



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 33/3 lipiec – grudzień 2011



**Zostań
dawcą szpiku**

Drodzy czytelnicy

Po małych zawirowaniach i dłuższej przerwie wracamy do Państwa z nową energią. Chociaż z powodu oszczędności jesteśmy liczbowo nieznacznie odchudzeni (z 1200 do 800 sztuk Pulsu) mam nadzieję, że jakość pozostaje na niezmiennym, oby dobrym poziomie.

A przez pół roku w Szpitalu działo się bardzo wiele. Zakończył się remont Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz Chirurgii Naczyniowej. Dzisiaj pacjenci są hospitalizowani w najlepszych i komfortowych warunkach. Remont Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest na ukończeniu, a na nowym lądowisku już niedługo będą mogły lądować helikoptery. Pożegnaliśmy również Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomicznych – Zbigniewa Marcinkiewicza. Od 1 grudnia tę funkcję sprawuje pan Michał Danowski. Wywiad z panem dyrektorem przedstawimy w następnym Pulsie.

Ale wracając do obecnej gazetki, zapraszam Państwa do poświęcenia chwili i obejrzenia zdjęć z galerki – Najpiękniejszy dar to życie. Właśnie pod tym hasłem przeprowadziliśmy w Szpitalu akcję pozyskiwania potencjalnych dawców szpiku. Dzięki wszystkim ludziom dobrego serca w banku zarejestrowano 518 nowych osób. Honorowymi gośćmi akcji byli olsztyńscy sportowcy.

Bardzo ciekawe są wywiady przeprowadzone przez Magdę Kantorczyk z dr n. med. Leną Rams (Krew na wagę złota) oraz Urszulą Bielewicz (Straszne są obzarstwa skutki, kiedy pasek jest za krótki!), a także relacja z podróży do Nepalu napisana przez dr Emilię Paszkowską.

Zapraszam do lektury.

Kornelia Kotwicka
redaktor naczelny



Spis treści

- 3 Krew na wagę złota
- 6 IX Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki w Szpitalu Wojewódzkim
- 7 Uroczyste otwarcie pracowni PET/CT
- 8 Pamięć i jej zagadki – cz. 3
- 10 Najlepsza usługa medyczna w regionie
- 11 Dbaj o swoje nerki
- 12 Najpiękniejszy dar to życie
- 14 Najpiękniejszy dar to życie – galerka
- 16 Pielęgniarka oddziałowa w zarządzaniu oddziałem szpitalnym
- 18 Straszne są obzarstwa skutki, kiedy pasek jest za krótki!
- 21 Dział Służby Pracowniczej
- 22 Bo pierwsza i ostatnia może być każda sekunda
- 23 Program Współpracy Transgranicznej
- 24 Jego wysokość Nepal – cz. 2
- 26 Wyrzeźbić jesień
- 27 Krzyżówka

Krew na wagę złota

O działalności Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej WSS w Olsztynie, a także o współpracy z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie rozmawiamy z kierowniczką dr n. med. Leną Drozdowską-Rams.

– Ile lat funkcjonuje Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej?

– W latach 70-tych w Szpitalu Wojewódzkim powstał Punkt Krwiodawstwa, w którym początkowo wykonywano tylko oznaczanie grup krwi i prób zgodności serologicznej.

Od 1996 roku działa jako samodzielna Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z poszerzonym zakresem badań diagnostycznych z zakresem serologii.

– Czym zajmuje się kierowana przez Panią pracownia?

– Wykonujemy w niej badania serologiczne, czyli oznaczamy grupy krwi, prowadzimy diagnostykę choroby hemolitycznej płodu i noworodka. Ważną sprawą jest przeprowadzanie badań przed transfuzjami, czyli wykonywanie prób zgodności oraz diagnozowanie nieprawidłowości krwi zarówno noworodków, jak i pacjentów dorosłych, w tym kobiet ciężarnych. W pracowni znajduje się Bank Krwi, która jest wykorzystywana dla pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym oraz do wyrównania niedokrwistości w ostrych krwotokach, jak i chorobach przewlekłych. Wydajemy dla Oddziałów Szpitala nie tylko krew, ale i jej składniki (osocze, płytki krwi). Ze względu na specyfikę Oddziału Hematologii, w którym leczeni są pacjenci z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego i poddawani chemioterapii, często chorzy wymagają przetaczania krwinek czerwonych i krwinek płytkowych.

– Czy w ostatnich latach rozszerzył się zakres działalności pracowni?

– Tak, ponieważ wprowadziliśmy mikrometodę do badań serologicznych. W planach mamy automatyzację i komputeryzację pracowni, czyli wykorzystanie specjalnych „kombajnów” do oznaczania grup krwi i prób zgodności. Chcielibyśmy również samodzielnie wykonywać identyfikację przeciwciał, czyli badania, które dotychczas wysyłane są celem konsultacji do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie. W planach mamy także oznaczanie fenotypu układu Rh, czyli takie dobieranie krwi, aby była ona zgodna fenotypowo nie tylko w antygenach D

(krew Rh dodatnia, czy Rh ujemna), ale także dobrana pod względem innych antygenów występujących w układzie Rh. Wprowadzenie kombajnów usprawni i przyspieszy wykonywanie badań w pracowni, co jest bardzo ważne szczególnie przy uruchomieniu 12 nowych sal operacyjnych i prawdopodobnym zwiększeniu liczby wykonywanych zabiegów operacyjnych. Jednocześnie skomputeryzowanie pracowni spowoduje, że wszystkie wyniki badań serologicznych w końcu przestaną być wypisywane ręcznie i zastąpią je wydruki komputerowe. Usprawni to również pracę między pracownią, a oddziałami, bo możliwy będzie komputerowy podgląd wykonywanych badań w systemie oraz również ułatwi wyszukiwanie wykonanych wcześniej oznaczeń u pacjentów.

– Gdzie Szpital zaopatruje się w krew?

– Naszym jedynym „dostawcą” jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie i tam właśnie zaopatrujemy Szpital w krew i jej składniki. Odkąd w Polsce powstało Narodowe Centrum Krwi, któremu podlegają Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, nastąpiła rejonizacja. W przypadku braków krwi w RCKiK, wskazują nam miejsce, gdzie tę krew możemy kupić.

– Kupić?

– Tak, Szpital kupuje krew, jedna jednostka kosztuje 170 zł, bez względu na rodzaj grupy krwi. To Ministerstwo Zdrowia wyznaczyło taką cenę. Oddawanie krwi jest bezpłatne – honorowe. Natomiast Szpital płaci RCKiK za wykonanie wszelkich potrzebnych badań u dawców, szczególnie tych wirusologicznych i przechowywanie oraz dodatkową preparatę krwi i jej składników.

– Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej pracuje całodobowo?

– Tak, całodobowo wykonujemy próby zgodności, diagnostykę konfliktu choroby hemolitycznej płodu i noworodka, kwalifikacje do podania immunoglobuliny antyD po porodach, po poronieniach u kobiet, u których wystąpił konflikt, jak



FASCYNACJA KRWIĄ

Krew zawsze głęboko fascynowała człowieka. Od najdawniejszych czasów otaczano ją niemal mistycznym szacunkiem, upatrując w niej życiodajnej siły. Z antycznego greckiego piśmiennictwa można wnioskować, że starożytni stosowali lecznicze kąpiele z krwią, pili na zlecenie lekarzy świeżą krew ludzką lub zwierzęcą – w przekonaniu, że postępowanie to ma działanie odmładzające, przedłużające życie oraz wzmacniające. Krew uważano również za płyn, w którym mogą gromadzić się substancje odpowiadające za różne choroby. Upusty krwi wprowadzane do sposobów leczenia przez ojca medycyny Hipokratesa, były często stosowane w medycynie greckiej. Myślą przewodnią leczenia była zawsze chęć pomagania naturze, podtrzymywanie sił chorego i pomoc w wydaleniu szkodliwych substancji. Istniało również przekonanie, że pierwszy w życiu upust krwi jest skuteczny w każdej chorobie.



i oznaczamy grupy krwi. Nie mamy innej opcji, bo pacjenci nie wybierają pory zachorowania, wypadku, czy wystąpienia powikłań po zabiegach.

– A czy zdarzyło się kiedyś, żeby w Szpitalu zabrakło krwi w nocy lub np. żeby Szpital nie dysponowały grupą krwi, która była potrzebna?

– Staramy się mieć zapas każdej grupy krwi oraz zawsze mamy żelazny zapas krwi uniwersalnej, czyli grupy oRh – i pacjentom z grupą A, B, czy AB można ją przetoczyć po wykonaniu próby zgodności serologicznej. Do tej pory na szczęście nie było takiej sytuacji, żeby dla ratowania życia i zdrowia człowieka zabrakło w naszym Szpitalu krwi.



Teresa Szóstak wykonuje badanie

– W jaki sposób obliczają Państwo, jakie będzie zapotrzebowanie na krew i jaki musi być ten żelazny zapas?

– Krew możemy przechowywać około 45 dni i w naszym Szpitalu nie dopuszczamy do jej przeterminowania się, bo byłoby to straszne marnotrawstwo, szczególnie w dobie, kiedy tej krwi ciągle brakuje. Mamy ten komfort, że RCKiK mieści się w Olsztynie, w związku z czym zapas robimy kilkudniowy, a nie miesięczny, co zabezpiecza przed przeterminowaniem się krwi. Codziennie lekarze na oddziałach wypisują zapotrzebowania indywidualne na krew dla danego pacjenta, włączając w to zabezpieczenie zabiegów operacyjnych. Zapotrzebowania spływają do nas i na tej podstawie wiemy, ile jednostek krwi zamówić. Natomiast już z doświadczenia potrafimy przewidzieć, jakie jest zużycie krwi w naszym szpitalu.

– W jaki jeszcze sposób Szpital współpracuje z Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie?

– Regionalne Centrum pełni także merytoryczny nadzór nad pracownią. Wszyscy nasi pracownicy, aby móc wykonywać ba-

dania w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej, musieli przejść odpowiednie przeszkolenie w RCKiK z zakresu immunologii transfuzjologicznej. Wszystkie nasze techniki badań są również konsultowane w RCKiK. W pracowni dokonywana jest wewnętrzna i zewnętrzna ocena jakości badań serologicznych, aby były one na jak najwyższym poziomie. Jesteśmy objęci Krajowym Programem Oceny Jakości, prowadzonym przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie i 4 razy w roku przechodzimy kontrole zewnętrzne. Jak do tej pory osiągamy maksymalną liczbę punktów.

– Dlaczego w ostatnich latach stale się mówi o brakach krwi? Mniej osób oddaje krew, czy może zużywa się jej więcej niż kiedyś, bo doceniono jej leczniczą skuteczność?

– Jeżeli chodzi o honorowe dawstwo, to faktycznie zauważono duży spadek w liczbie oddawanej krwi. Nie można jednak zapomnieć o wzrastającej liczbie wypadków komunikacyjnych, które często niosą za sobą urazy wielonarządowe, a tym samym wymagają transfuzji krwi. Jednak przede wszystkim to medycyna zrobiła wielki postęp, np. w rozwoju transplantologii, czy innych specjalizacjach zabiegowych, technik i możliwości medycznych, dzięki którym odbywa się więcej i bardziej skomplikowanych operacji, co jest automatycznie związane z większym zużyciem krwi. No i przy tym wszystkim brak innego niż krew leku, który natychmiast usuwałby skutki niedokrwienia, czyli skutki utraty krwi. Owszem są substytuty, które mogą w pewien sposób odwracać skutki, o których wspomniałam, jak erytropoetyna, która powoduje produkcję czerwonych krwinek w organizmie, ale na efekt jej działania, trzeba poczekać minimum 2 tygodnie. Natomiast po przetoczeniu już 1 jednostki krwi hemoglobina wyrównuje się natychmiast aż o jeden gram procent.

– Jakie są rodzaje transfuzji krwi?

– Transfuzja uzupełniająca i wymienna. Transfuzje uzupełniająca wykonuje się w momencie krwotoku, czy tej niedokrwistości z innych przyczyn. Transfuzje wymienne są stosowane u noworodków w przypadku konfliktu serologicznego.

– RCKiK robi podział krwi na trzy rodzaje: osocze, płytki czerwone i krew. W jakich sytuacjach się je stosuje?

– Koncentrat krwinek czerwonych używa się do uzupełnienia krwi w łożysku, czyli do wyrównania niedokrwistości. Koncentrat krwinek płytkowych uzupeł-

nia się w przypadku małopłytkowości, czyli zmniejszonej liczby płytek krwi. Natomiast osocze świeżo mrożone jest stosowane w zaburzeniach krzepnięcia, czyli w braku osoczych składników krwi.

– W naszym Szpitalu, ani w żadnym ze znanych mi nie można oddawać krwi. Ale czy słyszała Pani o szpitalu, w którym jest taka możliwość?

– Nie słyszałam. Jeszcze 15 lat temu przy niektórych szpitalach istniały tzw. Punkty Krwiodawstwa, które podlegały Regionalnym Centrum Krwiodawstwa. Natomiast ze względów oszczędnościowych, zapewnienia właściwego bezpieczeństwa, standardów pobierania i przetwarzania krwi, te punkty zostały zlikwidowane, a ich zadania przejęło RCKiK.



Od lewej: Joanna Idziak oraz Dominika Garlewska, młodsze asystentki

– Pracownia otacza opieką kobiety w ciąży. Na czym ta opieka polega?

– W pracowni prowadzimy diagnostykę choroby hemolitycznej płodu i noworodka, czyli diagnostykę konfliktu matczy-no-płodowego w układzie Rh u kobiet ciężarnych. Już w 1925 roku polski uczoney Ludwik Hirszfeld na podstawie uzyskanych dowodów stwierdził, że przeciwciała przechodzą przez łożysko. Postawił nie zaakceptowaną wówczas hipotezę, że jeśli przeciwciała są skierowane do antygeny na krwinkach czerwonych płodu, to mogą je niszczyć. Hipoteza ta została uznana dopiero w latach czterdziestych ubiegłego stulecia.

Przyczyną choroby hemolitycznej płodu i noworodka (ChHPN) jest niszczenie krwinek czerwonych w związku z obecnością w krążeniu płodu odpornościowych alloprzeciwciała klasy IgG wytwarzanych przez matkę. Przeciwciała przechodzą przez łożysko i wiążą się z antygenem na krwinkach czerwonych dziecka. Ryzyko konfliktu serologicznego RhD dotyczy kobiet D ujemnych, które rodzą dzieci D dodatnie. W celu oceny zagrożenia ChHPN należy u każdej kobiety około



Zespół Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej WSS w Olsztynie

12 tygodnia ciąży wykonać badanie serologiczne. Poza oznaczeniem grupy krwi (ABO i RhD) poszukuje się przeciwciał odpornościowych skierowanych do istotnych klinicznie antygenów na krwinkach czerwonych. Badanie przeglądowe przeciwciał wykonuje się u każdej kobiety, niezależnie od tego, w której jest ona ciąży. Jeśli stwierdzi się brak przeciwciał, to następne badanie wykonuje się w 28 tygodniu ciąży. Po porodzie u kobiet Rh ujemnych wykonuje się badanie kwalifikacyjne do podania immunoglobuliny anti- RhD.

– I to jest jedyny kontakt pracowni z pacjentem z zewnątrz?

– Nie. Mamy sporo pacjentów ambulatoryjnych, którzy chcą sobie oznaczyć grupę krwi, ponieważ po likwidacji starych dowodów zniknął na nowych dokumentach wpis informujący o grupie krwi. Wprowadziliśmy więc tzw. Krew Kartę, zawierającą wszystkie ważne dane personalne właściciela karty i pełne oznaczenie grupy krwi. Krew Karta jest na całe życie, ponieważ technika drukowania zapobiega przed zniszczeniem. Wszyscy powinniśmy mieć krew kartę, ze względu na oszczędność czasu podczas niesie-



Anna Olszewska w banku krwi

nia pomocy w razie jakiegoś poważnego wypadku.

– Jaki jest koszt krew karty?

– Krew karta kosztuje 10 zł plus koszt oznaczenia grupy krwi z przeciwciałami odpornościowymi.

– Krew i preparaty krwiopochodne należą do najczęściej stosowanych środków leczniczych. Czy opracowano preparat, który może zastąpić krew i zlikwidować problemy z jej brakiem?

– Historia transfuzji krwi i badań nad stworzeniem jej substytutów uzupełniają się wzajemnie. Bez przetoczeń nie byłoby także mowy o alternatywnych wobec transfuzji metodach leczenia. Badania nad stworzeniem tzw. sztucznej krwi prowadzone są od kilkudziesięciu lat w różnych ośrodkach, różnymi metodami i ze zmiennym powodzeniem. Popularne określenie „sztuczna krew” może jednak być mylące, ponieważ badane do tej pory preparaty nie mają na celu zastąpienia wszystkich, niezmiernie złożonych i różnorodnych funkcji krwi „prawdziwej”. Podstawowym celem ich zastosowania ma być dostarczenie tlenu do tkanek, stąd inne stosowane nazwy – substytuty krwinek czerwonych, tlenowe środki lecznicze, nośniki tlenu, itp. Opracowanie substytutu krwinek czerwonych nie jest łatwe dlatego, że przy całej prostocie swojej konstrukcji ludzkie krwinki czerwone uzyskały na drodze ewolucji cechy i funkcje unikatowe i jak się okazało – bardzo trudne do naśladowania lub zastąpienia. Podstawowe kierunki prowadzonych badań są następujące: syntetyczne nośniki tlenu (PFC, związ-

ki perfluorokarbonowe) i tzw. „sztuczne krwinki czerwone”, czyli mikrokapsułki zawierające hemoglobinę.

– Czy w ostatnich latach w immunologii transfuzjologicznej nastąpił jakiś duży przełom?

– Tak i to bardzo duży, ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa przetaczanej krwi biorcy. Mówimy tu o rozwoju badań molekularnych, czyli badania genomów wirusów zakażeń, które są przenoszone krwią, a tym samym zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa przetoczonej krwi. Opracowano również odpowiednie zabezpieczenia przed alloimmunizacją, czyli wprowadzono nowe techniki służące jak najbardziej precyzyjnej próbie zgodności – precyzyjnym doborze dawcy i biorcy.

– Czy istnieje jakiś związek grupy krwi z odpowiednim doborem diety?

– W przeszłości wiele badań było poświęconych ustaleniom związku między grupami krwi, a różnymi chorobami. Badania te dotyczyły głównie grupy układu ABO. Jednakże w sposób bezsporny udowodniono tylko dwa związki. Stwierdzono mianowicie, że osoby grupy A częściej chorują na raka żołądka, a u osób grupy O częściej występuje choroba wrzodowa żołądka. Zauważono związek między grupami krwi układu ABO, a stężeniem czynnika VIII i czynnika von Willebranda. Stężenie obu tych czynników jest często obniżone. Interesujących informacji dostarczyły badania nad drobnoustrojami dżumy i ospy prawdziwej, które przed wiekami wywoływały rozległe epidemie. Okazało się, że bakterie dżumy zawierają substancję analogiczną do ludzkiego antygeny H. To podobieństwo sprawiło, że osoby grupy O nie rozpoznawały zarazka, nie wytwarzały przeciw niemu przeciwciał, a więc ryzyko zgonu było u nich większe, niż u osób o innej grupie układu ABO. Wirus ospy prawdziwej zawiera antygen zbliżony do ludzkiego antygeny A. Osoby grupy A i AB nie mogły efektywnie zwalczać zakażenia. Dlatego na terenach, w których występowały przed laty epidemie ospy jest przewaga osób grupy B (np. Indie, Rosja). Poznano wiele antygenów, które spełniają rolę receptorów dla drobnoustrojów. Przez receptory drobnoustroje mogą wnikać do wnętrza krwinki czerwonej. Przykładem jest parwovirus B19, dla którego receptorem jest antygen P.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

IX Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki w Szpitalu Wojewódzkim

W szpitalnej sali konferencyjnej 21 września odbył się Dzień Otwarty Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie pn. „Nie jedz tyle, bądź motylem”. Szpital jako współorganizator 9 Olsztyńskich Dni Nauki zaprosił uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych na wykłady prowadzone przez lekarzy specjalistów.

Spotkanie rozpoczęła dyrektor Szpitala Irena Kierzkowska, zapraszając do wysłuchania wykładów. Po przedstawieniu prezentacji dr n. med. Joanny Rutkowskiej pn. „Co to jest otyłość” odbyła się projekcja filmu pt. „Nie jedz tyle, bądź motylem”. Film w humorystyczny sposób ukazywał problem otyłości, dzięki czemu został bardzo entuzjastycznie przyjęty przez młodzież. W drugiej części spotkania miał miejsce panel dyskusyjny, na temat chorób towarzyszących otyłości pod przewodnictwem prof. dr hab. n. med. Elżbiety Bandurskiej-Stankiewicz. W panelu uczestniczyli: dr hab. n. med. Tomasz Stompór, prof. UWM – specjalista nefrolog, dr n. med. Andrzej Tutaj – specjalista neurolog, dr n. med. Dariusz Michalik – specjalista chirurg onkolog, lek. med. Marek Gowkielewicz

– specjalista ginekolog. Prelegenci mówili na temat otyłości i chorób, które się z nią wiążą. Otyłość jest problemem, z którym boryka się ogromna liczba ludzi na świecie. Liczebność osób otyłych zwiększa się z roku na rok w bardzo dużym tempie. Problem pogłębia to, że często osoby te nawet nie zdają sobie sprawy jakie niebezpieczeństwa niesie zwiększona waga ciała.

Dla uczestników spotkania przygotowaliśmy również konkurs z nagrodami, który zakończył się zaproszeniem do zwiedzania wystawy, dotyczącej zasad zdrowego żywienia i chorób towarzyszących otyłości. Wystawa znajduje się w holu szpitalnym, będzie można ją oglądać do końca roku. Zapraszamy.

core



Dyrektor Szpitala Irena Kierzkowska dziękuje organizatorom i uczestnikom



Lekarze specjaliści, uczestnicy panelu



Uczestnicy wykładów



Wystawa w holu szpitalnym cieszy się dużym powodzeniem



Prof. dr n. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz, moderator spotkania



Po wykładach odbył się konkurs z nagrodami



Las rąk w odpowiedzi na pytanie konkursowe



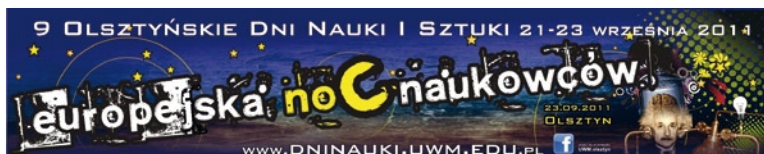
Od lewej: Magda Kantorezyk, Kornelia Kotwicka, Alicja Biernacka i Barbara Szymczuk, zespół organizacyjny



Dzięki wystawie możemy poznać zasady zdrowego żywienia



Dr n. med. Joanna Rutkowska prowadząca wykład



Uroczyste otwarcie pracowni PET/CT

Badania w Pracowni Pozytonowej Tomografii Emisyjnej przy jedynym w regionie Warmii i Mazur Zakładzie Medycyny Nuklearnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie są przeprowadzane już od kwietnia 2011 r., ale uroczyste otwarcie Pracowni odbyło się dopiero 16 września 2011 r.

Przed otwarciem miała miejsce sesja naukowa, przybliżająca diagnostykę PET/CT. Prof. dr hab. n. med. Leszek Królicki, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej wystąpił z wykładem „Obrazowanie molekularne: Quo vadis medycyno?”. Wykłady uzupełniające wygłosili: lek. med. Małgorzata Tarnawska-Pierścińska przedstawiając „Rolę badań PET/CT w diagnostyce nowotworów głowy, szyi i klatki piersiowej” oraz lek. med. Łukasz Hołody opisując „Możliwości dają badania PET/CT w diagnostyce nowotworów jamy brzusznej i miednicy”.

Tomografia pozytonowa (w skrócie PET) razem z tomografią komputerową i rezonansem magnetycznym jest badaniem diagnostycznym, które pozwala „zajrzeć” do wnętrza człowieka bez konieczności wykonywania operacji. Techniki te są niezwykle przydatne w wielu dziedzinach medycyny, tj. onkologia, neurologia, kardiologia, ortopedia.

Badania PET są wykonywane na świecie dopiero od niespełna 10 lat i pozwalają obrazować procesy zachodzące w komórkach. Pozytonowa Tomografia Emisyjna jest badaniem z dziedziny medycyny nuklearnej.

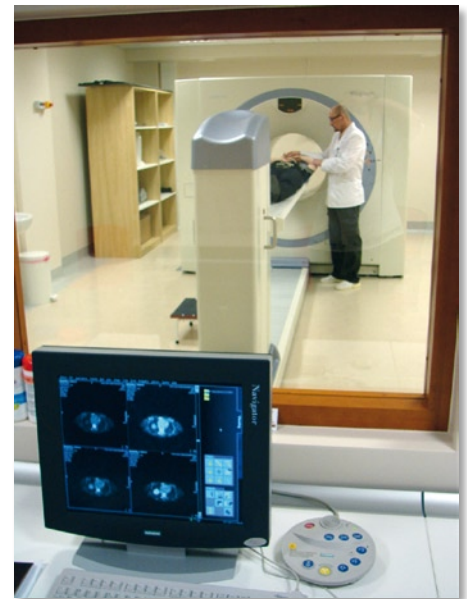
cyny nuklearnej. Opiera się na podaniu minimalnej ilości fizjologicznych molekuł (glukoza, aminokwasy itd.) znaczących atomami radioaktywnymi o bardzo krótkim półokresie rozpadu. Takie molekuły radioaktywne nazywają się „radioznacznikiem”. Podanie radioznacznika jest wykonywane drogą dożylną. Przy użyciu detektora, który pozwala wykreślić dokładnie dystrybucję radioaktywności w ciele pacjenta, można ocenić różne funkcje organizmu (np. metabolizm glukozy). W przypadku badania PET-CT pacjent jednocześnie poddany jest badaniu tomografii komputerowej (CT) i PET. Dzięki temu można ocenić anatomię narządu pacjenta i zlokalizować precyzyjnie ewentualne ogniska gromadzenia radioznacznika.

Pracownia PET-CT utworzona przy Zakładzie Medycyny Nuklearnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jest jedną z najnowszych pracowni diagnostycznych w Polsce i pierwszą tego rodzaju pracownią w województwie warmińsko-mazurskim.

Badanie PET-CT to najbardziej zaawansowana technika obrazowania w medycynie. **core**



Marszałek województwa Jacek Protas i Biskup Jacek Jezierski



Nowoczesny aparat PET-CT



Analiza badania PET-CT



Od lewej: Krzysztof Urbaniak – Dyrektor NU-MED, Irena Kierzkowska – Dyrektor WSS, Jacek Protas – Marszałek



Prof. dr hab. n. med. Leszek Królicki



Poświęcenie pracowni PET-CT



Zaproszeni goście

Pamięć i jej zagadki cz. 3



Piotr Markiewicz
– psycholog

W zakamarkach naszej pamięci pełno jest fikcyjnych danych. Nie jest to wynik żadnych zaburzeń czy zakłóceń pamięci. Fałszywe wspomnienia – bo tak nazywają się takie błędne informacje – są normalnym przejawem działania ludzkiej pamięci. Choć sprawiają różne kłopoty, w niektórych sytuacjach mogą być korzystne.

Zacznijmy od przykładu. Proszę przeczytać listę słów poniżej w ramce.

[1] nitka, szycie, kolec, strzykawka, stóg siana, ukłucie

Ponieważ cykl tekstów dotyczy zagadek pamięci, warto przypomnieć co już mamy za sobą. Część pierwsza dotyczyła różnych typów pamięci. Możemy pamiętać zdarzenia z naszego życia, abstrakcyjną wiedzę lub sposób jazdy na rowerze. Możemy pamiętać tylko to, co wydarzyło się przed chwilą lub co zdarzyło się dziesiątkami lat temu. Taka wiedza jest ważna, gdyż narzekając na „słabą pamięć” najczęściej mówimy o jakimś typie pamięci i pomijamy fakt, że inne typy są całkiem sprawne. W ten sposób przeszliśmy do części drugiej cyklu, w której został opisany katalog błędów ludzkiej pamięci (m.in. nietrwałość, podatność na sugestie, uprzedzoność i tendencyjność). Okazało się, że takich błędów jest dużo i łatwo mówić o nich w samych negatywach. Jednak błędy pamięci w typowych warunkach są przejawem zdrowego systemu pamięciowego, który m.in. eliminuje zbędne informacje, utrwała szczególnie emocjonujące zdarzenia i kompresuje liczne dane podobne do siebie. Dlatego w wielu sytuacjach narzekania na pamięć mogą wynikać z braku wiedzy o jej prawidłowym funkcjonowaniu, o ile oczywiście nie mamy uszkodzonego mózgu.

Nasz system pamięciowy skrywa jeszcze inną ciekawostkę. Ale tu znów proszę przeczytać słowa w ramce.

[2] cukierek, oranżada, miód, szarlotka, krówka, wata cukrowa, karmel, czekolada, placek, lukier, ciastko

Pomimo tego, że na co dzień zdajemy sobie sprawę z wadliwości naszej pamięci, często mamy poczucie, że jak już coś zapamiętamy, to na pewno dobrze. Nic bardziej mylnego. Przywoływanie wspomnień, przypominanie i odtwa-

rzanie pamięciowe nie jest procesem mechanicznym. Z wielu badań wynika, że jest to raczej proces rekonstrukcji z wieloma pułapkami po drodze. Zazwyczaj zapamiętujemy fragmenty zdarzeń lub informacji, a podczas przypominania staramy się stworzyć jednolitą całość i uzupełniamy luki na podstawie podobnych zdarzeń, podobnych informacji i naszej ogólnej wiedzy o świecie. Niektórzy psychologowie porównują proces przypominania do rekonstrukcji dawnych zwierząt na podstawie szkieletu lub jego części. Nie jest to – posługując się inną metaforą – wyciągnięcie gotowej informacji z szuflady z dobrze ułożonymi teczkami.

Nic dziwnego zatem, że przy tak twórczym podejściu do śladów z przeszłości pojawiają się nieoczekiwane problemy, zwane fałszywymi wspomnieniami. Najkrócej mówiąc są to informacje zawarte w pamięci o fikcyjnym zdarzeniu, co do którego mamy silne przekonanie, że jest ono prawdziwe, tzn. że miało miejsce lub wystąpiło w przeszłości. Nie brzmi to zachęcająco, ale jest to normalna cecha naszej pamięci.

Fałszywe wspomnienia – przykłady

Przykłady powszechnej obecności zjawiska fałszywej pamięci są liczne. Już dawno temu zauważono, że znaczny odstęp czasowy pomiędzy zapamiętaniem zdarzenia i jego przypomnieniem zwiększa liczbę zniekształceń i dopowiedzeń. Jednak największe zasługi w ujawnianiu fałszywych wspomnień ma Elizabeth Loftus – badaczka z University of California (USA), która wraz z zespołem wykonała kilkadziesiąt eksperymentów z tej dziedziny. Oto w skrócie kilka z nich.

Zagubiony w centrum handlowym.

Gdy starszy brat (w zмовie z badaczkami) systematycznie pyta młodszego, czy pamięta jak ten zagubił się w wieku 5. lat w centrum handlowym, ten początkowo zaprzecza (co jest prawdą, bo po-

świadczają to rodzice). Potem nagle „przypomina” sobie, że faktycznie zgubił się i na dodatek „pamięta” wiele szczegółów, np. ubiór osoby, która go odnalazła i krzyki matki po odnalezieniu. Fałszywe wspomnienia dotyczą także dorosłych – jedna czwarta poddanych sugerującym i naprowadzającym pytaniom „przypomina” sobie o przeżytym w dzieciństwie zagubieniu.

Disneyland.

Osoby badane oceniały specjalnie przygotowany folder reklamowy Disneylandu, w którym na pierwszym planie był widoczny królik Bugs. Potem badani zostali poproszeni o przywołanie własnych wspomnień z Disneylandu. Prawie co trzeci badany przywoływał spotkanie z Bugsem ze szczegółami (np. ściskanie łapy królika, wspólna fotka). Problem w tym, że królik Bugs nigdy nie mógł być w Disneylandzie, gdyż ta sympatyczna skądinąd postać jest z innej firmy (Warner Bros).

Wypadek.

Osoby badane oglądały film, w którym dwa samochody uczestniczyły w wypadku. Wystarczyły odmienne sugestie w pytaniach dotyczące wypadku, żeby uzyskać inne odpowiedzi. Pytano z jaką prędkością jechały samochody, gdy (1) zderzyły się, (2) rozbiły się, (3) stuknęły się, (4) zetknęły się. Odpowiedzi badanych były następujące: rozbiły się – 66 km/h, stuknęły się – 61 km/h, zderzyły się – 55 km/h, zetknęły się – 51 km/h. Po tygodniu osoby, które słyszały słowo „rozbiły się” znacznie częściej twierdziły błędnie, że widziały potłuczone szkło.

Jak powstają fałszywe wspomnienia?

Przedstawione przykłady wskazują na odmienny mechanizm wszczepiania fałszywych wspomnień. W eksperymencie Zagubiony w centrum handlowym przyczyną jest uprzedzoność sugestii brata i wyobrażenia badanego nastolatka (plus wiek). W Disneylandzie fałszywe

wspomnienie powstało na podstawie widzianej ulotki, która była wystarczającą wizualną sugestią zniekształcającą pamięć. Do tego dochodzą zbliżone wspomnienia o zdarzeniach z innych centrów zabaw, gdzie wykonywało się fotki i ścisła się łapy bajkowych postaci. Te zbliżone wspomnienia zostały wykorzystane w rekonstrukcji wydarzeń z Disneylandu z Bugsem w roli głównej. Z kolei w eksperymencie Wypadek przyczyną powstania fałszywego wspomnienia są automatyczne skojarzenia ze słowem „rozbiły się” (to coś więcej, niż „zetrnęły się” i w dodatku uruchamiają wyobrażenia potłuczonego szkła).

Nie każdy rodzaj fałszywych wspomnień jest tak samo wytwarzany. Wiadomo jednak, że nawet bardzo subtelna sugestia podawana po zdarzeniu może zostać włączona w ramy pierwotnie trafnego wspomnienia. Wiadomo też, że im później po zdarzeniu podawana jest wprowadzająca w błąd informacja, tym silniejszy jest jej wpływ. Co ciekawe, badani zazwyczaj są bardzo pewni swoich odpowiedzi (de facto błędnych). To pokazuje, jak skryty może być mechanizm nabywania fałszywych wspomnień i wyjaśnia, dlaczego tłumacząc komuś błąd pamięciowy, spotykamy się z zaciekle oporem. Istnieją jednak granice wszczepiania fałszywych wspomnień. Przykładowo, trudno komuś wmówić, że miał lewatywę w dzieciństwie. Z kolei silne wyobrażenie sobie jakiegoś wydarzenia oraz ponawianie przypomnień stanowią dobrą podstawę wytworzenia fikcyjnego wspomnienia.

Co dzieje się w mózgu, który produkuje fałszywe dane?

Czasami trzeba nieco pomanipulować osobami badanymi, aby uchwycić mechanizm powstawania fałszywych wspomnień. Tak było w badaniu zespołu Micaha Edelsona z University College London. Wyobraź sobie, że jesteś jedną z osób badanych. Najpierw oglądasz film dokumentalny w gronie kilku osób. Po trzech dniach przechodzisz test pamięciowy, gdzie trzeba przypomnieć szczegóły filmu. Potem (po siedmiu dniach) znów przechodzisz test, ale tym razem twój mózg jest monitorowany i przy okazji otrzymujesz podpowiedź w postaci nagrań odpowiedzi innych ludzi z twojej grupy. Część z tych podpowiedzi była fałszywa. Okazało się, że pomimo trafnej odpowiedzi w pierwszym teście pamięci aż 70 procent osób zmieniło swoje decyzje na błędne. Na poziomie aktywności mózgu stwierdzono jedno-

czesną aktywność obszarów hipokampa i ciała migdałowatego. Taka jednoczesna aktywność wskazuje na osobliwą sytuację – ślad pamięciowy jest prawidłowo utrwalany (za to m.in. odpowiada hipokamp) ale emocjonalne centrum mózgu (ciało migdałowate) podsuwa alternatywną wersję zgodną z regułami życia społecznego (jeśli inni coś mówią, to znaczy, że mogą mieć rację i byłoby głupio twierdzić inaczej – bo to zbyt ryzykowne). W efekcie ślad pamięciowy zostaje zabarwiony dodatkowym fałszywym tonem, a właściciel wspomnienia nie zdaje sobie sprawy z jego wadliwości. Ten efekt jest na tyle silny, że gdy osoby badane w końcu dowiedziały się (po 14 dniach), że podpowiedzi zostały losowo wybrane przez komputer, nadal blisko połowa ich odpowiedzi była błędna. A więc w poprzednich etapach została wszczepiona fałszywa pamięć i przy okazji mamy solidną wiedzę, jak ludzka pamięć jest podatna na wpływ społeczny. Inaczej mówiąc, wystarczy kilku znajomych i nasza wiedza co do danego zdarzenia może ulec całkowitej przemianie.

Test

A teraz czas na test pamięciowy. Poniżej znajduje się ramka ze słowami. Proszę obok zaznaczyć (+), gdy słowo było poprzednio (w czasie czytania), lub (-), gdy takiego słowa nie było. Oczywiście proszę teraz nie wracać do ramek z początku tekstu. Można też dokończyć cały tekst i dopiero potem zrobić sobie test - efekt powinien być bardziej widoczny.

test 1:

nitka [], szycie [],
strzykawka [], stóg siana
[], igła [] ukłucie []

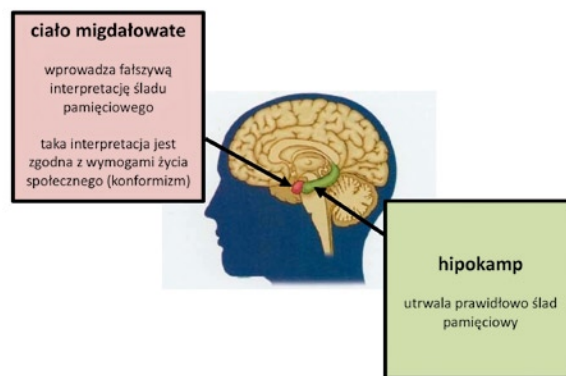
test 2:

cukierek [], oranżada [],
miód [], szarlotka [],
krówka [], wata cukrowa [],
słodycze [], czekolada [],
placek [], lukier []

Rozwiązanie testu znajduje się na końcu tekstu.

Korzyści z fałszywej pamięci

Chyba nikt nie chciałby posiadać fałszywych wspomnień. Okazuje się, że w nie-



źródło: <http://www.humanillnesses.com/Behavioral-Health-Fe-Mu/Memory.html>. Adaptacja własna

których sytuacjach fikcyjne dane pamięciowe mogą być użyteczne. Sposób na to jest prosty – trzeba zastąpić prawdziwe wspomnienia informacjami fałszywymi, modelującymi pożądane zachowania.

O tym, że wspomniany sposób nie jest fikcyjny przekonują wyniki różnych badań. Przykładowo, wielu z nas nie cierpi kleików, szpinaku czy brukselki. Takie fobie jedzeniowe wynikają częściowo z utrwalań w dzieciństwie preferencji smakowych lub wojen toczonych z osobami karmiącymi. Można to jednak zmienić. Zespół Cary Laney z University of Leicester (Wielka Brytania) wziął na warsztat szparagi – również znieawidzone warzywo co szpinak. Osoby badane najpierw wypełniały ankietę, w której m.in. były pytane o poziom lubienia gotowanych szparagów w dzieciństwie. Potem badani oceniali prawdopodobieństwo zamówienia różnych dań, wśród których była też oczywiście potrawa ze szparagów. Minął tydzień i połowie osób badanych zaczęło wmawiać, że jako dzieci m.in. uwielbiali szparagi. W czasie wmawiania naukowcy wykorzystywali swój autorytet i powoływali się na wyniki analizy ankiet. Prawie połowa osób badanych uwierzyła w te „rewelacje”. Co więcej część z tych, którzy uwierzyli na słowo byli bardziej skłonni zamówić danie za szparagami w restauracji i więcej za nie zapłacić. W efekcie niekiedy wystarczy samo dobre wmówienie, aby zaindukować fałszywe wspomnienia, zmienić preferencje kulinarne i zmienić stosunek finansowy do ulubionych przecież szparagów.

W innym badaniu pod kierunkiem Elke Geraerts z Uniwersytetu St. Andrews w Szkocji sugerowano osobom badanym, że w dzieciństwie prawdopodobnie mieli dolegliwości żołądkowe po zjedzeniu sałatki jajecznej. Jedna trzecia badanych uwierzyła, że tak

było naprawdę. Jak by tego było mało, badani zaraz potem mogli spróbować

W SKRÓCIE

- w pamięci każdego człowieka znajdują się fałszywe informacje o różnych sprawach; najczęściej nie jesteśmy tego świadomi,
- mechanizm powstawania fałszywych danych pamięciowych jest skomplikowany, ale dużą rolę odgrywają wpływ społeczny, wiek, błędne sugestie i odstęp czasowy od zapamiętanego zdarzenia,
- indukcja fałszywych wspomnień może pomóc w walce z plagą otyłości i niezdrowymi nawykami żywieniowymi.

różnych kanapek, w tym kanapkę z pastą jajeczną. Minęły cztery miesiące i osoby badane zjawyły się celem oceny podobnych kanapek. Pasty z jajek nie mogło rzecz jasna zabraknąć. Do prób smakowych przystąpiły osoby z fałszywą pamięcią zatrucia „jajkowego”, osoby, które nie dały sobie tego mówić i osoby z grupy kontrolnej. Okazało się, że ci „fałszywie zatruci” nie tylko znacznie niżej oceniali kanapki z jajkiem, ale w ogóle próbowali uniknąć kontaktu z takimi kanapkami. Zachowywali się jakby ich fałszywe przekonania o doświadczeniach z pastą jajeczną w dzieciństwie były prawdziwe.

Przedstawione przykłady indukcji fałszywych wspomnień, choć samo w sobie niezbyt etyczne, mają potencjalne konsekwencje w działaniach

prozdrowotnych. Społeczeństwa zachodnie trapi plaga otyłości i złych nawyków żywieniowych. Najczęściej winą obarcza się firmy żywnościowe i gastronomiczne lub nieodpowiednią politykę żywnościową (np. budki ze słodyczami w szkole). Ale główną przyczyną tkwi w mózgu/umyśle ludzkim, który po prostu preferuje określone – nierzadko „śmieciowe” – jedzenie. Można zmienić te preferencje przez dobrze sformułowane fałszywe sugestie np. o zatruciach słodyczami w dzieciństwie. W efekcie osoba otyła z wgrany fałszywym przekonaniem może zacząć unikać niezdrowych dla niej produktów. Oczywiście pod warunkiem, że społeczeństwa zgodzą się na takie przeprogramowanie umysłów przy pomocy fałszywej pamięci.

dr Piotr Markiewicz

ROZWIĄZANIE TESTU PAMIĘCIOWEGO

W obu zadaniach pamięciowych zniknęło jedno słowo szczegółowe, ale w zamian pojawiło się słowo ogólne – w pierwszym przypadku igła, w drugim – słodycze. Większość ludzi przypomina błędnie, że oba słowa występowały już wcześniej. Jest tak dlatego, gdyż w pierwszej liście do zapamiętania wszystkie słowa kojarzyły się z igłą. Podobnie w drugiej liście wszystkie słowa kojarzą się ze słodyczami. Wytworzone automatycznie skojarzenie jest na tyle silne, że wyrazy igła i słodycze wydają się występować już wcześniej – w trakcie czytania słów do zapamiętania.

Najlepsza usługa medyczna w regionie

W piątek, 4 listopada, podczas uroczystej Gali Jakości Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał statuetkę w konkursie na najlepszą usługę medyczną w regionie.

Gala podczas, której rozstrzygnięto wyniki VII edycji konkursu Najlepszy Produkt i Usługa Warmii i Mazur odbyła się na olsztyńskim zamku. Jury wybierając zwycięzców, brało pod uwagę jakość, pozycję marki i innowacyjność. Mieszkańcy miasta również mogli głosować na wybrany przez siebie produkt i usługę. Przyznano 24 nagrody w 9 kategoriach: 7 statuetek oraz 17 wyróżnień. Nasz Szpital nie miał sobie równych w kategorii usługa medyczna.

Do konkursu zgłosiliśmy usługę: **nowoczesne metody leczenia operacyjnego nowotworów piersi.**

Rak piersi jest chorobą występującą coraz częściej i stanowi rosnący problem nie tylko medyczny, ale także społeczny i ekonomiczny. W Polsce rocznie obserwuje się około 15 000 nowych zachorowań (w województwie warmińsko-mazurskim ponad 500). Obserwując trendy zachorowalności w naszym kraju i Euro-

pie można przypuszczać, że w ciągu pokolenia liczba zachorowań na raka piersi w Polsce podwoi się.



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny podjął wyzwanie walki z rakiem piersi, oferując nowoczesne, wielospecjalistyczne podejście do rozpoznawania i leczenia wczesnych postaci raka piersi. Leczenie oszczędzające piersi polega na usunięciu zmiennej nowotworowej z marginesem zdrowej tkanki z późniejszym napromienianiem piersi. Powstały ubytek tkanki gruczołowej piersi można odbudować



stosując tkanki własne chorej (zazwyczaj inne obszary piersi) stosując metody stosowane w chirurgii plastycznej w czasie tego samego zabiegu. Nazywa się to chirurgią onkoplastyczną.

W przypadku już rozpoznanego nowotworu, leczenie chirurgiczne jest tak przeprowadzane, aby było ono radykalne onkologicznie, a jednocześnie minimalizowało uraz operacyjny i ograniczało późniejsze skutki, jak zniekształcenie piersi lub objawy wynikające z usunięcia węzłów chłonnych pachowych.

Ogromny wpływ na wynik konkursu miała dobrze opracowana oferta konkursowa, którą przygotował dr n. med. Dariusz Michalik z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. **core**

Dbaj o swoje nerki

Zakończyliśmy realizację zadania publicznego współfinansowanego przez Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego pn. „Dbaj o swoje nerki – propagowanie zdrowego stylu życia wśród członków rodzin osób hemodializowanych”.



W pierwszym etapie przygotowaliśmy ulotki informacyjne na temat przewlekłej choroby nerek, mające uświadomić odbiorców jak istotny jest to problem oraz jak ważna jest promocja zdrowia związana z chorobami nerek. Równoległe zostały przygotowane zaproszenia na konsultacje nefrologiczne dla członków rodzin osób hemodializowanych. Konsultacje obejmowały:

- Szczegółowy wywiad lekarski (choroby nerek, choroby towarzyszące, w tym zwłaszcza nadciśnienie tętnicze i inne choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca).
- Pomiar antropometryczny ze szczególnym uwzględnieniem wskaźników otyłości.
- Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
- Analiza przyjmowanych preparatów farmakologicznych.
- Pobranie 5 ml krwi celem oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy krwi i wyliczenia wskaźnika przesączania kłębuszkowego GFR, świadczącego o czynności filtracyjnej nerek.
- Badanie moczu ogólnego i badanie wydalania albuminy z moczem.
- Podsumowanie uzyskanych wyników i ponowny kontakt z osobą badaną (niezależnie od stwierdzenia nieprawidłowości).
- W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – kontakt z lekarzem POZ

i wdrożenie we współpracy z tym lekarzem dalszej opieki nad osobą badaną zgodnie z procedurami przewidzianymi przez system opieki zdrowotnej.

Od maja do września 2011r. lek. med. Agnieszka Howska-Bierawska przebadła 122 członków rodzin osób hemodializowanych pod kątem obecności cech choroby nerek lub czynników ryzyka jej wystąpienia. U 41% spośród nich stwierdzono w badaniach laboratoryjnych wartość współczynnika przesączania kłębuszkowego (tzw. eGFR - MDRD) poniżej 90 ml/min/1,73m² – oznacza to, że u tych osób można rozpoznać PChN (większość z nich nie zdawała sobie z tego sprawy). Poza tym u 27% przebadanych występowało podwyższone ciśnienie tętnicze; glukoza na czczo była podwyższona u 46% osób, natomiast otyłość lub nadwagę miało 66%. Palenie tytoniu deklarowało 37% osób. Opracowane wyniki przeprowadzonych badań oraz konsultacji były bazą do przygotowania ulotek edukacyjnych dotyczących zasad nefrofarmakologicznej profilaktyki chorób nerek i nadciśnienia tętniczego oraz propagowania zdrowego stylu życia.

W następnym etapie przygotowano spotkanie edukacyjne dla lekarzy rodzinnych, które dotyczyło nefroprotekcji,

uwrażliwienia personelu medycznego na problemy nefrologiczne w rodzinach chorych dializowanych. Spotkanie odbyło się 2 grudnia 2011r. w szpitalnej sali konferencyjnej. Wykłady poprowadzili:

- prof. nadzw. dr hab. med. **Tomasz Stompór**: Epidemiologia przewlekłej choroby nerek w populacyjnych badaniach przesiewowych i grupach szczególnego ryzyka.
- dr n. med. **Maria Napora**: Przewlekła choroba nerek jako czynnik ryzyka powikłań sercowo - naczyniowych.
- lek. med. **Agnieszka Howska-Bierawska**: Przewlekła choroba nerek wśród krewnych pacjentów dializowanych – analiza wyników programu przesiewowego.

Pamiętajmy, że nasze nerki mają ogromne znaczenie dla naszego zdrowia i życia. Choroby nerek są nadal zbyt późno rozpoznawane, co opóźnia wdrożenie odpowiedniej terapii. Ocenia się, że problemy z nerkami ma **500 milionów osób na świecie, czyli jeden dorosły na dzieśnięciu w danej populacji.**

Choroby nerek w początkowych stadiach często przebiegają bezobjawowo. Powolne narastanie objawów pozwala na stopniową adaptację, dlatego też przez długi okres trwania choroby można nie odczuwać żadnych niepokojących objawów.



prof. nadzw. dr hab. med. Tomasz Stompór



lek. med. Agnieszka Howska-Bierawska



dr n. med. Maria Napora



Zaproszeni goście

core



Projekt „Dbaj o swoje nerki – propagowanie zdrowego stylu życia wśród członków rodzin osób hemodializowanych” jest współfinansowany przez Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Najpiękniejszy dar to życie

W poniedziałek, 14 listopada przeprowadziliśmy piękną Akcję pozyskiwania potencjalnych dawców szpiku, pod hasłem „Najpiękniejszy dar to życie”. Po raz kolejny mogliśmy się przekonać o ogromnej wrażliwości mieszkańców naszego regionu. Liczba osób, które odpowiedziały na nasz apel przekroczyła nasze oczekiwania.

Dzięki wszystkim ludziom dobrego serca zarejestrowano 518 osób (rekord Polski), które stały się potencjalnymi dawcami szpiku, a co za tym idzie, dali szansę na życie kolejnym chorym, dla których ofiarowany szpik jest jedynym lekarstwem ratującym życie. Wszystkim ofiarodawcom bardzo dziękujemy. Honorowymi gośćmi akcji byli olsztyńscy sportowcy, których chęć wzięcia aktywnego udziału w tym przedsięwzięciu to przykład poparcia dla idei transplantologii w Polsce i w Olsztynie. Swoim przybyciem akcje uświetnili:

- **TEAM Kondratowicz,**
- **Koszykarze Inter Parts AZS UWM Olsztyn,**
- **Klub Futbolu Amerykańskiego Olsztyn Lakers,**
- **Piłkarze ręczni OKPR Warmia Anders Group Społem Olsztyn,**
- **Siatkarze Indykpol AZS Olsztyn,**
- **MMA Arrachion z Olsztyna: Szymon Bońkowski, Mamed Khalidow, Paweł Derlacz, Łukasz Porębski, Aslambek Saidov, Michał Szuliński.**

Ofiarowanie przez nich swojego czasu, a także autografów ludziom, którzy oddawali swoją krew w tym szczytnym celu, było swoistym poparciem Akcji, motywacją, a także wielką nagrodą.

Akcja skierowana była do wszystkich chętnych w wieku 18-50 lat, cieszących się dobrym zdrowiem. Żeby zostać potencjalnym dawcą szpiku wystarczyło przyjść 14 listopada 2011 r. do Szpitala z dowodem tożsamości (potrzebny był PESEL), wypełnić na miejscu krótki kwestionariusz i oddać niewielką ilość, tj. ok. 4 ml własnej krwi. Osobom pracującym i uczącym się wystawiono usprawiedliwienia.

Honorowy patronat nad Akcją objął Pan Jacek Protas, Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego. Organizatorami Akcji „Najpiękniejszy dar to życie” byli: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, Poltransplant – jednostka podległa Ministerstwu Zdrowia, a także Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

Cel Akcji to pozyskanie jak największej liczby osób do Centralnego Rejestru



Akcję zasilili młodzież ze szkół ponadgimnazjalnych



Najpierw wypełnienie kwestionariusza potem oddanie krwi do banku



Tak niewiele, a można uratować drugiemu człowiekowi życie

Niespokrewnionych Dawców Szpiku (potencjalnych dawców szpiku kostnego). Przeszczep szpiku od honorowego dawcy może uratować życie chorym na białaczkę oraz inne choroby krwi, jak również i niektóre choroby nowotworowe. Co roku w naszym kraju zachorowalność na białaczkę wynosi od 6 do 9 osób na 100 000 mieszkańców. Na świecie swój szpik oddało już około 9 tysięcy dawców niespokrewnionych i kilkadziesiąt tysięcy dawców rodzinnych. Niektórzy spośród tych dawców oddawali swój szpik wielokrotnie, co nie ma żadnego negatywnego wpływu na ich zdrowie, życie i przyszłość, a podarowanie drugiemu człowiekowi tak bezcennego daru, jakim jest życie, to niezwykle doświadczenie.

Im więcej chętnych dawców, chcących zostać potencjalnym dawcą szpiku, przebadanych i zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Niespokrewnionych Dawców Szpiku, tym większa szansa na ocalenie komuś życia!

red.

Sztuka życia to poszanowanie świata i człowieka. To uśmiech, serdeczność, a także otwartość na potrzeby drugiego człowieka. Wartości, o których w dzisiejszych czasach bardzo często zapominamy. Chęć niesienia pomocy i życzliwość są dzisiaj w cenie, bo pomagają iść do przodu, wnoszą wrażliwość do stosunków z innymi ludźmi. Dlatego specjalne podziękowania za wielkie zaangażowanie oraz bezinteresowną pomoc w organizowaniu akcji „Najpiękniejszy dar to życie” należą się:

- Starostwu Powiatowemu w Iławie,
- Panu Leszkowi Gołębiowskiemu z Warmińsko-Mazurskiej Stacji Transportu Sanitarnego,
- Metropolice Warmińskiemu – Arcybiskupowi Wojciechowi Ziembie,
- Kuratorium Oświaty w Olsztynie,
- Starostwom Powiatowym w: Nidzicy, Kętrzynie, Bartoszycach, Działdowie,
- Koordynatorom ds. transplantacji szpitali województwa warmińsko-mazurskiego,
- Dyrektorom szkół, w których były prowadzone wykłady edukacyjne,
- Regionowi Wsparcia Teleinformatycznego,
- Księżom parafii województwa warmińsko-mazurskiego,
- Dowództwu Wojsk Lądowych,
- Jednostce Wojskowej Nr 2098 w Bemowie Piskim,
- Warmińsko-Mazurskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ w Olsztynie,
- Wszystkim uczestniczącym w Akcji Sportowcom Warmii i Mazur,
- Pracownikom WSS w Olsztynie.



Wojciech Ferens i Dawid Gunia, siatkarze Indykpolu AZS Olsztyn



Jacek Chojnacki, koszykarz z Inter Parts AZS UWM Olsztyn



Próbki z krwią



Sebastian Sokółowski, szczypiornista z OKPR Warmia Anders Group Spółem Olsztyn



Aslambek Saidov, z klubu MMA Arrachion Olsztyn



Drużyna koszykarzy z organizatorami akcji ze szpitala





Województwa Warmińsko-Mazurskiego
Tydzień Dawcy Szpiku
Świętniejszy
mar to życie
listopada 2011 r.
Dzięki
wszystkim ludziom
dobrego serca
zarejestrowano
518 osób



...ko potencjalnych
dawców szpiku





Pielęgniarka oddziałowa

Zarządzanie jest ogółem działań zmierzających do efektywnego wykorzystania ludzi i środków materialnych, podejmowanych w celu osiągnięcia wcześniej sformułowanych założeń. W procesie zarządzania wyróżnia się podstawowe funkcje, a mianowicie: planowanie, organizowanie, motywowanie i kontrolowanie.

Z punktu widzenia czasowego i rangi podejmowanych decyzji wyodrębnia się zarządzanie bieżące (operacyjne) i długofalowe czyli strategiczne. W zależności od obszaru różni się zarządzanie personelem, usługą medyczną i materialnymi środkami pracy. W szpitalu wymienione obszary łączą się i są zarządzane na poziomie strategicznym, przez dyrekcję szpitala i na poziomie operacyjnym, przez kierowniczą kadre średniego szczebla zarządzania.

W naszym szpitalu w podsystemie pielęgniarstwa przedstawicielem kadry zarządzającej na poziomie strategicznym jest zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa, a na poziomie operacyjnym jest przełożona pielęgniarek oraz pielęgniarki i położne oddziałowe. Dobór i zatrudnianie kadry kierowniczej odbywa się w oparciu o prawo formalne, w drodze postępowania konkursowego. Obowiązujące rozporządzenia Ministra Zdrowia określają kwalifikacje, staż pracy w zawodzie oraz warunki przeprowadzenia postępowania konkursowego.

Formalne wymagania na stanowisku pielęgniarki oddziałowej:

1. tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i rok pracy w szpitalu,
2. tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa lub średnie medyczne w zawodzie pielęgniarka i rok pracy w szpitalu,
3. licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania i 3 lata pracy w szpitalu,

4. licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny i 4 lata pracy w szpitalu,
5. średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania i 5 lat pracy w szpitalu,
6. średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i kurs kwalifikacyjny i 7 lat pracy w szpitalu – w okresie przejściowym do 31.12.2020 roku.

Formalne wymagania na stanowisku położnej oddziałowej:

1. tytuł magistra na kierunku położnictwo i rok pracy w szpitalu,
2. tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat położnictwa lub średnie medyczne w zawodzie położna i rok pracy w szpitalu,
3. licencjat położnictwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania i 3 lata pracy w szpitalu,
4. licencjat położnictwa i kurs kwalifikacyjny i 4 lata pracy w szpitalu,
5. średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania i 5 lat pracy w szpitalu,
6. średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i kurs kwalifikacyjny i 7 lat pracy w szpitalu – w okresie przejściowym do 31.12.2020 roku.

Po wyłonieniu kandydata na stanowisko kierownicze przez komisję konkursową, następnym etapem jest zatrudnienie przez dyrektora szpitala na okres 6 lat. Kierownicza kadra pielęgniarska pracuje w oparciu o ustalone kompetencje zapisane w zakresach obowiązków oraz

w opisach stanowisk pracy. Pielęgniarki i położne oddziałowe wypełniają wszystkie funkcje związane z zarządzaniem, wpływając tym samym na realizację celów strategicznych szpitala.

W zarządzaniu wyróżnia się:

Planowanie polega na decydowaniu o podjęciu działań zorientowanych na realizację celów, wywoływanie zdarzeń, faktów które samoistnie by nie zaistniały. W planowaniu można wyodrębnić kolejne etapy:

1. określenie celów działania, i tak pielęgniarka oddziałowa określa cele działania pielęgniarek odcinkowych związane z pielęgnacją pacjentów, podnoszeniem kwalifikacji i w zakresie doskonalenia zawodowego, czy też usprawnianiem pracy,
2. ocena sytuacji, która polega określeniu warunków zewnętrznych i wewnętrznych, w których przebiegać będzie realizacja zadań. Pielęgniarka oddziałowa ocenia warunki realizacji zadań przydzielonych pielęgniarkom odcinkowym w zakresie opieki nad pacjentami. Analizuje zarówno warunki wyposażenia stanowiska pracy, jak również możliwości realizacji zadań przez pielęgniarki.

Organizowanie to podejmowanie działań i koordynowanie pod kątem harmonijnego przebiegu oraz podejmowanie interwencji w przypadku odchylenia, np. rozpoznanie potrzeb zapotrzebowania na opiekę pociąga za sobą dobór ludzi do realizacji zadań, dobór środków i technik pracy.

Motywowanie inaczej pobudzanie, polega na wywoływaniu motywacji, czyli gotowości do określonych zachowań, postaw i działań. Gotowość i właściwe postępowanie pielęgniarki przyczynia się do uzyskania pozytywnych efektów leczenia.

Kontrolowanie polega na porównaniu wykonania pracy ze stanem pożądanym. Obejmuje ustalenie stanu faktycznego odnośnie do warunków, sposobów oraz wyników działania, porównanie stanu rzeczywistego ze stanem zaplanowanym, stwierdzenie występowania

w zarządzaniu oddziałem szpitalnym

nia lub niewystępowania odchyień, ich wielkości oraz przyczyn zachodzących niezgodności. Wynikiem kontrolowania powinno być podejmowanie działań zapobiegawczych i naprawczych. Reasumując, proces kierowania ma gwarantować, aby pielęgniarki знаły cele, sposoby realizacji zadań, umiały je wykonywać dzięki odpowiedniemu wyposażeniu i zgodnie z posiadaną wiedzą i wymaganiami.

W zakresie opieki nad chorym do zadań pielęgniarki, położnej oddziałowej należy:

1. planowanie zapotrzebowania na obsadę pielęgniarską,
3. planowanie i organizowanie pracy podległego personelu, równomierne rozłożenie zadań i odpowiedniego wykorzystania zasobów kadrowych,
4. sporządzanie rozkładów pracy podległego personelu oraz nadzorowanie ich realizacji,
5. planowanie i organizowanie zaopatrzenia w niezbędne środki medyczne, leki, wyposażenie techniczne, bieliznę pościelową i inne materiały niezbędne do funkcjonowania pracy oddziału,
6. określanie potrzeb szkoleniowych, planowanie i organizowanie doskonalenia zawodowego wewnątrzoddziałowego podległego personelu,
7. planowanie, wdrażanie i monitorowanie doskonalenia jakości opieki pielęgniarskiej,

PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWE I POŁOŻNE ODDZIAŁOWE

1. Anna Trzaska
2. Anna Idzikowska
3. Katarzyna Wilczewska
4. Marta Rusin
5. Elżbieta Kacperska
6. Jolanta Szelkowska
7. Danuta Jurkowska
8. Grażyna Roman
9. Bożena Rusewicz
10. Agnieszka Przybytek
11. Teresa Berkolec
12. Maria Kowalska
13. Bożena Rembiszewska
14. Gabriela Rudzińska
15. Małgorzata Zajac
16. Monika Kaliszuk
17. Alina Ćwiek



Kadra kierownicza w podsystemie pielęgniarstwa

8. planowanie i organizowanie żywienia pacjentów,
 9. planowanie i organizowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami: przyjęcie do oddziału, pielęgnowanie, udział w diagnostyce leczenia i rehabilitacji, wypis z oddziału z uwzględnieniem zachowania ciągłości opieki,
 10. zapewnienie prawidłowego obiegu informacji i dokumentacji w zespole,
 11. organizowanie przepływu informacji wewnątrz oddziału i na zewnątrz oddziału,
 12. organizowanie i sprawowanie nadzoru nad przebiegiem adaptacji zawodowej podległych pracowników,
 13. organizowanie i sprawowanie nadzoru nad środowiskiem epidemiologicznym w oddziale,
 14. opracowywanie, wdrażanie procedur i instrukcji doskonalenia jakości opieki w tym związanych z prawami pacjenta,
 15. nadzór nad gospodarką odpadami i innymi aspektami środowiskowymi w oddziale,
 16. kontrolowanie i monitorowanie realizacji opieki pielęgniarskiej oraz zleceń lekarskich wykonywanych przez pielęgniarki,
 17. kontrolowanie i monitorowanie dokumentacji pielęgniarskiej,
 18. kontrolowanie i monitorowanie realizacji zadań zgodnie z obowiązującymi procedurami organizacyjnymi, pielęgnacyjnymi, epidemiologicznymi, wymaganiami prawnymi,
 19. nadzór nad składnikami majątkowymi materialnymi i niematerialnymi stanowiącymi własność oddziału i szpitala,
 20. nadzór na prawidłowym wykorzystaniem i zabezpieczeniem mienia oddziału, pacjenta i szpitala,
 21. nadzór nad utrzymaniem sprawności aparatury medycznej w tym zgłaszanie awarii i usterek.
- Jak wynika z powyższych zadań, praca pielęgniarki i położnej oddziałowej polega na planowaniu, organizowaniu, nadzorowaniu i kontrolowaniu zarówno środowiska opieki, opieki nad pacjentem i zarządzania personelem. Dynamika zmian zachodzących w oddziale stawia wysokie wymagania nie tylko formalne, ale i związane z kulturą osobistą, empatią, umiejętnością radzenia w sytuacjach trudnych, umiejętnością pracy w zespole.
- Kadra kierownicza pielęgniarska jest w stałym kontakcie z przełożoną pielęgniarką i dyrektorem ds. pielęgniarstwa. Kontakty te polegają na bieżącej wymianie informacji, dotyczącej organizacji pracy pielęgniarek i położnych w oddziałach, a przede wszystkim organizacji opieki nad pacjentami. Z długofalowych działań i współpracy należy wymienić organizację różnych form doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, opracowywanie, aktualizację standardów i dokumentacji.

Alicja Markiewicz

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Straszne są obżarstwa skutki, kiedy pasek jest za krótki!

Dieta kojarzone jest głównie z odchudzaniem, jednak nie jest to jej jedyne znaczenie w praktyce. Czasami zwyczajnie dla poprawy ogólnego samopoczucia, czy nastroju eliminuje się z codziennych posiłków produkty niezdrowe, zastępując je wartościowymi. W sytuacji, gdy dieta ma przynieść właściwości zdrowotne, najlepiej jest, jeżeli skonsultowana jest z lekarzem lub dietetykiem. O różnych rodzajach diet i prawidłowym odżywianiu rozmawiamy z Urszulą Bielewicz, dietetyczką WSS w Olsztynie.

– Na świecie istnieje mnóstwo diet. Ludzie z nimi eksperymentują, czy jest to bezpieczne dla naszego organizmu?

– Nie, nie jest to bezpieczne. Jeśli zaczynamy stosować dietę i chudniemy, to wydaje nam się, że wszystko jest w porządku. Natomiast nasz organizm potrzebuje i domaga się pewnych składników, które zostały wyeliminowane z jadłospisu. Źle zaplanowane posiłki, brak witamin i mikroelementów, mogą wręcz nam zaszkodzić. Tak jest np. z dietą Dukana, która jest dietą wysokobiałkową. Przewiduje ona 2-3 gramy białka pełnowartościowego na kilogram naszej wagi, czyli jest to zdecydowanie więcej, niż potrzebujemy. A musi być ono w jakiś sposób wykorzystane przez nasz organizm. Przyjmowane tak ogromnych ilości białka wywołuje wiele zmian metabolicznych w organizmie, a niedobór glukozy prowadzi do ketozy. Dla przypomnienia niezbędna ilość węglowodanów konieczna do prawidłowej pracy mózgu wykosi 130 g na dobę. Dieta Dukana nie dostarcza nawet 50 g na dobę. Zbyt duża ilość białka jest przetwarzana przez nerki na cukier, którego w naszym organizmie brakuje podczas stosowania tej diety. Dieta Dukana jest zdecydowanie przeciwwskazana dla osób z jakimkolwiek niedomaganiem nerek, niewydolnością wątroby. Zbyt duża ilość spożywanego tłuszczu powoduje silny postęp miażdżycy.

– Co ludzi w takim razie ciągnie do tej diety?

– Dynamiczne tempo chudnięcia. Ale chudnięcie często jest spowodowane po prostu mniejszą ilością kalorii,

którą dostarczamy. Więc warto chudnąć z głową i dobrać taką dietę, która nam przede wszystkim nie zaszkodzi. Pamiętajmy, że dziennie powinniśmy dostarczać średnio tylko 1 gram białka na kilogram naszej wagi prawidłowej, czyli jeśli powinniśmy ważyć 60 kg to potrzebujemy 60 gram białka, po 50 % niepełnowartościowego (kasze, ryż, makarony, pieczywo, produkty roślinne), jak i białka pełnowartościowego (ryby, jajka, produkty mleczne). Jak jest z tym cukrem? 50% naszego dziennego zapotrzebowania kalorycznego powinien stanowić cukier. Jeśli wyliczymy, że nasze zapotrzebowanie kaloryczne wynosi 2000, to z tego 1000 kalorii ma być dostarczonych przez cukier. Jeśli się odchudzamy, to nie redukujemy drastycznie liczby dostarczanego cukru, a jedynie wykluczamy cukier w postaci prostej, który jest mało odżywczy. Czyli zamieniamy cukier z cukiernicy, na cukier, który jest w kaszy, ryżu, makaronie.

– A słyszała Pani o diecie kopenhadzkiej?

– Tak, jest ona przykładem diety niefizjologicznej, czyli trwającej 8, 10-14 dni. Nie jestem całkowitą przeciwniczką tych diet, jednak nie wolno ich stosować częściej niż raz na dwa lata. I należy pamiętać, że osoba, która je stosuje musi być całkowicie zdrowa. Chociaż trzeba się naprawdę zastanowić, czy warto w ogóle je stosować, ponieważ najczęściej jest tak, że chudniemy przez 8-10 dni, a później bardzo szybko wracamy do wagi poprzedniej. Poza tym utrata wagi w tym wypadku, to najczęściej utrata wody z organizmu.



Uważam, że jeśli zdecydujemy się już na zastosowanie takiej drastycznej diety, krótkotrwałej, to później powinniśmy starać się utrzymać naszą wagę, poprzez wprowadzenie diety zbilansowanej dla zdrowego człowieka, dostosowanej do naszych indywidualnych potrzeb, mającej odpowiednią liczbę kalorii, białka, tłuszczu, cukru i witamin.

– Są diety bezwęglowodanowe lub z minimalną liczbą węglowodanów. Diety wysokotłuszczowe lub typowo wegetariańskie. Która z nich jest najzdrowsza?

– Akurat w tych, które pani wymieniła nie ma zdrowej diety. Jeśli w diecie mamy dużą ilość tłuszczu, to co się dzieje? Nawet jeśli chudniemy i początkowo obniża się nam poziom cholesterolu, to później zaczyna on wzrastać, bo jednak systematycznie w dużych ilościach dostarczamy tłuszcz do naszego organizmu. Z kolei duża ilość cukru prostego powoduje, że trzustka produkuje nadmierną ilość insuliny. Nie są to diety, które są zalecane do stosowania. Należy pamiętać o tym, że



Urszula Bielewicz uczy zdrowego żywienia

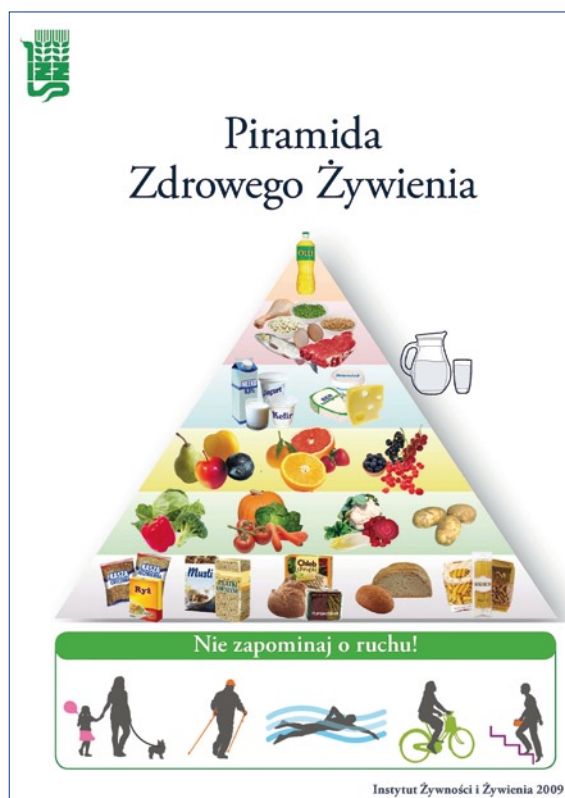
nie ma po prostu cudów. Jeśli sami nie zastanowimy się nad tym, jak powinniśmy sobie planować posiłki, żeby były odpowiednio zbilansowane, żeby miały wszystkie wartości odżywcze, to nie ma takiej możliwości, żebyśmy się odchudzili i utrzymali na długo naszą wagę. Jeśli nadwaga jest niewielka i ktoś nie ma silnej woli, to nie ma sensu zadreżać się dietami. Wystarczy przestawić się na zdrowe odżywianie, aby utrzymać masę ciała i nie dopuścić do jej wzrostu. Dla naszego organizmu lepsza jest stabilizacja żywieniowa, niż fundowanie mu np. 10 chudych dni, podczas których niczego praktycznie nie jemy. Prowadzi to do tzw. Efektu jojo. Zdecydowanie lepsze dla naszego zdrowia jest po prostu zbilansowanie żywienia, w zależności od indywidualnych potrzeb człowieka, które będzie się stosować do końca życia. Ale proszę nie kojarzyć tego z dietą lecz z racjonalnym odżywianiem.

– Dlaczego skoro większość diet kojarzy nam się z ograniczeniem produktów wysokokalorycznych i tłustych, to stosując dietę wysokotłuszczową chudniemy? Lub chudniemy mogąc jeść ile chcemy, ale określone produkty w danej diecie?

– W dietach wysokotłuszczowych jest dużo białka (długo je trawimy), dzięki któremu obciążając przewód pokarmowy długo jesteśmy syści i mniej jemy. Ciągłe wracam do liczby kalorii. Naprawdę to nie jest tak, że jemy tyle, ile chcemy, jak zakładają niektóre diety. Jeśli wypijemy szklankę śmietany wg założeń diety wysokotłuszczowej, to 2-3 godziny jesteśmy syści, bo mamy w żołądku dużą liczbę kalorii, które pomalutku są wykorzystywane. Im jest ich więcej, tym trwa to dłużej, przykład: kotlet schabowy, a schab pieczony, do tego frytki, a ziemniaki, surówka z majonezem, a sałata z oliwą. W zależności od powyższego wyboru, kaloryczność dania będzie inna, ale inna też będzie sytość po takim posiłku. W dietach, w których bez ograniczeń możemy jeść określone produkty, nasz organizm sam się ogranicza, bo zwyczajnie nie ma ochoty na dalszy posiłek. Z kolei stosując radykalną dietę, jeśli nastawiamy się, że mamy zjeść tylko określoną liczbę bardzo skąpych posiłków, to automatycznie myślimy o jedzeniu praktycznie przez cały czas i wydaje nam się, że stale jesteśmy głodni.

– A jak wyliczyć taką wartość odżywcza, jaka jest nam potrzebna, aby zastosować racjonalne żywienie?

– Należy zacząć od wyliczenia wagi prawidłowej. Jeśli powinniśmy ważyć np. 60 kg, to mnożymy to przez 30, jeśli prowadzimy mało aktywny tryb życia i proszę zauważyć, że wychodzi nam zaledwie 1800 kalorii. To bardzo niewiele, 100 kalorii to np. 2 cukierki czekoladowe lub 3 orzechy włoskie.



– Czy jeśli wartość odżywcza spożywanych posiłków powinna wynosić 1800 kalorii, to o ile trzeba ją zredukować, chcąc zrzucić zbędne kilogramy?

– Nie możemy bardziej zredukować, jak do 1000 kalorii, najczęściej zaleca się 1200 kcal dla kobiet oraz 1400 kcal dla mężczyzn. Rozsądnie prowadzone leczenie odchudzające powinno powodować ubytek masy ciała od 0,5-1 kg tygodniowo. Przy tak małej liczbie kalorii trudno jest pacjentowi samodzielnie ustalić posiłki w taki sposób, aby zawierały one odpowiednią liczbę potrzebnych składników odżywczych. Jak chcemy jeść zdrowo, to wybieramy wszystko to, co jest bardziej wartościowe i ma więcej składników odżywczych w swojej masie, np. zamieniamy pieczywo z mąki pszennej na żytnie razowe. Bardzo duże znaczenie ma również zwiększenie aktywności fizycznej odpowiednio do indywidualnych możliwości.

– Ale ludzie, którzy przechodzą na dietę, często nie zastanawiają się nad tym, czy ona jest zdrowa, bo zależy im zwyczajnie tylko na utracie wagi. Więc czy można robić to samemu, czy lepiej zwrócić się o pomoc do fachowca z prośbą o ustawienie żywienia i odchudzić się pod kontrolą?

– Myślę, że należy zwrócić się do fachowca o pomoc, aby ustawił nam odpowiednie żywienie. Na pewno też przed przejściem na dietę należy trochę o niej i o zasadach żywieniowych poczytać. Czasami porada dietetyka, czy nawet lekarza rodzinnego, może tak pacjenta ukierunkować, że dalsze porady nie będą już praktycznie potrzebne. Warto zacząć też od analizy własnego odżywiania: co robię źle, że moja waga jest taka, a nie inna? Często wydaje nam się, że pomimo, iż jemy zdrowo, to nie chudniemy. Powód jest prosty – dostarczamy za dużo kalorii. Zapiszmy sobie nasz jadłospis i go przeanalizujemy: czy podjadaliśmy, czy jemy coś po 22.00, jakie są pory naszych posiłków. Zmieńmy nasze nawyki żywieniowe, nie pochłaniajmy bez umiaru tego, co lubimy, zacznijmy zmiany małymi krokami. To naprawdę przynosi efekty.

– A co robić z uczuciem głodu, które się pojawia między posiłkami? Zjeść coś małego: jabłko, marchewkę, czy raczej zapić wodą? A może je zignorować, żeby żołądek się skurczył?

– Czasami warto przeczekać odczucie głodu, jednak na pewno należy zastanowić się, dlaczego czujemy się głodni: kiedy i co jedliśmy ostatnio? Bo jeśli to był posiłek bardzo lekki, w postaci płynnej – papkowej, to normalne, że odczuwamy głód. Jeśli jedliśmy zupełną porcję mięsa, czyli białka, to również szybko stracimy uczucie sytości. Z kolei jeśli wcześniej jedliśmy o nieregularnych porach i nagle usystematyzujemy posiłki, to regułą jest, że na początku będziemy odczuwać głód. Raczej nie należy sięgać po owoce, bo one jeszcze bardziej potęgują głód – pół godziny po zjedzeniu jabłka obniża nam się poziom cukru i odczuwamy jeszcze większy głód. Jeśli już czymś go zagryźć, to warzywami, dobre są: pomidory, ogórki, sok pomidorowy, wszystkie sałaty, kapusty. Ogólnie nie jestem zwolenniczką podjadania, dlatego, że jednego dnia między posiłkami zjemy warzywa, czy

surówkę, ale na drugi dzień nie będziemy mieć warzyw, więc zjemy jabłko, a kolejnego dnia sięgniemy po ciastko, bo mamy po prostu ochotę coś zjeść. A jednak musi być ta konkretna, 3-godzinną przerwa między posiłkami. Jeśli chcemy się zdrowo odżywiać jedzmy 4-5 posiłków dziennie, przerwa między nimi będzie krótsza, mniej się będziemy wyglądać i wówczas każdy posiłek będzie mniejszy. Pamiętajmy, że człowiek, który jest mocno głodny nie jest w stanie zjeść mało i stosować regularnego, zdrowego odżywiania, o którym mówię.

– Czyli osoby, które stosują dietę chcąc pozbyć się zbędnych kilogramów też powinny przestrzegać zasady 4-5 posiłków?

– Oczywiście, limit spożywanych kalorii jest inny, jednak powinny być one rozłożone w odpowiednich produktach i przyjmowane w 4-5 posiłkach dziennie.

– Który posiłek jest najważniejszy?

– Wszyscy wiemy, że tym najważniejszym posiłkiem jest śniadanie. Zasada jest taka, że do 2 godzin po wstaniu z łóżka musimy zjeść pierwsze śniadanie. Jednak drugi punkt prawidłowego żywienia mówi, że do godz. 8.00 musimy je zjeść. No i oczywiście wszystkie składniki odżywcze powinny się w nim znaleźć. Jeśli chodzi o wartość procentową całkowitej liczby dziennego zapotrzebowania kalorycznego, to wynosi ona 30-40%, w zależności oczywiście od tego, ile w ciągu dnia planujemy posiłków. Obiad najlepiej, jeśli przypada na godz. 13.00-14.00, bo jest to moment największego zapotrzebowania żywieniowego i może być on procentowo na równi kaloryczny ze śniadaniem. Kolacja powinna być najmniejsza. Te pośrednie 2 posiłki powinny być małe, od 5-10 %.

– A czy jest coś, co możemy bezkarnie jeść?

– Bezkarne możemy jeść warzywa, nawet surową marchewkę, ale w posiłku (jedna średnia marchewka dostarcza 14 kcal).

– Mimo, że zawiera tyle cukru?

– Wbrew pozorom tak. Każdy produkt ma swoje wady i zalety, jednak ludzie przyzwyczaili się mówić często tylko o wadach. Ja z kolei jestem zwolenniczką jak najmniejszego wykluczania, bo

kojarzy się nam ono z wyrzeczeniami i tak naprawdę zostaje nam mało produktów, z których możemy przygotować wartościowe posiłki. Wspomniana marchewka, buraczki, a nawet ziemniaki, to są przecież nasze podstawowe produkty, z których powinniśmy korzystać! One zawsze będą lepsze niż ciasto, owoce, tłuste mięso. Jest to warzywo o bardzo dużej ilości witamin.

Pamiętajmy, że takie same są zasady planowania posiłków u osoby zdrowej, jak i osoby, która chciałaby schudnąć, tylko inne są po prostu ilości.



– Ile jest prawdy w tym, że gdy mocno ograniczamy liczbę spożywanych kalorii i liczbę posiłków, to organizm odczuwa to jak przygotowywanie się na trudne czasy i zamiast chudnąć zaczyna magazynować, a dopiero później czerpie z tych zapasów, jakie ma?

– Dokładnie tak jest i jest to związane z przemianą materii. Jeśli jemy tylko jeden posiłek dziennie, to nasz organizm początkowo będzie zbierał zapasy, na ten cięższy „głodowy” czas. No i oczywiście zwalnia się nasza przemiana materii, a przecież nie o to nam chodzi.

– A co zrobić, aby poprawić przemianę materii?

– Pić dużo wody, 2-2,5 litra dziennie i zwracać uwagę na to, jaką wodę się pije. Gdy się odchudzamy, zawsze wybierajmy wodę mineralną (więcej wapnia, magnezu), a nie wodę źródlaną. Poza tym przemiana materii jest też genetycznie uwarunkowana. Jeśli w rodzinie mamy osoby z nadwagą, to też przejmujemy pewne predyspozycje do tycia. Zawsze jednak pamiętajmy, że mamy wpływ na to, ile i co zjemy. Sami możemy kształtować naszą masę ciała. Czasami nie będzie ona idealna i nie należy do niej dążyć za wszelką cenę. Jeśli od

dziecka ważymy troszeczkę więcej, to ważne jest, aby tę wagę po prostu utrzymać na takim poziomie, na jakim jest, ewentualnie zmniejszyć ją odrobinę, ale nie dążyć drastycznie do doskonałości. Bo bywa, że jest to nierealne, czasami bardzo trudne i może wykańczać psychicznie.

– Zna Pani osoby, których zdrowie ucierpiało z powodu eksperymentowania z różnymi dietami?

– Oczywiście, pracuję w szpitalu, więc praktycznie każdego dnia spotykam się z takimi osobami. Czasami pacjent chce dobrze, ale nie rozumiejąc tematu robi sobie zwyczajnie krzywdę. Jeśli lekarz zaleca dietę lekkostrawną, a pacjent wyklucza więcej produktów, niż powinien, to zaczyna dochodzić do poważnych niedoborów. Ogólnie można powiedzieć, że obecnie bardzo dużo ludzi, mimo zbyt wysokiej wagi ciała, jest po prostu źle odżywionych. Teoretycznie wszyscy wiemy, jakie produkty nam szkodzą, które są niezdrowe, ale mimo wszystko je zjadamy. Nie możemy odmówić sobie tłustych frytek, hamburgerów, napojów słodzonych. Nie przywiązujemy wagi do tego co jemy, ważne jest tylko to, aby zaspokoić głód.

– Co Pani myśli o suplementach żywieniowych: tabletkach, herbatkach obniżających łaknienie lub poprawiających trawienie?

– Jestem ich przeciwniczką, przynajmniej w momencie, kiedy zaczynamy zdrowo odżywiać. Nie zastąpią one racjonalnej diety i aktywności fizycznej. Trzeba spróbować schudnąć w sposób normalny, fizjologiczny, jedząc zdrowe produkty. Wśród tych suplementów jest też grono takich produktów, które nie są dla nas ani neutralne, ani nam nie pomagają, ale po prostu szkodzą, np. typowe herbatki odchudzające. Jeśli wypijamy 3-4 herbatki dziennie, to faktycznie często tracimy wagę. Ale dlaczego? Wypełnia nam ona żołądek zapewniając odczucie sytości i przyspiesza przemianę materii, co z jednej strony jest zaletą, ale z drugiej strony wypłukuje nam składniki mineralne, których i tak mało dostarczamy stosując dietę. Podsumowując: suplementy diety powinny być przyjmowane pod kontrolą, właściwie zastosowane ułatwiają dbanie o zdrowie, niewłaściwie zastosowane mogą zaszkodzić.

Magdalena Kantorczyk

Dział Służby Pracowniczej

W naszym szpitalu wiele jest komórek o różnej specjalności. Bywa jednak, że z niektórymi mimo wielu lat pracy, nie mamy nigdy styczności. Wynikać to może ze specyfiki danej komórki lub naszej specjalizacji. Jest jednak i taka, z którą każdy pracownik, i to już na samym starcie swej kariery zawodowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym ma styczność. Jest to Dział Służby Pracowniczej, popularnie zwany Kadrami. Czym się zajmują pracownicy tego działu i jak wygląda ich praca opowie pani Dorota Rąkowska, kierownik komórki.

– Do zadań Działu Służby Pracowniczej należy prowadzenie spraw osobowych, dotyczących zatrudnienia i spraw socjalnych oraz archiwum administracji.

– Przygotowujemy dokumenty związane z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę i umów cywilno-prawnych, ze zmianą stanowisk pracy i płacy oraz inne dokumenty kadrowe. Wydajemy legitymacje i zaświadczenia o zatrudnieniu. Do zadań Działu należy również opracowywanie sprawozdań z zakresu działania szpitala, głównie dla Urzędu Statystycznego. Dotyczą one zatrudnienia ogólnie i w rozbiciu na poszczególne grupy zawodowe oraz poszczególne komórki, do tego, dotyczące czasu pracy, czyli nieobecności, w tym zwolnień lekarskich i urlopów. Przygotowujemy dane również dla Ministerstwa Zdrowia, które na ogół dotyczą personelu medycznego. Kolejnymi instytucjami, do których przesyłane są dane gromadzone w naszej komórce to NFZ oraz Centrum Zdrowia Publicznego, które prowadzi własną statystykę.

– Kadry prowadzą konkursy na stanowiska kierownicze.

– Zgodnie z rozporządzeniem, co 6 lat odbywają się w naszym szpitalu konkursy na stanowiska kierownicze, takie jak: ordynatora oddziału, pielęgniarkę oddziałową oraz przełożoną pielęgniarek. Konkursy te, czyli cała niezbędna dokumentacja, przygotowujemy przez nas. Fizycznie odbywają się w Izbie Lekarskiej, bądź Pielęgniarskiej. Są finansowane ze środków szpitalnych, a dyrektor szpitala jest zawsze członkiem komisji. W przypadku oddziałów klinicznych ordynatorzy są wyłaniani w konkursach uczelnianych

z tym, że członkiem komisji również jest dyrektor szpitala.

– Dział Służby Pracowniczej to również miejsce, gdzie udaje się pracownik, gdy chce zasilić swoje fundusze dodatkową gotówką.

– Zakład pracy w oparciu o kodeks pracy musi dla każdego pracownika zatrudnionego na umowę o pracę dokonywać odpisu na fundusz socjalny. Naszym zadaniem jest koordynowanie rozdysponowania tych środków. Do prowadzenia formalności związanych z tym zadaniem, z ramienia dyrekcji, oddelegowana jest pani Ewa Wilińska. O podziale funduszy decyduje komisja socjalna. Dysponentem całego funduszu na podstawie wniosków wpływających z komisji jest dyrektor szpitala. My pilnujemy, aby zarządzanie funduszem było zgodne z ogólnymi przepisami. Jest to prowadzenie całej związanej z tym buchalterii.

– Co jeszcze należy do zadań działu?

– W ramach współpracy z Ministrem Zdrowia, prowadzimy sprawy dotyczące zatrudnienia stażystów i rezydentów. W naszym dziale odpowiada za to pani Lena Purpurowicz. Prowadzimy również zawieranie umów zleceń, przygotowanie druków ZUS dla przyjmowanych, zwalnianych i aktualnie zatrudnionych pracowników.

– W tym dziale zajmujecie się państwo również sprawami dotyczącymi pracowników kontraktowych.

– Merytorycznym sprawdzaniem wystawianych rachunków za świadczenie usług medycznych zajmuje się pani Beata Wojślaw, która prowadzi rozliczanie kontraktów i przygotowuje konkursy i umowy związane z kontraktami.

– Dział gromadzi bardzo dużo ważnych dokumentów. Co się z nimi dzieje dalej?

– Nad gromadzoną dokumentacją pracowniczą, która jest potrzebna pra-



Na zdjęciu od prawej: D. Rąkowska, L. Purpurowicz, J. Karczewska, E. Wilińska, B. Wojślaw

ownikom przy przechodzeniu na rentę, emeryturę oraz wyliczeniu kapitału początkowego, czuwa pani Jolanta Karczewska. Akta osobowe przechowywane są 50 lat od zakończenia stosunku pracy. Muszą one być przechowywane w archiwum szpitalnym, a następnie przekazywane są do Archiwum Państwowego. Archiwum Państwowe ocenia, czy można je zniszczyć, czy jeszcze nie. Prawo wglądu do swojej dokumentacji, oprócz pracownika ma także jego bezpośredni przełożony, dyrektor szpitala oraz wszystkie instytucje kontrolujące. Musi być oczywiście przestrzegana ustawa o ochronie danych osobowych. Mamy też dokumenty przechowywane tylko 3 lata i po tym okresie mogą być one zniszczone, ale zanim się to stanie piszemy wnioski do Archiwum Państwowego o brakowanie tych akt.

– Nad czym obecnie pracuje Dział Służby Pracowniczej?

– Poza wcześniej wymienionymi zagadnieniami pracujemy również nad doskonaleniem procedur akredytacyjnych, związanych z problematyką zatrudnienia pracowników.

Przygotowaliśmy nową procedurę zawierającą instrukcję adaptacji zawodowej. Do końca roku zostanie opracowana nowa procedura oceny pracowników. Ocena taka prowadzona będzie raz na dwa lata.

– Tworzycie panie silną, damską grupę, która stoi na straży porządku i dyscypliny pracy. Mimo to nikt z pracowników nie musi się was obawiać?

– Na pewno nie, do tej pory mamy kontakt z byłymi pracownikami szpitala. Przychodzą do nas z odwiedzinami zwłaszcza, gdy udają się do poradni, które są w tym samym budynku, co nasza siedziba.

– Dziękuję za rozmowę.

Barbara Szymczuk

Dorota Rąkowska – kierownik Działu od 1994 r.
Ewa Wilińska – pracuje od 1994 r.
Beata Wojślaw – pracuje od 2009 r.
Lena Purpurowicz – pracuje od 2007 r.
Jola Karczewska – pracuje od 2006 r.

Bo pierwsza i ostatnia może być każda sekunda

Jest godzina 11:58, piękny słoneczny dzień 23.11.2011 r. W Miejskim Sztabie Kryzysowym rozlega się głośny dzwonek telefonu. To kierowca samochodu przejeżdżającego po ul. Żołnierskiej dzwoni na nr alarmowy 112, aby zgłosić zdarzenie, którego mimowolnie stał się naocznym świadkiem.

Na ulicy Żołnierskiej 18 pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie, a Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym w Olsztynie, doszło do wypadku komunikacyjnego. Wszystko stało się tak nagle. Autobus z wycieczką szkolną uderzył w drzewo, zjechał na pobocze i przewrócił się na prawy bok (stroną drzwi wejściowych autobusu), odcinając drogę ucieczki. Jedyne dostępy do poszkodowanych były z przodu i tyłu autobusu przez wybite okna. Jak się później okazało, w autobusie znajdowało się 17 dzieci i 3 osoby dorosłe. Jedna z osób została zablokowana przez elementy autobusu, część straciła przytomność. Większość poszkodowanych ze względu na obrażenia, nie była w stanie o własnych siłach opuścić pojazdu. Koordynator Działań Medycznych ustalił, że zdarzenie to było wypadkiem masowym.

Rozpoczęto akcję ratunkową. Na posesji Szpitala Wojewódzkiego ustawiono namiot pneumatyczny, który stał się punktem medycznym i ewakuacyjnym. Służby medyczne dokonały segregacji poszkodowanych w zależności od stopnia odniesionych obrażeń, aby ratownicy jak najszybciej mogli przystąpić do udzielania pomocy. Podczas pierwszych badań poszkodowanych, lekarz stwierdził zgon jednego dziecka.

O godz. 12:40 do SOR Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie został przetransportowany pierwszy pacjent. W odstępach 3-10 minutowych przywożono kolejnych pacjentów – razem sześcioro. Poszkodowani byli oznaczeni pasem w kolorze czerwonym, co

oznaczało, że są w stanie ogólnym ciężkim – bezpośredniego zagrożenia życia. Po uzyskaniu informacji od Koordynatora o zaistnieniu zdarzenia masowego podjęto działania, mające na celu przygotowanie odpowiednich stanowisk do zabezpieczenia pacjentów w stanie ciężkim w warunkach SOR – 2 łóżka na sali intensywnego nadzoru i 2 na sali zabiegowej. Powiadomiono pozostałe oddziały szpitalne o zaistnieniu zdarzenia, ze szczególnym uwzględnieniem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chirurgii, Ortopedii oraz pracowni diagnostycznych- RTG, TK, USG. Ostatecznie zabezpieczono 3 stanowiska w OIT, 4 w SOR utrzymując jednocześnie gotowość do przyjęcia pacjentów w stanie zagrożenia życia spoza zdarzenia masowego. Przyjęto 6 pacjentów w wieku 12-40 lat: 5 pacjentów z urazami wielonarządowymi i 1 z izolowanym urazem mózgowo-czaszkowym.

Po ustabilizowaniu funkcji życiowych i wykonaniu diagnostyki obrazowej, pacjenci zostali przekazani w trybie pilnym do dalszego leczenia w Oddziałach:

- Chirurgii Ogólnej – pacjent z krwotokiem wewnętrznym (uraz śledziony), który od razu został odwieziony na blok operacyjny,
- Neurochirurgii – 2 pacjentów z urazem czaszkowo-mózgowym,
- Ortopedii – złamanie kości udowej,



- Torakochirurgii Szpitala Miejskiego (uraz klatki piersiowej, po odbarczeniu odmy w SOR) – 1 pacjent,
- 1 pacjent z urazem czaszkowo-mózgowym w stanie średnim pozostawał w SOR – docelowo, aby później mógł być przekazany do Oddziału Neurochirurgicznego.

Szybka diagnostyka pacjentów oraz współpraca z pozostałymi oddziałami szpitala (przekazywanie pacjentów do dalszego leczenia) umożliwiła zachowanie stałej gotowości SOR do przyjęcia kolejnych pacjentów ze zdarzenia masowego.

Na szczęście, był to tylko symulowany wypadek, mający na celu sprawdzenie wiedzy i umiejętności działania służb ratunkowych podczas sytuacji kryzysowej.





W akcji ratowniczej współdziałało wiele służb ratowniczych:

- Wydział Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miasta,
- Dwa Zespoły Ratownictwa Medycznego,
- Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego,
- Policealna Szkoła „Medyk” w Olsztynie kształcąca ratowników medycznych,

- Szpitalne Oddziały Ratunkowe: Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie oraz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego,
- Oddział Torakochirurgii Szpitala Miejskiego,
- Państwowa Straż Pożarna – 6 zespołów.

Wszyscy spisali się na medal.

Barbara Szymczuk



Program Współpracy Transgranicznej

Unia Europejska daje możliwości pozyskiwania środków finansowych z różnych programów operacyjnych i Szpital wykorzystuje wszystkie otrzymywane szanse. Właśnie przygotowujemy się do aplikowania do Programu Współpracy Transgranicznej.

Celem Programu Współpracy Transgranicznej EISP Litwa-Polska-Rosja 2007-2013 jest wzmocnienie kontaktów między Polską, Rosją i Litwą poprzez intensyfikację współpracy dwustronnej i trójstronnej. Program oferuje wsparcie dla rozwoju społeczno-gospodarczego i wzrostu jakości życia mieszkańców na całym objętym nim obszarze.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie podjął współpracę z jednym partnerem, jest nim Szpital Położniczy nr 1 w Kaliningradzie. Przyjęliśmy rolę partnera wiodącego w składanym projekcie, dlatego naszym zadaniem jest koordynowanie wszystkich zadań.

W ramach projektu planujemy przebudować Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka oraz Oddział Ginekologiczno-Położniczy, a także zakupić niezbędny sprzęt do oddziałów. Szpital w Kaliningradzie również planuje przeprowadzenie modernizacji i zakupu sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach współpracy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie oraz Szpitala Położniczego nr 1 w Kaliningradzie odbyły się dwa spotkania robocze, podczas których partnerzy mieli okazję się poznać oraz rozpocząć pracę nad projektem. Pierwsze spotkanie odbyło się w Kaliningradzie 18 października, natomiast drugie spotkanie odbyło się w naszym szpitalu 28 listopada.

Stronę rosyjską reprezentowali: Jurij Michajłowicz Awakian – dyrektor szpitala, Natalia Wasiliewna Bachalowa – zastępca dyrektora ds. pracy naukowej, Walentyna Nikołajewna Szłyckzowa – zastępca dyrektora ds. medycznych, Swietłana Aleksandrowna Pieriepielica – kierownik oddziału neonatologii, Liudmiła Dmitriewna Szerbakowa – główny księgowy szpitala, Natalia Borisowna Bieriedzowiec – zastępca kierownika ministerstwa zdrowia oraz Aliszer Izzatowicz Sułtanow – koordynator ds. współpracy między Obwodem Kaliningradzkim i Województwem Warmińsko-Mazurskim. Stronę polską reprezentowali: Irena Kierzkowska – dyrektor WSS w Olsztynie, Stefan Barabasz – zastępca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych, Hanna Sadowska – główna księgową, Elżbieta Majchrzak-Kłokocka – kierownik Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji, Kornelia Kotwicka – specjalista ds. Marketingu i Promocji, Barbara Szymczuk – referent ds. grafiki komputerowej i promocji, dr n. med. Marek Stefanowicz – Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej wraz z lek. med. Jerzym Kozerskim – zastępcą ordynatora, Aliną Ćwiek – oddziałową oraz Beatą Binek – zastępcą oddziałową, a także dr n. med. Jolanta Meller – ordynator Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka razem z Małgorzatą Zajęc – oddziałową.

core



Jego Wysokość... Nepal cz. 2

Spotkanie z Nepalem, a zwłaszcza z Himalajami odurza – wszystko jest większe, piękniejsze i potężniejsze niż w innych krajach i górach. Do głowy przychodzą dziesiątki banalnych przymiotników rozpoczynających się od „naj” – największy, najpiękniejszy, najgroźniejszy. Śnieg jest tu biały jak w reklamie proszku do prania, niebo – błękitne jak koszula maklera z Wall Street. Ponad 80% Nepalu zajmują góry o średniej wysokości 6000 m n.p.m i znajduje się tam 8 z 14 ośmiotysięczników – najwyższych gór na świecie – oto Jego Wysokość Nepal.

KATMANDU – Dom Bogów, stolica Nepalu, tętniące życiem miasto, położone na wysokości ok. 1400 m n.p.m, otoczone pasmami ośnieżonych Himalajów, nad świętą dla hinduistów rzeką Bagmati – dopływem Gangesu, liczące ok. 700 tys. ludności, zostało założone w VIII wieku, na skrzyżowaniu szlaków handlowych między Tybetem, a Indiami.



Trudno opisać wszystkie skarby tego miasta – malownicze pagody, pałace, misterne, drewniane ornamenty zdobiące tysiące świątyń. Największy rozkwit sztuki i architektury nastąpił w tym rejonie za panowania potężnej dynastii Malla w XIV wieku, gdzie po zjednoczeniu doliny, król Dżajasthiti Malla ustanowił Katmandu stolicą kraju. Wszystko jest tu owiane legendami i mitami, co powoduje że miasto mimo otwarcia na racjonalny świat Zachodu, zachowuje swoją starożytną duszę i zapatrzenie w swoich mistycznych bogów.

I tak w środku miasta, w okazałym budynku **Kumari Bahal** mieszka **Kumari** – żywa bogini, wybierana spośród małych dziewczynek społeczności newarskiej, klanu złotników i srebrników, wywodzących się z rodu Śakjów, z którego pochodził Budda. Kiedy osiągnie dojrzałość (po wystąpieniu pierwszej miesiączki) lub straci krew w inny sposób, np. z powodu skaleczenia, powraca do świata zwykłych śmiertelników i zastępuje ją kolejna dziewczynka. Jej ciało musi być bez skazy i posiadać 32 wyraźnie określone cechy. Po przejściu szeregu

prób dziecko potwierdza wybór, rozpoznając wśród wielu drobnych przedmiotów rzeczy poprzedniej Kumari. Bogini nie może dotykać stopami ziemi, dlatego też noszona jest w specjalnie zdobionej lektyce. Podobno król i obecni politycy często korzystają z rad Kumari...

Plac Durbar jest sercem miasta, a na jego niewielkim obszarze skupia się aż 50 świątyń i posągów. Najsłynniejszy jest jednak drewniany dom z XII wieku **Kasthamandap**, jedna z najstarszych budowli w Dolinie Katmandu, od której najprawdopodobniej wzięła się nazwa stolicy.

Kasthamandap zasłania małą, ale bardzo ważną świątynię **Ganeśi** – boga z głową słonia. W świątyni tej znajduje się też duża, zabawna figurka jego wierzchowca – szczura, a prawdziwe szczury są tu czczone i chodzą swobodnie, wyjadając ofiarowany im ryż. Ja też oddałam pokłon Ganeśi, który zapewnia szczęście w podróży – czasami to lepsze, niż wszelkie ubezpieczenia bagażu i rezerwacje biletów.

Kolejne świątynie to **mandir Dżaganathy** – świątynia Kriszny Pana Świata, **mandir Gopinathy**, czyli Kriszny Władcy Pasterek, a w pobliżu znajduje się niesamowita płaskorzeźba **Kala Bhajrawy** – Czarnego Bhajrawy, który groźnie spogląda na przechodniów i jest jedną z postaci boga Śiwy. Ten groźny bóg z ośmioma rękami i sznurem ludzkich czaszek na szyi, trzyma w dłoniach sześć mieczy, topór i tarczę, a nogą przydeptuje martwe ciało – symbol ignorancji. Według legendy, każdy, kto skłamię w obecności Czarnego Bhajrawy zginie w mękach, dlatego dawniej przyprowadzano tu złoczyńców i zmuszano do przysięgi o niewinności. Rzeźba i dzisiaj stoi w dogodnym miejscu... dokładnie naprzeciwko głównego komisariatu policji. Ale Katmandu to też centrum obywatelskich protestów, którzy wieczorem, po dniach pełnych ekscytujących wrażeń szukają



Emilia Paszkowska

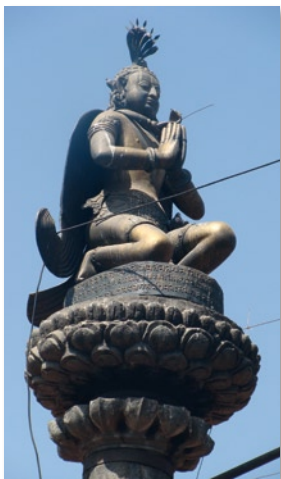
kolejnych bodźców, które zapewniają liczne i różnorodne bary, w tym najsłynniejszy Buddha Bar, w którym można studiować rozgrzane głowy, np. drinkiem Chłodny Powiew Everestu, a niesamowita muzyka europejskich i amerykańskich zespołów i najlepszych DJ-ów wylewa się na ulice turystycznej dzielnicy **Tamel** i nie pozwala zasnąć innym, za bardzo już znużonym turystom.

PATAN – Miasto Piękna

Historia drugiego co do wielkości miasta Doliny Katmandu sięga III w p.n.e i czasów wielkiego cesarza Aśioki, który postawił stupę w centrum miasta, a czerema innymi oznaczył jego granice.

To, czym zachwyca Patan to architektura, a najbardziej okazałe budynki znajdują się oczywiście przy kolejnym placu Durbar (Królewskim) i jest ich tu jeszcze więcej i są bardziej okazałe niż w Katmandu – podobno jest tu aż 136 pałaców i klasztorów i 55 dużych świątyń. Charakterystyczne są trzy duże dziedzińce otwierające się na plac, wokół których rozlok-





wały się różnej wielkości i o różnych stylach świątyni i bogato zdobione budynki, a pośrodku stoi złocisty **mandir Bidja** oraz inne w tym **mandir Bhawani**, **mandir Hari Śankar** i wspa-

niały **mandir Kriszny**, inspirowany architekturą Wielkich Mogołów. Dbałość o detale na elewacjach budynków i świątyń budzi zachwyt i nieklamane zdumienie, ale to właśnie nagromadzenie szczytów nadaje im baśniowy blask.

Przy trzecim, północnym dziedzińcu znajduje się **Muzeum Patanu** zawierające eksponaty sztuki buddyjskiej i hinduistycznej. Po królewskim placu trudno spacerować w samotności, zawsze jest tu pełno turystów i pielgrzymów. Na plac spogląda z wysokiej kolumny posąg króla Joganaredra Malla, a na czubku głowy węża, który go oplata, siedzi ptak. Jak głosi legenda, jak długo posiedzi ptak, tak król może powrócić do swego pałacu i na tę okoliczność drzwi i okna pałacu pozostają otwarte, a królewska fajka wodna jest trzymana w pogotowiu. Na sąsiedniej kolumnie boski człowiek-ptak Garuda, wierzchowiec boga Wisznu, klęczy nabożnie przed wejściem do świątyni swego Pana.



BHAKTAPUR – Miasto Wielbiących

Trzecie z królewskich miast Doliny Katmandu, leżące ok. 16 km od Katmandu, założył w IX wieku król Ananda Malla, ale stolicą było dopiero od XIV do XVI wieku, natomiast większość zabytków pochodzi z XVII wieku, kiedy panował król Bhupatindra Malla. Dziś mieszka tu ok. 80 tys. Nepalczyków, ale brak ruchu ulicznego, cisza i spokój, dają wrażenie podróży w czasie. Starówka wije się krętą drogą, przerywaną placami, oczywiście z wszechobecnym, trzecim już placem królewskim, Durbar.

Domy i świątynie z wypalanej cegły, wąskie zaułki, kolorowe stragany, miejskie kundły i inny inwentarz, dopełniają azjatyckiego kolorytu. Codzienne rytuały są niezmiennie od lat i wieków: suszenie ziarna na słońcu, barwienie przędzy, pompowanie wody z ulicznych wodociągów. Życie toczy się na ulicy, z drżącym staruszkiem, kobietą w sari robiącą przepierkę, garncarzem lepiącym garnki i wielkimi aluminiowymi naczyniami, w których gotują się nepalskie, wyśmienite pierożki momo. Święci mężowie powiadają, że życie to jest proces, w którym chaos przybiera h a r m o - nijną formę – po powrocie do domu to stwierdzenie będę sobie często powtarzać, szczególnie w czasie szpita l n y c h dyżurów.

Piękna Złota Brama **Sun Dhoka**, powszechnie uważana za jedno z najpiękniejszych dzieł sztuki w Dolinie, została wykonana w 1753 roku, a na framudze wykonanej ze złoczonej miedzi, widoczne są wizerunki licznych bóstw i zwierząt, w tym lwów i słoni. Brama prowadzi do pozostałości pałacu królewskiego, który uległ zniszczeniu w czasie trzęsienia ziemi w 1934 r.



ŚWIĄTYNIA PASHUPATINATH – znajduje się 5 km od centrum Katmandu, nad świętą rzeką hinduizmu Bagamti, dopływem Gangesu, jest jedną z czterech najważniejszych świątyń Śiwy. Śiwa jest bogiem twórcą i bogiem niszczycielem, początkiem i końcem wszystkich rzeczy. Objawia się w wielu postaciach – między innymi jako Bhajrawa – Okrutny lub Mahadewa – Wielki Bóg, a przedstawia się go na ogół jako mężczyznę o jasnej skórze z niebieską szyją, pięcioma twarzami, czterema rękami i trójgiem oczu. W rękach trzyma trójząb, który jest symbolem jego potrójnego charakteru: twórcy, opiekuna i niszczyciela. Duża złocista, przykryta potrójnym dachem budowla pochodzi z 1696 roku, niestety niehinduistom nie wolno wchodzić do świątyni. Tak jak nad Gangesem i tutaj znajdują się schody *ghaty* i odbywa się kremacja zwłok, a po zakończeniu ceremonii popioły zostają



wsypane do rzeki. Dużym problemem są niedobre wody w rzece i ogromne zanieczyszczenie. W świątyni i jej okolicy jest wielu wędrownych ascetów, uważanych za świętych mężów – *sadhu*. Podobno nie można za bardzo przejmować się ich niesamowitym wyglądem i szczególnie imponującymi dredami, bo część z nich ma dopinane podróbki po to tylko, żeby zebrać datki od fotografujących ich turystów. Mimo wszystko wrażenie tego miejsca było niesamowite i zbyt przerażające jak dla mnie, dlatego z „godnością”, ale dość szybko... uciekłam.

HIMALAJE – trudno opisać słowami ten najbardziej spektakularny krajobraz na świecie, a nazwa Himalaje, oznaczająca „wyżej niż bogowie” dokładnie określa wszystkie odczucia i emocje. Najwyższa góra świata – Góra Gór, **Mount Everest (8850 m n.p.m** – wysokość cały czas podlega zmianom), przez Nepalczyków zwana jest Sagarmatha – na cześć władcy Sagara, pogromcy bogów, a przez Tybetańczyków Czomolungma, czyli Matka Bogów – te nazwy rozpalają wyobraźnię.

Nazwa Mount Everest nadana jest na cześć brytyjskiego, generalnego geodety z Indii, sir George'a Edmunda Everesta, który w XIX wieku opracował system pomiarów triangulacyjnych, umożliwiających pomiary wysokości. Pierwszymi, którzy oficjalnie stanęli na jego szczycie dnia 29 maja 1953 roku, byli Nowozelanec Edmund Hillary i Sierpa Norgay Tenzing. Jednak wielka legenda dwóch brytyjskich wspinaczy Mallory'ego i Irvine'a, którzy w 1924 roku próbowali zdobyć ten szczyt i rozplynęli się we mgle, wysoko na zboczu olbrzymiej góry trwała przez lata, dopóki w 1999 r. nie znaleziono ciała Mallory'ego. To właśnie on jako pierwszy wygłosił klasyczną później odpowiedź na pytanie, po co właściwie wchodzić na Everest: „Bo on tam jest”. Koledzy alpiniści chętnie przytaczają jego kolejną wypowiedź, w której wyjaśniał, dlaczego unikał określenia „zdobywanie gór”: „Czy pokonujemy przy tym jakiegoś wroga? Nikogo, oprócz siebie samych”.

Koniec części II
Emilia Paszkowska

Wyrzeźbić jesień

Uważam, że jesień to najpiękniejsza pora roku. Najpierw liście otulają drzewa pastelowymi kolorami, żeby na koniec położyć się kobiercem na ziemi. Fantastycznie jest, gdy posiada się chociaż trochę jesieni w domu, bez względu na porę roku. Jedną z możliwości zatrzymania jesieni jest jej... wyrzeźbienie. Daniel Burakowski, stolarz z Działu Technicznego i prywatnie artysta rzeźbiarz, uchwycił piękne motywy jesienne w swoich pracach. Mamy przyjemność przedstawić Państwu fotogalerkę z późnoletnimi, a może wczesnojesiennymi dziełami.



Syn pana Daniela odziedziczył po nim zarówno pasję, jak i talent. Praca Daniela Burakowskiego Juniora zajęła I miejsce w wojewódzkim konkursie pn. „Las przyjacielem człowieka”, zorganizowanym przez Generalną Dyрекcyję Lasów Państwowych w Olsztynie.

Zgłoszono ponad 800 prac i to płaskorzeźba 13-letniego młodego artysty okazała się najlepsza.

Gratulujemy!



Krzyżówka

Jolka 32

Objaśnienia 64 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, G, Ł i S. Na ponumerowanych polach ukryto 31 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to przysłowie abisyńskie.

Hasło w zaklejonej kopercie prosimy zostawić w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy oraz nr kontaktowy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wylosujemy osobę, która otrzyma rzeźbę wykonaną przez Daniela Burakowskiego. Są to przepiękne grzyby, wysokość rzeźby 25 cm.

PULS SZPITALA



Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelny

Kornelia Kotwicka

Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Magdalena Kantorezyk
Barbara Szymczuk

Stała współpraca

Alicja Markiewicz
Emilia Paszkowska
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski
Radek Kowalski

Zdjęcie na okładce

Radek Kowalski

Zdjęcia udostępnili

Emilia Paszkowska
Radek Kowalski

Adres redakcji

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji
tel. 89 538 63 06
marketing@wss.olsztyn.pl
kkotwicka@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

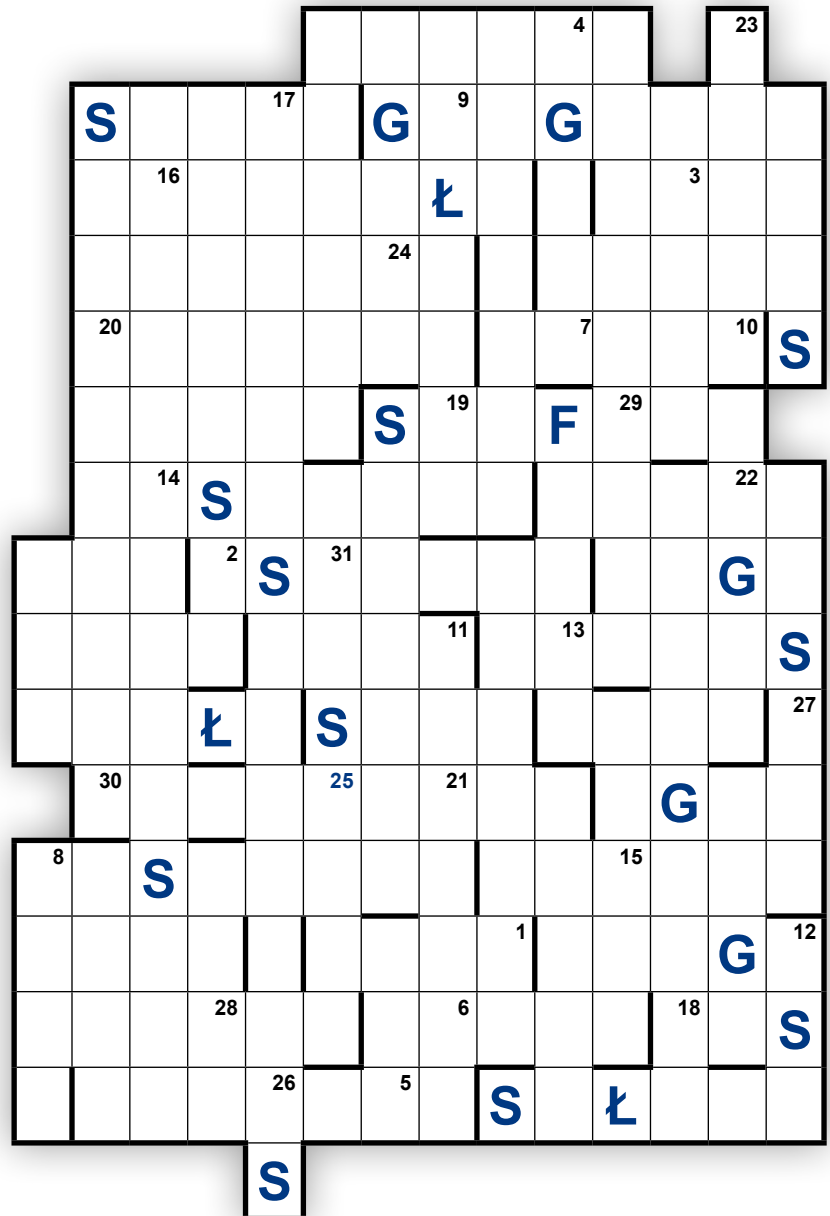
Studio Blenam
tel. 89 526 35 52, www.blenam.pl

Nakład

800 bezpłatnych egzemplarzy
Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.



Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru Pulsu Szpitala: „W uprzejmości jest wdzięk i korzyść”. Nagroda – 2 bilety na mecz Olsztyńskiego Klubu Piłki Ręcznej Warmia Anders Group Spółem otrzymuje Iza Jastrzębowska. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



- T w EKG • śpiewał „Żółte kalendarze” • w Luvrze
- do snopowiazań • gania Smerfy • ośrodek narciarski na pn.-zach. od Innsbrucku • zespół • narzędzie do grawerowania • duchowny żydowski • wstyd niewieści
- miecznik z Maszkowic • żółto-brunatna ochra żelazowa
- zalecanie się • kraj z Asmarą • wiąz szypułkowy
- nieużytki • piękny olbrzym, ukochany Eos
- chronił dłoń Pana Michała • region z Lille
- od stopy do uda • model Daewoo • umowa • mąż Gai
- fason, wzór • Morze z Archangielskiem • gawiedz, cizba
- terakota na podłodze • koleżanka Bolka i Lolka
- jeden cios • między potasem a skandem
- kontynuator poezji Afraniusza • popisy kowbojów
- japońska fala • Japonka ze stolicy • wiele owoców mimo jednego słupka i znamienia
- między Thirą a Paros • szef PSL
- lakier z żywicy damara • chalcedon różnobarwny
- proszek przeciw odparzeniom • sumeryjskie bóstwo agrarne • przestępny • cedzak • imię perkusisty Starra • portugalskie wino z wysp
- wyrabia meble fornirowane i intarsjowane
- żądłowka drapieżna • głos z chlewa • arabska wódka
- z taśmą do magnetofonu • zwrot pieniędzy • niewolnik
- bohaterowie Tove Jansson • łódź Jazona • pod królem
- między samarem a gadolinem • stolica Wysp Salomona
- babcia Jezusa • lingwistyka • stałe stanowisko pracy • kraj z Wientian
- rzymskie kapłanki • harcerz, przyjaciel • zagłębienia w żuchwie



„BJER”



*Wszystkim Czytelnikom życzymy
przychylności wszechświata,
siły w ramionach i czystego ognia w sercu,
co zapali wszystko wokół Was
szczęściem i radością.*

*Niech wszystko czego się dotkniecie
stanie się pomocne w spełnieniu marzeń,
a każda najdrobniejsza nawet czynność
przybliży Was do bycia najszczęśliwszymi
i najbardziej uśmiechniętymi osobami spośród
wszystkich ludzi.*

*Z okazji Świąt Bożego Narodzenia
oraz Nowego Roku*

Życzy Redakcja