

Lekarz zwraca się do pacjenta:

- podoba mi się pański kaszel! Użyjemy go w programie antynikotynowym!

-Panie doktorze, pięć lat temu poradził mi pan znakomity środek na reumatyzm. Unikałem wilgoci i jestem wyleczony.

-Znakomicie. Czy coś panu teraz dolega ?

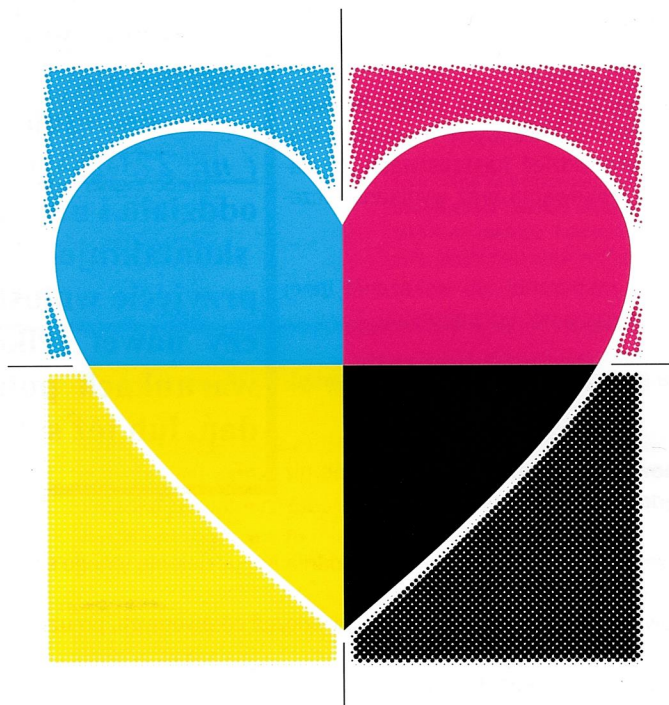
-Nie. Ale chciałem się zapytać, czy teraz mogę się już wykapać?

-W poczekalni jest jeszcze pacjent, który twierdzi, że odwiedził już wszystkich lekarzy specjalistów w mieście – informuje pielęgniarka

-Na co się uskarża ?

-Na tych lekarzy

Dajemy JAKOŚĆ...



*... bo całe serce
wkładamy w pracę*



Drukarnia:
44-109 Gliwice, ul. Pszenna 2
tel. 0*32 2345-914, fax 0*32 330-15-13

e-mail: info@poligrafia.com.pl

Punkt Obsługi Klienta:
41-800 Zabrze, ul. Wolności 287
tel. 0*32 271-69-37, fax 0*32 278-17-05

www.poligrafia.com.pl