

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

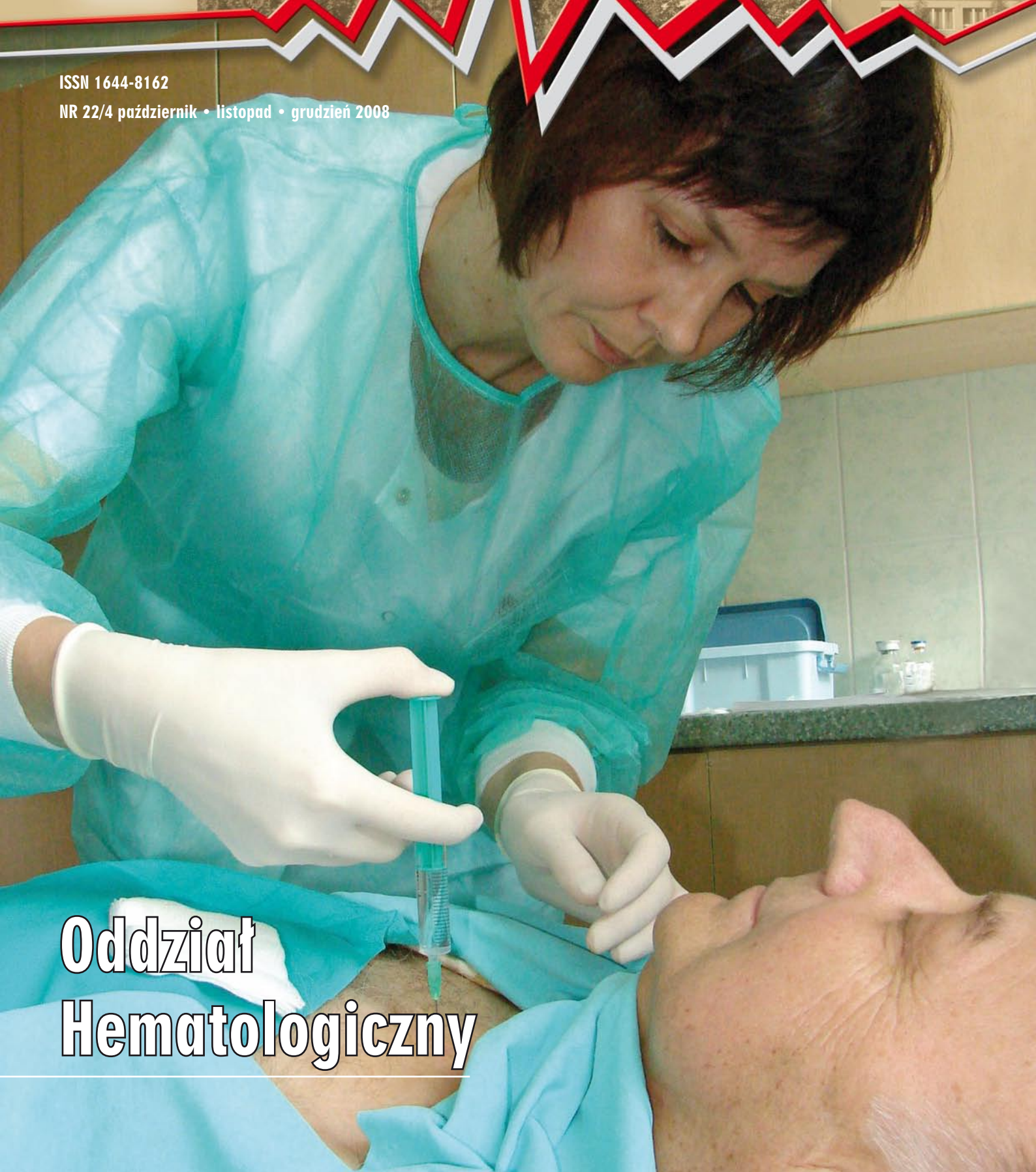


# PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 22/4 październik • listopad • grudzień 2008

**Oddział  
Hematologiczny**



## Droży czytelnicy

I znowu minął rok. Niektórzy zaliczą go do lat „tłustych” inni do „chudych”. A jaki był dla naszego szpitala? Z pewnością przynoszący wiele zmian, które będą miały wpływ na następne, oby „tłuste”, lata.

Pomimo trudnego czasu dla placówek zdrowia, możemy pochwalić się osiągnięciami. Nasi pracownicy nieustannie podnoszą kwalifikacje i zdobywają tytuły naukowe. Również szpital jest wyróżniany na poziomie lokalnym i krajowym. Znaleźliśmy się na

18 miejscu w ogólnopolskim Rankingu Szpitali i zdobyliśmy Brązową Perłę Medycyny w ogólnopolskim konkursie medycznym. Zapraszam czytelników do działu Nagrody i Wyróżnienia.

Niezaprzeczalnie perłą szpitala jest również Oddział Hematologiczny, jedyny taki oddział w województwie warmińsko-mazurskim. O jego trudnych początkach, uporze ludzi i białych plamach na mapie Polski pisze dr Beata Giergielewicz w cyklu Znad szpitalnego kałamarza.

Nie należy odkładać Pulsu na półkę, nie czytając artykułu dr Anny Barczewskiej o Dotyku. Możemy się z niego dowiedzieć,

jak powstają wrażenia czuciowe, co to są szlaki czuciowe i w jaki sposób uświadamiamy sobie doznania. Do składowych uczuć powierzchniowego zalicza się ból. I właśnie Rozprawę o bólu przedstawił na łamach kwartalnika dr n. med. Dariusz Onichimowski. Warto tam zajrzeć.

Pierwiastkiem typowo zimowym jest rozmowa z dr. Antonim Kolakowskim o zimie, złamaniach kości oraz o tym, jak ważna jest aktywność fizyczna. A w bardzo ciekawym artykule próbę zrozumienia istoty cierpienia podjęła Barbara Szymczuk. Zapraszam do lektury.

Redaktor Naczelny  
**Kornelia Kotwicka**

## Spis treści

Świąteczne życzenia .....	3
Skąd się wzięła kolęda? .....	3
Z cyklu: Znad szpitalnego kałamarza –	
– Oddział Hematologiczny .....	4
Nagrody i wyróżnienia .....	6
Z cyklu: Zmysły – Dotyk .....	8
Pozytonowa Tomografia Emisyjna .....	9
„Szlachetne zdrowie...” .....	10
Rezonans magnetyczny piersi .....	11
Krajowy rejestr choroby Leśniowskiego-Crohna .....	12
„Szlachetne” bakterie – probiotyki .....	13
Rozprawa o bólu .....	14
Hu, hu, ha! Hu, hu, ha! Nasza zima zła! .....	17
Zrozumieć istotę cierpienia .....	18
Działania na rzecz osób wymagających pomocy .....	20
Wolontariat .....	21
Z cyklu: Prezentacje –	
– Szpitalny sztab kryzysowy .....	22
Tańcowała igła z nitką .....	22
Wenezuela – sekret Karaibów cz. II .....	24
„Zdrowie jest najpierwszym darem...” .....	26
Mniej Dźwigaj .....	27
Krzyżówka .....	27

## PULS SZPITALA



Wydawca  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
w Olsztynie

Redaktor naczelny  
Kornelia Kotwicka

Zespół redakcyjny  
Alicja Biernacka  
Magdalena Kantorczyk  
Barbara Szymczuk

Stała współpraca  
Beata Januszko-Giergielewicz  
Alicja Markiewicz  
Hanna Taraszkiewicz  
Jerzy Badowski

Zdjęcia w numerze  
Bernard Wawrzyniewicz  
Kornelia Kotwicka  
Magdalena Kantorczyk

Adres redakcji  
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18  
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji  
tel. 089 538 63 06  
marketing@wss.olsztyn.pl  
kkotwicka@wss.olsztyn.pl  
www.wss.olsztyn.pl

Nakład  
1200 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo  
do skrótów i zmiany tytułów.





*Irena Kierzkowska  
Dyrektor Wojewódzkiego  
Szpitala Specjalistycznego  
w Olsztynie*

*Praca w ochronie zdrowia ma to do siebie, że nie każde święta pozwala spędzić przy rodzinnym stole w gronie najukochańszych osób, czasami zatrzymuje na „posterunkach” ochrony zdrowia i życia, nie bacząc na kolor kartek w kalendarzu.*

*Wszystkim pracownikom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie życzę, aby nadchodzące Święta Bożego Narodzenia upłynęły spokojnie i pogodnie, w przyjaznej atmosferze i serdecznym kontakcie z Najbliższymi. Niech ten świąteczny czas będzie dla Państwa jedną niezapomnianą chwilą, spędzoną bez pośpiechu, trosk i zmartwień, a Wigilijny wieczór dniem szczególnie szczęśliwym i radosnym upływającym przy staropolskich kolędach i zapachu świerkowej gałązki.*

*Dziękuję Wszystkim za wysiłek i poświęcenie w wykonywaniu trudnej i odpowiedzialnej pracy, zarówno lekarzom, pielęgniarkom, technikom, którzy bezpośrednio dbają o stan zdrowia naszych pacjentów, jak i wszystkim pracownikom administracji, działu technicznego, bez których funkcjonowanie szpitala nie byłoby możliwe.*

## Skąd się wzięła kolęda?

Kolęda (od łacińskiej nazwy pierwszego dnia każdego miesiąca „calendae”) to pieśń bożonarodzeniowa (nawiązująca do Bożego Narodzenia), utrzymana w konwencji ściśle religijnej, początkowo wywodząca się z tradycji ludowej, potem komponowana również przez wielu wybitnych kompozytorów.

Odmiana kolędy o wątkach zaczerpniętych z życia codziennego nazywana jest pastorałką, która w odróżnieniu od kolędy nie jest wykorzystywana w nabożeństwach religijnych ze względu na swój świecki charakter. Najstarsza polska kolęda to „Zdrów bądź królu anielski” z 1424 r.

W XV w. powstała jedna z najważniejszych polskich kolęd „W żłobie leży” przypisywana Piotrowi Skardze – do melodii poloneza koronacyjnego króla Władysława IV. Inną ważną kolędę „Bóg się rodzi”, do melodii w rytmie poloneza, napisał Franciszek Karpiński.

Polska jest ewenementem na skalę światową pod względem liczby zachowanych kolęd, w naszym dorobku kulturalnym wraz z pastorałkami jest ich ponad 500. Najsłynniejszą kolędą jest „Cicha Noc”, którą przetłumaczono na ponad 300 ję-

zyków i dialektów. Powstała w roku 1818 w małym austriackim miasteczku w Alpach. Jej autorami byli wikary miejscowego kościoła ks. Józef Mohr oraz jego organista Franz Gruber.

**Polska jest  
ewenementem na  
skalę światową pod  
względem liczby  
zachowanych kolęd**

W zimowe wieczory, od Wigilii Bożego Narodzenia (24 grudnia) do uroczystości Trzech Króli (6 stycznia) od stuleci po wsiach i miastach wędrują kolędnicy. Po kolędzie chodzili dawniej tylko mężczyźni i chłopcy. Od niepamiętnych czasów śpiewali przy tym kolędy i pastorałki. Pierwsi kolędnicy przybywali często już w wigilijny wieczór. W dzień św. Szczepana pojawiali się przebierańcy. Czekano



na nich z niecierpliwością, gdyż ich odwiedziny były okazją do zabawy. Zjawiali się więc przede wszystkim Herody, a więc Herod, Marszałek, Żołnierze, Śmierć i Diabeł, a niekiedy Żyd. Grupa przedstawiała wydarzenia na dworze Heroda: król dowiadywał się o narodzeniu Zbawiciela, rozkazywał dokonać rzezi niewiątek i wreszcie spotykała go za to kara, czyli śmierć i porwanie do piekła.

Chodzili też kolędnicy z szopką – był to kukielkowy teatrzyk. Prezentowano sceny związane z narodzeniem Dzieciątka, ale także wesołe dialogi pomiędzy różnymi osobami idącymi z pokłonem do Betlejem. Kukielki były drewniane, ubrane w kostiumy ze skrawków tkanin i papieru. Kolędnicy najpierw śpiewali pod oknami, a następnie zaproszeni do wnętrza, ustawiali szopkę i rozpoczynali przedstawienie.

z cyklu ZNAD SZPITALNEGO KAŁAMARZA



Obok strony medycznej i marketingowej naszej gazety nie może w „Pulsie” zabraknąć treści humanistycznych, skierowanych na ludzkie potrzeby ciała i ducha, wszystko po to, by być bliżej Człowieka – przysłowiowego „kamienia filozoficznego” rozwoju medycyny. Zachęcam do wspólnego kreowania myśli intelektualnej w naszym szpitalu. Pełno tu wybitnych osobowości, ciekawych ludzi i pasjonatów różnych zawodów, pełno wokół nas wydarzeń, na które możemy mieć własne spojrzenie i pogląd. Zatrzymajmy się na chwilę w tym szaleńczym biegu! Po co? Może po to, byśmy się lepiej czuli sami ze sobą, byśmy wzbogacali własne Ja, byśmy byli szczęśliwsi.

**Beata Januszko-Giergielewicz**  
beatagiergielewicz@interia.pl

# Oddział Hematologiczny

**Pamiętam rozmowę z Krajowym Konsultantem do spraw Hematologii, który porównał nasz region do białej plamy na hematologicznej mapie Polski. Od ponad ośmiu lat staramy się tę lukę na mapie uzupełnić. Nie mamy ambicji bycia najlepszymi, chcemy być kompetentni, rzetelni i profesjonalni, nie odbiegać wiedzą od innych. Dlatego ciągle się kształcimy. Wiedza hematologiczna rozwija się bardzo dynamicznie. Każdy rok przynosi zaskakujące odkrycia w terapii chorób krwi. I nie są one dane tylko wielkim ośrodkom hematologicznym. Także nasi pacjenci mogą być leczeni w sposób nowoczesny. A przecież zawsze można więcej i lepiej. Nie możemy o sobie powiedzieć, że jesteśmy najlepsi. Trudno być najlepszym nie mając konkurencji! Jest to na tyle wygodne, co niebezpieczne...**

**Dr n. med. Małgorzata Wojciechowska**

## Jak Feniks z popiołów

Na moich oczach jako asystentki Oddziału Nefrologii odbywał się „poród” i „raczkowanie” Oddziału Hematologii. Oddział Hematologiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie powstał 1 stycznia 2000 roku. Dr Małgorzata Wojciechowska w sposób nieoczekiwany z asystenta naszego oddziału musiała z dnia na dzień przeistoczyć się w Ordynatora nowo powstałego, pierwszego, historycznego Oddziału Hematologii w naszym regionie. Podziwiałam ją za konsekwencję, upór i profesjonalizm. Cicho i skrzętnie osiągała to, co inni czynili w świetle głośnych i barwnych fajerwerków. Tak wspomina ten pamiętny dla niej okres:

„Oddział powstał w sposób nieoczekiwany, można powiedzieć nagły, zaskakując najbardziej zainteresowanych. Nikt nie planował jego powołania, nie roztaczał wizji, planów, nie remontował i nie przebudowywał istniejących pomieszczeń. Można powiedzieć, że Oddział powstał jak Feniks, no może nie z popiołów, ale na pewno z masy makulatury pozostawionej przez wieloletniego rezydenta – Oddział Reumatologii. Siłą rzeczy nie było żadnego oficjalnego otwarcia, ważnych gości, nie było prasy, telewizji, nawet tej lokalnej, nie było nic istotnego. Oł, po prostu decyzyjną ówczesnego Dyrektora

Szpitala dr Lena Drozdowska – Rams i ja zabrałyśmy to, co nasze z Oddziału Nefrologii (nie było tego dużo, choć obie spędziłyśmy na tym oddziale nasze lata naszego życia) parę kubków, słoik kawy, trochę książek i fachowych czasopism, a przede wszystkim wiedzę i doświadczenie nabyte w czasie pracy w zespole nefrologów i powędrowałyśmy o godzinie 8 rano... piętro wyżej niż zwykle. My obie stanowiłyśmy „nowy oddział”. Zabrałyśmy ze sobą również kilku pacjentów. Tak na początek. Dołączyły do nas pielęgniarki „osierococone” po odejściu Reumatologów z Panią Oddziałową Grażyną Roman na czele”.

Nasze rodzime „krwinki” (tak nazywaaliśmy po koleżeńsku na Oddziale Nefrologii nasze koleżanki z Hematologii) pieczołowicie budowały nową wizję oddziału. To, co zawsze uderzało mnie na obchodach lekarskich, to pogoda ducha i optymizm tych ciężko chorych ludzi, często z beznadziejnym rokowaniem. Pytałam pielęgniarki, skąd bierze się ta tajemnicza energia zdrowienia i nadziei u hematologicznych pacjentów, twierdziły, że to „Dr Wojciechowska tak jakoś z nimi rozmawia...”. Trudno to nazwać po imieniu, to się po prostu... czuje.

Nie było tylko tak słodko, to oczywiste, nie brakowało również przysłowiowego „trzęsienia ziemi”, „darcia pierza”, ner-



**dr n. med. Małgorzata Wojciechowska**  
ordynator Oddziału Hematologicznego

wów, napięcie i problemów. Tak to wyglądało w rzeczywistości:

*„Od czego zacząć codzienną pracę i nowe wyzwania, gdy nie ma dosłownie na czym pisać, nie ma nikogo innego podejmującego decyzje. Natura nie znosi próżni, wobec tego dzień po dniu, a nawet godzina po godzinie, zagospodarowywałyśmy daną nam pod opiekę przestrzeń. Duża pomoc i życzliwość pracowników Szpitala, a przede wszystkim Pana Dyrektora Stefana Barabasza pozwoliły w ciągu kilku dni zorganizować pracę oddziału. Hematologia nie jest dyscypliną zbyt popularną wśród młodych lekarzy. Jednak w krótkim czasie przybyło do nas czworo lekarzy stażystów. Dwoje z nich - dr Agnieszka Małonowicz i dr Radosław Bogucki, pracują do dzisiaj. Nie jest to łatwa droga dla lekarza, nie zawsze bywa przyjemnie i miło, trzeba mieć odwagę, trochę dystansu, a przede wszystkim trzeba „TO COŚ” polubić. Tak jak w każdej dyscyplinie medycyny.”*

W ten sposób jak „Feniks z popiołów” powstał i rozwija się pierwszy w regionie Oddział Hematologii, dziś o żadnej luce na mapie Polski w tej dziedzinie w naszym województwie nie można już mówić. A przecież minęło dopiero 8 lat...



**Zespół Oddziału Hematologicznego**

Oddział Hematologiczny jest jedynym oddziałem w województwie warmińsko-mazurskim, pełniącym specjalistyczną opiekę nad chorymi ze schorzeniami układu krwiotwórczego. Leczy osoby z niedokrwistością, skazami krwotocznymi, białaczkami, gammadatią i chłoniakami (rozrosty układu chłonnego). Nasi hematolodzy zajmują się głównie schorzeniami przewlekłymi, dlatego wielu chorych co jakiś czas wraca na oddział. Rocznie hospitalizowanych w oddziale jest ponad 1000 pacjentów, a liczba ta z każdym rokiem rośnie. Ciągłość opieki lekarskiej zapewnia praca Poradni Hematologicznej. Pod jej opieką są pacjenci wcześniej leczeni w oddziale oraz skierowani przez lekarzy rodzinnych z podejrzeniem chorób krwi. Poradnia hospitalizuje ponad 2000 pacjentów rocznie.

W oddziale Hematologii pracuje 2 lekarzy hematologów i 3 adeptów medycyny, którzy dalej będą rozwijać swoją wiedzę w tej dziedzinie medycyny. Kształcenie lekarza specjalisty z dziedziny hematologii jest długie, wymaga wielomiesięcznych szkoleń w ośrodkach klinicznych i stopniowego, mozolnego zdobywania doświadczenia.



**Grażyna Roman**  
pielęgniarka oddziałowa z pacjentem

W Oddziale Hematologicznym dzięki bardzo dobrej bazie diagnostycznej, laboratoryjnej i obrazowej można rozpoznać niemal wszystkie schorzenia hematologiczne. Oddział na co dzień współpracuje z wieloma klinikami. Na przykład w leczeniu ostrych białaczek (łącznie z przeszczepami szpiku kostnego) specjalizują się m.in. ośrodki w Warszawie, Katowicach, Krakowie i Gdańsku. Tam dokonuje się zabiegu przeszczepienia szpiku kostnego u pacjentów, dla których jest to metoda ratująca życie. Po transplantacji kontroluje się w danym ośrodku stan zdrowia chorego jeszcze przez rok. Następnie trafia on do nas pod stałą opiekę ambulatoryjną.

Hematologia nie jest dzisiaj taka sama, jak jeszcze przed kilkoma laty. Hematolodzy dysponują już takimi lekami, które leczą choroby na poziomie komórkowym. Blokują syntezę określonych białek i w ten sposób zapobiegają rozwojowi nowotworu. Są to leki bardzo kosztowne, ale czy jest coś cenniejszego od ludzkiego życia?

Pani doktor Małgorzata Wojciechowska 9 października 2008r. uzyskała tytuł doktora nauk medycznych. Pracę pt. „Epidemiologia szpiczaka plazmocytozowego w Województwie Warmińsko-Mazurskim w latach 1999-2005” napisała pod kierunkiem prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Hellmanna.

Serdecznie pani doktor gratulujemy, nie tylko zdobycia stopnia naukowego, ale również szerokości horyzontów, wytrwałości i energii niezbędnej przy łączeniu pracy naukowej i aktywności zawodowej.



# Perła Medycyny dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zajął III miejsce w ogólnopolskim konkursie medycznym „Perły Medycyny” 2008. 29 listopada na Wielkiej Gali „Perły Medycyny” 2008 w Warszawie odebraliśmy Brązową Perłę w kategorii szpitale wielospecjalistyczne – powyżej 400 łózek.

## Laureaci:

**I miejsce** – Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ w Warszawie

**II miejsce** – 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy

**III miejsce** – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Ponadto 10 szpitali otrzymało wyróżnienia.

W konkursie startowało wiele najlepszych szpitali z całej Polski. Mimo dużej konkurencji nasz szpital znalazł się wśród laureatów stając na podium.

Celem organizowanego konkursu jest promocja tych placówek medycznych działających na rynku medycznym, które zakresem swojej działalności oraz przy udziale kompetentnego personelu wpływają na poziom oferowanych produktów i usług – ich dostępność i jakość, a także bezpieczeństwo pacjentów.

W kryteriach oceny brano pod uwagę działania placówki w realiach rynku

medycznego, takie jak: wdrożenie systemów jakości, nawiązywanie współpracy międzynarodowej, struktura zatrudnienia, szkolenia kadry zarządzającej i pracowników, inwestycje wspomagające konkurencyjność i rozwój, innowacyjność. A także dotychczasowe osiągnięcia zakładu opieki zdrowotnej, takie jak: otrzymane nagrody i wyróżnienia, aktywność w środowisku medycznym, przestrzeganie zasad etycznych, opinie pacjentów, klientów, działania na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia oraz innego rodzaju osiągnięcia.

# Najlepsza Usługa Warmii i Mazur

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny zdobył statuetkę w kategorii usługa medyczna za „profilaktykę i leczenie cukrzycy”.

Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego we współpracy z redakcjami „Gazety Olsztyńskiej”, „Dziennika Elbląskiego” oraz Polskiego Radia Olsztyn zorganizował konkurs na najlepszy produkt i usługę Warmii i Mazur.

Od 1 czerwca do 30 września 2008r. czytelnicy, słuchacze oraz internauci głosowali na swoich faworytów. Uroczysta gala, podczas której tegoroczni zwycięzcy odebrali statuetki i wyróżnienia, miała miejsce 7 listopada w Sali Kopernikowskiej Olsztyńskiego Zamku.

Dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie najważniejsi są pacjenci. To dla nich chcemy się rozwijać i z myślą o nich przeprowadzamy inwestycje, rozszerzamy swoje usługi. Jesteśmy przygotowani do udzielania kompleksowych świadczeń zdrowotnych najwyższej jakości.

Oddział Diabetologiczny i Endokrynologiczny w naszym szpitalu jako jedyny w Polsce połączył usługę diabetologiczną szpitalną z opieką diabetologiczną ambulatoryjną. Dzięki takiej organizacji pracy jesteśmy w stanie zapewnić pacjentom naprawdę kompleksową usługę diabetologiczną, na którą składa się pełna diagnostyka (oznaczenie stężenia insuliny, oznaczenie stężenia peptydu C, przeciwciał insulinowych, testy dynamiczne oceniające funkcję komórek β, badania obrazowe MR, TK, USG), wprowadzenie leczenia farmakologicznego oraz edukacja zarówno diabetologiczna, jak i dietetyczna.

Oddział również jako jeden z pierwszych w Polsce wprowadził stanowisko dietetyka terapeutycznego, który uczy chorych, jak leczyć cukrzycę i jej powikłania odpowiednią dietą.

Dzięki tym rozwiązaniom zachowana jest ciągłość leczenia chorych na cukrzycę,



zarówno w warunkach opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej przez ten sam zespół lekarzy, pielęgniarek, dietetyka i psychologa.

Na szczególną uwagę zasługuje Sala Edukacyjna Diabetologiczna i Odrębny Gabinet Edukacji Terapeutycznej i Promocji Zdrowia ze specjalnie przygotowanymi atrapami żywieniowymi.



Od lewej: Kornelia Kotwicka, Irena Kierzkowska – dyrektor szpitala, Elżbieta Majchrzak-Kłocka

# Nagrody i wyróżnienia

## Bezpieczny Szpital

Spśród 256 placówek medycznych, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie znalazł się na 18 miejscu w 5 edycji ogólnopolskiego Rankingu Szpitali, opublikowanego 28 października 2008 r. przez dziennik „Rzeczpospolita”.

Placówki publiczne wielospecjalistyczne i onkologiczne oceniane były w 7 kategoriach: zarządzanie, jakość opieki, opieka medyczna, jakość usług dla pacjenta, certyfikaty jakości i skargi, komfort pobytu oraz analiza zdarzeń niepożądanych.

A dobry szpital to taki, w którym pacjent jest bezpieczny.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał porównywalną punktację w kategorii zarządzanie, opieka medyczna, jakość usług oraz analiza zdarzeń niepożądanych, co najlepszy Szpital w Polsce.

Ranking przygotowuje redakcja Rzeczpospolita, a także Gospodarcstwo Pomocnicze przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Od

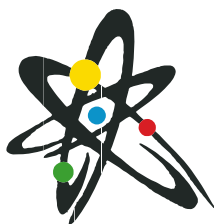


trzech lat według tych samych kryteriów, które pozwalają przede wszystkim na ocenę bezpieczeństwa pacjentów.



Od lewej: prof. Zbigniew Zdrojewski prorektor Akademii Medycznej w Gdańsku, Irena Kierzkowska dyrektor WSS w Olsztynie, Janusz Chełchowski dyrektor MSWiA w Olsztynie, Elżbieta Gellert dyrektor szpitala w Elblągu

## Olsztyńskie Dni Nauki



Rektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego prof. dr hab. Józef Górniewicz złożył na ręce Ireny Kierzkowskiej Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie podziękowania za udział w Olsztyńskich Dniach Nauki.

Pan rektor pisał w liście:

„W imieniu społeczności Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie składam serdeczne podziękowania za współpracę przy organizacji oraz aktywny udział w VI Olsztyńskich Dniach Nauki – wrzesień 2008r.

W wyniku owocnej współpracy zrealizowaliśmy przedsięwzięcie cieszące się dużym zainteresowaniem mieszkańców miasta i regionu, zarówno młodzieży szkolnej, jak i osób dorosłych.”

## Nagroda dla Społecznego Inspektora Pracy

Mamy przyjemność poinformować, że Jolanta Stecyk zajęła III miejsce w konkursie na „Najaktywniejszego zakładowego społecznego inspektora pracy”. Konkurs został zorganizowany przez Państwową Inspekcję Pracy Okręgowy Inspektorat Pracy w Olsztynie. Serdecznie gratulujemy i dołączamy się do życzeń wszelkiej pomyślności w życiu osobistym, bezpiecznej, bezwypadkowej pracy oraz kolejnych sukcesów w dziedzinie ochrony pracy.



Jolanta Stecyk odbiera nagrodę

z cyklu ZMYŚŁY

# Dotyk

**Dotyk – rozumiany jako zmysł – jest zjawiskiem złożonym z rozmaitych doznań czuciowych: dotyku właśnie, ale także ucisku, ciepła i zimna, bólu oraz tzw. propriocepcji.**

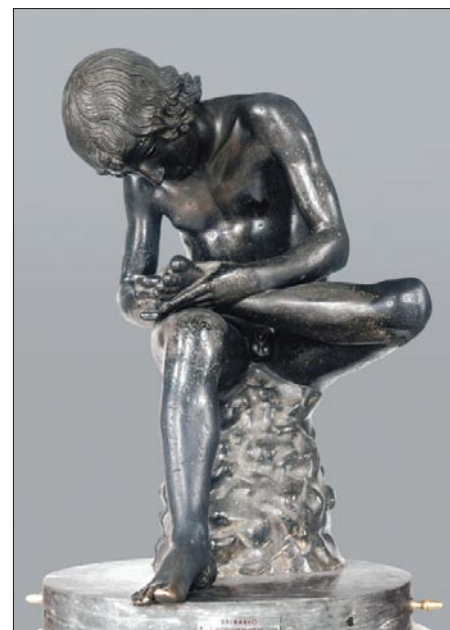
Z klinicznego punktu widzenia rozróżnia się czucie powierzchniowe i czucie głębokie. Czucie powierzchniowe odczuwane jest „wszędzie”, całą powierzchnią skóry, chociaż nie z jednakową wrażliwością. Składa się nań wrażenie dotyku, temperatury i bólu: jest możliwe dzięki obecności tzw. exteroceptorów (każdy rodzaj czucia ma sobie właściwe „pola odbiorcze” np.: ciała Paciniego odbierają bodźce uciskowe, ciała Meissnera są wrażliwe na dotyk, a nagie zakończenia nerwów nocycyptory, reagują na bodźce bólowe).

Czucie głębokie to wewnętrzna postać doznań czuciowych, zależna od pobudzeń proprioceptorów (czyli receptorów we włóknach mięśniowych, ścięgnach, więzadłach, stawach), umożliwia ono orientację – rzadko z udziałem świadomości – w ułożeniu i ruchu naszego ciała.

Warunkiem powstania wrażenia czuciowego jest aktywacja odpowiedniego

receptora. Warunkiem uświadomienia sobie tego wrażenia jest aktywacja analizatora w korze mózgu. Droga bodźca od receptora do kory nazywa się szlakiem (traktem, układem). Wstępna analiza bodźca odbywa się już na poziomie receptorów. Zasada jest prosta: im silniejszy bodziec, tym częstsza impulsacja; im dłuższy czas trwania bodźca, tym – w warunkach zdrowia – mniejsza wrażliwość receptorów (habitacja).

Na poziomie receptorów rozmaita energia bodźców zostaje ujednociona i w postaci impulsów elektrycznych, przenoszona wspólną drogą nerwów obwodowych przez korzenie tylne (czuciowe) do rdzenia kręgowego. Od tam każda postać czucia biegnie swoim szlakiem. Pierwszy, przewodzący dotyk i częściowo czucie głębokie, czyli szlak wyrafinowanego czucia epikrytycznego, wiedzie sznurami tylnymi rdzenia przez opuszkę, wzgórze do kory czuciowej.



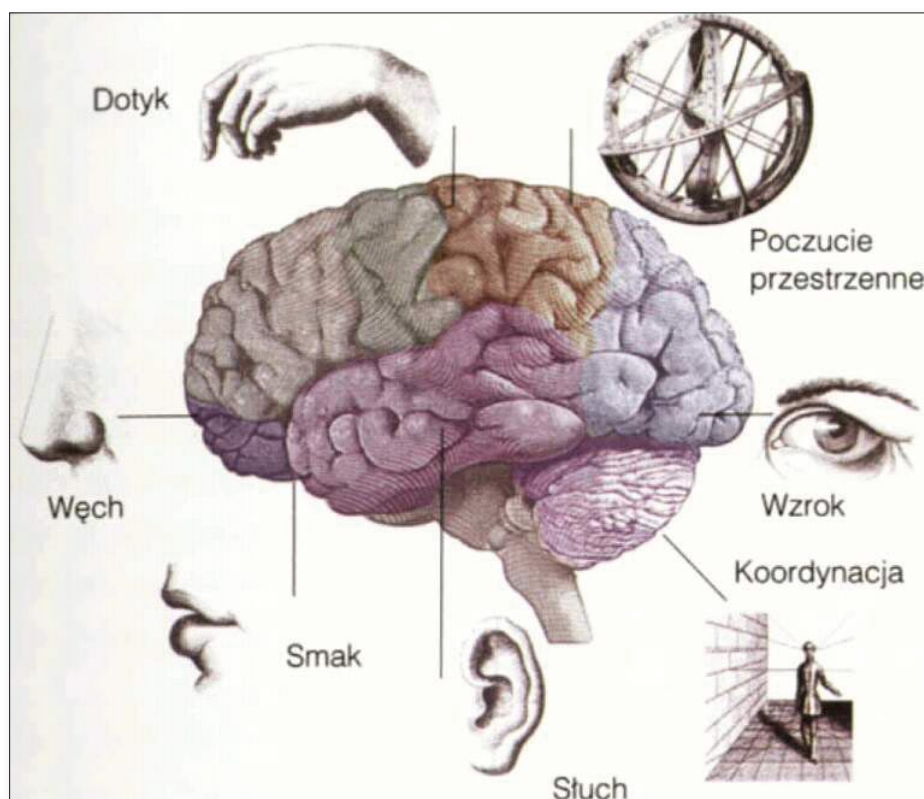
*Chłopiec wyciągający cierń z nogi, Spinario*

Drugi, przekazujący informacje bólowe, dotykowe i związane z temperaturą, czyli szlak czucia protopatycznego (nie mniej subtelny, ale mniej wymagającego analizy korowej; wydaje się że istotną rolę w jego interpretacji odgrywa wzgórze) dociera także do kory. Trzeci związany z propriocepcją, umożliwiającą nam bezbolesne zmagania się z siłami grawitacyjnymi, dochodzi do mózdzku.

Mimo, iż szlaki czuciowe są bardzo złożone (liczne neurony wstawkowe, sprzężenia zwrotne, skrzyżowania: według tajemniczej zasady, że prawa półkula kontroluje lewą połowę ciała i odwrotnie, włókna wszystkich dróg nerwowych krzyżują się, niektórych nawet podwójnie), układ włókien jest ściśle uporządkowany (prawo Auerbacha – Flatau). Ściśle określona jest także korowa reprezentacja somatosensoryczna w płacie ciemieniowym. Najwyżej, „na czubku głowy” reprezentowana jest kończyna dolna, niżej tułów, następnie kończyna górna, a najniżej (nieco powyżej ucha) – głowa. Innymi słowy – wrażenia czuciowe docierają do mózgu nie tylko na stronę przeciwną, ale w dodatku „do góry nogami”.

Uświadomienie sobie doznania zawdzięczamy korze sensorycznej, ale jego intensywność i konotacje np. emocjonalne zależą od dynamicznej dyspozycji całej kory. Zależność ta widoczna jest w przypadku odczuwania bólu.

Emanuel Kant cierpiał na nocne, bolesne napady podagry. Trapił go bólem





i bezsennością poddał się wymyślone-  
mu przez siebie eksperymentowi, który  
z filozoficznym spokojem – opisał w li-  
ście do przyjaciela: „(...) tej nocy, znie-  
cierpliwiony postanowiłem wykonać  
doświadczenie i skupiłem całą uwagę  
na pierwszym lepszym przedmiocie, to  
znaczy zacząłem myśleć o wszystkim co  
jest związane z nazwiskiem Cyncerona.  
W ten sposób doznania bólowe szybko  
uległy przymgleniu i naturalna skłon-  
ność do zaśnięcia wzięła górę”. Genial-  
na intuicja. Wielki filozof zastosował  
metodę dość już popularną „odwraca-  
nia uwagi” kory analizującej cierpienie  
i angażowania – w procesie myślenia-  
zupełnie innych jej obszarów. Metoda  
ta oparta na zasadzie sprzężenia zwrot-  
nego (biofeedback) jest już stosowana  
oficjalnie np. w psychoterapii.

Nie od dziś wiadomo również, że na  
sposób przeżywania bólu wpływa na-  
strój, stan ducha i świadomość jego zna-  
czenia. Powiązanie układu czuciowego  
z tworem siatkowatym (przytomność)  
i układem limbicznym (emocje i pamięć)  
może informacje bólowe wzmacniać  
(zwłaszcza w cierpieniu przewlekłym)  
lub hamować (znieczulenie indukowane  
stressem np. u ofiary wypadku).

Ból jest doznaniem bardzo prywatnym  
i realnym. Jeśli inne wrażenia zmysło-  
we możemy dzielić z otoczeniem, ból



*Stworzenie Adama, Michał Anioł*

przeżywamy w całkowitej samotności.  
Jeśli nasze oko, ucho, nos, język, skóra  
mogą zwodzić, ból – niezależnie od ro-  
dzaju – nie pozwala nam wątpić w swo-  
je istnienie.

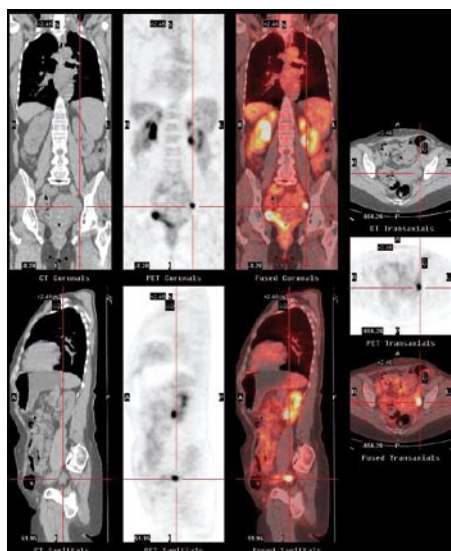
Istnieje wiele klasyfikacji bólu. Naj-  
prostsza wyróżnia ból receptorowy  
i niereceptorowy. Do pierwszej grupy  
należy ból fizjologiczny i kliniczny (np.  
pourazowy, pooperacyjny czyli naczy-  
niowy, mięśniowy, trzewny, kostno-  
stawowy itd.), a do drugiej: ból neu-  
rogeny (neuralgia, kausalgia), ośrodko-  
wy (rdzeniowy, thalamiczny) i psy-  
chogeny (najbardziej kontrowersyjny  
rodzaj bólu, najczęściej towarzyszący  
melancholii. Nie mylić z bólem egzy-  
stencjalnym! Ten rodzaj cierpienia nie  
znalazł miejsca w żadnej klasyfikacji).  
Prawdopodobnie ból jest najstarszym  
filogenetycznie doznaniem czuciowym,

umożliwiającym bezpieczną egzysten-  
cję („Nie rusz, dziecię, tego kwiatka/  
Róża kole, rzekła matka/ Dziecię mat-  
ki nie słuchało/Ukłuło się i płakało”).  
Ale przy okazji czegoś się nauczyło  
i – mamy nadzieję, że w razie potrze-  
by właściwie tę wiedzę wykorzysta-  
wało). Bywa i tak, że ból przestaje być  
przyjaznym mechanizmem obronnym,  
a staje się podstępny, śmiertelny  
wręcz wrogiem. Z nieznanym powo-  
dów zawodzi funkcjonowanie systemu  
antynocycypteji (czyli sieci naturalnych  
układów „przeciwbólowych” m.in. ono-  
aminoergicznych, cholinergicznego,  
GABA-ergicznego, opioidowych) i ból  
przybiera postać cierpienia przewlek-  
łego ze wszystkimi konsekwencjami.

**Anna Barczewska**  
neurolog

## Pozytonowa Tomografia Emisyjna

**Tomografia pozytonowa (w skrócie PET) razem z tomografią komputerową i rezonansem magnetycznym jest sposobem obrazowania medycznego, który pozwala „zajrzeć” do wnętrza człowieka bez konieczności wykonywania operacji. Techniki te są szczególnie przydatne w badaniach chorych z nowotworami, z chorobami mózgu i serca.**



*Obrazowanie medyczne PET*

Właśnie na ten temat, 28 listopada br.  
w sali konferencyjnej WSS w Olsztynie  
odbył się wykład prof. dr. hab. n. med.  
Leszka Królickiego, konsultanta krajowe-  
go w dziedzinie medycyny nuklearnej.

Badania PET są wykonywane na świecie  
dopiero od niespełna 10 lat i pozwalają  
obrazować procesy zachodzące w komór-  
kach. Pozytonowa Tomografia Emisyjna  
jest badaniem z dziedziny medycyny nu-  
klearnej. Opiera się na podawaniu mi-  
nimalnej ilości fizjologicznych molekuł  
(glukoza, aminokwasy itd.) znaczonej  
atomami radioaktywnymi o bardzo krótkim  
półokresie rozpadu. Takie molekule  
radioaktywne nazywają się „radioznac-  
nikiem PET”.



**Prof. dr hab. n. med. Leszek Królicki**

Podanie radioznacznika jest wykonywane  
drogą dożylną. Przy użyciu detektora, któ-  
ry pozwala wykreślić dokładnie dystrybu-  
cję radioaktywności w ciele pacjenta, moż-  
na ocenić różne funkcje organizmu (np.  
metabolizm glukozy, który jest związany  
z obecnością nowotworów złośliwych).

W przypadku badania PET-CT pacjent  
jednocześnie poddany jest badaniu tomo-  
grafii komputerowej (CT). Jest to badanie  
radiologiczne, dzięki któremu można oce-  
nić anatomię narządu pacjenta i zlokalizo-  
wać precyzyjnie ewentualne ogniska gro-  
madzenia radioznacznika PET.

**meg**

# „Szlachetne Zdrowie...”

**W szpitalu lekarze i pielęgniarki dbają o życie i zdrowie pacjentów. Jednak, aby mogli dbać o innych muszą też pamiętać o swoim zdrowiu. Dlatego rozpoczęliśmy w naszym szpitalu cykl spotkań „Szlachetne Zdrowie”. Pierwsze spotkanie odbyło się 6 listopada w szpitalnej sali konferencyjnej. Poruszyliśmy tematykę profilaktyki walki z rakiem piersi.**

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Na ogół dotyka kobiety po menopauzie, ryzyko zachorowań wzrasta po 50. roku życia. Szacuje się, że co roku nowotwór ten wykrywa się u ponad 10 tys. Polek, prawie połowa z nich umiera.

Choć tak wiele mówi się dziś o profilaktyce raka piersi i wskazuje wczesne wykrycie jako podstawowy czynnik umożliwiający wyleczenie, wciąż wiele kobiet nie zgłasza się na badania. Uważa się, że problem wzrostu zachorowalności na ten nowotwór dotyczy kobiet już od 30. roku życia. Rak rozwija się długo, w porę wykryty daje ogromną szansę wyleczenia. Dlatego tak ważne jest uświadamianie konieczności wykonywania badań diagnostycznych.

Spotkanie rozpoczęło się odczytem fragmentu wspomnień Krystyny Kofty „Z pamiętnika polskiej amazonki”. Po odczycie pani dyrektor Irena Kierzkowska przywitała wszystkich obecnych i podkreśliła wagę spotkania. Głównym prelegentem była dr n. med. Elżbieta Stefanowicz kierownik Dzia-

łu Diagnostyki Obrazowej, która mówiła o raku piersi i o tym jak walczyć z rakiem. Pani doktor przeprowadziła również szkolenie z samobadania piersi, które zostało poparte prezentacją multimedialną. Ponadto przedstawiła możliwości diagnostyczne w naszym szpitalu (nowy mammograf, pracownia usg). Na spotkanie zostały zaproszone także członkinie Stowarzyszenia Amazonki: Halina Umińska, Krystyna Górską, Marianna Kunikowska, które opowiedziały o tym, jak sobie poradzić z chorobą.



**Spotkanie cieszyło się dużym zainteresowaniem**



**Irena Kierzkowska dyrektor szpitala otworzyła spotkanie**



**dr n. med. Elżbieta Stefanowicz**

## Samobadanie piersi

Począwszy od 20. roku życia, systematyczne, comiesięczne samobadanie powinno stać się nawykiem kontynuowanym przez całe życie. Badanie najlepiej przeprowadzaj tydzień po zakończeniu miesiączki, kiedy piersi nie są obrzmiałe i tklive w dotyku. W okresie pomenopauzalnym po ustaniu miesiączkowania, wykonuje je w wybranym dniu miesiąca.

Badanie piersi w pozycji stojącej najwygodniej jest wykonać pod prysznicem po ich namydleniu. Prawą pierś bada się lewą ręką, podczas gdy prawa ręka jest uniesiona do góry, zgięta w łokciu i oparta z tyłu głowy, a lewą pierś – prawą ręką z lewą ręką opartą na głowie. Po osuszeniu piersi rękami zbadaj brodawki sutkowe.

**Przy każdym badaniu piersi pamiętaj o badaniu węzłów chłonnych pod pachami.**

**Kontroluj kształt i symetrię piersi, wygląd skóry oraz brodawki sutkowej.**

**Jeżeli zaobserwujesz:**

- nietypową wielkość, kształt lub symetrię piersi,
- zmianę położenia jednej z brodawek sutkowych, wciągnięcie brodawki,
- zmarszczenie powierzchni skóry,
- zmianę koloru brodawki lub skóry piersi,
- uwydatnienie się żył w obrębie jednej z piersi,
- obecność wydzieliny wypływającej z brodawki,
- zmianę konsystencji piersi,
- guzek w którejkolwiek części piersi,
- powiększenie węzłów chłonnych pod pachą,

**skontaktuj się natychmiast z lekarzem w celu przeprowadzenia badań.**

**Wykrycie takich zmian nie musi oznaczać obecności raka, ale wymaga zawsze konsultacji ze specjalistą.**

## Podziękowania

Spotkanie mogło odbyć się dzięki zaangażowaniu dr n. med. Elżbiety Stefanowicz, która chętnie podzieliła się swoją wiedzą. Dziękujemy również naszym gościom ze Stowarzyszenia Amazonki. Wsparły nas także: pani Agnieszka Młotkowska z firmy Astra Zeneca, Marta Starczewska z firmy Amoena oraz Aleksandra Kuczko z Narodowego Funduszu Zdrowia.

**core**



Od lewej: Halina Umińska, Marianna Kunikowska, Krystyna Górską ze Stowarzyszenia Amazonki

## Z pamiętnika polskiej amazonki

### Lewa, wspomnienie prawej (Krystyna Kofta)

Rak nie wyrok, powiadają niektórzy. Najpewniej ci, co raka nie doświadczyli. Bo jak inaczej rozumieć komunikat lekarza: „Ma pani raka”?

I wtedy pojawia się ta myśl, wrzyna się wściekle w każdą komórkę mózgu: już nic mnie nie uratuje, ani chemia, ani leki, ani modlitwy, pielgrzymi, cuda. Niech ludzie mówią, co chcą. Rak to wyrok.

Umarła babcia, umarła sąsiadka, koleżanka leży w szpitalu i też umiera.

Nie ma siły – i ja umrę. Panika. Histeria. I nagle kolejna myśl: może jednak nie jest tak groźny? Może mnie nie zje, paskudztwo... nie dam się! Więc pójdę się leczyć. Powiem im – to nie będzie wyrok! To nie mogą być ja!

### SAMOBADANIE PIERSI

**OBEJRZYJ I ZBADAJ UWAŻNIE PIERSI, STOJĄC PRZED LUSTREM I TRZYMAJĄC RĘCE KOLEJNO W KAŻDEJ Z POKAZANYCH NIŻEJ POZYCJI.**

#### OGLĄDANIE PIERSI

ręce luźno opuszczone wzdłuż ciała      ręce oparte mocno na biodrach      ręce wzniesione w górę i oparte na głowie

#### BADANIE PIERSI

trzymając palce płasko złączone i lekko naciskając, dotykaj piersi ruchem okrężnym, zgodnie z ruchem wskazówek zegara, miejscę przy miejscu, zaczynając od brodawki, a po zakreśleniu największego koła z powrotem ku środkowi

delikatnie ściskając brodawki sutkowe pomiędzy dwoma palcami obserwuj, czy ucisk nie powoduje pojawienia się wydzieliny lub krwi

**NAWET PRZY SAMODZIELNYM BADANIU PIERSI NIE LEKCEWAŹ WIZYT U LEKARZA**

# Rezonans magnetyczny piersi

Rezonans magnetyczny jest coraz szerzej stosowaną metodą w diagnostyce chorób piersi. Podstawową zaletą tej metody jest jej wysoka czułość, która w przeciwieństwie do mammografii nie zależy od budowy piersi.

Badanie to wykonuje się w określonych przypadkach, po wykorzystaniu innych metod diagnostycznych, takich jak usg i mammografia.

Zawsze badanie MR piersi ocenia się łącznie z badaniem mammograficznym i badaniami usg.

Dodatkowo pacjentki muszą spełniać pewne kryteria, które decydują o wiarygodności badania - badanie wykonuje się między 5 a 12 dniem cyklu, przed badaniem co najmniej na trzy miesiące zaleca się odstawienie hormonoterapii (nie dotyczy to pacjentek przyjmujących antyestrogeny, np. pacjentek, które na stałe przyjmują tamoxifen), badanie jest wiarygodne co najmniej 6 miesięcy po wykonywanej biopsji mammotomicznej czy gruboigłowej i co najmniej rok po zabiegu operacyjnym lub naświetlaniu.

Samo badanie polega na wykonaniu sekwencji obrazów rezonansowych przed i po dożylnym podaniu środka kontrastowego, które ocenia się morfologicznie (podobnie jak badanie mammograficzne czy usg), a więc pod kątem obecności zmian w piersiach, ich ilości, kształtu, obrysów. W następnej kolejności ocenia się sposób zachowania się zmian po podaniu środka kontrastowego. Ważne są charakter wzmocnienia, jego intensywność i dynamika podczas 1-5 minut badania po podaniu kontrastu. W miejscach zainteresowania (ROI), stosując odpowiedni program komputerowy, wykreśla się tzw. krzywe wzmocnienia, na podstawie ich kształtu



Lek. med. Anna Szalcunas

można z dużym prawdopodobieństwem zróżnicować zmiany łagodne i złośliwe. Wszystkie części badania stanowią integralną całość i są podstawą do właściwej interpretacji obrazu.

**Anna Szalcunas**  
specjalista radiologii  
i diagnostyki obrazowej

### Wskazania do badania MR piersi:

1. ocena rozległości i liczby ognisk u chorych ze stwierdzonym rakiem piersi:
  - przed operacją oszczędzającą,
  - u chorych z rakiem zrazikowym, który może być wielogniskowy i obustronny,
  - u chorych z podejrzeniem naciekania mięśnia piersiowego większego,
2. ocena piersi po wszczępieniu implantów,
3. badanie chorych ze stwierdzonymi przerzutami do węzłów chłonnych pachowych bez uwidocznienia ogniska pierwotnego,
4. monitorowanie efektów chemioterapii,
5. przypadki trudne diagnostycznie.



# Krajowy rejestr choroby Leśniowskiego-Crohna

**W ostatnich latach obserwujemy znaczący wzrost zapadalności na nieswoiste zapalne choroby jelit. Pojęcie to obejmuje wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz chorobę Leśniowskiego-Crohna. Szczególnie ta ostatnia jednostka stanowi szczególne wyzwanie dla gastroenterologów, a przede wszystkim poważny problem dla samych chorych.**

Nazwa choroby pochodzi od nazwisk dwóch wybitnych lekarzy - prof. A. Leśniowskiego z Warszawy i dr. B. Crohna z Nowego Jorku, którzy opisali tę chorobę na początku XX wieku. Choroba dotyka kobiet i mężczyzn w każdym okresie życia, z przewagą osób w wieku 20-40 lat, jest chorobą przewlekłą o nieznanej przyczynie, pogarszającą warunki życia pacjentów. Jest śródściennym, występującym odcinkowo, nieswoistym procesem zapalnym przewodu pokarmowego. Uważa się, że w rozwoju tej jednostki chorobowej uczestniczą czynniki genetyczne, środowiskowe i immunologiczne.

## Rozpoznanie choroby

Objawy choroby Leśniowskiego – Crohna (ch. L-C) zależą od lokalizacji, rozległości i stopnia zaawansowania zmian w przewodzie pokarmowym. Często pierwsze objawy są niespecyficzne,

a choroba zaczyna się skrycie, co utrudnia i często opóźnia postawienie prawidłowej diagnozy. Podwyższoną temperaturę ciała obserwuje się u około jednej trzeciej chorych. Często występuje brak łaknienia, nudności i wymioty (ok. 25% przypadków), a czasami zaburzenia łaknienia imitują jadłowstręt psychiczny. U 20-30% przypadków występuje spadek masy ciała, a nawet wyniszczenie. Bardzo charakterystyczne dla ch. L-C są zmiany okołoodbytnicze (ropnie, przetoki, szczeliny, naddatki skórne), pojawiają się one w około 15% przypadków. Przetoki mogą być zewnętrzne i wewnętrzne, pojedyncze lub mnogie i występują one w 20-40 % przypadków, zaś u pacjentów z chorobą jelita grubego w 50-80%. Wśród przetok wewnętrznych najczęstsze są połączenia między jelitem ciekim, a kątnicą, inną pętlą jelita cienkiego, esicą, pęcherzem moczowym i pochwą. Powstają one przede wszystkim u osób operowanych wcześniej z po-

wodu choroby jelita cienkiego. Przetoki zewnętrzne najczęściej umiejscowione są w okolicy okołoodbytniczej. Oprócz przetok, dochodzi do tworzenia otorbionych ropni oraz do znacznego zwężenia światła jelita z objawami niepełnej niedrożności. Natomiast ostra niedrożność jelit, masywny krwotok lub wolna perforacja prowadząca do rozlanego zapalenia otrzewnej jest powikłaniem rzadkim. U 30 % chorych w badaniu wyczuwalny jest guz w miejscu zmian patologicznych, który najczęściej jest zlokalizowany w okolicy prawego dołu biodrowego. Ponieważ w ch. L-C może dojść do zmian chorobowych w innych niż jelita częściach przewodu pokarmowego, niekiedy obserwuje się zaburzenia połykania, a zajęcie żołądka i/lub dwunastnicy imitują objawy owrzodzenia tych narządów lub zwężenie odźwiernika.

## Leczenie

Przebieg choroby L-C jelita cienkiego i/lub grubego jest wybitnie przewlekły, wieloletni, w większości przypadków przebiega z okresami zaostrzeń i remisji. Tylko u 5% pacjentów występuje jeden rzut choroby z długotrwałą remisją. Niestety jednostka ta bardzo trudno poddaje się leczeniu i to niezależnie od tego, czy zastosowano leczenie farmakologiczne, czy chirurgiczne, czasami przybiera przewlekłą agresywną postać wymagającą stałej intensywnej terapii i licznych zabiegów operacyjnych, co może prowadzić do znacznego inwalidztwa. Ostatnie szacunki podają liczbę 4-5 tysięcy chorych na ch. L-C w Polsce.

## Jak żyć z tą chorobą, gdzie szukać fachowej porady, jak i gdzie się leczyć?

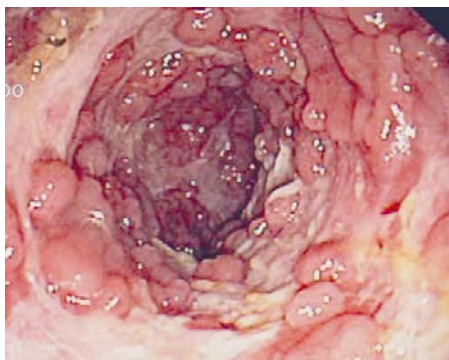
Pytają o to nie tylko pacjenci, ale także lekarze innych specjalności, którzy mają do czynienia z tą grupą chorych. Informacje, szczególnie te dostępne w sieci, w „kolorowych czasopismach” są często wrywkowe, czasem wręcz dla samego chorego niestety bardzo szkodliwe. Powyższe problemy stały się inspiracją do utworzenia Krajowego Rejestru choroby Crohna pod patronatem Konsultanta Krajowego d/s gastroenterologii prof. G. Rydzewskiej. Rejestr działa w oparciu o Ośrodki Referencyjne w Leczeniu Nieswoistych Zapalnych Chorób Jelit. Wśród nich od samego początku figuruje Oddział Gastroenterologii WSS w Olsztynie. Oceniając wstępne dane zgromadzone w czasie trwania rejestru można stwierdzić, że także na terenie Warmii i Mazur choroba Crohna jest



Dr n. med. Tomasz Arłukowicz oraz Małgorzata Urbańska pielęgniarka endoskopowa – badanie endoskopowe

dużym problemem, świadczy o tym choćby liczba ponad 100 pacjentów w rejestrze oddziału (jedna z najwyższych w całym kraju).

Dla spełnienia celów edukacyjnych Rejestr posiada własną stronę internetową ([www.chorobacrohna.pl](http://www.chorobacrohna.pl)). Strona przygotowywana jest merytorycznie przez grupę ekspertów z Ośrodków Referencyjnych pod kierownictwem Konsultan-



Obraz zmian endoskopowych aktywnej fazy choroby

ta Krajowego i jest pierwszym w Polsce kompleksowym internetowym źródłem wielostronnych informacji na temat nieswoistych zapalnych chorób jelit. Strona zawiera trzy moduły: autoryzowane informacje dla pacjentów, z listą polecanych ośrodków referencyjnych, strony dla lekarzy z aktualnościami literaturowymi i informacjami dotyczącymi tych chorób, a także Krajowy Rejestr Nieswoistych Zapalnych Chorób Jelit, rozpoczynający się od rejestru choroby Leśniowskiego-Crohna.

Jednym z wymiernych efektów powyższych działań jest finansowanie przez NFZ od 2008 roku, w ramach tzw. programów terapeutycznych nowoczesnego leczenia pacjentów z chorobą L-C obejmującego stosowanie budesonidu i preparatów biologicznych: infliksimabu i adalimumabu.

Pacjenci dotknięci chorobami zapalnymi jelit także organizują się, przykładem godnym polecenia może być Polskie To-



Obraz rtg zmian w chorobie L-C

warzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita” (strona internetowa: <http://nzj.iimcb.gov.pl>). Prowadzi ono wszechstronną działalność, mającą na celu pomoc chorym na nieswoiste zapalenia jelit: konsultacje specjalistyczne, psychologiczne, prawnicze, wyjazdy integracyjne i rehabilitacyjne, działalność wydawnicza (własny kwartalnik, poradniki).

**dr n. med. Tomasz Arłukowicz**  
ordynator oddziału gastroenterologii

## „Szlachetne” bakterie – probiotyki

**Tuż po narodzinach układ pokarmowy jest „sterylny”, ale wkrótce potem rozwija się w nim mikroflora, która stopniowo zmienia się pod wpływem szeregu różnych czynników, takich jak sposób porodu, żywienie niemowlęcia, przyjmowanie antybiotyków i wiek.**

W przewodzie pokarmowym zdrowego człowieka znajduje się ogromna liczba bakterii należących do 400-500 różnych gatunków. Kwas solny w żołądku i kwasy żółciowe w jelicie cienkim hamują rozwój bakterii. Nieco lepsze warunki ich rozwoju występują w końcowym odcinku jelita cienkiego, dopiero jednak w jelicie grubym osiągają one ogromną liczbę 1 biliona w 1 g treści jelita. Mikroflora jelitowa jest pożyteczna, bierze bowiem udział w trawieniu niektórych składników pokarmowych, a jednocześnie wytwarza niektóre witaminy, a szczególnie witaminy K i B12. Inne korzystne efekty związane z obecnością mikroflory jelitowej to np. udział w metabolizmie kwasów żółcio-

**Probiotykami** nazywamy mikroorganizmy, które – przyjmowane we właściwych ilościach – mają korzystny wpływ na zdrowie. Większość mikroorganizmów probiotycznych należy do rodzaju *Lactobacillus* (pałeczka kwasu mlekowego), którego przedstawiciele odgrywają ważną rolę w jelitowej florze bakteryjnej zdrowego człowieka w każdym wieku.

wych i cholesterolu, tworzenie bariery dla bakterii chorobotwórczych, stabilizowanie przepuszczalności śluzówki jelitowej, regulacja proliferacji i różnicowania się komórek nabłonka jelita grubego (kolonocytów), działanie bakteriostatyczne i bakteriobójcze w stosunku do bakterii szkodliwych.

Jednak tak naprawdę jedynymi dolegliwościami, z którymi probiotyki naprawdę skutecznie walczą, są wrzody żołądka i biegunka.

— *Bakterie fermentacji mlekowej rozwijając się w przewodzie pokarmowym człowieka zakwaszają środowisko i tym samym hamują rozwój bakterii gnilnych* — mówi Elżbieta Michałowska, kierownik Zakładu Bakteriologii WSS w Olsztynie. — *Do czynników prowadzących do zakłócenia równowagi mikroflory jelitowej należą: terapia antybiotykowa, także terapia radiacyjna, stresy, niewłaściwa dieta.*

Należy ponadto dodać, że wszystkie fermentowane napoje mleczne, niezależnie od użytej do ich wyrobu mikroflory, są doskonałym źródłem wyjątkowo do-

brze przyswajalnego wapnia i białka o wysokiej wartości biologicznej, licznych witamin i wielu innych składników. Wprawdzie bakterie kwasu mlekowego wykorzystują niektóre witaminy, to jednak więcej ich syntetyzują i w efekcie końcowym profil zawartości witamin w mlecznych napojach fermentowanych jest zwykle korzystniejszy niż w mleku.

W przemysłowej produkcji wyrobów mlecznych, w której wykorzystuje się fermentację mlekową, a więc: w mlecznych napojach fermentowanych (jogurt, kefir czy zwykłe mleko fermentowane – „zsiadłe”), twarogach, serach, śmietanie i otrzymanywanego z niej masła, nie można polegać na przypadkowych bakteriach kwasu mlekowego znajdujących się w surowym mleku. Przy wyrobie tych produktów stosowane są specjalnie wyselekcjonowane „szlachetne” szczepy tych bakterii. Dodawane są one do uprzednio spasteryzowanego mleka lub śmietanki. Zakwas stosuje się coraz częściej w formie wysuszonej lub zamrożonej biomasy bakteryjnej.

**meg**



# Rozprawa o bólu

**Ból jest doznaniem towarzyszącym ludzkości od zarania dziejów. Towarzyszy każdemu od chwili narodzin aż do śmierci. Mimo wszechobecności bólu, ściśle związanego także z pierwszym okresem rozwoju medycyny, próby jego łagodzenia długo nie zadowalały najbardziej zainteresowanych – pacjentów.**

W czasie zabiegu operacyjnego do zmniejszania dolegliwości bólowych używano wyciągów z korzenia mandragory lub akonityny, jednakże bardzo często, dopiero utrata przytomności wywołana bólem przerywała cierpienia. Wprowadzenie przez Mortona eteru na sale operacyjne w 1846 roku, rozpoczęło okres nowożytnej medycyny zabiegowej – operacje przeprowadzane w ciszy, bez krzyku operowanych pacjentów. Wiele pokoleń badaczy poszukiwało technik umożliwiających coraz bardziej bezpieczne przeprowadzenie chorego przez okres śródoperacyjny. Po udanym zabiegu, sprawą marginalną było

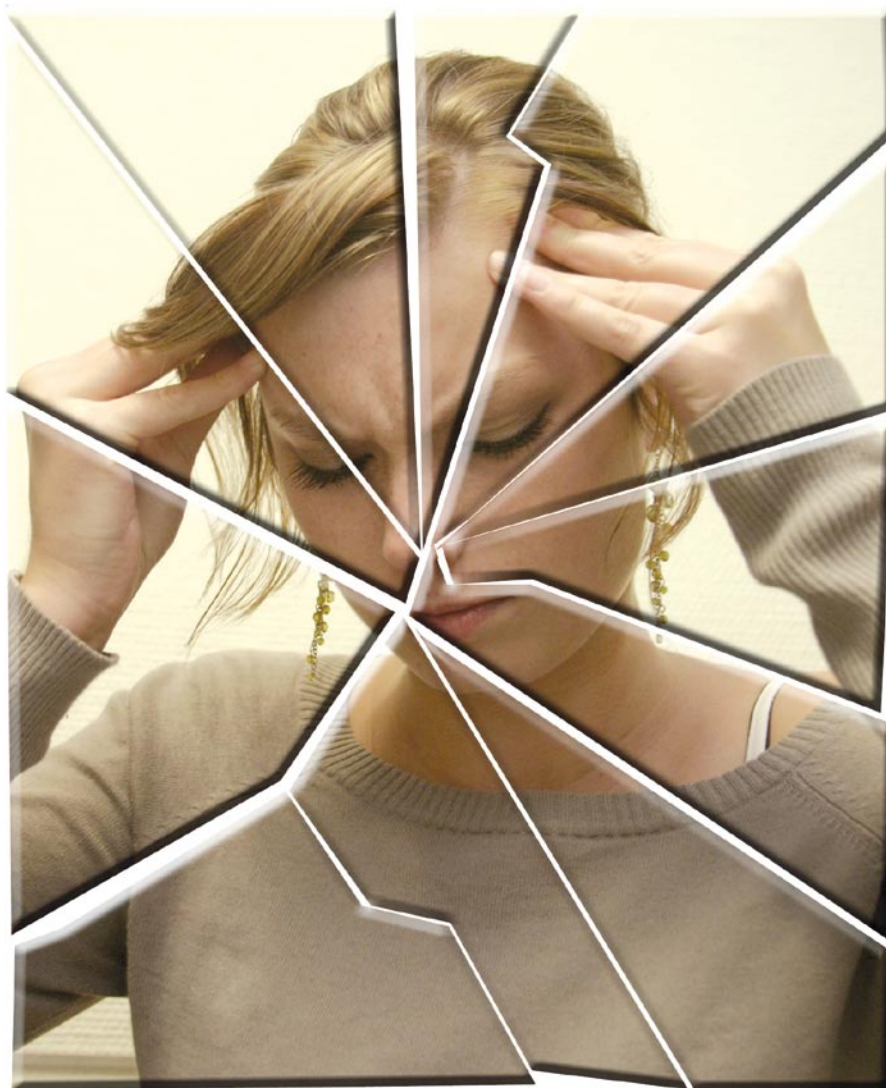
prowadzenie adekwatnej kontroli bólu pooperacyjnego. Dopiero pojawienie się prac podkreślających wpływ analgezji pooperacyjnej na zmniejszenie śmiertelności okołoperacyjnej, a także zrozumienie mechanizmów towarzyszących ostremu bólowi, zmieniło sposób postrzegania znaczenia uśmierzania bólu pooperacyjnego. Oprócz głębokiej wartości humanitarnej pomagania cierpiącemu, analgezja pooperacyjna jest formą kontynuowania terapii rozpoczętej w trakcie zabiegu operacyjnego. Ma na celu zmniejszenie ilości powikłań i skrócenie czasu pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym. Mimo coraz

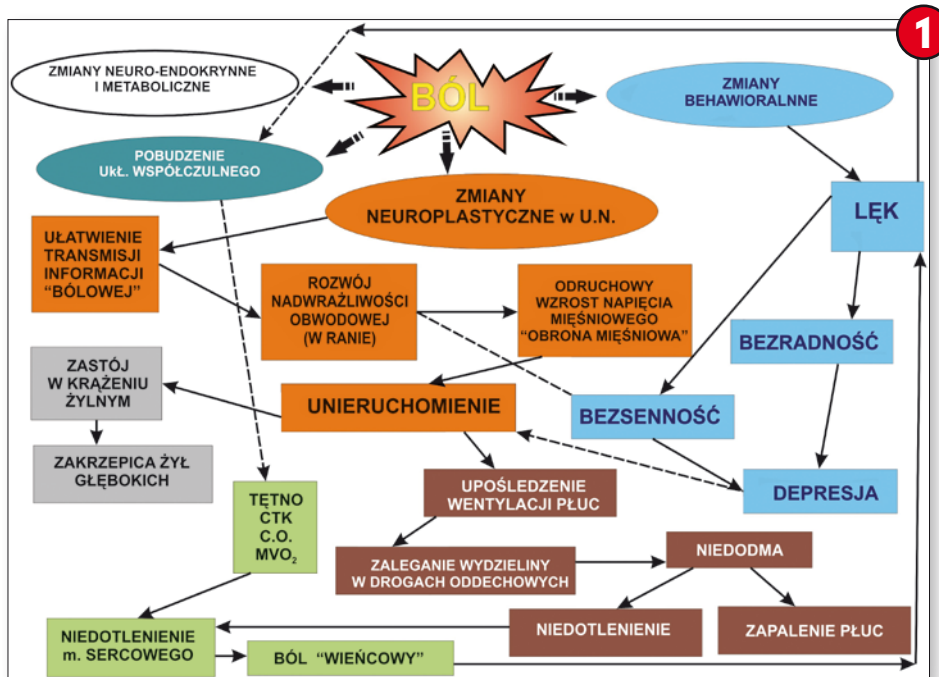


*dr n. med. Dariusz Onichimowski*

większego zainteresowania poprawą komfortu okołoperacyjnego, nadal u ponad połowy pacjentów łagodzenie bólu po operacji jest niewystarczające. Ból staje się powodem niepotrzebnego cierpienia, pomimo, że współczesna wiedza i metody terapeutyczne umożliwiają skuteczne jego uśmierzanie.

W 1979 roku Komitet Taksonomii Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu zdefiniował ból jako: nieprzyjemne zmysłowe i emocjonalne odczucie wywołane przez istniejące lub też potencjalnie zagrażające uszkodzenie tkanek/narządów, odczucie, któremu towarzyszy autonomiczna, emocjonalna i behawioralna odpowiedź ustroju. Ból ze względu na miejsce powstawania dzielimy na: receptorowy – powstały w wyniku podrażnienia receptorów bólowych oraz niereceptorowy – powstały w następstwie uszkodzenia struktur układu nerwowego (pnie nerwowe, korzenie nerwowe, szlaki w rdzeniu kręgowym), lub pojawiający się bez towarzyszącego uszkodzenia tkanek, a tylko odnoszony przez chorego do takiego uszkodzenia (ból psychogeny). Ze względu na rodzaj bodźca wywołującego stymulację bólową wyróżniamy ból fizjologiczny i kliniczny. Ból fizjologiczny powstaje w wyniku działania bodźców niepowodujących uszkodzenia tkanek. Ból kliniczny natomiast powstaje w następstwie działania bodźców uszkadzających tkanki. Na skutek rozwoju reakcji zapalnej w uszkodzonym obszarze dochodzi do powstania nadwrażliwości związanej ze zmianą właściwości pierwotnych zakończeń nerwowych (tzw. sensytyzacja obwodowa). Bodźce, do tej pory obojętne, podprogowe stają się zdolnymi do gene-





1 humanitarnej przesłanki uśmierzenia ostrego bólu, postępowanie przeciwbólowe jest konieczne do zahamowania rozwoju całej kaskady patofizjologicznych procesów w ustroju. (rys. 1 i 2)

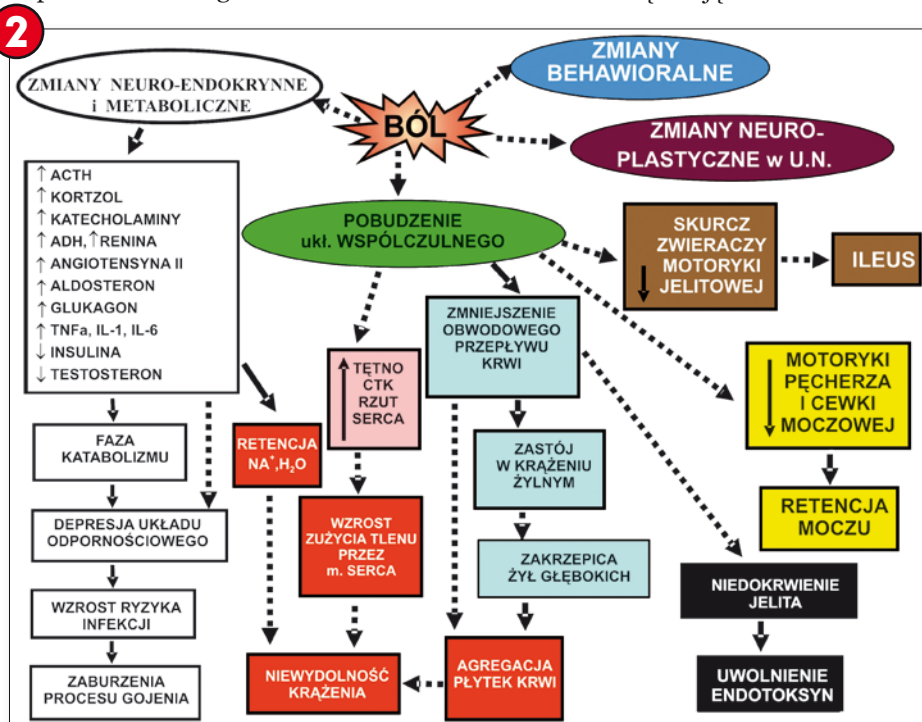
Ze względu na fakt, że odczuwany przez pacjenta ból o dużym nasileniu wywołuje niekorzystne zmiany w układzie nerwowym, obniżające tolerancję pacjenta na ból, w chwili obecnej zaleca się stosowanie tak zwanej analgezji protekcyjnej, czyli terapii przeciwbólowej ochraniającej pacjenta przez cały czas, kiedy może się pojawić stymulacja bólowa. Oznacza to, że leki przeciwbólowe stosowane są już przed operacją, gdy schorzenie z powodu, którego pacjent jest operowany wywołuje ból (np. złamania, zwyrodnienia stawowe). Przeciwbólowe leczenie w bezpośrednim okresie okołoperacyjnym rozpoczynane jest już przed przewiezieniem pacjenta na blok operacyjny tak, aby stymulacja bólowa, która pojawi się w trakcie zabiegu była hamowana przez obecne już w organizmie pacjenta leki przeciwbólowe. W trakcie operacji siłą działania leków przeciwbólowych oraz drogę ich podaży dostosowuje się do rodzaju i rozległości zabiegu oraz indywidualnych uwarunkowań związanych z pacjentem (grupa wiekowa, choroby towarzyszące, przyjmowane leki, konstytucja emocjonalna). Prawidłowy dobór analgetyków w trakcie operacji jest niezmiernie istotny i ma wpływ na nasilenie dolegliwości bólowych także po zabiegu. Część leków stosowanych do znieczulenia ogólnego może wykazywać działanie zwiększające ból. Efekt ten

rowania potencjałów czynnościowych. Przedłużająca się stymulacja bólowa wywołuje także zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (tzw. sensytyzacja ośrodkowa). Zjawiska te manifestują się obniżeniem progu bólowego, wzrostem odpowiedzi na stymulację bólową zarówno w ranie operacyjnej, jak i w otaczających nieuszkodzonych tkankach, występowaniem bólów spontanicznych, a także występowaniem bólu rzutowanego. Ból pooperacyjny jest formą bólu klinicznego, tzn. bólu odczuwanego po uszkodzeniu tkanek.

spieszenie akcji serca, wzrost rzutu serca, wzrost przepływu mózgowego) oraz oddychaniu (przyspieszenie i pogłębienie oddechów). Są one określane mianem atawistycznych i celem ich jest przystosowanie organizmu do działań o charakterze „walki lub ucieczki”. Jednakże utrzymywanie się tych zmian przez dłuższy czas, jak i fakt, że ostry ból jest jednym z istotnych czynników generujących odpowiedź ustroju na uraz sprawia, iż pomimo korzystnego dla ustroju działania stymulacji bólowej w początkowym okresie rozwoju choroby, jej utrzymywanie się (np. brak skutecznego uśmierzenia bólu po operacji) jest przyczyną występowania wielu powikłań. Dlatego też niezależnie od

Biologiczna funkcja bólu ostrego związana jest z jego ostrzegawczo-ochronnym działaniem. Przemijający ostry ból fizjologiczny pojawi się wtedy gdy np. dotkniemy gorącego przedmiotu, naszą natychmiastową reakcją jest usunięcie się z obszaru zagrożenia w obawie przed uszkodzeniem. Natomiast w przypadku urazów obejmujących głębokie struktury somatyczne (skręcenia, złamania) towarzyszący im ból wymusza ograniczenie aktywności, a towarzysząca bólowi nadwrażliwość dodatkowo eliminuje wszelkie kontakty, przez co zmniejsza się potencjalne ryzyko dalszego uszkodzenia. Podobnie ostry ból pojawiający się w przebiegu chorób narządów wewnętrznych pełni funkcję czynnika ostrzegawczego i niejednokrotnie jest pierwszym objawem nakłaniającym chorego do kontaktu z lekarzem.

Ostry ból, występujący w czasie uszkodzenia lub choroby inicjuje odpowiedź ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Reakcje te dotyczą przede wszystkim zmian w krążeniu (przy-



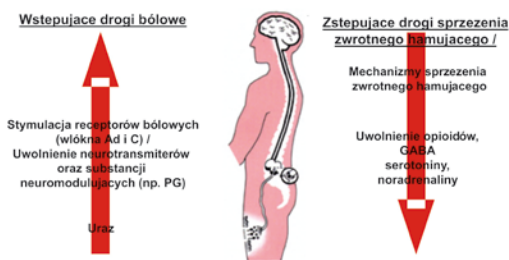
### USMIERZANIE FARMAKOLOGICZNE POP

Klasyfikacja

- Leki nieopioidowe
  - Paracetamol
  - Metamizol
  - Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ): ketoprofen, piroxicam, diclofenac
- Opioidy
  - Słabo działające opioidy: tramadol
  - Silnie działające opioidy: morfina, fentanyl, remifentanyl, buprenorfina
- Leki miejscowo znieczulające
  - Lidokaina, bupiwakaina, ropiwakaina, etc...

3

### PATOFIZJOLOGIA BÓŁU



1. Na podstawie: Bonica JJ Postoperative pain [w:] Bonica JJ, ed. Postępowanie z bólem. Filadelfia: Lea i Febiger; 1998: 159-17

4

może być zniwelowany poprzez odpowiedni dobór technik anestezjologicznych. W okresie pooperacyjnym terapia przeciwbólowa jest kontynuowana tak, aby dolegliwości bólowe odczuwane przez pacjenta były niewielkie zarówno w spoczynku, jak też w trakcie usprawniania.

Drugą podstawową zasadą leczenia przeciwbólowego jest zastosowanie tak zwanej terapii polimodalnej, czyli terapii opartej na stosowaniu leków z różnych grup farmakologicznych różnymi drogami. Postępowanie takie umożliwia zwiększenie efektywności leczenia przy zastosowaniu niższych dawek leków, a tym samym prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych jest istotnie mniejsze. (rys. 3 i 4)

Ilość leków dostępnych w szpitalu oraz zakres metod pozwalających na zminimalizowanie odczuwania bólu w okresie okołoperacyjnym w chwili obecnej jest bardzo szeroki. (rys.5) Zdarza się jednak, że leczeni przez nas pacjenci są nieświadomi możliwości ich zastosowania. Stąd niezmiernie istotne jest prawidłowe i pełne informowanie pacjenta o możliwościach usmierzenia bólu i ewentualnych działaniach niepożądanych.

Aby móc efektywnie zwalczać dolegliwości bólowe bardzo istotne jest określanie jego nasilenia. Dlatego też już w 1995 roku Amerykańskie Towarzystwo Bólu uznało ból za piąty parametr życiowy, który powinien być oceniany

który pozwoliłby na obiektywną ocenę bólu, dlatego też pomiar natężenia dolegliwości jest pomiarem subiektywnym, opartym na przekazanych personelowi odczuciach pacjenta. Stosowane metody pomiaru są bardzo proste i możliwe do użycia praktycznie u wszystkich pacjentów. (rys.6) Nasilenie bólu pooperacyjnego należy oceniać kilka razy w ciągu dnia, zarówno w spoczynku, jak i w warunkach dynamicznych (kaszel, ruch). Bardzo ważną jest poprzedzona współpracą pacjenta w zakresie prawidłowego informowania personelu medycznego o nasileniu bólu i ewentualnych działaniach niepożądanych.

Efektywne uwolnienie pacjenta od bólu jest niezmiernie istotną częścią leczenia operacyjnego. Jego podstawowym celem jest nie tylko stworzenie chorem subiektywnego komfortu, ale także ułatwienie procesu zdrowienia. Prawidłowe leczenie przeciwbólowe zmniejsza ryzyko wystąpienia groźnych



Ból pooperacyjny jest formą bólu klinicznego

z takim samym zaangażowaniem jak ciśnienie tętnicze, temperatura czy częstość akcji serca. W chwili obecnej nie ma żadnego parametru, dla życia powikłań i skraca pobyt pacjenta w szpitalu. W znaczący sposób zmniejsza także ryzyko przekształcenia się bólu pooperacyjnego w tak zwany ból przetrwały lub przewlekły. Aby leczenie przeciwbólowe było zadowalające oprócz zaangażowania personelu niezbędna jest także współpraca pacjenta.

dla życia powikłań i skraca pobyt pacjenta w szpitalu. W znaczący sposób zmniejsza także ryzyko przekształcenia się bólu pooperacyjnego w tak zwany ból przetrwały lub przewlekły. Aby leczenie przeciwbólowe było zadowalające oprócz zaangażowania personelu niezbędna jest także współpraca pacjenta.

**dr n. med. Dariusz Onichimowski**  
ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii

5

### Polskie wytyczne postępowania w leczeniu bólu pooperacyjnego

<p><b>Procedura chirurgiczna</b></p> <p><b>Niewielki uraz tkanek VAS&lt;4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zabiegi na powłokach</li> <li>• Ograniczone zabiegi ortopedyczne</li> <li>• Niewielkie zabiegi ginekologiczne</li> </ul> <p>• paracetamol lub metamizol + ketoprofen</p> <p>• Infiltracja rany pooperacyjnej LMZ</p>	<p><b>Mierny uraz tkanek VAS&gt;4, ból do 3 dni</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zabiegi w obrębie jamy brzusznej bez naruszenia ciągłości przew. pok.</li> <li>• Zabiegi ortopedyczne</li> <li>• Zabiegi ginekologiczne</li> <li>• Zabiegi urologiczne</li> <li>• Zabiegi neurochirurgiczne</li> </ul> <p>• paracetamol lub metamizol + ketoprofen</p> <p>• Dodatkowe małe dawki opioidów (NCA lub PCA)</p> <p>• Infiltracja rany pooperacyjnej LMZ i/lub blokada</p>	<p><b>Znaczny uraz tkanek VAS&gt;4, dłużej niż 3 dni</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zabiegi w obrębie jamy brzusznej z otwarciem jamy otwartej</li> <li>• Zabiegi ortopedyczne: Międniczy, klatki piersiowej i kregosłupa</li> </ul> <p>• Opioid dożylnie (metoda miareczkowania lub PCA)</p> <p>• Ciągłe znieczulenie ZZ lub PP lub blokada</p>	<p><b>Rozległy uraz tkanek VAS&gt;6, dłużej niż 7 dni</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zabiegi w obrębie więcej niż jednej jamy ciała</li> <li>• Zabiegi rekonstrukcyjne po urazach</li> </ul> <p>• Opioid dożylnie (metoda miareczkowania lub PCA)</p> <p>• Skojarzony z paracetamolem lub metamizolem</p> <p>• Ciągłe znieczulenie ZZ lub PP lub blokada</p> <p>• Rehabilitacja i fizjoterapia</p>
---	--	--	--

**Sposoby leczenia**

J. Dobrzyński, E. Mayzner-Zawadzka, L. Drobnik, K. Kusza, J. Woron, J. Wordliczek, BJ 2008

6

### OCENA NASILENIA BÓLU POOPERACYJNEGO

- Powszechnie stosowane skale oceny nasilenia bólu<sup>1-4</sup>:
  - Visual analogue scale (VAS) – Skala wzrokowo-analogowa: od 0 do 100 mm, 0 = brak bólu, 100 = najsilniejszy możliwy ból
  - Numerical Rating Scale (NRS) – Skala oceny numerycznej: od 0 do 10, 0 = brak bólu, 10 = najsilniejszy możliwy ból
  - Verbal Rating Scale (VRS) – Skala oceny werbalnej: skala 4-punktowa, 0 = brak bólu, 1 = łagodny ból, 2 = umiarkowany ból, 3 = silny ból
  - Skala bólu Faces Pain Scale: 😊 😐 😞 😡
- Wybór skali oceny nasilenia bólu zależy od wieku pacjenta, jego zdolności komunikacyjnych lub innych, swoistych okoliczności.

1. Langlade A. W: Douleur. Ed. Maloine 1997: 209-11  
2. Bourau F i wsp. Douleurs aigues, chroniques, soins palliatifs. Ed. Mad-line 2001: 142-44  
3. SFAR. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et chez l'enfant. Ann Fr Anesth Reanim 1998; 17: 445-61  
4. ANAES. Service des Recommandations et Références Professionnelles. 1999: 76-78.



# Hu, hu, ha! Hu, hu, ha! Nasza zima zła!

O zimie, złamaniach kości oraz o tym, jak ważna jest aktywność fizyczna rozmawiamy z dr. Antonim Kołakowskim ordynatorem oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej.

— **Chociaż zimy w naszym kraju są coraz cieplejsze nie możemy zapominać o niebezpieczeństwie, jakie ze sobą niosą. Oblodzone jezdnie i chodniki oraz nieusuwany z nich śnieg mogą być przyczyną wielu urazów. Czy lekarze ortopedzi mają zimą więcej pracy?**

— Początek zimy, pierwsze przymrozki, śliskie ulice, to okres gdy trafia do szpitala, szczególnie do szpitalnego oddziału ratunkowego, większa liczba pacjentów. Najczęstsze złamania to złamania kości promieniowej w „miejscu typowym”, skręcenia w stawie skokowym, złamania kostek bądź inne skręcenia i wykręcenia stawów. Ponadto, częściej zdarzają się złamania charakterystyczne dla wieku podeszłego, w szczególności złamania w okolicy stawu biodrowego.

— **Co powinna zrobić osoba, która jest świadkiem urazu? Jakiej pomocy powinna udzielić poszkodowanemu?**

— To zależy od doświadczenia osoby udzielającej pierwszej pomocy, bo czasem zbyt duże zaangażowanie i chęć postawienia poszkodowanego na nogi może doprowadzić do jeszcze większych powikłań. Duże znaczenie ma oczywiście rodzaj urazu. Jeżeli jest to uraz nadgarstka należy osobie, która uległa urazowi pomóc wstać, rękę przyłożyć do ciała lub zawiesić ją na szaliku. Gdy mamy do czynienia z urazem stawu biodrowego, albo urazem stawu skokowego, z widoczną deformacją kończyny, należy wezwać pogotowie.

— **Nie każdy upadek kończy się urazem. Co świadczy o tym, że trzeba udać się do lekarza?**

— Gdy po upadku odczuwamy ból nasilający się przy każdej próbie ruchu, gdy widzimy obrzęk, zaczerwienienie, wylew lub deformację kończyny, należy udać się do lekarza. Jeżeli czynne jest

ambulatorium chirurgiczne, to tam powinniśmy szukać pomocy, poza godzinami pracy ambulatorium powinniśmy się udać do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego.

— **Niemalże każde złamanie kości, zwichnięcie stawu lub poważne skręcenie wymaga unieruchomienia. O czym powinna pamiętać osoba, która nosi gips?**

— W początkowym okresie po założeniu unieruchomienia należy starać się utrzymać elewację kończyny. To znaczy, że w przypadku złamania przedramienia należy trzymać nadgarstek tak, aby był ustawiony wyżej niż łokieć, gdy uraz dotyczy stawu skokowego, stopę należy trzymać wyżej niż kolano i bio-



zrost, czy wygojenie urazu. Są ustalone odpowiednie okresy, podczas których goją się skóra, mięśnie, więzadła i kości. Np. okres zrostu kości promieniowej to 4 tygodnie. Dlatego termin zdjęcia gipsu zależy od rodzaju urazu. Zawsze po usunięciu unieruchomienia, gdy złamane były kości, robi się zdjęcie rtg i lekarz podejmuje decyzję o dalszym leczeniu. Dlatego nie należy samodzielnie zdejmować gipsu, bo w przypadku nie wygojenia się urazu/złamania może dojść do wtórnego przemieszczenia odłamów.

— **Kończyna, z której zdjęto unieruchomienie, nie jest tak sprawna jak przed urazem. Co powinniśmy robić, aby jak najszybciej wrócić do pełnej sprawności fizycznej?**

— W zależności od rodzaju złamania lekarz decyduje jakie czynności pacjent powinien wykonywać, żeby usprawnić kończynę. Zaleca odpowiednie ćwiczenia, jednak często dalsze leczenie odbywa się w poradni rehabilitacyjnej lub dziale fizjoterapii. Na decyzję lekarza ma wpływ wiek pacjenta, jego zaangażowanie w proces leczenia, a nawet możliwość dojazdu do ośrodków rehabilitacyjnych.

— **Czy możemy jakoś przeciwdziałać złamaniom kości?**

— Aktywność fizyczna oraz odpowiednia kondycja ciała wpływa na ogólną sprawność organizmu, dzięki czemu również kości są wzmocnione. Ponadto jesteśmy sprawniejsi i łatwiej możemy zapanować nad upadkiem. Z wiekiem nasze kości stają się bardziej kruche, dlatego ludzie starsi muszą słuchać komunikatów radiowych i telewizyjnych i podczas gołoledzi nie wychodzić z domu. Powinni też pamiętać o lasce, nie wstydzić się jej, bo może ona uchronić od niejednego upadku.

— **Dziękuję za rozmowę.**

core

## Z kart historii...

*Urazy kości leczono już w starożytności. Nieustanne wojny prowadzone w tym okresie były przyczyną powstawania licznych uszkodzeń narządu ruchu. Wówczas odkryto korzyści unieruchomienia w leczeniu urazów. Do tego celu używano różnorodnych łupek, bandaży nasączonych krochmallem lub woskiem.*

*W starożytnym Egipcie stosowano tkaniny przesycone żywicą, woskiem, mąką i bliżej nieokreślonymi substancjami, mającymi właściwości twardnienia. Lekarze arabscy wykorzystywali opatrunki moczone w wapnie i białku jaj.*

dro. Ponadto należy wykonywać ruchy dystalnymi częściami kończyn (jest to część złamanej kończyny, która nie jest zagipsowana) np. palcami. Wtedy nasze mięśnie, chociaż są w unieruchomieniu, pracują, a lepszy przepływ krwi zapobiega obrzękom i wpływa na prawidłowy wzrost kostny. Ćwiczeń nie należy wykonywać tylko wtedy, gdy zakaże ich lekarz. Pamiętajmy, że ruch jest warunkiem życia.

— **Kiedy można zdjąć gips?**

— Gips powinno się zdejmować tylko wtedy, gdy zostanie potwierdzony

# Zrozumieć istotę cierpienia

**Minął listopad, miesiąc, który w naszym kraju rozpoczyna się głęboką refleksją nad życiem i śmiercią. Spotkania z rodziną, wspomnienia o tych, którzy już odeszli sprawiają, że zastanawiamy się nad odwiecznymi pytaniami: skąd przybywamy, kim jesteśmy, dokąd idziemy, zawartymi w obrazie Paula Gauguina. Przypominają nam one o przemijaniu, którego częścią jesteśmy.**

Człowiek od zawsze wewnątrz, głęboko buntuje się przeciw śmierci. Ten bunt wyraża na różne sposoby. Widzimy ten bunt w reklamach rozmaitych kosmetyków: te usuwają zmarszczki, tamte siwe włosy, te pomagają spalać tłuszcz. Dają one nam złudzenie: wyglądam młodziej, więc śmierć jeszcze mi nie grozi... Wiemy jednak, że wiek nie jest żadną gwarancją; każdy z nas słyszał i czytał o młodych ludziach, którzy zginęli w rozmaity sposób...

Ponieważ śmierć jest fragmentem życia, to zaakceptowanie jej nieuchronności staje się konieczne dla wszystkich ludzi. Jakość całego naszego życia zależy od umiejętności przechodzenia przez proces utraty i żałoby. Nikt nie jest w pełni przygotowany na stratę kogoś ukochanego. Można raczej być pewnym, że śmierć niezmiennie wywołuje nagły i głęboki wstrząs, nawet wtedy, gdy jest oczekiwana. Jednak ci, którzy pozostają, muszą stawić czoła ważnym decyzjom, wstrząsowi, który poraża i paraliżuje oraz niezwykle silnym emocjom. Tak właśnie zaczyna się cierpienie i żalność osieroconych. Jest to zatrzymanie się nad dramatycznym wydarzeniem, ignorujące całkowicie lub częściowo fakt, że życie toczy się dalej i że trzeba nauczyć się żyć na co dzień bez obecności bliskiej osoby. Do tej pory cała uwaga przyjaciół i rodziny skoncentrowana była na osobie umierającej. Teraz ci,

których ta śmierć najboleśniej zraniła, potrzebują uwagi i troski. Kryzys jest tym wyraźniejszy, im bardziej utrata jest niespodziewana i tym dotkliwszy, im mocniejszym uczuciem darzyliśmy osobę zmarłą. Realizm straty jest dla większości trudny do zaakceptowania: wyrażanie smutku przepełnione jest boleścią i niepokojem. Różni się pod względem intensywności i czasu trwania, liczonego w miesiącach lub latach.

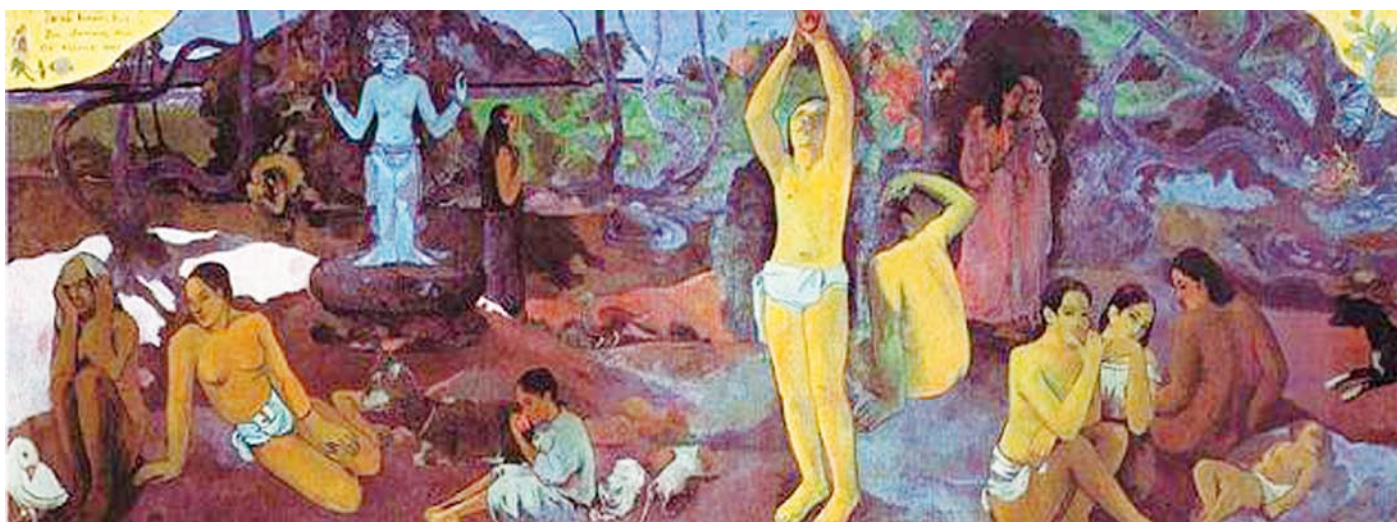
***Najważniejsze to mieć czas, umieć słuchać i wyrażać swoje zrozumienie dla tego, co rozmówca przeżywa.***

Psychiczny ból, jakiemu muszą podołać ci, którzy przetrwali, zawiera takie uczucia, jak rozpacz, lęk, samotność. Reakcją emocjonalną na stratę jest żal, smutek, rozpacz, cierpienie, bezradność, bezsilność, gniew, poczucie winy i wstydu, zagubienie i niepewność. Następuje naruszenie poczucia tożsamości (kim jestem?), naruszenie sensu i celu życia (po co żyję? jak mam teraz żyć?), naruszenie poczucia własnej wartości (...nie znacę). Są to normalne reakcje w obliczu straty.

Możemy oswoić swój lęk przed śmiercią, poprzez przemyślenia swojego procesu

odchodzenia, czytanie literatury na temat śmierci, filozofię itp. Przyczyni się to wówczas do lepszego zrozumienia procesu przeżywania smutku, jakim jest żaloba. Dotyczy to doświadczeń własnego przeżywania straty, radzenia sobie z okazywaniem i przeżywaniem własnych silnych emocji oraz wyznawanych postaw religijnych lub ateistycznych. W tej trudnej sytuacji często potrzebna jest pomoc kogoś innego, kogo żaloba nie dotyczy, na przykład kogoś z dalszej rodziny, znajomych. Niekiedy indywidualne potrzeby osób osieroconych są tak duże, iż potrzebna jest profesjonalna pomoc terapeuty. Zrozumienie symptomów oraz poznanie przebiegu całego procesu doznawania smutku i żalu sprzyja redukcji lęku, który w nas budzi zupełna utrata kontroli nad własnym życiem. Równie istotnym jest powrót nadziei i ufności, że przyszłość znów kiedyś przyniesie radość, a straszne cierpienie pewnego dnia zniknie.

Próby tłumienia uczucia żalu i bólu niosą pewne niebezpieczeństwo i mogą doprowadzić do choroby i rozstroju emocjonalnego. Co gorsza, nieprzeżywanie swoich uczuć, blokuje nas i nie daje szansy na przemianę i rozwój. Jednym z najważniejszych elementów udzielenia pomocy jest umiejętność nawiązania kontaktu zwłaszcza w sferze emocjonalnej. Pomoc udzielana osobie lub rodzinie w żałobie zależy od:



„Skąd przybywamy, kim jesteśmy, dokąd idziemy?” Paul Gauguin

wiedzy o procesach psychologicznych osoby przeżywającej stratę, wiedzy o swoich reakcjach na stratę oraz szeroko pojętych własnych umiejętnościach porozumiewania się.

cie). Im więcej wiadomo o okolicznościach straty w życiu rozmówcy, tym łatwiej będzie nam określić w jakiej fazie swojej żałoby on pozostaje. Nie każdy będzie potrzebował wylewać przed

Nie przeszkadzajmy mówiącemu np. kończąc zdanie za niego, nie obawiajmy się pytań. Nie pytajmy więc, co mogę zrobić, po prostu to róbmy. Człowiek cierpiący nie jest w stanie się zastanawiać nad tym, jakie jego potrzeby powinny zostać zaspokojone. Nakłonienie go do współpracy (pobudzenie do życia) jest bardzo trudne.

### Łatwiej udzielić pomoc jeżeli znamy fazy przeżywania żałoby, a są to:

**Faza I – szoku** (godziny – kilka tygodni) – może to być płacz, krzyk ale również może to być odrętwienie, bezruch, niemożliwość wyrażenia jakichkolwiek uczuć. Próbuujemy czasami zaprzeczyć temu co się wydarzyło, wypieramy fakty.

**Faza II – uświadomienie sobie straty** (od kilku do kilkunastu tygodni) – występuje wówczas sprzeciw, niezgoda, żal, czasami złość, poczucie winy (uzasadnione lub nie) związane z osobą zmarłą. W emocjach pojawiają się smutek, cierpienie, żal i powiązane z nimi wybuchy płaczu. Może wystąpić złość kierowana do losu, ludzi, którzy temu wydarzeniu nie zapobiegli lub się do niego przyczynili, a czasami do samej osoby, która zmarła. Fizyczne i fizjologicznie występują kłopoty ze snem, z apetytem, zaburzenia krążenia, dolegliwości gastryczne.

**Faza III – faza dezorganizacji** (od kilku tygodni do wielu miesięcy) – przeplatają się emocje: smutek i rozżalenie, mieszają się z lękiem (aż do ataku paniki) i gniewem. Dominuje bezradność wobec spraw normalnego życia, poczucie utraty sensu życia. Sprawy związane ze zmarłym stale są rozważane. Funkcjonujemy jak w hibernacji. Trudno jest nam zmobilizować się do jakiegokolwiek aktywności, występuje spadek zainteresowań, chwiejność uczuć i postaw. Czasami stan ten może przerodzić się w depresję. W fazie tej pojawia się spadek odporności, mogą zaostrzyć się objawy chorób przewlekłych lub pojawić nowe schorzenia.

**Faza IV – faza reorganizacji** – to czas stopniowego powracania do normalnego funkcjonowania i reagowania. Nieobecność osoby zmarłej zaczyna być traktowana jako zdarzenie realne i nieodwracalne. Stare wzorce zachowania albo są przystosowywane do nowej sytuacji, albo zastępowane nowymi. Emocje wyciszają się. Realny staje się powrót do różnych aktywności i relacji.

Może się jednak okazać, że w okolicy pierwszej rocznicy śmierci, Święta Zmarłych, imienin, pierwszych Świąt bez osoby zmarłej itd. nastąpi czasowy powrót do fazy III. Taki nawrót zaliczany jest do normalnego, prawidłowego przebiegu żałoby. Jest wiele sposobów, by pomóc osieroconym, szczególnie tuż po śmierci bliskiej im osoby. Warto w takiej sytuacji przypomnieć sobie własne straty poniesione w życiu i zanalizować uczucia wtedy przeżywane. Sięgnąć do wspomnień i wydobyć jakie zachowania innych ludzi pomagały nam w tamtej sytuacji. Przywołać swoje zachowania wobec osób, które przeżywały żałobę i przyjrzeć się sobie w relacjach z nimi (co sprawiło trudność w takim kontak-

nami żył lub będzie chciał opowiadać o poniesionej stracie. Nie musimy również znać odpowiedzi na wszystkie pytania emocjonalne, duchowe i życiowe rozmówcy. Najważniejsze to mieć czas, umieć słuchać i wyrażać swoje zrozumienie dla tego, co rozmówca przeżywa. Ważne jest, aby pamiętać, że komunikacja to nie tylko to, co mówimy, ale także to jak mówimy. Zadbajmy więc o to, by być dobrym słuchaczem i dobrym rozmówcą. By mieć czas tylko dla tej jednej osoby, wyłączmy się dla innych, nie odbierajmy telefonów w trakcie spotkań. Ważny jest przy tym także gest, ubiór, sposób siedzenia i mimika. Mimo trudności, utrzymujmy kontakt wzrokowy. Koncentrujmy się na rozmówcy.

Bezpośrednio po stracie ważna jest także nasza fizyczna pomoc, np. zaproponujmy, że zadzwonimy lub napiszemy do przyjaciół spoza waszej miejscowości, którzy jeszcze nie wiedzą o śmierci, przywoźmy ze sobą posiłki lub jakieś specjalne dania. Nasza troskliwość, dobra wola przygotowania czegoś do jedzenia na pewno zostanie doceniona. Może zrobimy zakupy, zaproponujmy, że opiekujemy się małymi dziećmi, odbieramy telefony, posprzątajmy mieszkanie, upierzmy rzeczy, które tego wymagają. Po pogrzebie: zaprośmy na kawę, herbatę, zaproponujmy, że pójdziemy z osobą, która doznała straty na cmentarz, pomóżmy w segregowaniu rzeczy zmarłego. Nie przestawajmy dzwonić lub odwiedzać, ale nigdy, w żadnym wypadku, nie zapominajmy o wcześniejszym ustaleniu terminu wizyty.

Józef Tischner powiedział „W momencie śmierci bliskiego uderza człowieka świadomość niczym nie dającej się zapełnić pustki”. Pamiętajmy więc, że czasami w trudnych sytuacjach nic nie można zrobić. Nie musimy nic mówić aby pomóc, czasami wystarczy być.

**Barbara Szymczuk**

Konsultacja merytoryczna:  
Krystyna Kosińska – psycholog  
Źródło:

„Żałoba jako proces psychologiczny”  
– Bożena Winch psychoterapeuta  
„Strata, osierocenie i żałoba” –  
ks. dr Piotr Krakowiak SAC  
Internet

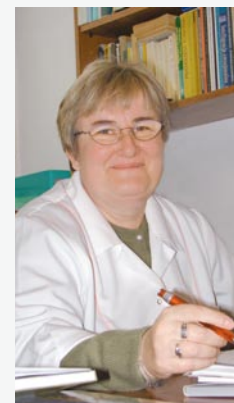
### O pomocy niesionej ludziom, którzy „odchodzą” oraz ich rodzinom rozmawiam z Panią Krystyną Kosińską psychologiem w naszym szpitalu.

— **Słyszałam, że poza pracą w szpitalu pracuje Pani również w hospicjum. Tam szczególnie spotyka się Pani z osobami przeżywającymi stratę.**

— Tak, od 2001 roku pracuję w Niepublicznym Zakładzie Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie. Jestem tam dwa razy w tygodniu po dwie godzi-

ny. To zdecydowanie za mało, aby pomoc taka była skuteczna, dlatego tak ważna jest obecność osób bliskich. Rodziny osób będących podopiecznymi takiego ośrodka również potrzebują ogromnego wsparcia, uważnego słuchania tego, co mają do powiedzenia, by zrozumieć ich ból, którego doświadczają w procesie żałoby. Pamiętam chłopca 15-letniego, który jakiś czas po śmierci matki

zadzwoił do mnie z prośbą o rozmowę. Miał problem z postawą, jaką powinien zachować. Czy wolno mu jest śmiać się w szkole, chodzić do kina,



uczestniczyć w życiu codziennym. Potrzebował uspokojenia i uwolnienia od poczucia winy. Dzieci o wiele lepiej niż dorośli znoszą żałobę i wracają do normalnego funkcjonowania.

— Skąd mamy wiedzieć, że pomoc nie jest już potrzebna?

— Określenie końca żałoby jest trudne do zdefiniowania. Eksperti np. A. Dodziuk mówią o konstruktywnym uporaniu się z żałobą gdy nie unika się wspomnienia osoby i kontaktu z miejscami przypominającymi zmarłą, widzi się zarówno blaski, jak i cienie re-

lacji z tą osobą, dokonało się pewnego pożegnania z utraconą osobą.

— **Każdy z nas raz lub kilka razy w życiu staje wobec potrzeby wsparcia osoby umierającej lub osoby w żałobie. Pani czyni to od wielu lat. Jak radzi sobie Pani z tak dużym obciążeniem psychicznym?**

— Należy zachować dystans emocjonalny. Sami musimy mieć uporządkowany strach przed śmiercią. Dobrze jest dużo czytać, nie koncentrować się na jednym podejściu do tego pro-

blemu. Z każdej filozofii życia można zasięgnąć korzystne dla siebie rady. Polecam wszystkim osobom, które chcą pomagać, książkę „Śmiertelni nieśmiertelni” Kena Wilbera. (Książka opowiada o samym sednie człowieczeństwa. O istocie zdrowia i choroby. O możliwości duchowej odnowy poprzez cierpienie. O pogodzeniu się ze sobą samym, ludźmi i światem. O sferze duchowej. O godności i pięknie życia i umierania. Chyba nikogo jej lektura nie zostawi obojętnym – granice.pl wortal literacki).

— **Dziękuję za rozmowę.**

## Działania na rzecz osób wymagających pomocy

**Lekarze i pielęgniarki odpowiadający za zarządzanie szpitalnymi oddziałami często stają przed faktem leczenia pacjentów, którzy nie są ubezpieczeni. Życie i zdrowie pacjenta jest na pierwszym miejscu i na pewno otrzyma on niezbędną pomoc, ale czy szpital może otrzymać pieniądze za leczenie pacjentów nieubezpieczonych? Na te i inne pytania odpowiadały specjalistki z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Olsztynie.**

Szkolenie z zakresu „Działań podejmowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Olsztynie oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Olsztynie na rzecz osób wymagających pomocy” odbyło się 9 grudnia w szpitalnej sali konferencyjnej. Pani dyrektor Irena Kierzkowska przywitała zebranych i zaprosiła Elżbietę Bronakowską dyrektora MOPS-u do zabrania głosu.

Podczas szkolenia również przemawiały:

- Wioletta Krawiec z-ca kierownika ds. pomocy środowiskowej opowiadała o ustalaniu uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, usług opiekuńczych w miejscu,
- Ewa Korycka przedstawiła sposób, w jaki powinny być kierowane osoby do placówek wsparcia dziennego (dienne domy pomocy, środowiskowe domy pomocy), placówek pomocy całodobowej (domy pomocy społecznej) oraz procedury umieszczania bez zgody klienta i zasady odpłatności,



**Szkolenie cieszyło się dużym zainteresowaniem**

- Terasa Kocbach dyrektor hospicjum i zakładu opieki długoterminowej w Olsztynie omówiła zasady umieszczania pacjentów w ww. placówkach.

Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej udzielają m.in. pomocy osobom nieubezpieczonym, bezdomnym oraz osobom potrzebującym opieki całodziennej i usług opiekuńczych. MOPS-y pomagają w rozwiązywaniu problemów, z którymi borykają się szpitale. Z art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych wynika, że Ośrodki zobowiązane są do wydawania decyzji administracyjnej potwierdzającej prawo osób, nie posiadających tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej.



**Elżbieta Bronakowska dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Olsztynie**

**Osobą do kontaktu w sprawach ustalenia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wystawiania decyzji administracyjnych jest Anna Roman, tel. (089) 534 65 60 lub (089) 534 65 61**

Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy w której mieszka świadczeniobiorca.

Decyzja ta powinna zawierać numer PESEL świadczeniobiorcy, a wydaje się ją po:

- 1) przedłożeniu przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających:
  - a) posiadanie obywatelstwa polskiego,
  - b) zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
- 3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- 4) stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, o którym mowa w pkt 2.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji przysługuje przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest:

- 1) dzień złożenia wniosku,
- 2) w przypadku udzielania świadczeń w stanie nagłym – dzień udzielenia świadczenia – chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

# Wolontariat

**Międzynarodowy Dzień Wolontariusza jest obchodzony 5 grudnia. Został on ustanowiony przez ONZ w 1986 roku.**

W Polsce dopiero w czerwcu 2003 r. weszła w życie ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, która uregulowała i wprowadziła pojęcie wolontariusza.

Wolontariat to bezpłatne, świadome, dobrowolne działanie na rzecz innych, wykraczające poza więzi rodzinno-koleżeńskie. Wolontariat daje szansę wykorzystania własnych umiejętności i doświadczeń, rozwinięcia zainteresowań, zdobycia doświadczenia w nowych dziedzinach, wywierania wpływu na zmiany społeczne i możliwość zaangażowania się w różnorodne działania. Wolontariusz zaś jest osobą wykonującą świadczenia na rzecz uprawnionych organizacji i instytucji ochotniczo bez wynagrodzenia, w tym instytucji charytatywnych i niosących pomoc drugiemu człowiekowi.

Wolontariusze to właśnie ci, którzy już odkryli wartość zaangażowania w swoim życiu.

Wolontariat w naszym Szpitalu wprowadzono zarządzeniem Dyrektora w październiku 2003r. W ramach wolontariatu mogą pracować lekarze, pielęgniarki/położne – wolontariat medyczny i inne osoby nie reprezentujące zawodów medycznych – wolontariat niemedyczny. W roku 2004 było 4 lekarzy wolontariuszy. Dodatkowo zawarto 3 umowy na szkolenia specjalistyczne na zasadzie wolontariatu medycznego. W 2005 roku ze szpitalem współpracowało 20 wolontariuszy niemedycznych odwiedzających pacjentów w różnych oddziałach. W 2006 roku w szpitalu zarejestrowana była podobna liczba wolontariuszy. W roku 2007 pracowało w szpitalu 15 wolontariuszy a w tym roku 5 osób. Osoby te rozpoczynają pracę po złożeniu stosownych dokumentów i zawarciu porozumienia. Wolontariusze poma-

gają w przystosowaniu się do nowej, zmienionej aktywności, np. pacjentkom po amputacji piersi, pacjentom po stomiach jelitowych, usunięciu krtni, itp. Stale współpracują ze szpitalem wolontariuszki Olsztyńskiego Towarzystwa Amazonek oraz wolontariusze ze stowarzyszenia pacjentów po operacjach kardiologicznych KOR. Są także studenci z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Pacjenci są bardzo zadowoleni z ich pracy. Twierdzą, że wnoszą oni dużo entuzjazmu, zwyczajnego uśmiechu i serdeczności. Z bólem fizycznym obecna medycyna dobrze sobie radzi. Jednak człowiekowi cierpiącemu towarzyszy także ból duchowy, spowodowany często poczuciem osamotnienia, pustki i niepokojem.

*Bądź obecny  
Są takie chwile, kiedy czyjaś pomocna dłoń  
jest niezbędną, czyjaś obecność jest ratunkiem,  
wybawieniem, otuchą, pocieszeniem.  
Jak dobrze, że jest ktoś,  
do kogo możesz zwrócić się o pomoc.  
Jak dobrze, że ty jesteś,  
by komuś przyjść z pomocą,  
po prostu przy nim być, gdy tego potrzebuje.  
Jak dobrze, że jesteś...*

Małgorzata Stolarska

## Rozmawiam z Panią Janiną Borkowską, najdłużej pracującą w szpitalu wolontariuszką niemedyczną.



— **Pani Janko, od kiedy rozpoczęła się Pani praca jako wolontariuszki?**

— W szpitalu pracuję od 2004 r. Od początku, aż do teraz jest

to Oddział Rehabilitacji. Przychodzę tu w miarę możliwości codziennie i jestem od godz. 8:00 do 12:00.

— **Dlaczego właśnie ten oddział Pani wybrała?**

— Dowiedziałam się, że jest to oddział, na którym moja pomoc jest szczególnie mile widziana, gdyż pacjenci przebywają tam dłużej niż gdzie indziej i z racji swojej niesprawności potrzebują takiej pomocy.

— **W jaki sposób trafiła Pani właśnie do szpitala wojewódzkiego?**

— Zawsze chciałam być przy chorych

i pomagać ludziom słabszym od siebie. Zapytałam w mojej przychodni, jak mogłabym zrealizować to właśnie marzenie. Dowiedziałam się, że w tej sprawie powinienam zgłosić się w szpitalu do przełożonej pielęgniarek. Okazało się, że jest taka możliwość. Po przejściu odpowiednich testów psychologicznych i podpisaniu umowy mogłam rozpocząć pracę. Umowa taka i badania są powtarzane co dwa lata.

— **Jak wygląda Pani praca jako wolontariuszki?**

— Najczęściej są to rozmowy. Pacjenci mówią o chorobie. Człowiek chory nie potrzebuje litości, ale potrzebuje zrozumienia. Nawet chorego litość upokarza. Dlatego chcą, aby ktoś ich wysłuchał, pocieszył, przywrócił nadzieję. Innym razem jest to zrobienie herbaty, drobnych zakupów. Kiedyś skończyłam kurs PCK, więc jest to również drobna pomoc przy pielęgnacji. Czasami potrzebna jest pomoc przy nakarmieniu chorego.

— **Czy pacjenci oczekują na Pani przyjście?**

— Tak, często się tak zdarza. Jest to bardzo miłe zwłaszcza, że z niektórymi osobami utrzymuję kontakt nawet po ich wyjściu ze szpitala. Dzwonimy do siebie, a zdarzyło się również, że byłam zapraszana do domów.

— **Czy tak Pani sobie wyobrażała pracę w szpitalu?**

— Nareszcie robię to, o czym marzyłam. Kiedyś chciałam być pielęgniarką. Pocho- dzę z wielodzietnej rodziny i już od dziecięcego roku życia pomagałam mamie opiekować się młodszym rodzeństwem. Do dziś czuję się w jakimś sensie za nich odpowiedzialna i nadal staram się im pomagać. Praca w szpitalu sprawiła, że jestem spełniona, tu nie ma znaczenia wiek, gdyż na każdym etapie życia można okazać trochę serca. Dopóki będę mogła, będę dalej pomagać. Sprawia mi to ogromną satysfakcję i daje wiele radości.

— **Mam nadzieję, że Pani postawa będzie zachętą dla wielu ludzi, którzy tak jak Pani pragną nieść pomoc innym.**

Barbara Szymczuk

z cyklu PREZENTACJE

# Szpitalny sztab kryzysowy

**Początki obrony cywilnej sięgają I wojny światowej. Pierwsze bomby zrzucone z samolotów wojskowych na Paryż, Piotrogród i Freiburg dowiodły, że należy się liczyć z możliwością przenikania na zaplecza wojujących stron i niszczenia obiektów cywilnych. Dlatego też w poszczególnych państwach zaczęto tworzyć system obronny, chroniący wnętrze danego kraju.**

Obrona cywilna w Polsce stanowi system o sprecyzowanych zadaniach, strukturach i formach działania. Jest zespolona ze wszystkimi szczeblami administracji państwowej i samorządowej, podmiotami gospodarczymi (niezależnie od osobowości prawnej), organizacjami społecznymi oraz z całym społeczeństwem. Siłą obrony cywilnej jest jej powszechność, wszyscy obywatele naszego kraju uczestniczą w ochronie grup ludzi, którzy znaleźli się w sytuacji zagrożenia.

## Przestarzała ustawa

Ochrona cywilna ma na celu ochronę ludności, zakładów pracy i urzędów użyteczności publicznej, dóbr kultury, ratowanie i udzielanie pomocy poszkodowanym w czasie wojny, współdziałanie w zwalczaniu klęsk żywiołowych i zagrożeń środowiska oraz usuwaniu ich skutków. To interpretacja ustawy, jeszcze z 1967 roku, wielokrotnie już

nowelizowanej, ale nadal mocno odbiegającej od współczesnych realiów i potrzeb.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie istnieje stanowisko specjalisty ds. Obrony Cywilnej. Od niedawna zajmuje je ppłk. rezerwy mgr inż. Zbigniew Szpindor.

— *Obrona cywilna to przestarzałe nazewnictwo. Zadania OC wg ustawy o powszechnym obowiązku obrony Cywilnej Rzeczypospolitej Polskiej nie są już adekwatne do potrzeb dnia dzisiejszego — mówi Zbigniew Szpindor. — Jednak każdy zakład pracy zgodnie z tą ustawą ma obowiązek powołania pewnych elementów obrony cywilnej, dla bezpieczeństwa innych osób. W tej chwili nie musi wybuchnąć wojna, aby zaistniała konieczność uruchomienia sztabu kryzysowego. Wystarczy pożar w mieście, kataklizm lub duży wypadek komunikacyjny i niezbędne jest uruchomienie całej procedury. W takiej sytuacji, w pierwszej kolejności*

*zaczyna działać sztab kryzysowy miasta lub województwa (organ decyzyjny), a następnie powoływany jest Zespół Kryzysowy (z ustalonym składem osobowym, z dyrektorem Szpitala na czele) w naszym Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Moim zadaniem natomiast, z polecenia dyrektora, jest organizacja, realizacja i koordynacja zadań obronnych oraz mobilizacyjnych, mających na celu sprawne funkcjonowanie naszego szpitala w czasie właśnie takich sytuacji kryzysowych lub podczas wojny.*

## Nieobliczalna aura

Niespełna rok temu awaria, która nawiedziła Szczecin, a także okolice miasta w promieniu stu kilometrów, była największą od czasów drugiej wojny światowej. Drzewa powalone przez obfite opady deszczu ze śniegiem zerwały w wielu miejscach linie energetyczne i trakcję kolejową. Zabrakło

# Tańcowała igła z nitką

**Szwalnia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie powstała na początku lat 70. Pracowało w niej 8 osób. To spod ich rąk wychodziły wszystkie służbowe ubrania dla ordynatorów, lekarzy, pielęgniarek oddziałowych. To nasza szwalnia szyła firany, zasłony na wszystkie oddziały szpitalne, obrusy, poszwy na szpitalną pościel i wiele, wiele innych rzeczy.**

Obecnie w Szwalni pracują 3 panie krawcowe: Janina Baczewska mistrz szwalni, Elżbieta Łagodzińska i Bożena Zawalich. Trzy pary rąk, tylko dwie maszyny krawieckie i rocznie grubo ponad sto tysięcy metrów bieżących materiału do obróbki. — *Przez 8 godzin dziennie pracujemy bez wytchnienia, bo mamy tyle zleceń i tyle pracy — mówi Janina Baczewska mistrzyni szwalni. — W pierwszej kolejności musimy zaspokoić potrzeby oddziałów zabiegowych, czyli uszyć miesięcznie ok. 2 600 serwet gazowych*

*i przygotować ok. 1500 serwet chirurgicznych (zielonych i niebieskich – kardiochirurgia). W zależności od przeprowadzonej kasacji, uzupełniamy wszystkie braki bielizny w całym szpitalu.*

## Z pomysłowością krawca

To właśnie do naszej szwalni trafiają zlecenia na uszycie pościeli szpitalnej, pościeli operacyjnej, koszul operacyjnych dla pacjentów, obszycie i oznakowanie koców. Szyte są nawet podkłady prze-



**Trzy pary rąk, tylko dwie maszyny krawieckie i rocznie grubo ponad sto tysięcy metrów bieżących materiału do obróbki**

ciwodleżynowe, parawany do oddziałów, naprawiane mankiety do ciśnieniomierzy. To również nasze panie krawcowe przygotowują pokrowce na materace ze specjalnego, nieprzemakającego materiału (ekolastic).

Czy ktoś zastanawiał się, skąd się wzięły te maleńkie gniazdeczka w inkubatorach, w które wtulone są wcześniaczki?

prądu i wody. Utrudnione było funkcjonowanie komunikacji miejskiej. Szpitale wstrzymały przeprowadzenie zabiegów operacyjnych do momentu podłączenia agregatów prądotwórczych. Aby zapanować nad tym chaosem i zapewnić bezpieczeństwo mieszkańcom powołano w Szczecinie sztab kryzysowy.

— *To wydarzenie to jedynie przykład na to, że sytuacja kryzysowa może pojawić się w każdej chwili i o każdej porze, a my musimy być przygotowani na każdą ewentualność* — mówi Zbigniew Szpindor. — *Naszym zadaniem jest przede wszystkim zapewnienie obrony cywilnej pacjentom i pracownikom przebywającym w szpitalu, ale także należyte zaopiekowanie się osobami potrzebującymi pomocy z miasta i okolic w sytuacji kryzysowej.*

### Przydział mobilizacyjny

Niedawno każdy z pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie otrzymał do wypełnienia specjalną deklarację o przydziale mobilizacyjnym. Osoby posiadające taki przydział są zobowiązane w razie ogłoszenia mobilizacji, w czasie stanu wojennego oraz w czasie wojny stawić się w miejscu i czasie określonych w karcie mobilizacyjnej. — *Ci pracownicy, a jest to spora grupa osób spośród białego personelu medycznego odejdą od nas w razie wybuchu wojny do innych placówek medycznych oraz do nowo*

— *Kiedyś przyszła do nas Pani Małgosia Zając z nową, grubą i dobrej jakości flanelką, którą otrzymała w darowiźnie od jednej pacjentki i gotowym projektem gniazdek dla noworodków* — opowiada Janina Baczewska. — *Dokupiliśmy jedynie kuleczki, jako wysypy i teraz każdy inkubator ma miękkie poduszeczki.*

Niektórych rzeczy, które projektowane i szyte są w naszej szwalni nie można nigdzie zamówić. Wymyśliły je lub udoskonaliły nasze krawcowe, patrząc na potrzeby danego oddziału i cel, w jakim mają służyć. Są to na przykład specjalne pokrowce na stół zabiegowy do Pracownik Kardiologii Inwazyjnej, specjalne serwety chirurgiczne z wyciętym otworem na oko dla potrzeb Oddziału Okulistycznego, specjalne prześcieradła z otworami dla Kardiologii, serwety z przecięciami dla cewników dla Ginekologii, podkłady przeciwdoleżynowe.

### Do zadań specjalisty ds. OC należy również:

- szkolenia w zakresie ochrony pacjentów i pracowników Szpitala,
- doskonalenie organizacji i metod przeprowadzania ewakuacji z rejonów zagrożonych,
- prowadzenie działań mających na celu doskonalenie gotowości systemu wykrywania i alarmowania,
- wdrażanie zagadnień z powszechnej samoobrony pracownikom Szpitala,
- dokonywanie klasyfikacji sprzętu obrony cywilnej,
- uzgadnianie z WKU nadania przydziałów organizacyjno- mobilizacyjnych do formacji obrony cywilnej,
- prowadzenie działalności zmierzającej do popularyzacji problematyki obrony cywilnej na terenie szpitala,
- opracowywanie dokumentów dotyczących sposobu wykonywania ustalonych zadań obronnych przewidzianych do realizacji w podwyższonej i pełnej gotowości oraz wojny,
- nadzorowanie nad obiegiem dokumentów niejawnych w szpitalu,
- udostępnianie lub wydawanie dokumentów zawierających informacje niejawnie oznaczone klauzulami „poufne”, „zastrzeżone” osobom posiadającym stosowne poświadczenie bezpieczeństwa.

*otworzonych zastępczych miejsc szpitalnych, w których są braki kadrowe, dlatego musimy wiedzieć ile osób zostaloby w szpitalu i jak wypełnić powstałe luki personalne, jak zorganizować w takiej sytuacji pracę i zapewnić bezpieczeństwo naszym pacjentom* — mówi Zbigniew Szpindor.

Zbigniew Szpindor skończył Wojskową Akademię Techniczną w Warszawie. W wojsku przeszedł przez wszystkie szczeble od ppor. aż do ppłk, od dowódcy pododdziału do komendanta Centrum Szkolenia Artylerii Uzbro-

jenia w Toruniu. Ukończył studia dyplomowe z: pedagogiki, integracji europejskiej i bezpieczeństwa międzynarodowego, ochrony środowiska.

— *Moje doświadczenie zdobyte w służbie wojskowej jest niezmiernie przydatne do tego, aby dopracować wszystkie te elementy obrony cywilnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, które podniosą poziom bezpieczeństwa pacjentów i personelu w sytuacjach kryzysowych* — mówi Zbigniew Szpindor.

**meg**

### Oszczędność, to podstawa

Kiedy z jakiegoś oddziału spływa do szwalni duże zamówienie, pani Janina Baczewska skrupulatnie przelicza je na metry bieżące materiału. Na tej podstawie wie, ile i czego należy zakupić. Do akcji wkracza Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, który rozpisuje przetarg. W konsekwencji do szwalni trafia na przykład 12 tys. metrów gazy i ok. 1000 metrów zielonego płótna. Tutaj nic się nie marnuje, każdy centymetr materiału jest wykorzystywany, a pomysłowość pań krawcowych nie ma granic. Z resztek materiałów szyte są czepki chirurgiczne, serwety do pracowni USG, czy specjalne opaski unieruchamiające pacjentów. — *Kiedyś zamówiono gotowe opaski unieruchamiające, ale bardzo odparzały kończyny chorego, dlatego szyjemy własne, z naturalnych materiałów, które są bezpieczne dla pacjenta. I co ważne, nie zamawiamy do tego celu materia-*



**Janina Baczewska mistrz szwalni**

*łów, tylko wszystko szyjemy ze skrawków* — mówi Janina Baczewska. — *Innym razem okazało się, że pracownicy sterylizatorni muszą mieć specjalne rękawice ochronne. Uszyliśmy je w całości z resztek gazy i materiałów.*

**meg**

# Wenezuela – sekret Karaibów cz.II

**Na czym polega czar Wenezueli, któremu ulega tak wiele osób? Odpowiedź jest z pozoru prosta: cudowny klimat, ogromna geograficzna różnorodność oraz ludzie, pełni naturalnego ciepła i radości życia. Ale jest też nieskończenie wiele innych składników tej magicznej mikstury: wspaniała przyroda, nienaruszone przez cywilizację środowisko, burzliwa historia.**

Po hektolitrach kawy i cudownego kakao, świeżych sokach z egzotycznych owoców i dawce porannego humoru w typie „ciekawe, co tam w robocie? chle, chle”, stanęliśmy na nogi. Dla niezorientowanych w Wenezueli prąd ma napięcie 110 V – wszystkie suszarki, żelazka, ładowarki, maszynki, które nie są przystosowane do dwuzakresowego napięcia 220/110 V – nie działają. Część osób była wyraźnie tym zaskoczona, co objawiło się mokrymi włosami, powoli rosnącą brodą i wyraźnym wygnieceniem bluzeczek. Żeby utrudnić życie, nawet jak masz taki sprzęt, potrzebny jest jeszcze specjalny adapter do wtyczek – uff, i co tu się dziwić, że mój czemadan zawsze ma nalepkę „heavy”.

Dalszą część poranka spędziliśmy na mini safari. Nie tylko my byliśmy po śniadanku. Anakondy, które obserwowaliśmy w ich zamkniętych terrariach, też były po treściwym posiłku, który wyraźnie wybrzuszał się pod skórą. Najedzone, leniwe anakondy wyglądały niegroźnie, ale trzeba pamiętać, że są to węże, które mogą pożreć człowieka. Anakonda potrafi wywrócić czółno, okręcić się wokół człowieka, wciągnąć

go pod wodę, udusić, a potem powolutku pożerać... w całości... z butami... i lornetką na szyi. (...)

Kolejny etap podróży stanowiła delta rzeki Orinoko i spotkanie z Indianami Warao oraz wizyta w północnym stanie Bolívar z miastem Ciudad Guayana, które jest położone na południowym brzegu Orinoko. (...)

My też mieliśmy okazję poszukiwać przygód na wodach Orinoko, a nawet zażywać kąpeli w jednym z jego ujściowych kanałów. Główne koryto rzeki, ze względu na funkcję wielkiej „autostrady” jest zbyt zanieczyszczone i nie polecano nam kąpeli w jego wodach. My wybraliśmy się łodziami kanoe, ale z motorowym napędem, na połów piranii, które łowi się zupełnie inaczej niż nasze ryby. Nie ma ciszy i skupienia, zarzucania wędki na środek tafli wody. Piranie pływają przy linii brzegowej i przyciąga je hałas. Wyglądaliśmy zabawnie waląc z czółen wędkami o wodę i pokrzykując. Naszą przynętą było mięso kajmana, ale tak się składało, że piranie, te cwane bestie, objadały się nim nie łapiąc się na haczyk. Po wielu



Na ulicy miasta Ciudad Bolívar

bezsuktecznych próbach i już widocznym zniechęceniu, nasi indiańscy przewodnicy, Warao, zarzucili swoje wędki... i już po chwili dyndały na nich piranie. Nie było łatwo je zdjąć – walczyły i gryzły do końca. Są to bezwzględni przeciwnicy – nie zabijają swoich ofiar, tylko wyszarpując kęsy, po prostu je obżerają żywcem! – tak, zawsze wiedziałam, że zbyt bliski kontakt z przyrodą może być mało przyjemny. Pierwsza zasada jak wpadnie się do wody, w której żyją piranie – jak najszybciej płynąć do środkowego nurtu, omijając brzeg. A, że w środkowym nurcie pływa sobie anakonda i kajmany, to już inna bajka... czyli, pierwsza zasada powinna prawidłowo brzmieć: nie wpadać do wody, dodatkowo trzymać ręce przy sobie, bo kajman lubi sobie czasem wyskoczyć z wody i coś capnąć po drodze.

Po tych pouczeniach zaproponowano nam... kąpiel w kanale bocznym Orinoko – oj mało coś było chętnych. Ale gdy pierwsza grupa śmiazków wróciła w całości, dzielnie ruszyła też pozostała część. Nasz indiański opiekun tak dyskretnie zanurkował, że gdy zbliżył się pod wodę, poczuliśmy się jak na filmach „Szczęki” i „Anakonda” – to znaczy zaczęliśmy pływać (bardzo szybko) we wszystkich kierunkach i wrzeszczeć... tak, że nawet zagłuszyliśmy hałaśliwe małpki na nadbrzeżnych palmach. Warao pokładli się ze śmiechu, a my trochę spokornieliśmy i uświadomiliśmy sobie, że bez nich ta wyprawa mogłaby się zakończyć bardzo szybko.

Towarzyszący nam cały czas Indianie, byli bardzo dyskretni i niezwykle pomocni. Zawsze, gdy było trzeba nagle pojawiała się pomocna dłoń, która nas wciągała, przepychała, przytrzymywała i podtrzymywała. Tak, nasi Indianie byli naszym najlepszym ubezpieczeniem. (...)



Grand Sabana - góry tepuje





Most z pracowni Eiffla na rzece Cuyuni

W drodze powrotnej mijamy zapomniany most z pracowni Eiffla na rzece Cuyuni, który ma bardzo ciekawą architekturę, gdyż jest skonstruowany identycznie, jak wieża tego inżyniera w Paryżu! Podobno ten most został zamówiony przez Kolumbijczyków, ale sprytni Wenezuelczycy zatrzymali go u siebie, ze względu na braki formalne w papierach przewozowych. Teraz stanowi tylko atrakcję turystyczną i nie jest używany. (...)

Następnym punktem programu naszej ekspedycji jest miejsce spotkania dwóch rzek: Orinoko i Caroni, z czego Orinoko jest zwane rzeką białą, a Caroni rzeką czarną, a na jej herbaciany, ciemny kolor ma wpływ obecność taniny niesionej z roślinności Wyżyny Gujańskiej. Jest to bardzo interesujący widok dwóch

rzek, płynących jednym korytem, lecz nie łączący się ze sobą, a kontrast kolorów płynących obok siebie: mlecznej Orinoko i ciemnoherbacianej Caroni jest niecodziennym zjawiskiem. Podobne występuje tylko w brazylijskiej części Amazonii, gdzie rzeka Rio Negro wpływa do Amazonki. (...)

Powoli zbliżamy się do najważniejszego etapu naszej podróży – przed nami Gran Sabana i Park Narodowy Canaima. Wielka Sawanna i park Canaima to dwa najpopularniejsze cele wakacyjnych podróży zwolenników czynnego wypoczynku i ekoturystyki w Wenezueli. La Gran Sabana (Wielka Sawanna) pokrywa się w znacznej mierze z liczącym 3 mln ha Parkiem Narodowym Canaima i jest uformowana z najstarszych na świecie skał, liczących 1,2 – 2,75 mld lat, bogatych w złoża naturalne, w tym złoto i diamenty. Do największych atrakcji zalicza się tepuyes (mesy, ostańce), czyli pradawne formacje skalne, na których występują endemiczne rośliny i zwierzęta, niespotykane w żadnym innym miejscu na świecie. Tepuyes – tak Indianie Pemon, rdzenni mieszkańcy tych terenów, nazwali góry o płaskich wierzchołkach i pionowych skalnych ścianach. Na Grand Sabanie występuje ponad 100 tepui, a najbardziej znane tepuje to Auyatepui (z której spływa wodospad Salto Angel), Roraima i Kukenan.

Przez Gran Sabanę przebiega tylko jedna (!) droga, oznakowana słupkami kilometrowymi i adresy w tym rejonie wskazane są według odległości w kilometrach: od El Dorado w kierunku południowym, aż do miejscowości Santa



Drogowskaz na końcu świata przy obozie Kamoiran

Elena de Uairen przy granicy z Brazylią. Drogę ukończono dopiero w 1991r., a była ona wielokrotnie niszczona przez Indian, rebeliantów i przemytników, a pierwszej jej odcinki powstały dopiero w 1973 r. Prowadzi przez teren z malowniczymi krajobrazami, licznymi wodospadami i osadami Indian Pemon. Teren jest tutaj bardzo niebezpieczny, a styl życia przypomina Dziki Zachód, z gorączką złotą, domami publicznymi i przestępczością, co wiąże się z tym, że na trasie tej są ułożone górnicze „złote miasteczka”, które im dalej na południe, tym stają się bardziej niebezpieczne. Na tej trasie, 296 km od Ciudad Guayana, znajduje się El Dorado – miasto ściśle związane ze złotem, a legendy o cennym kruszcu krążyły od czasów konkwistadorów. El Dorado ma opinię miejsca dość niebezpiecznego, ze względu na częste starcia między poszukiwaczami złota. Mieści się tu niesławne więzienie o zaostrowym rygorze „Las Colonias”, w którym odbywał karę słynny Papillon (pseudonim Francuza Henriego Charriera), który uciekł z tego więzienia, a swoją biografię opisał w powieści „Papillon”, która stała się podstawą znane go filmu, pod tym samym tytułem. Jest to też ziemia diamentów – dwa „diamentowe” miasta to El Pauji i Icabaru, w ich okolicach w 1942 roku znaleziono słynny 154-karatowy diament Bolivar. Mimo, że przejeżdżamy przez te tereny w ciągu dnia, nie czujemy się bezpiecznie, a żołnierze wenezuelskiej Gwardii Narodowej, która ma liczne punkty kontroli na tej jedynej drodze, wcale nie wyglądają przyjaźnie z ogromnymi karabinami maszynowymi. Dlatego po przyjeździe do granicznego miasteczka Santa Elena, wieczorem szybko z niego „wybywamy”. (...)

Emilia Paszkowska

### Koniec części II

Jeżeli już teraz chcesz poznać cały sekret Karaibów wejdź na stronę [www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl)



Pionowe ściany tepui

# „Zdrowie jest najpierwszym darem...”



Wyrazy uznania kieruję do Rzecznika Praw Pacjenta Pani Elżbiety Majchrzak za niebywale zaangażowanie i pomoc. Jako Pacjentka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego chciałabym również podziękować za emocjonalne wsparcie ze strony Rzecznika w trudnej dla mnie sytuacji zdrowotnej. Życzę Państwu wielu sukcesów zawodowych. Niech postawa Pani Elżbiety Majchrzak będzie przykładem dla wszystkich związanych ze służbą zdrowia.

z wyrazami szacunku  
**Monika Sobina-Maruszczak**

Pragniemy na ręce Pani Dyrektor złożyć podziękowania dla: Pana Ordynatora Oddziału Kardiologicznego Jerzego Górnego oraz dla całego Zespołu Oddziału Kardiologicznego, a także Pana Ordynatora Oddziału Kardiochirurgicznego Piotra Żelaznego oraz całego Zespołu Oddziału Kardiochirurgicznego za opiekę nad naszym synem i bratem Łukaszem Kuśmierkiem oraz walkę o jego życie.

**Maria i Stanisław Kuśmierkowie**  
z całą Rodziną

W dniu 06.01.06r. oraz w dniu 21.07.08r. urodziły nam się córeczki (Nastusia i Gabrysia). W związku z powyższym chciałbym razem z małżonką serdecznie podziękować za fachową pracę szpitala, lekarzy, położnych oraz wszystkich osób, które uczestniczyły w trakcie tych dni. Proszę o wyróżnienie trzech Pań Położnych tj. Panią Jowitę Dubel, Panią Irenę Machuis oraz Panią Elę Wójtowicz. Może, a nawet jestem zdania, że należy im się jakaś szczególna nagroda za bardzo ciężką i odpowiedzialną pracę oraz bardzo miłe podejście do pacjentów.

**Tomasz Cieślak**

„Zdrowie jest najpierwszym darem”

Platon

Podziękowanie, wyrazy szacunku i uznania dla wszystkich lekarzy i pielęgniarek Oddziału Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Składam na państwa ręce gorące podziękowania za profesjonalną opiekę, wyrozumiałość i codzienny uśmiech.

wdzięczny pacjent  
**Wiesław Olszewski**

Za wsparcie, pomoc i życzliwość Panu Ordynatorowi Oddziału Rehabilitacji dr. Piotrowi Siwikowi, Pani dr Izabeli Rusak, całemu personelowi medycznemu oraz Pani Wolontariuszce Janinie Borkowskiej i pozostałym pracownikom tego oddziału serdeczne podziękowania składa wdzięczna pacjentka.

**Krystyna Niegowska**

Składam wyrazy wdzięczności i podziękowania Panu dr. Andrzejowi Dmyterko kardiochirurgowi Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie za wspaniałe przeprowadzoną operację. Dał mi Pan doktor drugie życie. Serdecznie dziękuję Panie doktorze. Z wyrazami wdzięczności i szacunku.

**Jerzy Kalwas**  
z Ostrołęki

W latach 2006-2007 przebywałam jako pacjentka na Oddziale Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Waszego Szpitala. Mój stan zdrowia był dość poważny, ale dzięki ofiarności, kompetencji i odpowiedzialności lekarzy odzyskałam sprawność. Dlatego też chcę złożyć podziękowania lekarzom, szczególnie ordynatorowi dr. Malinowskiemu, dr. Nowakowi, dr. Dutkiewiczowi i całemu personelowi medycznemu. Następne podziękowania chcę złożyć lekarzom Oddziału Radiologii za trud i profesjonalizm jakim wykazali się podczas skomplikowanego zabiegu udrażniania tętnic. Jestem ogromnie wdzięczna dr. Stefanowicz, dr. Wasilewskiemu i pielęgniarce Janinie, która mnie przygotowywała do zabiegu. Gratuluję Dyrekcji Szpitala tak wspaniałego zespołu medycznego wykazującego się ogromnymi kwalifikacjami, ofiarnością i poświęceniem dla pacjenta.

wdzięczna pacjentka  
**Śliwiska Zofia**

Składam na ręce pani Dyrektor wyrazy podziękowania i uznania dla: dr n. med. Joanny Rutkowskiej, dr n. med. Barbary Mocarskiej-Górnej, dr n. med. Jerzego Górnego. Zaangażowanie ww. lekarzy w moje leczenie, ich fachowość, wysoka kultura osobista spowodowała, że wracam do zdrowia. Tacy lekarze mogą być wzorem dla innych, a Sz. Pani może być dumna, iż pracują oni w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Moim zdaniem, ich postawa zasługuje na szczególne wyróżnienie.

pozostają z wyrazami szacunku  
**Ryszard Rokosz**

W dniu 26.04.2008r. szczęśliwie urodziłam synka w Państwa szpitalu. Ponadto już wcześniej przebywałam na Oddziale Patologii Ciężkiej, zaś w szóstej dobie po porodzie, z powodu powikłań, znów trafiłam na Trakt Porodowy i Oddział Ginekologii. Piszę ten list by wyrazić ogromną wdzięczność za niezwykle profesjonalną opiekę zarówno lekarską jak i położniczą. Oddziały: Położniczy i Trakt Porodowy w Państwa szpitalu zasługują na szczególne wyróżnienie. Posiadacie Państwo świetnych lekarzy i cudowne Panie położne. Brak mi słów, by wyrazić uznanie za posiadaną wiedzę, kompetencje i przede wszystkim stosunek do pacjenta. Pelen profesjonalizm. Ja szczególnie dziękuję wspaniałym położnym z Traktu Porodowego: Pani Marioli Klimek i Pani Eli Wójtowicz oraz Panu doktorowi Markowi Gowkielewiczowi. Państwu, jako Dyrekcji, gratuluje tak świetnego personelu, bo przyjazny szpital tworzą ludzie.

z poważaniem,  
**Joanna Pachalko**

# Mniej Dźwigaj

Międzynarodowa kampania „MNIEJ DŹWIGAJ” zawitała również do naszego szpitala. W dniach 7 i 8 października odbyło się szkolenie pracowników Szpitala na temat „obciążeń układu mięśniowo-szkieletowego”.



Uczestnicy szkolenia

Szkolenie to zorganizowała Jolanta Stecyk zakładowy społeczny inspektor pracy przy ścisłej współpracy z Elżbietą Kubit kierownikiem Sekcji BHP.

Nadinspektor z Okręgowej Inspekcji Pracy w Olsztynie pan Włodzimierz Łapanowski opowiadał o najczęstszych schorzeniach kręgosłupa, profilaktyce, różnych udogodnieniach stosowanych podczas podnoszenia czy przenoszenia pacjentów.

Pracownicy dowiedzieli się również o pewnych zasadach, jakich powinni przestrzegać podczas pracy z komputerem, o nowoczesnych ergonomicznych stanowiskach pracy, o aktualnych i obowiązujących przepisach i aktach prawnych w ochronie zdrowia. Teoretyczna część szkolenia została uzupełniona 15 minutowym filmem pokazującym prawidłowe sposoby dźwigania różnych przedmiotów.

Chciałabym, aby podobne szkolenia były organizowane częściej w naszym szpitalu, a zdobyte przez personel wiadomości były wykorzystywane w codziennej ciężkiej pracy na oddziale.

**Jolanta Stecyk**  
zakładowy społeczny inspektor pracy

# K r z y ż ó w k a

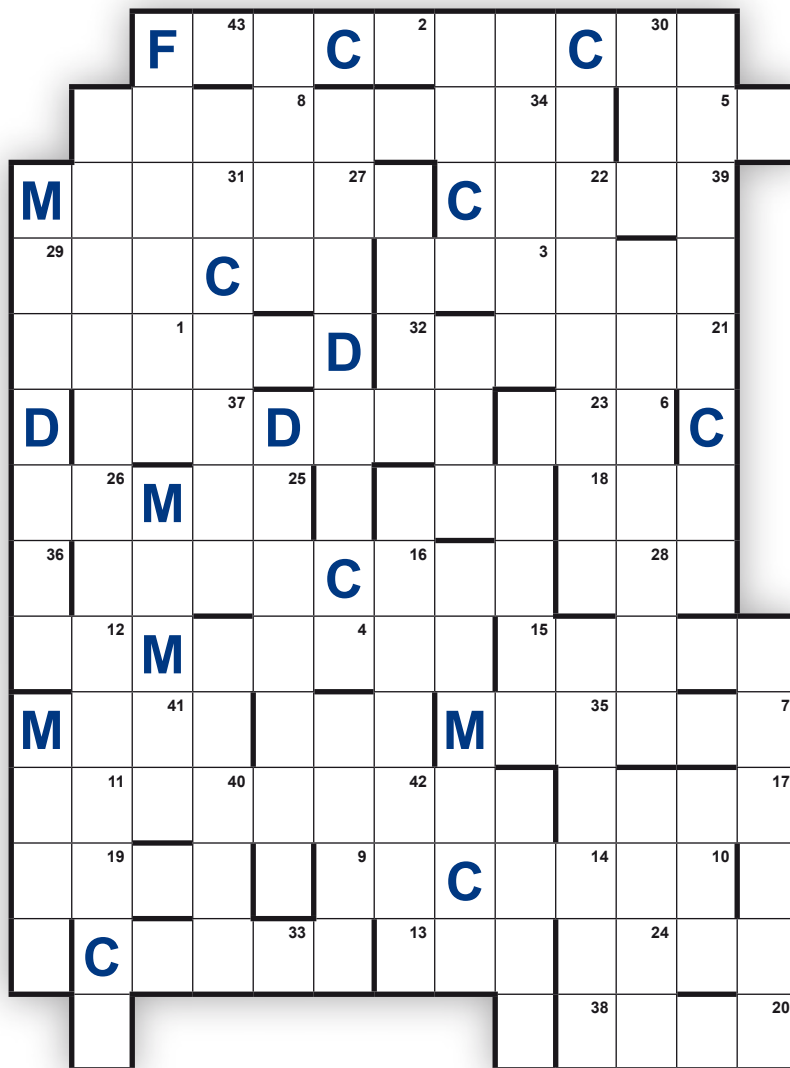
## Jolka

# 21

Objaśnienia 56 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery C, D, F i M. Na ponumerowanych polach ukryto 43 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim przysłowie polskie.

Hasło w zaklejonej kopercie prosimy wrzucić do specjalnej skrzynki w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy wartościowe książki.

Nagrodę za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki otrzymuje Anna Maria Jędrzejewska.  
Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



• Przełożona Pielęgniarek • między Mrągowem a Giżyckiem • mistrzostwa świata w futbolu • część wilajatu • krochmal • ropucha olbrzymia • Kazimierz, Metropolita Warszawski • Kapsztad • czynny wypoczynek ze zwiedzaniem • słowa się na nie cisną • biskop z bakaliami • pseudo Bońka • brekcja • aplauz, pochwała • żółciowa lub nerkowa • syn Zeusa i Eginy • suma lub roraty • nicpoń • Chorych przed NFZ • zasada piramidynowa • kolega igreka • Golda, premier Izraela • słodki syrop • sól kwasu azotowego • jednanie zwolenników • Smyrna dziś • olśnienie, urzeczenie • kraj Obamy • organ • dowcipniś, żartowniś • wyspa przed Sorrento • niedołęga • dynastia turecka (XI-XIII w.) • egipskie zwłoki • nocna po 22-ej • zastąpi złotego • land z Saarbrücken • mięśnie dwugłowe • wawóz • nasz zdobywca korony świata • dymi nad Katanią • Rubens lub Kossak • głodnego nie zrozumie • na motyle i zakupy • Gaja • największa z Wysp Toskańskich • stan upadku, rumowisko • rakotwórczy minerał izolacyjny • rycerz piastowski • pierwszy bratobójca • luksusowe auto • rycynus • zatoka z Ejlątem • liga Bryanta • mienie, bogactwo • kierowany przez dr Kulis

**BJER**

Rozwiązanie krzyżówki nr 20 z 21 numeru Pulsu Szpitala:  
„Lekarstwo bez miary stanie się trucizną.”

*Z okazji Świąt Bożego Narodzenia składamy życzenia wielu głębokich, radosnych przeżyć, zdrowia i pogody ducha.*

*Życzymy aby Nowy Rok był szczęśliwy w osobiste doznania, spełnił zamierzenia i dążenia zawodowe oraz by przyniósł wiele satysfakcji z własnych dokonań.*

*Redakcja*

