



WOJEWÓDZKI  
SZPITAL  
SPECJALISTYCZNY  
W OLSZTYNIE

# PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 43/2 kwiecień – czerwiec 2014



## Embolizacja wewnątrznaczyniowa

# „Wracam do życia – rehabilitacja pacjentów po urazach i uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego”

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie od 2005 roku realizuje projekty, których celem jest dofinansowanie ze środków PFRON wyposażenia obiektu służącego rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami II” – obszar A. Od 20 lutego br. Szpital rozpoczął realizację kolejnego projektu pn. „Wracam do życia – rehabilitacja pacjentów po urazach i uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego”.

Projekt dotyczy zakupu:

- Łóżek wielofunkcyjnych z oprzyrządowaniem – 10 szt.
- Rotorów – 6 szt.
- Elektrycznego rotora do ćwiczeń czynnych i biernych – 1 szt.

Głównym celem projektu jest rehabilitacja pacjentów po urazach wielonarządowych i uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego w WSS w Olsztynie.

Red.



Projekt dofinansowany z PFRON

Wartość projektu	100 000,00 zł
Środki własne	60 000,00 zł
Środki PFRON	40 000,00 zł

- 2 | Projekt dofinansowany z PFRON
- 3 | Szanowni Państwo
- 3 | Projekt Informatyczny
- 4 | Problemy i wyzwania w profilaktyce zakażeń szpitalnych
- 5 | Pamięć i jej zagadki – cz. 13
- 8 | Monitorowanie jakości w Szpitalu
- 9 | Podziękowania od pacjentów
- 10 | Poród. Czy musi boleć?
- 11 | Pokarm kobiecy – dieta czy inwestycja w przyszłość?
- 12 | Liczy się każda sekunda
- 13 | Wewnątrznaczyniowe leczenie tętniaków mózgu
- 16 | Prowadził mnie zapach szpitala
- 18 | Na końcu języka – cz. 3
- 20 | Świat z innej perspektywy
- 22 | Dni otwarte funduszy europejskich
- 22 | Wymiana doświadczeń
- 23 | Projekt „Dbaj o serca”
- 23 | Z posiedzenia Rady Społecznej
- 24 | Uzbekistan
- 27 | Krzyżówka
- 27 | Życie we fraszce

**PULS SZPITALA**

**Wydawca**  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

**Redaktor naczelna**  
Barbara Szymczuk

**Zespół redakcyjny**  
Alicja Biernacka  
Magdalena Kantorczyk  
Kornelia Kotwicka-Lucewicz  
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

**Stała współpraca**  
Jerzy Badowski  
Piotr Markiewicz  
Emilia Paszkowska  
Marzena Woźniak

**Zdjęcia udostępnili**  
Monika Kaliszuk  
Ewa Marianna Maculewicz  
Emilia Paszkowska  
SKYDIVE.OLSZTYN.PL  
Marzena Woźniak

**Adres redakcji**  
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18  
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji  
tel. 89 538 65 06  
bszymczuk@wss.olsztyn.pl  
mkantorczyk@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.  
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych publikacji.



# Szanowni Państwo,

pracujemy w okresie permanentnego reformowania ochrony zdrowia, nowe rozporządzenia Ministra Zdrowia, zarządzenia Prezesa NFZ, pakiety ustaw itp. Tempo zmian zmusza nas do poszukiwania nowych pomysłów i innowacji, a sprawdzone metody i doświadczenie powinniśmy łączyć z nowymi pomysłami opartymi na solidnym rozumowaniu. Oznacza to, że w tym procesie definiujemy i redefiniujemy swoje funkcje, stajemy się otwarci na poszukiwanie lepszych sposobów wykonywania pracy, priorytetów i możliwości z przekształceniem jednostki wg nowych modeli organizacyjnych włącznie, ale nie kosztem tego co jest w naszym systemie dobre. Zatem zadajmy sobie pytanie, czy mamy tendencję do ulepszeń? Czy dążymy do tworzenia pozytywnej atmosfery w pracy, czy jesteśmy zdolni do nowatorskiego podejścia do rozwiązywania problemów naszego Szpitala?

Mamy sezon urlopowy, myślimy o wy-poczynku, zaplanowanych urlopach, a ja nękam Was pytaniami, ale moją rolą jest między innymi stworzenie Państwu warunków umożliwiających wnoszenie przez Was jak największego wkładu w rozwój naszego szpitala. Niestety nie można wszystkim zapewnić wszystkiego, niezależnie od wielkości firmy i zasobności kieszeni, ale każdy z nas bez względu na pozycję w hierarchii stanowisk ma te same prawa: prawo bycia potrzebnym w firmie i prawo pełnego zaangażowania się w to co robi. Okazywane zaufanie nierozdzielnie łączy się z odpowiedzialnością oraz delegowaniem uprawnień. Musimy jednak liczyć się z tym, że działając w dobrej wierze możemy również popełniać błędy. Ważne, by zdarzały się one coraz rzadziej oraz były okazją do wyciągnięcia nauki i konstruktywnych wniosków na przyszłość. Najtrudniejsze zadanie jakie wynika z tej prawdy dla relacji



międzyludzkich w firmie to umiejętność uzyskania równowagi między okazanym zaufaniem dla kompetencji, zaangażowania i lojalności pracowników a niezbędną kontrolą ich działania.

Życzę Państwu udanego urlopu, mimo kapryśnej pogody, wróćmy do pracy wypoczęci, zrelaksowani, w dobrych nastrojach i spróbujmy odpowiedzieć sobie na te i inne pytania.

**Irena Kierzkowska**

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



**PROGRAM REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



## Projekt Informatyczny

**„Rozbudowa systemu usług elektronicznych w zakresie funkcjonowania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie” to nowy projekt realizowany przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.**

Projekt rozpoczął się w grudniu 2013 r. Dofinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013, Oś priorytetowa 7 Infrastruktura społeczeństwa informacyjnego.

Celem głównym projektu jest poprawa satysfakcji pacjenta oraz jakości i efektywności ekonomicznej świadczeń zdrowotnych, a także warunków pracy personelu medycznego.

Realizacja projektu polega na wdrożeniu zintegrowanego systemu infor-

matycznego zarówno w zakresie dokumentacji medycznej oraz back-office, jak i w zakresie front-office i obsługi pacjentów, programów do zarządzania elementami strategicznymi dla placówki w postaci bloku operacyjnego.

Podstawowymi elementami systemu informatycznego będą:

- system AMMS,
- zakup i wdrożenie aplikacji optymalizującej i raportującej prace bloku operacyjnego,
- system kolejkowania pacjentów w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Szpitalnym Klinicznym Oddziale Ratunkowym,
- oprogramowania wraz ze sprzętem do zdalnego monitoringu zdrowia pacjenta.

Wdrożony system obejmie swoim zakresem większość procesów zachodzących



w Szpitalu po stronie medycznej oraz ekonomicznej. Przyczyni się do przyspieszenia obiegu informacji medycznej pomiędzy poszczególnymi pracownikami odpowiedzialnymi za kolejne etapy udzielania pomocy pacjentom. System zniweluje czas, jaki pracownicy poświęcają na ewidencję danych, i co najważniejsze, czas niezbędny na pozyskanie potrzebnych informacji.

Liczymy na szybką realizację przedmiotowego zadania i na skuteczne wdrożenie jego efektów. To ważny projekt nie tylko dla personelu szpitala, lecz także dla jego pacjentów. Kompleksowa informatyzacja wpłynie bowiem na podwyższenie standardu ich obsługi, a personelowi pozwoli na oszczędność czasu w zakresie dokumentacji medycznej.

**Red.**

Wartość projektu	1 797 378,22 zł
Środki europejskie	1 527 771,48 zł
Wkład własny	269 606,74 zł

# Problemy i wyzwania w profilaktyce zakażeń szpitalnych cz. I

**Zakażenia szpitalne występują w szpitalach na całym świecie – od najniższych szczebli, do wysoce specjalistycznych klinik akademickich oraz instytutów. Częstość występowania pozostaje w ścisłym związku z rodzajem wykonywanych zabiegów diagnostycznych i leczniczych.**

W ostatnich latach w Polsce, podobnie jak na świecie, zakażenia szpitalne stały się poważnym problemem, decydującym o jakości, efektach i kosztach leczenia, są bardzo ważne w ocenie pracy szpitala. Jednocześnie czasami wydają się problemem niedocenianym. Pacjenci zakażeni wymagają innego postępowania, dłuższego pobytu w szpitalu, szerszej diagnostyki, dodatkowych badań obrazowych, wykorzystania kosztowniejszych leków i sprzętu medycznego. Zakażenia wpływają także na pośrednie koszty, trudne do wyliczenia i często nieuwzględniane w analizach ekonomicznych: zmniejszenie produktywności, czasowe lub całkowite upośledzenie zdolności fizycznych oraz wydolności umysłowej.

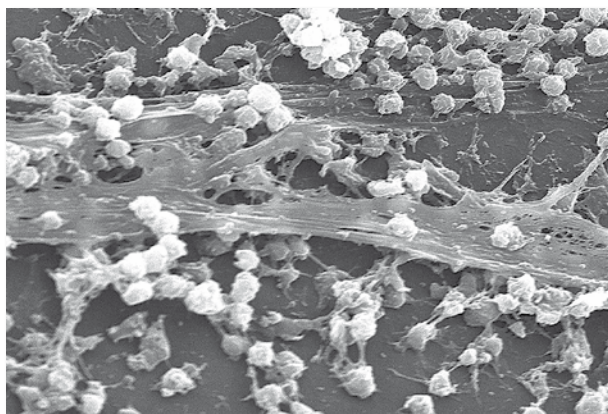
Zrozumienie przyczyn powstawania, dróg przenoszenia oraz prowadzenie systemu czynnej rejestracji może przynieść spadek liczby zakażeń szpitalnych. Zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych, to obniżenie kosztów leczenia – w tym antybiotykoterapii, a przede wszystkim zmniejszenie śmiertelności leczonych i liczby pacjentów niepełnosprawnych po hospitalizacji. Należy też pamiętać o aspektach prawnych zakażeń szpitalnych – możliwości kompensacji szkód zarówno na drodze sądowej, jak też w wyniku postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

Definicje zakażeń związanych z opieką zdrowotną (ang. HAI Healthcare Associated Infection) zostały opracowane przez zespół ekspertów powołanych przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ang. ECDC European Centre for Disease Prevention and Control) w 2009 r. w celu ujednoczenia

stosowanych we wszystkich krajach Unii Europejskiej i krajach współpracujących kryteriów rozpoznawania zakażeń w ramach monitorowania zakażeń. Zbiór obejmuje definicje wszystkich klinicznych aspektów zakażeń w praktyce klinicznej szpitalnej. Zbiór definicji został też opublikowany w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej – tom 55 z dn.27.09.2012 r. dostępnym on-line: [www.eur-lex.europa.eu](http://www.eur-lex.europa.eu). Może być źródłem dla weryfikacji definicji zakażeń przyjętych w szpitalach dla potrzeb monitorowania i rejestracji. Definicje obejmują zarówno kryteria kliniczne, jak też kryteria laboratoryjne i epidemiologiczne.

Definicja zakażenia szpitalnego obejmuje każde zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku, gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania lub wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w czasie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania. Dotyczy to zarówno pacjenta, jak i personelu.

W niektórych przypadkach definicja zakażenia szpitalnego jest nieco odmienna, np. w przypadku zakażenia miejsca operowanego uznaje się to zakażenie szpitalne, które wystąpiło

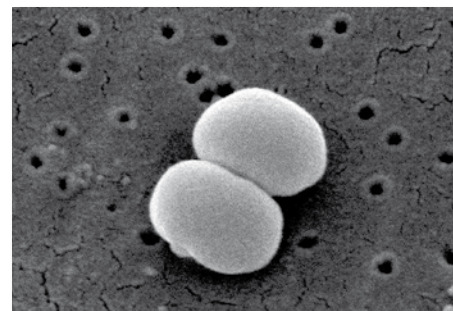


*Biofilm wytworzony na cewniku przez gronkowca złocistego. Źródło – wikipedia.*



w ciągu miesiąca od zabiegu, a jeśli pacjent ma wszczepione ciało obce, np. protezę - w ciągu roku od operacji. Postać kliniczna zakażenia jest najczęściej związana z charakterem oddziału szpitalnego, w którym pacjent przebywa. Inne problemy w zakresie zakażeń szpitalnych niosą za sobą hospitalizacje w oddziałach zachowawczych, inne w zabiegowych. Ryzyko wystąpienia zakażenia jest najwyższe wśród pacjentów intensywnej terapii. Najczęstszymi są: zakażenia dróg moczowych (głównie po cewnikowaniu pęcherza), infekcje dróg oddechowych, zakażenia miejsca operowanego, zakażenia skóry i tkanek miękkich, zakażenia odcewnikowe, zakażenia krwi.

Należy pamiętać, że bakterie, grzyby i pierwotniaki to najstarsze organizmy, o dużej zdolności adaptacyjnej do zmieniających się warunków środowiskowych. Jednak zakażenia są efektem nie tylko zjadliwości drobnoustrojów, ryzyko zależy również od warunków środowiskowych oraz czynników zależnych od gospodarza – pacjenta (np. wiek, choroby współistniejące, nosicielstwo gronkowca złocistego). Wiek XX to okres znacznego postępu w zakresie zapobiegania i leczenia zakażeń, era rozwoju aseptyki i antyseptyki, czas



*Obraz S. epidermidis w mikroskopie elektronowym skaningowym. Źródło - wikipedia*

włączenia do terapii antybiotyków. Jednak należy zwrócić uwagę, że czas największego rozwoju to lata 80-te, gdy włączono do terapii kilkanaście nowych antybiotyków, natomiast w ciągu ostatnich lat weszło na rynek zaledwie kilka nowych leków. Aktualnie wzrok skupiają nowe antybiotyki peptydowe (nowe generacje glikopeptydów, lipopeptydy) oraz cefalosporyny V generacji – w tym ceftarolina.

Coraz częściej występuje zjawisko oporności bakterii na wiele antybiotyków, obserwuje się wzrost ilości szczepów wieloopornych wśród czynników etiolo-

gicznych ciężkich zakażeń szpitalnych, spowodowanych opornymi Gram-dodatnimi ziarenkowcami – głównie szczepami metycylinoopornymi gronkowca złocistego (MRSA) oraz szczepami wankomycynoopornych enterokoków (VRE). Mimo postępu technologicznego bakterie, jak widać, są wciąż szybsze od nas.

Najważniejszym wektorem transmisji zakażenia w szpitalu są ręce. Na rękach personelu przenoszona jest zarówno flora bakteryjna własna, jak też pacjenta oraz oporna flora bakteryjna oddziału. Udokumentowano na przy-

kład, że *Enterococcus* spp. może pozostać na skórze opuszek palców nawet 48 godzin. Nieprzestrzeganie zatem w pracy z pacjentem zasad aseptyki i antyseptyki stanowi zagrożenie nie tylko dla pacjenta, lecz również dla pracownika. W literaturze opisane są przypadki, kiedy u pracowników stwierdzono kolonizację bakteryjną florą oporną, charakterystyczną dla danego oddziału. Należy zatem pamiętać, że *clean hands are safe hands* – czyste ręce to bezpieczne ręce.

lek. med. Anna Witt-Majchrzak

## Pamięć i jej zagadki cz. 13

**W czerwcu 2014 r. media szeroko nagłaśniały sprawę pozostawienia 3 letniego dziecka w rozgrzanym samochodzie przez jego ojca, który prawdopodobnie zapomniał o swojej córce oddając się obowiązkom pracy. Czy faktycznie można zapomnieć o tak ważnej sprawie, jaką jest pozostawienie dziecka w samochodzie na pewną śmierć?**



Ostatnie odcinki naszej serii o pamięci były poświęcone zjawisku zapominania. W wielu sytuacjach zapominanie jest naturalnym procesem eliminacji zbędnych informacji, w innych utrudnia codzienne funkcjonowanie. Ale istnieją też dramatyczne konsekwencje zapominania.

W czerwcu bieżącego roku 40-letni Krzysztof Ś. zaparkował samochód przed elektrownią w Rybniku i udał się do pracy. W samochodzie zostawił swoją 3-letnią córkę. Tego dnia temperatura na zewnątrz dochodziła do 30 stopni, a w nagrzanym samochodzie mogło być nawet 70 stopni. Po skończonej pracy Krzysztof Ś. wrócił do samochodu i prawdopodobnie dopiero wówczas zauważył, że zapomniał o swojej córce. Próbował reanimować nieprzytomne dziecko, ale bezskutecznie. Pomoc me-

dyczna także była udzielona zbyt późno. Krzysztof Ś. trafił do szpitala psychiatrycznego w stanie silnego szoku i splątania. Wobec mężczyzny postawiono zarzut nieumyślnego spowodowania śmierci córki.

Historia z Rybnika stała się bardzo głośna medialnie i była w swoim czasie jedną z najczęściej komentowanych w Internecie. Treść tych komentarzy ujawnia skrajne poglądy – od obwiniania ojca dziecka i stwierdzenia, że nie można przecież zapomnieć o tak ważnej sprawie, aż do prób całkowitego usprawiedliwiania wspomnianego ojca przy założeniu, że jednak można zapomnieć o swoim dziecku wskutek np. roztrągnięcia lub nadmiernego skupienia na pracy.

### Statystyki zjawiska

Przedstawiona sytuacja z Rybnika nie jest wyjątkowa. Co jakiś czas pojawia się podobne doniesienie medialne. Mimo poszukiwań nie udało mi się jednak znaleźć jakichkolwiek polskich statystyk w tym zakresie, które umożliwiłyby oszacowanie skali zjawiska. Przeciwnie do tego, w Stanach Zjednoczonych od lat prowadzone są szczegółowe analizy w tym zakresie. Przykładowo, portal KidsandCars.org przedstawia wskazujące, że w latach 1991-2012 wskutek hipertermii (udar cieplnego) w samochodzie umarło 647 dzieci, a w 2013 r. – 32

dzieci. Z kolei sondaż przeprowadzony przez Public Opinion Strategies z Waszyngtonu na grupie tysiąca rodziców i opiekunów, dowożących swoje dzieci ujawnił inne prawidłowości. 14% badanych przyznało, że pozostawili dziecko bez opieki w zaparkowanym samochodzie. 11% ankietowanych przyznało, że zapomnieli o pozostawionym dziecku. W obu sytuacjach odsetek badanych wzrasta w przypadku dzieci poniżej 3 roku życia. Co więcej, 6% badanych nie dostrzega problemu w pozostawieniu dziecka w samochodzie na dłużej niż 15 minut. Poza tym mężczyźni mają większą skłonność niż kobiety do pozostawienia dziecka w samochodzie.

Szczegółowa analiza okoliczności śmierci dzieci w nagrzanym samochodzie pokazuje, że w większości przypadków nie ma mowy o patologii ze strony rodziców. Typowo rodzice nie byli pod wpływem alkoholu czy narkotyków, dzieci były zadbane i kochane, a wyraźną przyczyną był fakt zapomnienia o pozostawionym w samochodzie dziecku (na 606 przypadków z doniesień medialnych 316 wynikało właśnie z zapomnienia).

### Dwie strony tragedii

Przedstawione statystyki amerykańskie sugerują, że istnieją pewne tendencje w dramatycznych przypadkach śmierci dzieci w nagrzanym samochodzie.

### W SKRÓCIE

- jedną z tragicznych konsekwencji zapominania jest niezamierzone pozostawianie dzieci w nagrzanym samochodzie podczas upałów – tzw. syndrom zapomnianego dziecka
- mechanizm syndromu zapomnianego dziecka można wyjaśnić odwołując się do normalnych zjawisk psychicznych – przeciążenia uwagi oraz działania nieświadomego autopilota

## KAMPANIA ONE DECISION

W 2013 roku w Stanach Zjednoczonych wprowadzono kampanię społeczną, zatytułowaną One Decision (Jedna decyzja), która z zamierzenia miała uświadomić Amerykanom konsekwencje pozostawienia dziecka w samochodzie w czasie upałów. Głównym działaniem kampanii było wyświetlanie kilkuminutowego filmu (do obejrzenia po wpisaniu w dowolnej przeglądarce internetowej hasła: One Decision), w którym młoda matka zostawia swojego synka w samochodzie przed hipermarketem podczas upału i sama udaje się na zakupy. Następnie jest zafarowana różnymi wydarzeniami (m.in. rozmowa ze znajomą, czekanie w kolejce). W tym czasie dziecko coraz bardziej ulega osłabieniu, przechodzący ludzie nawet je widząc nie reagują wybiciem szyby. Adekwatna reakcja pojawia się zbyt późno.

W końcowej fazie filmu są podawane statystyki, zgodnie z którymi co roku w zamkniętych samochodach ginie od 30 do 40 dzieci, od 1998 roku zmarło ponad pół tysiąca dzieci, z czego 73% było poniżej 2 roku życia.



Zdjęcie: Redcastle Production

Po pierwsze, część rodziców lub opiekunów może nie zdawać sobie sprawy z zagrożenia wynikającego z pozostawienia dziecka w samochodzie. W tej mierze pojawiły się już stosowne kampanie społeczne (zobacz ramka Kampania One Decision).

Druga tendencja z wieloletnich analiz pokazuje, że główną przyczyną pozostawiania dzieci w nagranych samochodach jest zapomnienie o ich obecności w samochodzie. Na czym dokładnie polega takie zapomnienie? Na ten temat nie ma jak dotąd spójnej teorii popartej rzetelnymi badaniami. Istnieje jednak specjalny termin na oznaczenie opisywanej sytuacji – syndrom zapomnianego dziecka (forgotten baby syndrome). Spróbujmy przyrzeć się bliżej psychologicznym aspektom zapominania o dzieciach w samochodzie w oparciu o opisany na wstępie przypadek z Rybnika.

### Przeciążona uwaga

Z ustaleń policji wynika, że tego dnia – jak to było wiele razy poprzednio – Krzysztof Ś. miał zawieźć córkę do przedszkola i następnie pojechać do pracy. Zamiast tego pojechał tylko do pracy. Dlaczego tak postąpił? Nie wykluczone, że zawinił w tym względnie mechanizm uwagi i pamięci operacyjnej. Nasza uwaga na co dzień spełnia różne funkcje: skupiamy się na czymś, przerzucamy skupienie z jednego zadania na inne i staramy się jednocześnie wykonać kilka zadań. Właśnie wykonywanie wielu zadań jednocześnie (ang. multi tasking) jest jedną z cech wyróżniających nas jako gatunek. W tym jednak tkwi potencjalny problem – nasza uwaga ma ograniczoną pojemność i często bywa przeciążana przy znacz-

nej liczbie zadań do wykonania. Jazda samochodem, odwiezienie dziecka do przedszkola, podążanie do pracy i przy okazji inne czynności (np. rozmowa telefoniczna) mogą „zapchać” filtr uwagi i w efekcie niektóre zadania zostają po prostu wyeliminowane na rzecz innych. Osoba z przeładowaną uwagą typowo nie uświadamia sobie, że coś pomija w wykonaniu i dlatego zapomina o tym. Ten fenomen znany jest chyba każdemu, kto wykonując wiele zadań na raz otrzymuje nieoczekiwane przypomnienie od innych ludzi.

W przypadku Krzysztofa Ś. potwierdzeniem nadmiernego obciążenia uwagi są zeznania jego rodziców, którzy zauważali od pewnego czasu stan przepracowania swojego syna i co za tym idzie, ograniczone możliwości kontroli uwagowej na zadaniach. W efekcie instynkt opieki nad potomstwem został osłabiony przez niewłaściwie przeciążony mechanizm uwagi i dlatego ojciec mógł zapomnieć o zadaniu odwiezienia dziecka do przedszkola. Z różnych badań wynika, że kluczową strukturą mózgowia podczas realizacji wielu zadań na raz jest kora przedczołowa, której działanie może zostać zakłócone w wyniku deprywacji snu, stanu wyczerpania, nadmiernego narażenia na czynniki stresogenne czy zażywania różnych leków. Inaczej mówiąc – jeśli jesteś zmęczonym i zestresowanym rodzicem, twój mózg gorzej sobie radzi z jednoczesnym wykonywaniem zadań i nawet o tym nie wiesz.

### Błąd roztargnienia lub błędna atrybucja

Inne możliwe wyjaśnienie syndromu zapomnianego dziecka odwołuje się do stanu roztargnienia uwagi. Gdy nie

koncentrujemy się wystarczająco na określonym zadaniu, kosztem innego zadania, wtedy to pierwsze nie zostaje utrwalone i może zostać zapomniane. W sytuacji z Rybnika jak dotąd nie wiadomo o możliwych dystraktorach uwagi przed, w czasie i po pracy Krzysztofa Ś. Możemy jedynie domniemywać, że zajeżdżając na parking przed elektrownią, zamiast do przedszkola, mężczyzna prawdopodobnie już nie pamiętał o swoim dziecku, gdyż mógł być nadmiernie skoncentrowany na czekającej go pracy lub innych zakłócających czynnikach (np. kłótnia z żoną, nieoczekiwane wydarzenie na drodze do pracy).

Jeszcze inne wyjaśnienie opisywanej sytuacji wykorzystuje potwierdzone w wielu badaniach zjawisko błędnej atrybucji. Zjawisko to polega m.in. na tym, że wielokrotne powtarzanie danej czynności wiąże się z dobrym jej zapamiętaniem, ale przy jednoczesnej możliwości błędnej oceny, kiedy to nastąpiło. W efekcie Krzysztof Ś. idąc do pracy i zostawiając dziecko w samochodzie mógł pamiętać, że odwiózł dziecko do przedszkola (bo to czynił wielokrotnie, jak zaświadcza jego rodzina i dlatego utrwalili silny ślad pamięciowy takiego zdarzenia) przy jednoczesnym fałszywym przekonaniu, co do czasu odwiezienia dziecka przed pójściem do pracy owego feralnego dnia – być może sądził, że właśnie odwiózł dziecko, choć fakt odwiezienia rzeczywiście zdarzył się w jakiejś przeszłości.

### Automatyczne czy kontrolowane?

Można wskazać na jeszcze jeden trop w próbie psychologicznej interpretacji sytuacji z Rybnika. Krzysztof Ś. często zawoził swoją córkę do przedszkola.

Wiemy też z zeznań rodziców mężczyzny, że tego dnia po raz pierwszy po przerwie zabrał dziecko, gdyż dziewczynka chorowała na ospę. Te dwa fakty można ze sobą zestawić.

Gdy wykonujemy systematycznie daną czynność, następuje naturalna jej automatyzacja. Przestajemy poświęcać znaczne zasoby uwagi na jej realizację i dzięki temu możemy bez specjalnego zastanawiania się wykonywać nawet najbardziej złożone programy. Przykładem tego może być jazda samochodem po raz pierwszy i po jej opanowaniu. Początkowo wszystko wydaje się ważne i uwaga skupia się na wielu detalach kosztem efektywności wykonania. Po uzyskaniu biegłości uwaga już nie skupia się na szczegółach. Wtedy włącza się coś w rodzaju osobistego autopilota i tylko szczególnie silne (np. niebezpieczne) sygnały mogą włączyć powolną w czasie uwagę świadomą.

Częste odwożenie dziecka do przedszkola przez Krzysztofa Ś. mogło doprowadzić do automatyzacji takiej czynności. Ojciec zawoził dziecko i przy tym coraz mniej poświęcał temu szczególną uwagę – świadomą uwagę. Dzięki temu mógł jednocześnie zajmować się innymi sprawami. W sytuacji, gdy dziecko zachorowało, wypracowana rutyna została zakłócona i ojciec prawdopodobnie stopniowo wchodził w inną rutynę, tym razem dotyczącą dojazdu do pracy bez wcześniejszego zawożenia dziecka do przedszkola. Gdy w końcu dziecko wyzdrowiało i pojawiła się konieczność powrotu do dawnej rutyny, prawdopodobnie tego dnia nadal dominował ostatni nawyk, czyli dojazd do pracy bez dziecka. Dlatego być może ojciec pojechał prosto do pracy i nie uwzględnił zmian w dotychczasowym programie dnia, a w efekcie zapomniał i o przedszkolu, i o dziecku. Warto zaznaczyć, że opisywane mechanizmy są naturalne i zdarzają się wielu ludziom – co rusz ktoś zauważa po czasie swój błąd, gdy wykonuje nieadekwatnie poprzednio wyuczoną czynność w zupełnie nowych warunkach.

Zespół Davida Diamond z University of South Florida w Stanach Zjednoczonych zaproponował interesujące wyjaśnienie syndromu zapomnianego dziecka. Według Diamonda takie zjawisko wynika z interakcji dwóch typów pamięci: nawykowej i świadomej. Pamięć świadoma pojawia się w sytuacjach planowania wykonywania zadań w przyszłości (np. włączenie zamiaru dowozu dzie-

ka w czasie dojazdu do pracy). Z kolei pamięć nawykowa włącza się przy czynnościach zautomatyzowanych, bez specjalnej świadomej uwagi (np. jazda samochodem) i pozwala na niekontrolowane wykonanie całej takiej czynności. Dlatego niektórzy ludzie nie pamiętają, jak przejechali trasę do domu od

### JAK NIE ZAPOMNIEĆ O DZIECKU W SAMOCHODZIE

Typowo zapominanie o dzieciach w nagranych samochodach wynika z przeciążenia informacyjnego i/lub emocjonalnego oraz z włączenia zachowań automatycznych. Dlatego przeciwdziałanie opisanym w tekście tragicznym konsekwencjom sprowadza się właściwie do kilku strategii:

1. Unikanie nadmiernego skupiania uwagi na innych niż dziecko sprawach (np. prowadzenie zajmującej rozmowy telefonicznej podczas jazdy samochodem).
2. Ćwiczenia rutynowych zachowań w postaci np. każdorazowego otwierania tylnych drzwi samochodu podczas parkowania.
3. Blokowanie zapomnienia przez wprowadzenie informacji przypominających, np. pozostawianie torebki na tylnym siedzeniu lub zabawki dziecięcej na przednim siedzeniu.

momentu ruszenia samochodu, choć realizowali w tym czasie bardzo złożone działania. Obie wymienione formy pamięci typowo współpracują ze sobą, ale niekiedy może dojść do specyficznej rozbieżności. Przykładowo, po włączeniu pamięci nawykowej pamięć świadoma może zostać zablokowana – dlatego np. Krzysztof Ś. pojechał jak co dzień do pracy i nie włączył w odpowiednim czasie realizacji nowo zaplanowanej czynności w postaci odwiezienia córki do przedszkola. Nawet obecna pamięć świadoma związana z koniecznością dojechania do przedszkola mogła zostać po prostu stłumiona przez do tej pory realizowaną procedurę nawykową bezpośredniego dojazdu do pracy.

W poszukiwaniu mózgowych podstaw opisywanych mechanizmów zespół

Diamonda typuje cztery zasadnicze struktury funkcjonujące w specyficznych klastrach. Obszary kory przedczołowej i obszary hipokampów zarządzają planowaniem i podejmowaniem decyzji w warunkach wielu zadań, czyli stanowią podłoże świadomego systemu pamięci. Natomiast struktury podkorowe, takie jak jądra podstawne i ciała migdałowe zarządzają programami nawykowymi i automatycznymi reakcjami emocjonalnymi. Te dwa systemy mogą do pewnego stopnia działać niezależnie i w efekcie produkować tragiczne pomyłki w postaci np. pozostawienia dziecka w samochodzie. Będzie tak wtedy, gdy systemy podkorowe pamięci nawykowej zablokują system kory przedczołowej i hipokampów. Wówczas zaplanowana świadomie decyzja o zawiezieniu córki do przedszkola nie zostanie zrealizowana kosztem rutynowego dojazdu do pracy. Być może tak właśnie było w przypadku Krzysztofa Ś., który nawet mając dobrą i świadomą wolę zawiezienia córki do przedszkola nieświadomie zrealizował dotychczasową procedurę na autopilocie, czyli pojechał do pracy. W efekcie tak ważna sprawa, jak przedszkole córki nie przebiło się przez rutynę i finalnie doszło do tragedii.

Według Diamonda podobny scenariusz może zostać zrealizowany w przypadku rodzica narażonego na silne stresory – wówczas także system świadomej pamięci może zostać zablokowany, a nawet zniesiony na rzecz automatycznej reakcji. W tym kontekście badacze potwierdzają istnienie zjawiska amnezji indukowanej stresem. Inaczej mówiąc, Krzysztof Ś. w sytuacji napięcia emocjonalnego mógł nie pamiętać zaplanowanego działania.

Opisane mechanizmy syndromu zapomnianego dziecka są procesami naturalnymi związanymi z prawidłowo działającą pamięcią. W konsekwencji każdy z nas jest narażony na zapomnienie wynikające z braku synchronizacji pomiędzy różnymi systemami pamięci. Warto powtórzyć, że nadmierne wyczerpanie, obciążenie emocjonalne i brak snu nasila rozdźwięk w opisanych mechanizmach pamięci.

dr Piotr Markiewicz

### CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ?

- <http://www.kidsandcars.org/statistics.html>

# Monitorowanie jakości w Szpitalu

**W XXI wieku jakość stała się niezbędnym elementem decydującym o satysfakcji i bezpieczeństwie zarówno pacjenta, jak i pracownika. W odpowiedzi na rosnące oczekiwania pacjentów, każda jednostka służby zdrowia kładzie dziś coraz większy nacisk na to, aby jakość była odczuwalna w każdym aspekcie jej działalności.**

Utrzymanie jakości na właściwym poziomie wymaga ciągłego monitorowania. System Zarządzania Jakością wykorzystuje do tego celu audit – jako systematyczny, niezależny i udokumentowany proces pozyskiwania dowodów na zgodność postępowania z założonymi celami. W marcu 2013 roku Szpital poddał się certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością w oparciu o wymagania normy ISO 9001:2008. Oceny dokonała Polska Izba Handlu Zagranicznego. Natomiast 20 marca 2014 roku otrzymaliśmy rekomendację utrzymania ważności certyfikatu systemu zarządzania jakością na zgodność z wymaganiami normy ISO. Był to pierwszy audit nadzoru po uzyskanej w ubiegłym roku certyfikacji. Efektywność systemu zarządzania jakością została oceniona w oddziałach: Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Klinicznym Chirurgii Naczyniowej, Transplantologicznym oraz Klinicznym Neurologicznym i Udarowym, w Poradni Diabetologicznej, a także w Pracowni Diagnostyki Obrazowej, w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej, w Dziale Zapatrzenia i Zamówień Publicznych oraz w Pęnomocniku Dyrektora ds. Jakości. Zespół audytorów zebrał wystarczającą ilość obiektywnych dowodów na to, że realizacja usługi medycznej jest zgodna z wymaganiami normy ISO 9001, wymaganiami prawnymi w auditowanych obszarach i ustaleniami własnymi szpitala. Pozytywnie oceniono także

proces ciągłego doskonalenia systemu zarządzania. Audit przebiegał w przyjaznej, otwartej atmosferze, co pozwoliło na sformułowanie spostrzeżeń, które służyć będą dalszemu doskonaleniu systemu. Informacje na temat potrzeby podjęcia niezbędnych działań zapobiegawczych zostały przekazane liderom poszczególnych działalności. Niezależnie od auditu zewnętrznego, Dyrektor Szpitala powołał zespół audytorów, który realizuje program auditów wewnętrznych. Na 2014 rok zaplanowane zostały 32 audyty wewnętrzne. Obejmują one swoim zakresem kluczowe działalności występujące w Szpitalu.

Specyficzną formą auditu jest sprawowanie stałego nadzoru nad realizacją usług świadczonych przez podwykonawców, a mających wpływ na jakość usług medycznych. W naszym szpitalu takimi usługami są: żywienie pacjentów – realizowane przez firmę Aspen-Res oraz utrzymanie higieny szpitalnej – realizowane przez firmę Impel. Praca podwykonawców ma bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjentów przebywających w szpitalu i jest jednym z bardzo istotnych elementów działalności leczniczej. W tych obszarach muszą być uwzględnione zarówno wymagania systemu jakości, jak i wymagania prawne. W zakresie żywienia uregulowania prawne nakładają obowiązek monitorowania procesów produkcyjnych na zgodność przygotowywania posiłków

z wymaganiami Dobrej Praktyki Higienicznej i Produkcyjnej

oraz wymaganiami HACCP. O ile aspekty te należy nadzorować wewnątrz firmy przetwarzającej żywność, o tyle sami jesteśmy zobligowani do monitorowania jakości posiłków w miejscu ich dystrybucji do pacjenta zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 852/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych. Warmińsko-Mazurski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny zwrócił się z prośbą do Dyrektorów Szpitali o zwiększenie nadzoru nad dostarczaną żywnością przez zastrzeżenie prawa do dokonywania auditów przez zamawiającego w trakcie przygotowywania posiłków w miejscu ich produkcji. Uwzględnienie tej sugestii oznacza w przyszłości zwiększenie obszaru objętego monitorowaniem.

Obecnie w Szpitalu regularnie odbywają się kontrole jakości posiłków przygotowywanych przez firmę Aspen dostarczanych do oddziałów. Oceniane są: zgodność dostarczonych posiłków z zaprowiantowaniem zgłoszonym z oddziałów, estetyka podania posiłków, czystość naczyń, wózka, termosów, ocena stanu technicznego wózków i termosów. Sekcja nie prowadzi oceny organoleptycznej posiłków. Częstotliwość kontroli odbywa się w taki sposób, aby raz w miesiącu odwiedzić każdy oddział. Duże znaczenie ma tutaj bieżący nadzór pracowników oddziału nad posiłkami w chwili wydawania ich pacjentom oraz odpowiednio szybka reakcja i zgłoszenie problemu osobom wyznaczonym po stronie podwykonawcy oraz pracownikowi Sekcji Jakości. Dzięki szybkiej reakcji pracowników oddziału i współpracy z Sekcją Jakości możliwe jest wypracowanie określonego poziomu jakości posiłków, który przekłada się na satysfakcję pacjenta. Jest to obszar, który wymaga bezwzględnej systematyczności.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nakłada



**Audyt ISO 2014**



na nas obowiązki, które częściowo sędowaliśmy na podwykonawcę, jednak odpowiedzialność za realizację wymagań ustawy ponosi Szpital. W obszarze utrzymania higieny szpitalnej ważna jest efektywna współpraca z firmą Impel. Również w tym zakresie prowadzone jest monitorowanie tej usługi. Każdego dnia w oddziałach dokonywana jest ocena jakości sprzątnięcia. Wykonanie usługi jest punktowane na arkuszu ocenianym przez osoby zarządzające oddziałem/komórką organizacyjną. Po upływie każdego miesiąca oceny są sumowane,

zbierane są uwagi, a ostateczna ocena przekazywana jest kierownictwu szpitala. Ponadto dokonywane są kontrole planowe i doraźne poszczególnych oddziałów szpitala. Każda z nich opisywana jest w protokole zatwierdzanym przez osoby kontrolujące po stronie szpitala oraz przez osoby upoważnione po stronie podwykonawcy. Płynny i efektywny przepływ informacji między pracownikami szpitala, a podwykonawcami umożliwia dobrą współpracę oraz szybką reakcję w przypadku nieprawidłowo zrealizowanej usługi.

Monitorowanie jakości jest pracą ciągłą i wymaga zaangażowania nie tylko ze strony pracownika Sekcji ds. Jakości, ale także pracowników poszczególnych oddziałów/ działów szpitala. Zmieniające się wymagania prawne w tym zakresie oraz rosnące oczekiwania pacjentów zmuszają nas do podejmowania działań zapobiegawczych w obszarach zagrożonych potencjalnymi błędami oraz ciągłej i bieżącej orientacji na poziomie aktualnej jakości usługi.

mgr inż. **Katarzyna Łagodzińska**

## Podziękowania

18.03.2014 r.

Lek. med. Irena Kierzkowska

Dzień dobry Pani Kierowniczko

Chciałabym podziękować za opiekę nad moim Mężem „Pavel Šablatura” który został przyjęty do waszej Kliniki Anesthesiologii, Resuscytacji i Intensywnej opieki dnia 11.02.2014 r. Męża przyjęli w poważnym stanie, opieka całego zespołu Lekarzy i pielęgniarek, osiągnęła tego że mąż jest nadal wśród żywych. Chciałabym bardzo serdecznie podziękować za przyjemnego zachowania wszystkich pracowników w czasie mojego pobytu w Polsce, kiedy dojeżdżałam za mężem do szpitala. W szczególności chciałabym wspomnieć główną pielęgniarkę Pani Anne Idzikowska i Lekarza Radosława Gorey MD, którzy mi we wszystkim pomagali, i z nimi najwięcej komunikowałam o stanie męża.

z pozdrowieniami,  
Šablaturova Eva

Olsztyn, 05.03.2014 r.

Do Dyrektora

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Podziękowanie

Na Pani ręce, pragnę złożyć najserdeczniejsze podziękowania za okazaną mi pomoc oraz włożony trud podczas skomplikowanej operacji, dzięki której odzyskałam siły i powrót do prawidłowego funkcjonowania.

Podziękowania pragnę złożyć całemu personelowi oddziału neurochirurgii, a w szczególności Panu Ordynatorowi Waldemarowi Och i dr Sławomirowi Tananisiowi. Dzięki Państwa opiece i sercu jakie mi okazaliście proces mojego leczenia przebiegł pomyślnie.

Z wyrazami szacunku  
Narwojsz Marzanna

Olsztyn, 1 lipca 2014

Pani Dyrektor WSS w Olsztynie  
Irena Kierzkowska

Jestem pacjentką opuszczającą dzisiaj szpital po okresie siedmiu tygodni podtrzymywania ciąży na Oddziale Położniczym II oraz ponad trzech tygodniach pobytu z dzieckiem na Oddziale Położniczym I.

Pragnę w taki oto skromny, lecz pełen najwyższego uznania i szacunku sposób wyrazić wdzięczność osobom, dzięki którym w 31 miesiącu ciąży urodziłam zdrowego, silnego synka: Panu Dr. Mariuszowi Przybyłowiczowi, którego kompetencje, troska i nieprzeciętna intuicja doprowadziły do szczęśliwego rozwiązania, pozostałym ginekologom; zespołowi położnych – zawsze życzliwych, uczynnych i starających się stworzyć mi niemalże rodzinną atmosferę; wspaniałym neonatologom, pediatrom, – ludziom z pasją, rozumiejącym obawy związane z rozwojem wcześniaka, a w szczególności młodej lekarce Pani Aleksandrze Łebek, oddanej swojej pracy, ciepłej, mającej zawsze czas na konstruktywną rozmowę i uśmiech. To wyjątkowo zaangażowana osoba, która pomogła nam przetrwać trudny czas i jestem przekonana, że te wspaniałe cechy charakteru przyczynią się do szczęścia wielu mam i ich dzieci w przyszłości. Dziękuję również wyróżniającej się kompetencjami i zaangażowaniem położnej Pani Iwonie Kaczyńskiej, która zarówno mnie jak i innym przerażonym mamom wniosła pomoc i wsparcie każdego dnia, często poświęcając bezinteresownie swój prywatny czas, to wzór położnej.

W WSS w Olsztynie sprawnie funkcjonują wszystkie struktury, dzięki niezawodności ludzi (najlepiej dobranych), profesjonalizmowi i wspaniałej organizacji jestem szczęśliwą mamą Antka.

Bardzo proszę, by Pani Dyrektor doceniła pracę tych wybitnych specjalistów i wyjątkowych ludzi, gdyż tylko w taki sposób jako pacjentka mogę wyrazić swoją wdzięczność, a moja opinia jest niejako powieleniem głosów innych matek, które przeszły podobną jak ja drogę do macierzyństwa.

Serdecznie dziękujemy i nigdy nie zapomnimy.

Ewa i Antoś Maciochowicie

PS. To mój drugi list do Pani Dyrektora i chciałabym, by tego typu głosy stały się normalnością w kierowanej przez Panią placówce.

# Poród. Czy musi boleć?

**Ból porodowy jest wyjątkowym w swym charakterze bólem. Jego odbiór uzależniony jest od emocji, lęku, wcześniejszych doświadczeń kobiet oraz czynników kulturowo-środowiskowych.**

Pogląd, że „poród musi boleć” w świetle rozwoju nauk medycznych brzmi dość sadystycznie. Zwolennicy porodu naturalnego uważają, że rodzić bez ingerencji w naturę jest zdrowiej i bezpieczniej. Jest w tym sporo racji, ponieważ ból porodowy uruchamia mechanizmy hormonalne, niezbędne do prawidłowego przebiegu porodu oraz nawiązania więzi z nowo narodzonym dzieckiem.

Z drugiej strony zwolennicy porodu, który „nie musi boleć” wysuwają argumenty przemawiające za znieczuleniem. Bardzo boleśnie odczuwany poród może być przyczyną urazów psychicznych, depresji poporodowych, lęku przed następnymi porodami drogami i siłami natury.

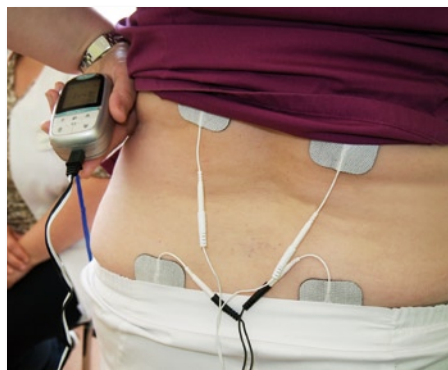
Należy podkreślić, że znieczulenie w trakcie porodu niekoniecznie oznacza ingerencję w przebieg porodu przy pomocy leków. Poza farmakologicznymi, istnieją naturalne sposoby radzenia sobie z bólem. Każdy z nich ma swoje dobre i złe strony.

Ból jest odczuciem subiektywnym, fizycznym, namacalnym, ale także psychologicznym. Dlatego też zadziałanie tak zwanych metodami naturalnymi jest często wystarczające. Zaletą ich jest również to, że nie wymagają specjalistycznej aparatury i nie mają skutków ubocznych.

Zespół lekarzy i położnych pracujących na bloku porodowym w naszym szpitalu to wysoko wykwalifikowani specjaliści w prowadzeniu porodów. Prowadząc poród bez farmakologicznego łagodzenia bólu mają do dyspozycji sprzęt i swoją wiedzę dla ułatwienia przyjścia dziecka „na świat”. Do dyspozycji są piłki rehabilitacyjne, worki sako, materace służące do zmiany pozycji i znalezienia takiej, w której pacjentka odczuwa najmniejszy ból. Leżenie na łóżku porodowym pod ciągłym zapisem ktg, to na szczęście już „epoka słusnie miniona”. Podejmowane są starania, aby na sali porodowej przebywał tylko niezbędny personel medyczny. Obecność bliskich dla dużej grupy kobiet jest nieoceniona, promowane są zatem porody rodzinne. Wytworzenie atmosfery zaufania do lekarzy i położnych, wiara pacjentki, że

jest pod dobrą opieką, obecność osoby bliskiej, sprzyja relaksacji. Zapobiega to uczuciu strachu, który zwiększa odczucie bólu. Kiedy stres obniża się, powraca prawidłowa hormonalna regulacja porodu. Wydzielanie większej ilości oksytocyny i endorfin może mieć wpływ na skrócenie faz porodu.

Bardzo ważny jest oddech, pacjentka przygotowana przez położną wie, że powinna dostosować oddech do rytmu skurczy. Koncentrowanie się na rytmie oddechu pozwala nie myśleć o bólu związanym ze skurczem porodowym.



**Próba zastosowania TENS-u**

Skuteczna w zwalczaniu bólu porodowego jest hydroterapia. W wodzie pacjentka rozluźnia się i jeżeli jest to tylko możliwe może przebywać w wodzie przez cały pierwszy okres porodu.

Chwalony przez pacjentki jest masaż przy pomocy natrysku wodnego. Można poprosić o pomoc partnera, zwiększa to poczucie odpowiedzialności drugiego rodzica za narodziny potomka.

Nieocenioną pomoc przynosi również masaż. Dotyk ciepłej dłoni położnej lub męża może „zdjąć” trochę bólu z okolicy krzyżowej poprzez delikatne lub silniejsze pocieranie, uciskanie, masowanie ruchem okrężnym lub w poprzek pleców w zależności od tego, co przynosi ulgę.

Jeśli pacjentka skarży się na dokuczliwe bóle pleców, pomagają ciepłe lub zimne okłady (woreczek z lodem, termofor itp.).

Coraz bardziej popularna w niwelowaniu bólu porodowego jest elektrostymulacja TENS. Przeciwbólowe działanie



**Beata Binek i Alina Ćwiek**

TENS biegnie w dwóch kierunkach: zmniejsza pobudliwość nerwów obwodowych oraz pobudza ośrodkowe hamowanie bólu. Użycie TENS ma również znaczenie psychologiczne. Poczucie dodatkowej opieki obniża niepokój rodzącej, zmniejszając odczuwanie bólu. Prądy tens pobudzają organizm do wydzielania endorfin, czyli naturalnych substancji chemicznych uśmierczających ból. Dodatkową korzyścią jest możliwość łagodzenia bólu okolicy krzyżowej w trakcie ciąży (po 32 tygodniu) oraz po porodzie (również po cięciu cesarskim). W chwili obecnej nie możemy pochwalić się dostępem do tej metody łagodzenia bólu. Nasze doświadczenia opierają się na nielicznych przypadkach porodów z TENS, prowadzonych przez nasz personel, a wiedzę czerpiemy z różnych form kształcenia podyplomowego.

W przypadku, gdy sposoby naturalne zawodzą lub niemożliwe jest ich zastosowanie, stosuje się farmakologiczne łagodzenie bólu. Leki stosowane są na zlecenie lekarza.

Częstą metodą farmakologiczną jest podawanie leków rozkurczowych i przeciwbólowych, które wielokrotnie wystarczają, żeby rodząca się odprężyła.

W łagodzeniu bólu w naszym oddziale stosowane jest znieczulenie wziewne mieszaniną gazową (tlen i podtlenek azotu), zwany potocznie gazem rozweślającym.

Gaz nie eliminuje całkowicie bólu związanego ze skurczami, sprawia jednak, że są one możliwe do zniesienia. Pozwala to na zachowanie kontroli przez rodzącą, przy jednoczesnym zmniejszeniu uczucia lęku.

Formą farmakologiczną ulżenia rodzącej w bólu jest znieczulenie zewnątrzoponowe. Polega na zmniejszeniu lub zniesieniu odczuwania bólu w dolnej połowie ciała, przy zachowaniu świadomości i pełnej zdolności umysłowej pacjentki. Znieczulenie blokuje przewodzenie bodźców bólowych. Podane w odpowiednim momencie przyspiesza

rozwieranie szyjki macicy i zmniejsza stres matki. Znieczulenie stosuje się na prośbę rodzącej, przy zachowaniu odpowiednich warunków porodowych i braku przeciwwskazań medycznych. Warto zaznaczyć, że w naszym szpitalu ten rodzaj znieczulenia jest bezpłatny, a nasz zespół porodowy stale współpra-

cuje z zespołem lekarzy anestezjologów, którzy przeprowadzają ZZO. Narodziny dziecka to najpiękniejsze chwile w życiu kobiety. Wiele mam boi się bólu. Jesteśmy zdania, że każda kobieta rodząca w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie ma prawo do korzystania z wybranych przez sie-

bie metod łagodzenia bólu w granicach możliwości oddziały i stanu zdrowia rodzącej. Uwzględniamy przy prowadzeniu porodu życzenia wyrażane przez rodzącą w planie porodu, zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej.

**Beata Binek, Alina Ćwiek**

## Pokarm kobiecy – dieta czy inwestycja w przyszłość?



**Laktacja jest integralną częścią procesu rozrodczego człowieka, naturalną konsekwencją porodu. Od kobiety w położu oczekujemy, że będzie karmiła piersią. Większość matek deklaruje gotowość karmienia piersią, wynika to z ich dużej świadomości na temat karmienia naturalnego i jego znaczenia dla zdrowia dzieci i ich samych.**

Skąd więc biorą się obiegowe opinie o niedojrzałości współczesnych matek, obruszających się na „terror laktacyjny”? Dlaczego tak jest, że większość matek deklaruje chęć karmienia piersią, a już w szpitalu, w momencie pierwszych problemów z karmieniem chce zrezygnować z tego na rzecz dokarmiania mieszanką?

Niedostateczne karmienie piersią wynika z kłopotliwego bagażu czasów minionych, rozwój cywilizacji, rozwój produkcji rolnej, prowadzący do wytworzenia nadwyżek mleka krowiego i opracowania technologii jego przetwarzania i przechowywania, produkcji akcesoriów do karmienia niemowląt, w tym wygodnych smoczków. Ruszyła cała machina marketingu, która miała na celu ciągle powiększanie rynku zbytu na te artykuły. W rezultacie w XX wieku normą stało się karmienie butelką. Jest to głęboko zakorzenione, bo pomimo, że współczesna epidemiologia, badania nad fizjologią i psychologią człowieka dostarczają nam coraz to nowych dowodów na to, że karmienie piersią jest prawidłową formą żywienia najmłodszych dzieci, a mleko modyfikowane powinno być zarezerwowane dla przypadków szczególnych, to w praktyce żywienie sztuczne jest nadal częste, bo siła przyzwyczajenia jest ogromna. Rozpowszechniona jest też wypracowana w XIX i XX wieku „wiedza”, którą babcie, ciocie przekazują do dziś młodym matkom. Do tego dochodzi jeszcze ogromna odpowiedzialność rodziców za dziecko, które w czasach, w których rodzi się ich coraz mniej, stało się cennym dobrem, projektem. Ta odpowiedzialność przy-

łącza większość kobiet, które gubią się w wielobarwnym kalejdoskopie poglądów i rad na temat, co jest dla nich i dla ich dzieci najlepsze. Nie potrafią wybrać właściwej drogi i trudno jest im wsłuchać się w siebie i naturę.

Powrót do karmienia piersią jest ogromnym wyzwaniem dla położnych, pielęgniarek, lekarzy w oddziałach neonatologicznych i położniczych. To naszym obowiązkiem jest dostarczyć matkom aktualnych informacji opartych na do-



wodach naukowych, a następnie wspierać je w ich świadomie podjętych decyzjach. Wszystkie nasze działania wobec pacjenta mają być zgodne z EBM (evidence based medicine). Nie musimy samodzielnie poszukiwać wyników badań i oceniać ich jakości. Zrobili to już eksperci. Wystarczy, gdy w naszej pracy oprzemy się na zaleceniach WHO, APP, rozporządzeniu Ministra Zdrowia, dotyczącym opieki okołoporodowej, które są realizowane w naszym oddziale.

Przed nami następne, ogromne wyzwanie: realizacja standardu wczesnej stymulacji oraz jej wytycznych dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego, który został opublikowany w styczniu 2014 roku. Na jego wprowadzenie mamy krótki okres, bo tylko 2 lata.

O tym i o innych wyzwaniach, zwłaszcza dotyczących karmienia dzieci przedwcześnie urodzonych, dyskutowaliśmy podczas szkolenia „KARMIENIE PIERSIĄ I MLEKIEM KOBIECYM WCZEŚNIĄKÓW I DZIECI CHORYCH – STANDARD OPIEKI W SZPITALACH III POZIOMU REFERENCYJNEGO”. Kurs trwał 3 dni (26-28 maj 2014 rok). Każdy z uczestników otrzymał certyfikat. W pierwszym dniu, Bożena Florczak lek. pediatra – neonatolog omówiła rekomendacje, dotyczące karmienia piersią i korzyści zdrowotne dla dziecka przedwcześnie urodzonego i chorego żywionego mlekiem matki, sens zasady kangurowania wcześniaków, przeciwwskazania ze strony matki i dziecka do podawania mleka biologicznej matki oraz podzieliła się własnym doświadczeniem, dotyczącym karmienia wcześniaków. W drugim dniu nabywaliśmy wiedzy technicznej, dotyczącej karmienia piersią. Swoją wiedzę i doświadczeniem dzieliły się mgr Kinga Osuch i mgr Agnieszka Muszyńska. Trzeciego dnia, pani dr n. biol. Aleksandra Wesółowska omówiła bardzo szczegółowo skład i funkcje pokarmu kobiecego. Dużo uwagi poświęciła sierce i jej wczesnej podaży dla wcześniaków i omówiła zasady działania Banku Mleka Kobiecego (w Polsce istnieją trzy banki mleka kobiecego – w Toruniu, w Warszawie i Nowej Rudzie).

Uzyskaną wiedzę będziemy wykorzystywać w codziennej pracy z matką i dzieckiem, aby dokonywały właściwego wyboru, co będzie procentowało w przyszłości.

**Beata Dolżycka**

# Liczy się każda sekunda

**Na drodze ze Szczytna do Olsztyna, 15 kwietnia około godziny 10:15, doszło do zderzenia autobusu z samochodem ciężarowym. Autobus przewoził 40 osób, wśród poszkodowanych byli ranni i zabici. 13 osób przywieziono do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.**

Zgodnie z „Planem Działania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie podczas wypadków masowych” po przywiezieniu rannych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego rozpoczęto odpowiednie procedury. Każdy ranny został oznaczony opaską z odpowiednim kodem, który świadczył o jego stanie. Kod czerwony oznacza stan bezpośredniego zagrożenia życia (pacjent wymagający natychmiastowej pomocy); kod żółty to pacjenci wymagający pomocy, ale bez perspektyw pogorszenia stanu w danej chwili; kod zielony to chorzy stabilni z pogorszeniem zdrowia, wymagający udzielenia pomocy w dalszej kolejności; kod czarny – osoby zmarłe.

Do Szpitala trafiło 5 poszkodowanych oznaczonych kodem czerwonym, 5 oznaczonych kodem żółtym i 3 osoby z kodem zielonym. Wszyscy pacjenci otrzymali natychmiastową pomoc. Pracownicy Szpitala stanęli na wysokości zadania. Zespoły medyczne pracowały szybko i efektywnie.

Na szczęście były to tylko ćwiczenia, a całą akcją zorganizował Zbigniew Szpindor, inspektor ds. OC. Sędziami ćwiczeń byli: Jerzy Górny – z-ca dyrektora ds. lecznictwa, Hanna Taraszkiewicz – z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa, Maria Kowalska – przełożona pielęgniarek, Elżbieta Kubit – kierownik Sekcji BHP i Ppoż. oraz Karina Rzymowska i Janusz Szewczyk.

Szczególne podziękowania kierujemy do Jolanty Kłoczewskiej – dyrektor Szkoły Policealnej im. prof. Zbigniewa Religi w Olsztynie, Beaty Woźnickiej ze Szko-



ły Policealnej im. prof. Zbigniewa Religi w Olsztynie oraz słuchaczy Szkoły, którzy wcielili się w rolę poszkodowanych, a także do Adama Kalinowskiego z Nie-

publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej ARS MED oraz do Janusza Budzyńskiego z Agencji Ochrony Osób i Mienia ATUT.

**Red.**



# Wewnątrznaczyniowe leczenie tętniaków mózgu



**Tętniak – jest to nieprawidłowy twór naczyniowy, wypuklenie ściany tętnicy, zwykle kulistego lub podłużnego kształtu połączone ze światłem naczynia macierzystego. Przepływająca przez naczynie krew wpływa do worka tętniaka, stale oddziałując na ściany worka tętniaka, powodując jego stopniowe powiększanie się lub pęknięcie.**

Tętniaki mózgu są najczęstszą patologią naczyń mózgowych, niosącą jednocześnie za sobą największy odsetek krwawień podpajęczynówkowych, ciężkich zachorowań, zgonów w przypadku ich pęknięcia w porównaniu do innych schorzeń naczyń mózgowych (malformacji, przetok tętniczo-żylnych, naczyniaków).

## Patogeneza powstawania tętniaków wewnątrzczaszkowych

Etiologia, patogeneza tętniaków jest nie do końca poznana. W zależności od autora i rodzaju tętniaka mówimy o różnych, najprawdopodobniej nakładających się czynnikach genetycznych, miażdżycowych, nadciśnieniowych, zapalnych. Czynniki ryzyka wystąpienia tętniaka mózgu: obciążony wywiad rodzinny, płeć żeńska, wiek > 50 r. życia, palenie papierosów, doustna antykoncepcja, zespół Marfana, pseudoxanthoma elasticum, zespół Ehlersa-Danlosa, wielotorbielowatość nerek, asymetria/



nieprawidłowości koła Willis'a (tętnic mózgu), malformacje tętniczo-żylnie w obrębie mózgowia.

## Leczenie tętniaków mózgu

Klasyczną metodą leczenia tętniaków mózgu jest zabieg operacyjny neurochirurgiczny, podczas którego neurochirurg, po wykonaniu kraniotomii i wypreparowaniu worka tętniaka, zakłada klips naczyniowy w miejscu odejścia tętniaka od naczynia (tzw. „szyja tętniaka”), wyłączając go z krążenia. Zabieg jest wykonywany w znieczuleniu ogólnym, często z użyciem mikroskopu. Tego typu leczenie jest wykonywane od lat przez lekarzy Oddziału Neurochirurgii WSS.

Od kilkunastu lat istnieje możliwość zaopatrzenia tętniaków metodą mniej inwazyjną dla tkanki mózgowej, bez otwierania czaszki, wewnątrznaczyniowo.

Nową metodą leczenia tętniaków mózgu są zabiegi embolizacji wewnątrznaczyniowej.

Zabiegi te także mają na celu wyłączenie worka tętniaka z krążenia, spowodowanie jego wykrzepienia. W przeciwieństwie do klasycznej operacji neurochirurgicznej zabiegi te nie wymagają jednak kraniotomii. Wykonywane są w znieczuleniu ogólnym, co ma na celu uniknięcie jakichkolwiek ruchów głowy pacjenta w trakcie zabiegu, mogących spowodować przemieszczenie spiral lub perforację worka tętniaka.

Przez niewielkie 4-5 mm nacięcia skóry w pachwinie i po nakłuciu tętnicy udowej wykonywany jest cały zabieg. Kolejno wprowadzony jest cewnik prowadzący do tętnicy szyjnej wspólnej (śr. ok. 1,5-2 mm), przez który następnie wprowadzany jest mikrocewnik o średnicy 0,8 mm. W trakcie wprowadzania mikrocewnika używany jest także mikroprowadnik o średnicy ok. 0,36 mm. Sprzęt używany podczas wykonywania tych zabiegów,

ze względu na mikroskopijne rozmiary, jest najnowocześniejszym osiągnięciem współczesnej radiologii zabiegowej (kiedyś używane cewniki miały średnicę np. 2 mm). Sam moment wprowadzania mikrocewnika do worka tętniaka wymaga wielkiej precyzji. Należy pamiętać, że zwykle embolizowane tętniaki mają wielkości 4-7 mm i zbyt energiczne, za dalekie wprowadzenie mikrocewnika do worka tętniaka może spowodować jego pęknięcie i krwawienie śródczaszkowe. Przez mikrocewnik do worka tętniaka implantowane są spirale embolizacyjne. Są to specjalne druciki (zwykle platynowe, czasami z dodatkową powłoką hydrożelową zwiększającą swoją objętość w kontakcie z krwią) o różnej długości i kształcie, które dobiera się odpowiednio do wielkości i kształtu tętniaka. Spirale (coile) mają zaprogramowany termicznie kształt (3D, helical,

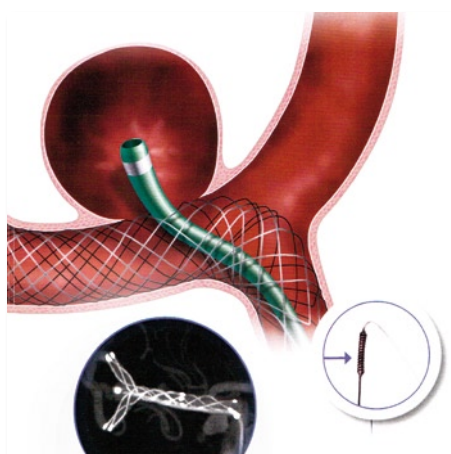


eliptyczny), a ich zaprogramowany zwój ma średnicę od 1 do 25 mm, długość od 1 do 50 cm. W trakcie embolizacji, w zależności od wielkości worka tętniaka, wprowadza się zwykle od 2 do 8-9 spiral, w przypadku tętniaków ogromnych (pow. 15 mm) liczba spiral może wzrosnąć do np. 20. Celem leczenia jest wypełnienie szczelnie całego worka tętniaka spiralami, spowodowanie jego wykrzepienia. W trakcie i po zabiegu kontrolowane są także pozostałe

naczynia mózgowe. Po zabiegu i wybudzeniu pacjent wraca do Oddziału Neurochirurgii WSS w Olsztynie, gdzie następnie jest monitorowany, leczony (np. wodogłowie). W zależności od kształtu tętniaka, w tym jego szyi (szyja – miejsce połączenia tętniaka z naczyniem) zabiegi embolizacji są wspomagane innymi technikami wewnątrznacyniowymi. Dotyczy to tętniaków o szerokiej szyi, w tym przypadku wprowadzenie spiral embolizacyjnych bez dodatkowego zabezpieczenia mogłoby spowodować ich wypłukanie przez napływającą krew z worka tętniaka i przemieszczenie do zdrowych, prawidłowych naczyń z ich zamknięciem i mogłoby spowodować udar mózgu. W tych przypadkach możemy stosować balon do remodelingu lub stent wewnątrznacyniowy.



Balon wprowadzony na poziomie worka tętniaka czasowo uszczelnia jego szyję do momentu ustabilizowania spiral w worku.



Stent do naczyń wewnątrznaczyniowych jest coraz częściej stosowany. Jest to zwykle nitynolowo-platynowa siateczka o bardzo cienkich ścianach, oraz małej sile radialnej. Wprowadzany jest przez mikrocewnik (także o średnicy do 1 mm), implantuje się go na poziomie szyi tętniaka, gdzie następuje jego otwarcie i dostosowanie do kształtu



tętnicy. Następnie przez oczka w stencie wprowadza się mikrocewnik do worka tętniaka i wykonuje jego embolizację. Stent zabezpiecza pacjenta przed przemieszczeniem spiral poza worek tętniaka. Kolejną z metod embolizacji – jedną z najnowszych – jest założenie tzw. stentu kierunkowego (flow diverter) – jest to specjalnie tkany, gęsty stent, który ma za zadanie odtworzenie światła tętnicy z pokryciem szyi tętniaka i wyłączeniem go z krążenia, bez konieczności implantacji spiral. W tej metodzie implantacja stentu jest jedynym leczeniem, zabezpiecza on tętniak przed napływem krwi i powoduje jego wykrzepienie.

W zależności od stosowanej metody, pacjenci są przygotowywani farmakologicznie do zabiegów. W przypadku planowanej implantacji stentu są wysycani przed zabiegiem dwoma lekami (Acadr i Clopidogrel), a po zabiegu przyjmują je minimum przez 6 miesięcy. Ma to na celu zabezpieczenie przed ewentualnym wykrzepieniem stentu i udarem mózgu. Pacjenci zwykle są nawadniani, w przypadku pękniętego tętniaka często otrzymują w Oddziale Neurochirurgii leczenie p/obrzękowe, p/skurczowe. Po zabiegu pacjenci są monitorowani/leczeni w Oddziale Neurochirurgii, a pacjenci z pękniętymi tętniakami często w OIT.

Pomimo, że zabiegi wewnątrznacyniowe nie wymagają otwierania czaszki i bezpośredniej ingerencji w tkankę mózgową, są jednak także procedurami inwazyjnymi. Manipulowanie w naczyniach szyjnych lub mózgowych, szczególnie u pacjentów z miażdżycą, może doprowadzić do oderwania blaszki

miażdżycowej, a u osób młodych w trakcie zabiegu możemy mieć do czynienia ze skurczem naczyniowym i zwolnieniem przepływu krwi przez naczynia wewnątrczaszkowe.

Po zakończeniu leczenia szpitalnego pacjenci są pod stałą kontrolą Poradni Neurochirurgicznej i mają wykonywane kontrolne badania Angio-MR, w celu oceny worka tętniaka, potwierdzenia jego całkowitej embolizacji. Badanie MR jest najlepszą, nieinwazyjną metodą monitorowania tętniaków po zabiegu, ponieważ spirale embolizacyjne i stenty stosowane w tych zabiegach mogą być bezpiecznie poddawane oddziaływaniu pola magnetycznego, w badaniu MR nie spotykamy artefaktów od spiral (w przeciwieństwie do badań TK, gdzie nie jesteśmy w stanie ocenić worka tętniaka po embolizacji).

U niektórych pacjentów po czasie może dojść do częściowej rekanalizacji worka tętniaka (zwykle u osób nie kontrolujących ciśnienia krwi), w tych przypadkach konieczne jest wykonanie drugiego zabiegu.

Zabiegi wewnątrznacyniowe są uznaną i stosowaną na całym świecie metodą leczenia tętniaków mózgu, są bezpieczne, jednak nie zwolnione z możliwości wystąpienia powikłań okołozabiegowych. W przypadku operacji neurochirurgicznej klasycznej mamy do czynienia z kraniotomią, otwarciem czaszki, ingerencją w mózg. Zwykle zabieg neurochirurgiczny jest jednorazowy, nie ma konieczności wykonywania ponownie operacji.

W przypadku zabiegów wewnątrznacyniowych mamy do czynienia z ryzykiem uszkodzenia tętnicy (jej rozwarstwienie,

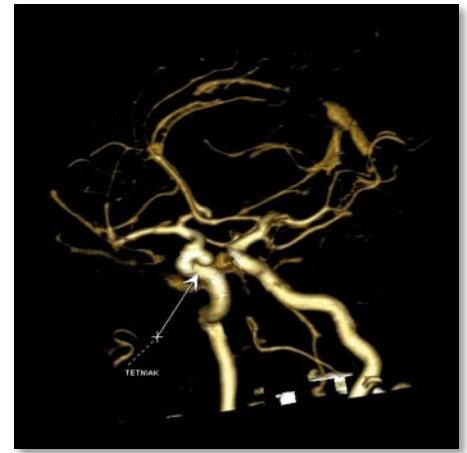
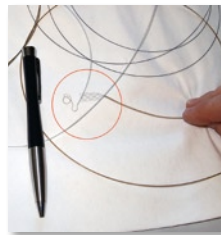


wykrzepienie, perforacja worka tętniaka), pacjenci wymagają kontrolnych badań MR (nieszkodliwych, bez użycia promieni rtg, bez podawania kontrastu) i czasem wykonania kolejnego zabiegu embolizacji. Należy jednak podkreślić, że możliwe powikłania zdarzają się bardzo rzadko.

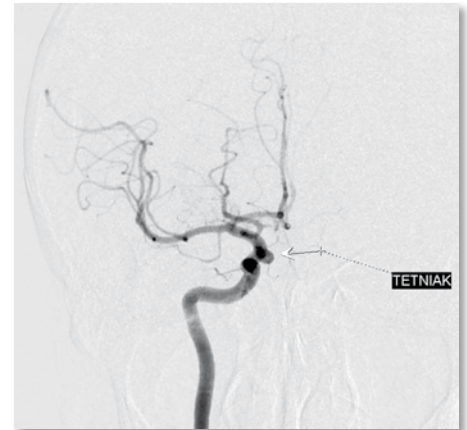
W trakcie planowania zabiegu leczenia tętniaka mózgu w WSS w Olsztynie każdy przypadek, tętniak jest omawiany wspólnie przez lekarzy neurochirurgów i specjalistę radiologa, w celu wybrania jak najbezpieczniejszej, najlepszej dla pacjenta metody leczenia. Planowanie zabiegu odbywa się na podstawie obrazów badań ANGIO-TK lub ANGIO-MR. Część z tętniaków jest kwalifikowana do leczenia wewnątrznaczyniowego, część nadal jest leczona metodą klasyczną. U pacjentów z pękniętym tętniakiem zabiegi wewnątrznaczyniowe są metodą umożliwiającą ich leczenie nawet w najcięższym stanie ogólnym pacjenta. Do-

bra współpracuje z Oddziałem Neurochirurgii oraz OIT - wspólna kwalifikacja pacjenta, opieka nad pacjentem zarówno przed, jak i po zabiegu jest podstawą skutecznego i bezpiecznego leczenia tętniaków mózgu.

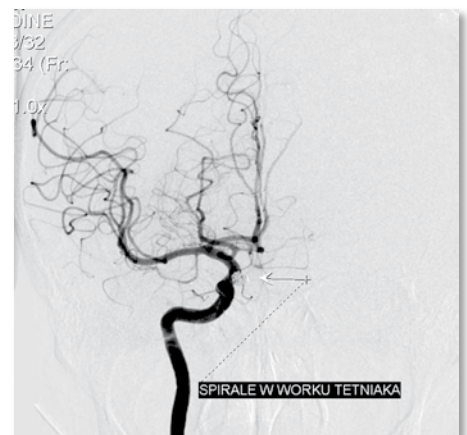
Pierwszy zabieg leczenia wewnątrznaczyniowego tętniaka mózgu został wykonany w Pracowni Badań i Zabiegów Naczyniowych Działu Diagnostyki Obrazowej w 2011 roku. Zabiegi wykonywane są przez zespół lekarzy, pielęgniarek i techników Działu Diagnostyki Obrazowej. Do dnia dzisiejszego wykonano ponad 100 zabiegów embolizacji tętniaków mózgu, także z użyciem stentów wewnątrznaczyniowych.



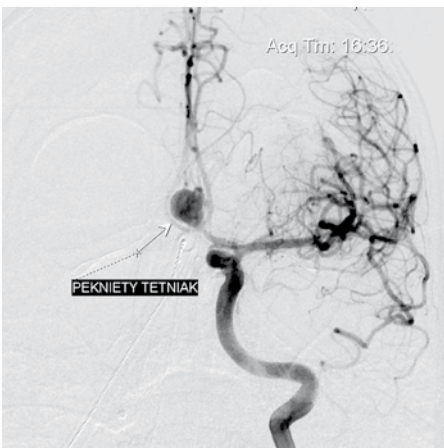
**Rekonstrukcje 3 D tętniaka w badaniu angioTK**



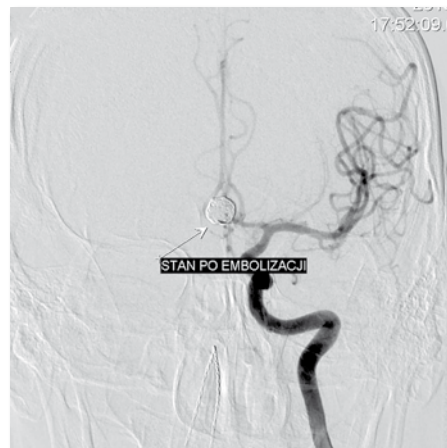
**Arteriografia przed zabiegiem**



**Arteriografia po embolizacji**



**Arteriografia pęknięty tętniak**



**Stan po embolizacji pękniętego tętniaka**

Wykonywanie zabiegów embolizacji wewnątrznaczyniowej tętniaków mózgu w Pracowni Radiologii WSS w Olsztynie poszerzyło i uzupełniło możliwości leczenia pacjentów z tętniakami mózgu. Do tej pory część z tych osób, która nie kwalifikowała się do leczenia za pomocą operacji klasycznej, była odsyłana do ośrodków zabiegowych w Warszawie, Gdańsku, Lublinie. Teraz ten sam zabieg mogą mieć wykonany w Olsztynie (co ma znaczenie szczególnie w przypadku pękniętego tętniaka).

dr n. med. **Grzegorz Wasilewski**

# Prowadził mnie zapach szpitala

„Naszym wrogiem jest czas, którego ciągle jest za mało, a zadań przybywa. W tej trudnej rzeczywistości personel musi być odporny i silny.” O wyborach zawodowych, najważniejszych i najtrudniejszych chwilach w pracy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, rozmawiam z Panią Moniką Kaliszką, która przez wiele lat była pielęgniarką oddziałową Oddziału Ginekologicznego WSS w Olsztynie.

## – W jaki sposób trafiła Pani do WSS w Olsztynie?

– W marcu 1976 r. ukończyłam Pomaturalne Medyczne Studium Zawodowe w Olsztynie, Wydział Położnych. Bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu, 01.04.1976 r. rozpoczęłam pracę na Trakcie Porodowym Szpitala Wojewódzkiego. W trakcie nauki w Studium miałam wystarczającą ilość czasu na dokonanie wyboru miejsca pracy. Moim marzeniem stał się Szpital Wojewódzki, 6-letni, jeszcze pachnący nowością, przestronny i nowoczesny. Nie można oczywiście nie wspomnieć o ludziach, którzy w tamtym czasie stanowili kadrę pionu ginekologiczno – położniczego. Położne i lekarze profesjonalnie i z zaangażowaniem włączali się w kształcenie przyszłych położnych. Przyjazny klimat, jaki panował tu w trakcie odbywania zajęć stażowych utwierdzał mnie w przekonaniu, że właśnie z tym szpitalem pragnę związać moje życie zawodowe. Do pracy przyjmowała mnie naczelną pielęgniarką szpitala, nieżyjąca już Pani Jadwiga Żemajtis. Miałam to szczęście, że trafiłam do oddziału, o którym marzy każda świeżo upieczona położna, czyli na porodówkę, pod skrzydła Pani Halinki Pawlicy, ówczesnej oddziałowej traktu porodowego. I tu zaczęła się moja droga zawodowa.

## – Dlaczego wybrała Pani zawód położnej?

– Nie potrafię powiedzieć, w jakim momencie życia zaczęły precyzować się moje marzenia o tym, kim chciałabym być w przyszłości. Jednak dominowała i dojrzewała we mnie przez lata jedna myśl i pragnienie – pielęgniarstwo oraz praca w szpitalu. Tym pragnieniom sprzyjały różne sytuacje w moim życiu. W moim rodzinnym domu częstym gościem była przyjaciółka mojej mamy, лаборантка ze szpitala kolejowego. Zachwycał mnie wtedy zapach szpitala, który wnosila ze sobą

do naszego domu. To właśnie Ona pozwałała mi na wizyty w laboratorium szpitala, dzięki niej miałam w domu do zabawy prawdziwy sprzęt medyczny, a przede wszystkim prawdziwy czepiek, który dumnie nosiłam po mieszkaniu. Już wtedy „organizowałam” swoją małą zabiegówkę. Sama wielokrotnie byłam pacjentką szpitala dziecięcego przy ulicy Mariańskiej w Olsztynie. Byłam również jedną z pierwszych pacjentek sąsiadującego z nami szpitala dziecięcego. Czas spędzany w szpitalu dawał możliwość obserwowania (oczywiście oczami dziecka) pielęgniarek i pracy, jaką wykonywały. Mimo choroby i wielkiej tęsknoty za domem to był fajny czas, bo blisko tego, co mnie fascynowało. Okres szkoły średniej upływał na marzeniach o pielęgniarstwie. Ten zapach z dzieciństwa, który „roznosiła” przyjaciółka mamy prześladował mnie, stanowił swego rodzaju narkotyk. Sama zdobyłam buteleczkę Lizolu i skrzętnie ukryłam w łazience. Niestety zapachu nie dało się zakamuflować. Rodzicom nie bardzo podobały się moje pomysły. Dziwili się, ale ustępowali. Najfajniej było jesienią i zimą, kiedy nosiło się ciepłe ubrania. Nasączałam Lizolem ma-



Monika Kaliszka w trakcie badania

lutką watkę, wkładałam ją do kieszeni płaszcza i cieszyło mnie, że aurę szpitala mam wokół siebie. Świadomego wyboru kierunku kształcenia dokonałam w liceum. W 1973 r. zostałam słuchaczką Pomaturalnego Studium Zawodowego-Wydziału Położnych w Olsztynie. To był strzał w dziesiątkę! Opiekunką roku była Pani Ania Wasilewska, wspaniała osoba i pedagog. Tu poznałam Małgosię Zajac, wieloletnią przyjaciółkę, która już od prawie 2 lat jest na emeryturze i realizuje swoje marzenia o życiu na wsi z dala od miejskiego zgiełku. Wiele jest chwil i sytuacji, które można opisać z życia studium. Długo wyczekiwany moment czepkowania, paskowanie, fartuszek krzyżaczek, no i konfrontacja z rzeczywistością, czyli pacjent w sali chorych. Nigdy w latach nauki w studium, ani później w trakcie pracy nie doznałam zwątpienia, ani rozczarowania związanego z wyborem zawodu. Odczuwam z tego powodu ogromną satysfakcję.

## – Jakie zdarzenie wspomina Pani najmilej podczas pracy zawodowej?

– Niewątpliwie zdobycie w 1986 r. tytułu najsympatyczniejszej wśród pielęgniarek i położnych Szpitala Wojewódzkiego oraz II miejsca w konkursie na najsympatyczniejszą pracownicę służby zdrowia w Olsztynie. Mój sukces, ówczesny dyrektor szpitala Pan dr Jan Forfa, uhonorował nagrodą pieniężną. Z kolei w 2006 r. zajęłam I miejsce



w plebiscycie „Wielkie serce” *Gazety Olsztyńskiej i Dziennika Elbląskiego*. To było szczególnie cenne wyróżnienie. Sytuacji ważnych i miłych w moim życiu zawodowym było znacznie więcej. Ukończyłam 2 specjalizacje, miałam okazje uczestniczyć w wielu ciekawych szkoleniach, tworzyłam program i byłam kierownikiem specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego. Pewien czas prowadziłam zajęcia praktyczne dla słuchaczek studium. Ta praca również sprawiała mi dużą radość. Bardzo miłe wspominałam integracyjne spotkania pracowników szpitala oraz imprezy organizowane w gronie koleżanek z pionu ginekologiczno-położniczego. Wiele lat z rzędu organizowałyśmy też wspólne spotkania wigilijne. To również słowa uznania wyrażane przez przełożonych, szacunek ze strony koleżanek, a przede wszystkim wdzięczność i uznanie pacjentek.

#### – Jakie były najtrudniejsze chwile, czy wybory w Pani pracy na stanowisku pielęgniarki oddziałowej?

– Na przestrzeni lat nie udało się uniknąć sytuacji trudnych, które wkalkulowane są w nasze codzienne życie. Zazwyczaj dotyczyły one obszaru zarządzania zespołem, trzeba było radzić sobie z różnymi przeciwnościami losu. Zawsze zależało mi, aby atmosfera w pracy sprzyjała wykonywaniu zadań zawodowych na jak najwyższym poziomie. Czy się to udało, nie potrafię ocenić. Czas pędził do przodu i nie było czasu na dłuższe zastanawianie się. Trudne chwile

to również nieszczęścia ludzkie, których byłam świadkiem. Ciężkie choroby, rozpacz, sytuacje traumatyczne. Radzenie sobie z tymi zdarzeniami przychodziło najtrudniej. Bardzo trudnym momentem dla całego zespołu było pożegnanie koleżanki – Iwony, która odeszła po krótkiej i ciężkiej chorobie.

#### – Co zmieniło się w trakcie Pani pracy zawodowej na przestrzeni tych wszystkich lat?

– Ze szpitalem związana jestem od 38 lat. Pierwsze 6 lat przepracowałam w trakcie porodowym, oddziale noworodków oraz w izbie przyjęć. Na pewien czas oddelegowana byłam do pracy w lecznictwie otwartym (przyzakładowa poradnia dla kobiet przy OZOS). Z oddziałem ginekologii związana jestem od 1982 r. Tu pracowałam w zespole kierowanym przez wieloletnią oddziałową Panią Halinę Czubak. Pionem ginekologiczno-położniczym kierował Pan dr Henryk Makowski. W 1993 r. w wyniku postępowania konkursowego objęłam stanowisko położnej oddziałowej. Funkcję tę zaczęłam sprawować już pod kierownictwem nowego ordynatora, Pana dr. Marka Stefanowicza. Razem dotrwaliliśmy szczęśliwie do emerytury, czyli do 2014 r. Na przestrzeni lat zmieniał się zespół położnych, pracujących w oddziale. Dziewczyny kształciły się, awansowały, zmieniały miejsce pracy. W okresie minionych 38 lat wiele działo się w dziedzinie pielęgniarstwa, począwszy od uregulowań prawnych, po zmieniający się model opieki nad pacjentem. Od kilkunastu lat priorytetem



#### Z Małgosią Zajac przyjaźń na wiele lat

jest jakość. Chcemy, aby nasze pacjentki czuły się bezpiecznie, a zapewniana im opieka była na najwyższym poziomie. To trudne zadanie oraz ciężka, nieustająca praca, chociaż nie zawsze jej warunki oraz organizacja sprzyjają tym założeniom. Taka jest codzienność. Naszym wrogiem jest czas, którego ciągle jest za mało, a zadań przybywa. W tej trudnej rzeczywistości personel musi być odporny i silny. Dziewczyny z wielką determinacją realizują zadania. Jestem im za to ogromnie wdzięczna.

#### – Jakie ma Pani plany na przyszłość i marzenia?

– Wiele osób kończąc aktywność zawodową definitywnie rozstaje się ze swoim miejscem pracy. Należy odpocząć i ustąpić miejsca nowym pokoleniom. Nie ukrywam, że ciężko byłoby mi zupełnie rozstać się ze szpitalem i moją pracą. Otrzymałam możliwość jej kontynuacji na stanowisku położnej oddziału ginekologii onkologicznej, z czego bardzo się cieszę. Od wielu lat prowadzę działalność gospodarczą, po części związaną z zawodem, którą zamierzam nadal kontynuować. Moim marzeniem jest jak najdłużej utrzymać zdrowie i pełną sprawność, ponieważ nie jestem wolna od problemów. Mam też ukochaną wnusię, której poświęcam dużo czasu. Bardzo chciałabym, aby Ada realizowała w życiu swoje marzenia i była szczęśliwa. Chciałabym podziękować wszystkim współpracownikom za wspólne lata pracy. Szczególne podziękowania kieruję w stronę położnych, z którymi pracowałam i którymi przyszło mi zarządzać. Biorąc pod uwagę cały okres pracy zawodowej mogę z dumą stwierdzić, że swój obowiązek spełniłam dobrze.

– Dziękuję za rozmowę i życzymy jeszcze wielu lat aktywności zawodowej w pełnym zdrowiu, spełnieniu i sprawności.

Magdalena Kantorczyk



Zespół pielęgniarek położnych i lekarzy pionu ginekologicznego

# Na końcu języka cz. 3

W poprzednim artykule opisałam fizjologię połykania, związek połykania z mową oraz przyczyny powstawania zaburzeń połykania. Teraz postaram się opowiedzieć jakie sposoby rehabilitacji dysfagii proponuje logopedia.

## Dysfagia w logopedii

Właśnie ze względu na wspomniany w poprzedniej części dualizm czynnościowy jamy ustnej problem zaburzeń połykania zajmuje również logopedów. W tej dziedzinie wypracowaliśmy własne metody badania i terapii zaburzeń połykania mających wpływ na funkcje mowy. Terapia logopedyczna podejmowana w przypadku zaburzeń połykania polega na ocenie funkcjonowania narządów jamy ustnej, a następnie w doborze ćwiczeń rehabilitacyjnych. Natomiast celem rehabilitacji chorych z dysfagią jest przywrócenie efektywnego odżywiania drogą doustną przy zachowaniu należytego bezpieczeństwa pacjenta.

## Terapia neurogennych zaburzeń połykania

W terapii dysfagii stosuje się różne metody stymulacji: od rozciągania, rytmicznego ucisku przez wibrację, pędzlowanie, do pobudzenia temperaturowego. Zabiegi takie wykonuje się w celu poprawy czucia w obrębie jamy ustnej i gardła. Nie poprawiają one bezpośrednio sprawności ruchowej. Do stymulacji wykorzystuje się schłodzone lub ogrzane małe lusterko krtańowe, łyżeczkę lub zamrożone na patyczkach kostki lodu. Do stymulacji smakowej używa się nawiniętych na szpatułkę wacików nasączonych np. sokiem z cytryny, kroplami miętowymi, słodkim syropem.

Stymulacja łuków podniebiennych i tylnej ściany gardła niską temperaturą sprzyja wyzwaniu odruchu połykania. Niskiej temperatury używa się do wzmocnienia napięcia mięśniowego, natomiast ciepło sprzyja obniżeniu napięcia mięśni.

Kojarzące się z lustrem, typowo logopedyczne ćwiczenia narządów mowy mają na celu pobudzenie skurczów mięśniowych, wzmacnianie siły mięśniowej i przywracanie koordynacji ruchowej. Ćwiczenia te kontynuowane są przez samego chorego, który ponadto wykorzystuje artykulację głosek w celu wzmocnienia mechanizmu zamykania ust i unoszenia grzbietu języka.

Więcej miejsca poświęcę na omówienie techniki kompensacyjnej, która modyfikując postawę podczas przyjmowania pokarmu oraz manewry podczas połykania ogranicza ryzyko aspiracji i pozwala choremu walczyć z problemem dysfagii. Podczas jedzenia właściwa jest postawa siedząca z głową ustawioną w osi ciała z brodą lekko przywieszoną do mostka. Są jednak wyjątki i niekiedy zmiana ustawienia głowy sprzyja lepszemu przebiegowi procesu połykania:



1. pochylenie głowy mocno do przodu zmniejsza ryzyko aspiracji, stosuje się je rutynowo, jeśli pacjent kaszle przy picu lub jedzeniu
2. odchylenie głowy ułatwia ruch języka ku tyłowi i przesunięcie pokarmu do gardła, zaleca się przy znacznej niesprawności języka (np. obustronne porażenie XII n.cz.) **jedynie gdy nie ma ryzyka aspiracji!**



3. pochylenie głowy w bok w kierunku ramienia w stronę zdrową, jeśli obserwuje się jedynie zaburzenia połykania w fazie ustnej (np. porażenie lub niedowład VII n. cz. powodujące niesprawność policzka i warg – wówczas pokarm nie zalega w przedsiomku policzka i jest kierowany przez ruch języka do gardła);

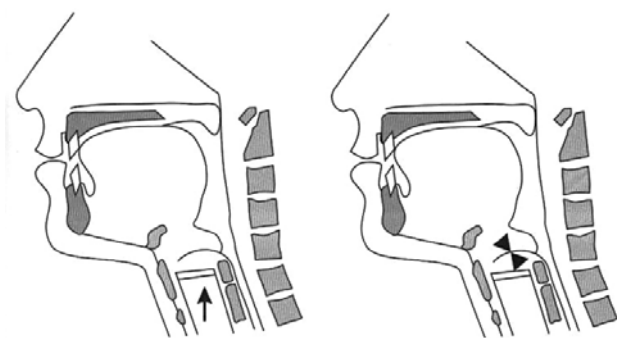


4. pochylenie głowy w stronę objętą niedowładem poprawia połykanie w fazie gardłowej przez domknięcie dołka nagłośniowego i zachyłka gruszkowatego. Dzięki temu pokarm tam nie zalega i nie powoduje wtórnej aspiracji po przełknięciu.

Odpowiednie zmiany położenia głowy pozwalają w około 81% przypadków zredukować lub zapobiec aspiracji.

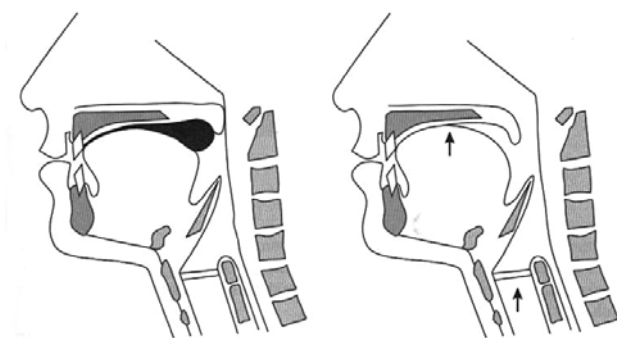
W ćwiczeniach bezpośrednich podczas podawania pokarmu stosuje się również techniki zwiększające zamknięcie górnych dróg oddechowych, przedłużające moment przełknięcia:

- **połykanie nadgłośniowe** – polega na celowym zatrzymaniu powietrza na czas przełknięcia, co powoduje domknięcie fałdów głosowych i ochronę dróg oddechowych przed przedostaniem się pokarmu;



Rycina 1. Połykanie nadgłośniowe

Rycina 2. Połykanie ponadnadgłośniowe



Rycina 3. Połykanie siłowe

Rycina 4. Manewr Mendelsohna

Ilustracja: Rehabilitacja zaburzeń połykania, [w:]  
Wprowadzenie do neurologopedii, pod red. A. Obrębowski

- **połykanie ponadnadgłośniowe** – dodatkowo wzmacnia napięcie mięśni w obrębie gardła i krtani oraz poprawia kontrolę i koordynację oddychania i połykania; polega na silnym zatrzymaniu powietrza i przelknięciu, dodatkowo można zastosować odkrztuszenie po przelknięciu, przed ponownym wdechem;
- **połykanie siłowe** – to celowe połykanie z większą siłą (często słyszalne) w celu lepszej kontroli i wzmocnienia napięcia osłabionych mięśni gardła;
- **silne połykanie z podparciem** oburącz na siedzeniu krzesła – również wzmacnia napięcie mięśni tylnej ściany gardła;
- **manewr Mendelsohna** – stosuje się go, kiedy osłabione jest podnoszenie kości gnykowej i krtani w gardłowym etapie połykania; dzięki celowemu, świadomemu uniesieniu krtani na jak najdłuższy czas zyskuje się wydłużenie fazy gardłowej i poszerzenie górnej części przełyku.

Korzystne są również inne ćwiczenia wzmacniające siłę mięśniową, takie jak:

- **ćwiczenia Shakera** stosowane w celu wzmocnienia mięśni tylnej ściany gardła i polegające na unoszeniu głowy w pozycji leżącej;
- **manewr Masako** – to ćwiczenie, którego nie stosuje się przy podawaniu pokarmów, ale jako element usprawniania mięśni tylnej ściany gardła.

Wykonuje się je, przygryzając zębami wysunięty koniuszek języka i jednocześnie próbując przelknąć ślinę;

- **ćwiczenia z zastosowaniem oporu** wzmacniające mięśnie gardła, mięśnie tylnej ściany gardła oraz usprawniające narządy jamy ustnej.

### Metody adaptacyjne, czyli środki pomocnicze

Obejmują odpowiednią dietę, zastosowanie specjalnych łyżeczek oraz naczyń do umieszczania pokarmu lub płynów w jamie ustnej.

Najczęściej stosowanym środkiem pomocniczym jest zmiana diety. Łatwymi do przelknięcia są pokarmy o konsystencji półpłynnej. Rzadkie płyny mogą przemieszczać się zbyt szybko do gardła, co w przypadku słabej kontroli i koordynacji oddechu i połykania może spowodować zachłyśnięcie. Natomiast pokarmy stałe, twarde lub suche wymagają długiego opracowania kęsa – rozdrobnienia i nawilżenia poprzez zmieszanie ze

śliną, więc jeśli funkcja gryzienia i żucia lub ruch języka są zaburzone, tworzenie kęsa będzie sprawiało trudności. Ponadto pokarm suchy i kruchy, który rozdziela się w czasie gryzienia na wiele elementów, może spowodować zakrztuszenie, kiedy jego drobiny dostaną się w sposób niekontrolowany do gardła.

Technika podawania pożywienia może znacząco poprawić proces przyjmowania pokarmu, ale też działać terapeutycznie i usprawnić funkcjonowanie niesprawnych mięśni:

- a) podawanie pokarmu/płynu łyżką: pozwala kontrolować jego ilość, pozwala umieścić pokarm precyzyjnie, uwzględniając niedowład i zaburzenia czucia, usprawnia zwanie warg, nacisk łyżki na język stymuluje jego ruch ku górze, duża objętość bolusu i głębokie podawanie go ułatwia wywołanie odruchu połykania,
- b) podawanie płynów przez słomkę poprawia: zwanie warg, sprawność podniebienia miękkiego (wymaga oddzielenia jamy nosowej i ustnej w celu wytworzenia podciśnienia),
- c) podawanie płynów z kubka: kształtuje samokontrolę co do objętości bolusu, wymaga sprawności warg (pomocne są kubki z wywiniętym brzegiem), zastosowanie specjalnych kubków z podwójnymi ściankami pozwala na kontrolę jednorazowej objętości bolusu 5 lub 10 ml,
- d) w celu treningu żucia stosuje się podawanie pokarmu zawiniętego w gazę; zadaniem pacjenta jest jego rozdrobnienie i/lub przesuwanie z jednej strony jamy ustnej na drugą – ułatwia rotacyjny ruch żuchwy i usprawnia ruchy języka.

Są niestety sytuacje kiedy terapia logopedyczna jest niewskazana. Ma to miejsce w późnych stadiach demencji, u chorych z zaburzeniami psychicznymi lub biorących środki psychotropowe, w ciężkich formach MPD. Na efekt terapii mają wpływ lokalizacja i zakres uszkodzeń mózgu, motywacja, świadomość i umiejętność samokorekty u pacjenta, wiek i czas od wystąpienia choroby.

**Marzena Woźniak** – neurologopeda

### KONSYSTENCJE SZCZEGÓLNIETRUDNE RYZYKO ASPIRACJI

#### Płyny

- gazowana woda i inne

#### Płyn z drobnymi elementami stałymi

- kompot z owocami
- rosół z makaronem

#### Krucze pokarmy

- wafle
- chipsy
- kruche ciastka

#### Pokarmy niejednolite

- musli
- jogurt z płatkami
- praliny z płynnym nadzieniem

W artykule posłużyłam się materiałami ze szkolenia "Diagnoza i terapia dysfagii", prowadzonego przez D. Lisiecką, specjalistę Senior SLT, MIASLT, Master's Degree SLT Clinic w Irlandii, oraz artykułami: Zaburzenia połykania w praktyce neurologopedycznej, A. Obrębowski, B. Wiskirska-Woźniaczka, Z. Obrębowska, oraz art. Rehabilitacja zaburzeń połykania, B. Wiskirska-Woźniaczka, A. Obrębowski, A. Żebryk-Stopa [w:] Wprowadzenie do neurologopedii, pod red. A. Obrębowskiego, Poznań 2012, Diagnoza i terapia dysfagii, M. Litwin i I. Pietrzyk.

# Świat z innej perspektywy

**- Zawsze chciałam skoczyć ze spadochronem, ale myślałam, że w moim zasięgu jest tylko skok w tandemie z instruktorem. Nie sądziłam, że będę mogła zasmakować samodzielnego skoku z wysokości 1200 metrów – mówi Karina Rzymowska, pracownik Działu Eksploatacji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.**

– Pewnego dnia, podzieliłam się swoim zamiarem z Marcinem Fabisiakiem, bo nie ukrywam, że szukałam drugiego takiego szalonego człowieka, który razem ze mną spróbuje swoich sił w tym podniebnym skoku. Niestety wtedy ostudził moje emocje, bo jak stwierdził, nie chce siedzieć podczas lotu innemu mężczyźnie na kolanach przez 20 minut.

– Rozmowa z Kariną podziałała, zainspirowała mnie do działania i zaczęłam szukać w Internecie kursów dla skoczków spadochronowych, w końcu znalazłem to, co nas zainteresowało – dodaje Marcin Fabisiak, pracownik Działu Technicznego. – Zapisaliśmy się na kurs spadochronowy w Aeroklubie Warmińsko-Mazurskim i od tego zaczęła się chyba nasza największa w życiu przygoda, która jest spełnieniem jednego z wielu marzeń.

Przejęci i zmotywowani adrenaliną, po kilku dniach brali już udział w części wykładowej kursu. Dla tych, dla których ten sport zawsze będzie jedynie podziwianiem skoczków i czas spadochronów z ziemi, może wydawać się rzeczą niewyobrażalną, że już po 10 godzinach teorii i szkoleniu praktycznym na zie-



mi, przechodzi się do części praktycznej w powietrzu, czyli do samodzielnego wykonania skoku na linie desantowej.

– Poświęciliśmy na to cały weekend. W piątek od 16.00 do 22.00 zapoznaliśmy się z prawem lotniczym, wiedzą ogólną o spadochronach, meteorologii, obowiązujących procedurach, no i oczywiście o zasadach skoku spadochronowego i ogólnie o bezpieczeństwie skoków – mówi Marcin Fabisiak. – Tłumaczono nam jak lądować na dachach domów, na wodzie, drzewach, co zrobić, gdy się np. zaplączą linki spadochronu lub gdy dojdzie do splątania spadochronów 2 skoczków – dodaje.

– W teorii wszystko wyglądało tak prosto i pięknie – śmieje się Karina Rzymowska. – Jednak gdy następnego dnia przeszliśmy do części praktycznej, czyli do ćwiczeń w uprząży, sterowania spadochronem, wypinania czaszy głównej, otwierania czaszy zapasowej, ułożenia ciała w czasie wyjścia ze statku powietrznego i to wszystko już w samolocie, ale jeszcze na ziemi, to wtedy do mnie dotarło, co nas czeka – dodaje. – Najbardziej przerażało mnie wyjście z samolotu na wysokości

1200 metrów i moje podejście do lądowania, chociaż instruktorzy obiecywali nam, że któryś z dwóch spadochronów na pewno się otworzy. Zdaliśmy państwowy egzamin pisemny z wiedzy teoretycznej i byliśmy przygotowani do tego, aby skoczyć.

## Emocje gwarantowane

Przed długim weekendem majowym zarówno Marcin, jak i Karina dostali sms od instruktora: „Skaczymy w czwartek 1 maja, zbiórka godz. 9:00 na lotnisku, proszę o potwierdzenie obecności”. Nie mieli czasu na zastanowienie, musieli odpisać krótko: skaczą, albo rezygnują.



Oboje poszli jednak za ciosem. Spotkali się o godz. 9:00 na lotnisku na Dajtkach. Zaczęło się od krótkiej odprawy, podczas której instruktor tłumaczył, jak zbudować rundę, czyli gdzie zostaną wyrzuceni z samolotu, jaki obrać kierunek do lądowania, jaki jest wiatr i gdzie mogą być zawirowania powietrza.

- Wyleciałem jako pierwszy i przyznam się, że był to dla mnie tak duży stres, że pierwszego lotu prawie nie pamiętam – mówi Marcin. – Według wcześniejszych ustaleń miałem skoczyć drugi w kolejności. Wznoszenie samolotu trwało około 6 minut, później wyjście na skrzydło i zniknął mi z oczu mój kolega z kursu, który skakał pierwszy. Wiedziałem, że teraz moja kolej. W głowie miałem tylko procedurę skoku i mimo, że powtarzałem ją sobie na okrągło, to gdy wyszedłem na skrzydło samolotu na wysokości 1200 metrów, zapomniałem wszystkiego, czego się nauczyłem... ale skoczyłem. Na szczęście adrenalina zadziałała i wiedziałem, co mam zrobić i jak wylądować.

- Widziałam, jak Marcin wyskakuje, jak wzorowo wyszedł z samolotu i idealnie otwiera mu się spadochron, niestety nie mogłam obserwować jego dalszego lotu i lądowania, bo sama wtedy w emocjach szykowałam się do startu – mówi Karina. – Skakałam druga. Bez zastanowienia wyszłam na skrzydło i skoczyłam. Niestety skręciły mi się linki. I wtedy sama siebie zapytałam: co ja tu robię? Na szczęście, pamiętając wszystko to, czego uczyli nas na kursie wiedziałam, jak opanować sytuację. Ale już do końca w głowie kołatała mi tylko jedna myśl, aby uprząż mi się nie odpięła. Na odprawie mówili nam, że na 600 metrach będą nas wołać przez radio po kolorze spadochronu. I nagle słyszę: pomarańczowy w prawo, pomarańczowy w prawo! Nie wiedziałam, jaki mam kolor spadochronu i lekko spanikowałam, że

może chodzić o mnie, a ja nie reaguję. Okazało się, że mam niebieski i za chwilę mnie wywoływali, nakierowując na lotnisko. Pierwsze lądowanie było twarde, z wysokości 1 metra spadłam po prostu na pupę.

Później, jak oglądaliśmy swoje filmy ze skoków, gdy zobaczyłam, na jakiej byłam wysokości i jak mój skok wyglądał, to odczułam tak ogromny stres, że myślałam, że nie wsiądę drugi raz do samolotu. Jednak, gdy po chwili instruktor ustawiał następną kolejność wylotów i zapytał mnie: Karina lecisz? Odpowiedziałam bez wahania: lecę!

- W powietrzu jesteśmy zdani tylko na siebie – dopowiada Marcin. - Jesteśmy bezpieczni i ze skoków mamy po prostu czerpać frajdę. Na 900 metrach nagle i gwałtownie nic się nie stanie takiego, żeby spowodować nasz natychmiastowy upadek. Mamy czas, żeby zareagować i wyjść z każdej opresji bez szwanku.

### Adrenalina i skupienie

Zastrzyk adrenaliny, niezapomniane emocje, zapierające dech w piersiach widoki, odczucie wolności, ale również niesamowita koncentracja i skupienie. To w skrócie sedno skoków spadochronowych. Przy pierwszym razie często strach góruje nad innymi emocjami, jednak podczas drugiego strach przysłania adrenalina, która sięga zenitu.

- To najlepsze, fantastyczne i niezastąpione uczucie, czuć tę wolność, patrzeć z góry na nasz piękny Olsztyn otoczony jeziorami, na malutkie domki – mówi Marcin Fabisiak. – Mój drugi i trzeci skok był zdecydowanie lepszy od pierwszego. Nie byłam już tak skoncentrowana na samej procedurze skoku, chciałem jak najwięcej zapamiętać, czerpałem przyjemność z podziwiania widoków. Zauroczyły mnie Dajtki, nie wiedziałem, że na tamtejszym Orliku jest tak duże

logo PZU, widziałem również Gietrzwałd.

- Skakania nie można do niczego porównać, nawet jazda szybka samochodem nie daje tak ekstremalnych emocji i wrażeń – mówi Karina. – Olsztyn z lotu ptaka jest piękny, wrażenie robi ilość lasów i jezior, a przy bezchmurnym niebie i Ostródę można zobaczyć.

- Skakałem kiedyś na bangi i nawet tego absolutnie nie można porównać do skoków – dodaje Marcin. – Tu jest ta wolność, której nie daje chyba żaden inny sport naziemny.

### Namawiacie do skoków?

Jeśli ktoś chce zrealizować swoje marzenia, ma odwagę i wytrzyma taką ilość adrenaliny, jaką dają skoki, to naprawdę warto. Trzeba jednak być pewnym swojej decyzji i pamiętać, że zawsze i każdemu towarzyszy strach. To zdrowe emocje i dodatkowo mobilizują do działania. – Będziemy dalej szybować nad Olsztynem – mówi Karina. – Ekipa instruktorów to profesjonaliści, otwarci na młodych ludzi, dla których skoki zawsze były marzeniem. Oni zarazili nas tą pasją. Teraz czeka nas jeszcze 47 skoków, co w sumie ma dać nam 30 minut wolnego opadania i podejście do egzaminu pisemnego, a następnie do egzaminu w powietrzu. Wtedy z „nielotów”, jak nas żartobliwie nazywają instruktorzy, czyli z uczniów skoczków, zamienimy się w prawdziwych skoczków.

- Kolejne marzenie? Na pewno skoczyć z 3000 metrów swobodnym spadaniem z możliwością samodzielnego otwarcia spadochronu – mówi Marcin. – Jeśli wystarczy mi czasu, chciałbym spróbować Wingsuit'u, czyli poszybować w specjalnym kombinezonie.

**Magdalena Kantorczyk**



# Dni otwarte funduszy europejskich

**W ramach obchodów 10-lecia członkostwa Polski w Unii Europejskiej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zorganizował w środę (7 maja 2014r.) „Dni otwarte funduszy europejskich”.**

W godz. 11.00-13.00 mieszkańcy regionu mogli skorzystać z bezpłatnych konsultacji udzielanych przez lekarzy gastroenterologów, pod kierownictwem dr n. med. Tomasza Arłukowicza, który promował projekt: „Zdążyć przed rakiem – wyposażenie Oddziału Gastroenterologicznego z Pracownią Endosko-

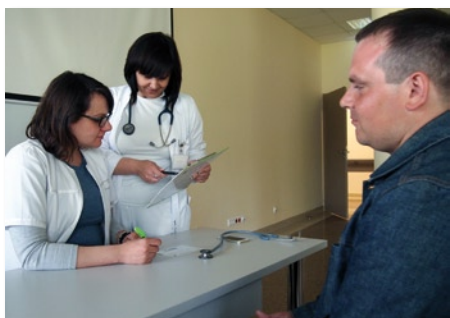
pową w sprzęt i aparaturę medyczną do diagnostyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego”.

Pacjenci zapoznali się również z wystawą fotograficzną, dokumentującą realizację projektu pn.: „Modernizacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego

w Olsztynie poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni”

Jednocześnie w Sali audytoryjnej prezentowane były filmy: „Rozwijamy skrzydła”, przedstawiający realizację projektu „Modernizacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni”, a także film „E-pacjent - Rejestracja” pokazujący, jakie zastosowanie w naszym szpitalu znalazł projekt pn.: „E-pacjent, rozbudowa systemu usług elektronicznych WSS w Olsztynie”.

**Red.**



## Wymiana doświadczeń

**Po raz kolejny w WSS w Olsztynie gościł przedstawiciele z Centrum Medycznego MEDEXPERT z Kaliningradu. Z wizytą przyjechali Oleg Nikolaev – specjalista kardiolog, Tatiana Kudinova – specjalista radiolog, Nina Druzhynina – specjalista ginekolog położnik oraz Olga Akimova – tłumacz.**

W małej sali konferencyjnej Szpitala gości powitała dyrektor Szpitala Irena Kierzkowska. Towarzyszył jej zespół przedstawicieli naszej placówki, tj. dr n. med. Jerzy Górny – z-ca dyr. ds. lecznictwa, dr n. med. Dariusz Onichimowski – lekarz naczelny szpitala, dr n. med. Grzegorz Wasilewski – kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej, dr n. med. Jerzy Kozerski – z-ca ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Ginekologii Onkologicznej oraz dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokočka – kierownik Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji i Barbara Szymczuk z Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji. Blok operacyjny oraz Centralną Sterylizatornię reprezentowały ich kierownicy: mgr Maria Wiśniewska i mgr Monika Madoń. Tłumaczem symultanicznym ze strony polskiej była mgr Irena Korcz-Bombała – tłumacz przysięgły języka rosyjskiego.



Goście z Kaliningradu mogli uzyskać wszelkie informacje dotyczące naszej placówki oraz procedur medycznych w niej realizowanych. Mogli także zwiedzić i zapoznać się z pracą Oddziału Kardiologii, Działu Diagnostyki Obrazowej, Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Ginekologii Onkologicznej. Padło wiele pytań, na które nasi przedstawiciele starali się udzielić jak najbardziej wyczerpujące odpowiedzi. Po zwiedzeniu oddziałów goście udali się do nowego Blok Operacyjnego i do Centralnej Steryliza-



torni. Mimo przebiegających zabiegów operacyjnych, przy zachowaniu wszelkich zasad bezpieczeństwa, przedstawiciele z Kaliningradu mogli zapoznać się z pracą w tych komórkach. Nie ukrywali swojego zachwytu nad organizacją pracy i nowoczesnością zastosowanych tam rozwiązań. Goście opuszczali szpital pełni pozytywnych wrażeń i ciepłych słów o naszej placówce. Zaprosili również naszych lekarzy do rewizyty w Kaliningradzie.

**Red.**

# Dbaj o serce



## Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie został realizatorem zadania publicznego „Dbaj o serce – program profilaktyki zaburzeń rytmu serca”.

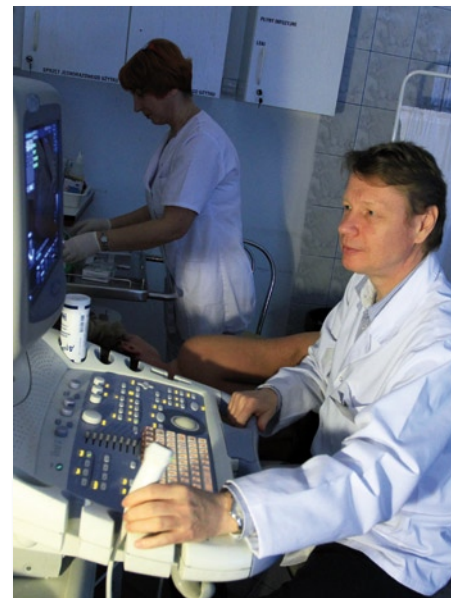
W regionie Warmii i Mazur od kilku lat funkcjonują ośrodki leczące zaburzenia rytmu serca za pomocą zabiegów ablacji. Jednak wiedza pacjentów i lekarzy na temat wskazań do tego typu zabiegów jest znikoma, dlatego wielu chorych nadal jest leczonych nieskutecznie i przyjmuje tylko leki antyarytmiczne bez możliwości całkowitego wyleczenia schorzenia. Założeniem programu jest poinformowanie lekarzy kierujących



*Pracownia Hemodynamiki*

chorych do poradni kardiologicznych o możliwościach leczenia zabiegowego zaburzeń rytmu serca oraz edukacja pacjentów z zaburzeniami rytmu serca o sposobach leczenia zabiegowego, farmakologicznego i zapobieganiu incydentom zatorowo-zakrzepowym.

Pierwszym etapem projektu będzie kontakt z poradniami kardiologicznymi oraz poradniami POZ, które współpracują ze Szpitalem. Osoby leczone w poradniach na zaburzenia rytmu serca zostaną beneficjentami projektu. Szpital zaprosi 50 pacjentów do udziału w spotkaniu edukacyjnym, które poprowadzi dr n. med. Jerzy Górny. Następnie wcześniej wybrane osoby zostaną objęte specjalnym programem badań, w ramach których zostaną przeprowadzone: badania laboratoryjne (morfologia, potas, INR) oraz badanie EKG.



*Pracownia Echokardiografii*

Red.

Projekt „Dbaj o serce – program profilaktyki zaburzeń rytmu serca” jest współfinansowany przez Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

## Z posiedzenia Rady Społecznej

**W ostatnim okresie odbyły się trzy posiedzenia Rady Społecznej WSS w Olsztynie. W spotkaniach wzięli udział członkowie Rady Społecznej, przedstawiciele Związków Zawodowych funkcjonujących w Szpitalu, przedstawiciele Izb Pielęgniarskiej i Lekarskiej oraz członkowie Dyrekcji.**

Spotkania prowadziła Pani Wiesława Włodarczyk-Szczepeńska – przewodnicząca Rady Społecznej. Na posiedzeniu grudniowym przegłosowano korektę planu inwestycyjnego, wynikającą z potrzeby wyposażenia zmodernizowanego Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Ginekologii Onkologicznej na V piętrze oraz doposażenia stanowisk porodowych. Konsekwencją tych działań oraz nagród rocznych wypłaconych pracownikom szpitala była korekta planu finansowego za rok 2013.

Członkowie Rady Społecznej przegłosowali również zmiany w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala dotyczące, m.in. rozszerzenia nazwy Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej o Chirurgię Kręgosłupa. Na zakończenie spo-

tkania Pani Irena Kierzkowska Dyrektor Szpitala zaprezentowała stan realizacji umowy zawartej z NFZ od stycznia do października 2013 r.

Pierwsze w nowym roku spotkanie Rady Społecznej dotyczyło uchwalenia planu inwestycyjnego i finansowego Szpitala na rok 2014. Dyrektor Szpitala omówiła plany rozwoju Szpitala na najbliższe lata, m.in. związane z zagospodarowaniem powierzchni po „starych” blokach operacyjnych i modernizacją budynku przychodni oraz przygotowaniem Szpitala do nowej perspektywy finansowej, która daje możliwości pozyskania środków z Unii Europejskiej. Członkowie Rady Społecznej przegłosowali również zmiany w Regulaminie Organizacyjnym dotyczące zakresu obowiązków inspektora obrony cywilnej.

Na majowym spotkaniu omówiono sprawozdanie finansowe za 2013 r. przygotowane przez biegłego rewidenta. Dyrektor Irena Kierzkowska podsumowała pracę Szpitala oraz jego sytuację finansową. Pomimo trudnego roku, obfitującego w wiele ważnych przedsięwzięć inwestycyjnych, m.in. otwarcie nowego bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni, udało się utrzymać dobrą sytuację finansową Szpitala. Pozytywnie zaopiniowano rozszerzenie zakresu planu inwestycyjnego na rok 2014 dotyczącego przygotowania dokumentacji projektowej na modernizację oddziałów: gastroenterologicznego, transplantologicznego, kardiologicznego i budynku poradni oraz zakupu sprzętu na potrzeby Oddziału Ginekologii Onkologicznej. Zwrócono również uwagę na trudności w organizacji pionu ginekologiczno-położniczego i neonatologicznego w naszym szpitalu i w województwie. Problem ten postanowiono przedstawić Zarządowi Województwa. Członkowie Rady Społecznej podjęli także uchwałę o przekazaniu sprzętu medycznego Szpitalowi Polowemu Straży Granicznej we Lwowie.

dr n. ekon.

**Elżbieta Majchrzak-Kłokocka**

# Uzbekistan – perła Jedwabnego Szlaku cz. II

*„Słodko o zmroku iść, gdzie źródło tętni, gdy cień olbrzymi na piasku się kładzie. I miękko ciszę mącą dzwonów dźwięki, przy złotym trakcie, hen, ku Samarkandzie.”*

*James Elroy Flecker (1884-1915)*

## Meczet Bibi Chanum

Timur zapisał się w dziejach architektury jako fundator monumentalnej budowli o niespotykanej dotąd skali, stojącej ok. 700 m na północny wschód od Registanu. Potężny, 35-metrowy łuk wejściowy, flankowany 50-metrowymi minaretami, prowadzi na wyłożony marmurowymi płytami dziedziniec, przy którym znajdują się meczety. Zespół budowano w pośpiechu. Timur osobiście rzucił robotnikom złote monety i kawałki pieczonego mięsa, aby przynaglić ich do pracy i chwiejne ściany zaczęły się walić niemal natychmiast po ukończeniu. W ostatnim dziesięcioleciu odnowiono 3 główne kopuły. Koło meczetu jest też główny targ Siab, pełen winogron i innych owoców, w tym – oczywiście – słynnych samarkandzkich złotych brzoskwiń. Niedaleko stąd na północ wznosi się meczet Chazret Chyżr.

## Szah-i Zinda i okolice

Innym dziełem sztuki Samarkandy jest Szah-i Zinda, przyciągająca wzrok nekropolia zaliczana do cudów sztuki timurydzkiej. Ulica grobów powstawała w latach 1372-1460. Spoczywa przy niej cała plejada timurydzkiej arystokracji. Piękno tych funeralnych budowli bierze się z bogatego zdobnictwa – są tu terakotowe reliefy i płytki ceramiczne, umieszczone pośród zawyłych motywów roślinnych okolonnych ornamentami kaligraficznymi, a wszystko w tuzinie odcieni błękitu.

## Gur-i Mir

Ostatnim obowiązkowym punktem zwiedzania Samarkandy jest Gur-i Mir, co znaczy Grób Emira, miejsce ostatniego spoczynku Timura. Mauzoleum było przeznaczone dla ulubionego wnuka Timura, Muhammada Sułtana. Obok Timura spoczęli tu z czasem jego synowie oraz wnuki. Na zewnątrz głównym elementem mauzoleum jest ładny portal oraz charakterystyczna turkusowa kopuła, nad centralną, ośmioboczną salą. Timur spoczywa u stóp swojego duchowego

doradcy, pod płytą, która w swoim czasie była największym na świecie blokiem nefrytu. Rozbił ją perski najęźdźca Nadir Szach. Widziałam tę słynną nefrytową trumnę, którą w XVIII w. jeden z okolicznych władców wywiózł, podbiwszy Samarkandę. Wraz z trumną do jego ojczyzny przysłała tajemnicza epidemia, zgodnie z przekleństwem, które rzucił Timur na każdego, kto zakłóci jego spokój. Przestraszony złodziejczak zwrócił trumnę Samarkandzie... i oczywiście epidemia odeszła. Ciało Timura zostało ekshumowane jeszcze raz przez radzieckich naukowców w 1941 r. na polecenie Stalina, co wzbudziło lęk i przerażenie Uzbeków. Po ekshumacji klątwa spełniła się jeszcze raz – trzy dni po otwarciu grobu, 19 czerwca 1941 r., Niemcy zaatakowały ZSRR.

## Buchara

Jedno z najstarszych miast Jedwabnego Szlaku, który kilkaset lat temu zapewnił temu miejscu swoją świetność. To z zysków z handlu powstały karawanseraje, liczne madrasy i meczety. W szczytowym okresie było tu 250 medras i 200 minaretów, dlatego miasto miało nazwę Kopuła Islamu. Dzięki dochodom z handlu zatrudniano rzemieślników, którzy stworzyli cudowne sklepienia świątyń, rzeźbili drzwi i kolumny w fantazyjne wzory. Nadgryzione zębem czasu zabytki, teraz jedno po drugim są odnawiane. I chociaż jeszcze mnóstwo pracy przed konserwatorami, to efekt ich dotychczasowych prac zapiera dech w piersi. Buchara to liczne zabytki rozrzucone po terenie miasta, ale zawsze w odległości, którą możemy pokonać pieszo. Niezależnie skąd zaczniemy i tak zobaczymy wszystkie lub większość z nich, są łatwe do znale-



zienia, górują nad otoczeniem lub są po prostu „po drodze”.

Warto zacząć od jednej z najbardziej imponujących budowli, pałacu władców, czyli Archu, liczącej 2000 lat twierdzy, olbrzymiej budowli otoczonej murami, z których wystają kołki. To po to, by mur „pracował” i nie zawałił się podczas trzęsienia ziemi. Niestety wewnątrz murów nie znajdziemy wiele. Podczas podboju tych terenów w 1920 r. Armia Czerwona zbombardowała budowlę i ocalało tylko kilka zabudowań, które teraz służą jako muzeum. Podobnych zniszczeń artyleria dokonała na minarecie Kalian, zbudowanym w 1127 r., była to wówczas najwyższa budowla w całej Azji, wysoka na 47 metrów. Tuż obok niego jest meczet Kalian, świątynia mogąca pomieścić 10 tysięcy wiernych. Meczet ma 288 kopuł, z których największą jest wspaniała Kok Gumbaz – Błękitna Kopuła. Naprzeciwko znajduje się medrasa (teologicz-



*Char Minor – Buchara*



na szkoła muzułmańska) Mir-i Arab z 1535 r., wciąż czynna szkoła koraniczna, jedna z dwóch czynnych tego typu instytucji. Aby obydwie budynki zobaczyć w całym majestacie, warto wejść do znajdującej się w wylotu placu knajpki i usiąść na dachu. Promienie słońca nika delikatnie na kolejnych ceglach minaretu, oświetlając miękkim światłem bajeczne wzory fasady medresy, a cień ogarnia kolejne metry budowli. Kolejna ciekawostka Buchary to Char Minor, jedna z najdziwniejszych budowli Buchary, powstała w 1807 r. przypominająca stół odwrócony do góry nogami – w rzeczywistości jest to budynek bramy zburzonej medrasy, a jego nazwa po tadżycku oznacza „Cztery Minarety”. Obecnie znajduje się tu sklep z pamiątkami. Niedaleko twierdzy Ark, w parku Samani, znajduje się jeden z najpiękniejszych obiektów Azji Środkowej – mauzoleum Ismaila Samaniego z X w. Ta architektoniczna perełka kryje grób Ismaila, który wprowadził Bucharę na szczyt kulturalnego rozkwitu. Do budowy mauzoleum użyto wypalanej cegły, z plecionkowym wzorem, co było architektoniczną innowacją. Na jego elewacjach załamuje się światło, tworząc różne efekty zależnie od pory dnia.

Najważniejszym miejscem każdego miasta Jedwabnego Szlaku był bazar. W czasach rozkwitu Buchara miała ich aż 40. Do tej pory działa Bazar Złotników, Bazar Czapników, gdzie niegdyś sprzedawano czapki wyszywane złotą nicią. Jest tu nadal czynna łaźnia, którą oczywiście odwiedziłam – wspaniała, kamienna budowla, dająca odprężenie po całym męczącym dniu. Na obrzeżach miasta znajduje się letni pałac emira wzniesiony w 1911 r. przez Rosjan, w kiczowatym stylu europejsko-orientalnym. Był to pierwszy zelektryfikowany budynek w Bucharze. Dzisiaj znajdują się tu zbiory wspaniałych makat, tzn. suzani – przepięknych haftowanych na-

rzut, obrusów – typowych dla Uzbekistanu i sąsiednich krajów.

## CHIWA

Minaret Kalta Minor miał być największy i najwyższy na świecie, taki był zamiar jego fundatora Mohammeda Amin Chana. Tak wysoki, żeby władca mógł widzieć z jego szczytu całą drogę do Buchary. Niestety kiedy w 1855 r. budowla była w 1/3 wysokości, władca, który osobiście nadzorował postępy prac, spadł z rusztowania. Jego następca nie kontynuował dzieła poprzednika. Budowla nawet niedokończona robi duże wrażenie, jest jedną z najbardziej charakterystycznych budowli w Chiwie. Obłożona różnokolorowymi płytkami ceramicznymi mieni się w słońcu fantazyjnymi wzorami. Chiwa to miasto mistrzów ceramiki i rzeźbienia w drewnie. To także miasto bajecznych kolorów i pięknych wzorów, którymi pokryte są sklepienia wielu pomieszczeń. Może się zdarzyć, że wejdziemy do z pozoru nieciekawej i pustej sali, ale prawdziwy walor tego miejsca będzie krył się nad naszymi głowami. Pięknie rzeźbione kasetony z drewna same w sobie układają się we wzory. Dodatkowo są jeszcze pokryte kolorową farbą, która dopełnia całości, uzupełnia wzór. Chwilami jednak nie wiadomo, co jest piękniejsze, czy wzór na suficie, czy też wyłożone kolorową mozaiką ściany. Do tego dochodzą jeszcze fantazyjnie rzeźbione drewniane podpory, na których opiera się sufit. Magia i artyzm w jednym.

Chiwa niewiele zmieniła się od kilkuset lat. Całe miasto zlokalizowane jest w obrębie starych murów obronnych. W 1990 r. zespół architektoniczny został wpisany na listę światowego dziedzictwa UNESCO. Poza tym stara Chiwa to wielki skansen, gdzie spotkamy ciekawą mieszankę meczetów, medres, mauzoleów, cmentarzy, muzeów, hoteli, a także



*Kalta Minor- Chiwa*

zwykłych domów. Na pewno warto tu posiedzieć kilka dni, by zająrzeć w możliwie każdy zakamarek.

Na początek warto pójść do meczetu Djuma pochodzącego z X w. Wewnątrz zachowało się kilka starych filarów podtrzymujących dach, przetrwały już około tysiąc lat! Można tu także wejść na minaret, który ma wysokość prawie 50 metrów. Kolejny meczet to Islam Chodża z 45 m., najwyższym minaretem Chiwy świątynia, która powstała dopiero na początku XX w. Pałac Isfandiyara to rezydencja ostatniego chana Chiwy, zwanego Feruz. Pałac to miejsce, gdzie Wschód spotyka się z Zachodem. Podczas jego budowy na początku XX w., władca ściągnął specjalistów z Europy, dlatego zobaczymy tu ciekawy melanz różnych stylów. Z jednej strony piękne sufity, z drugiej duże, na całą wysokość ściany okna, z kolejnej zaś bajeczne piece, zbudowane przez zdunów, którzy znali się na tym, co robią. Wzory na kaflach



*Gliniane mory Chiwy*



*Pomnik wybitnego matematyka Al-Chuwarizmiego*



**Jurta na pustyni Kuzyl-Kum**

są naprawdę fantastyczne i żaden piec się nie powtarza, każdy jest w innym stylu i w inne wzory. W mieście jest też wspinała główny bazar, gdzie można kupić fantastyczne nakrycia głowy, w tym włochate turkmeńskie tilpaki, karakułowe furażerki i inne futrzane cuda, niezbędne w czasie mroźnych zim. Po krótkim przejściu się przez ten bazar mój bagaż (nieoczekiwanie!) powiększył się o trzy wielkie czapy futrzane – zgroza!

Przed potężnymi XVII w. murami miejskimi Chiwy znajduje się pomnik wybitnego matematyka Al-Chuwarizmiego, żyjącego w latach 780-850, który wyłożył zasady nowej odrębnej dyscypliny matematyki – algebry. Wielu muzułmańskich naukowców pracowało w tym rejonie świata, w czasie największego rozkwitu Jedwabnego Szlaku – w tym najbardziej znany medyk i alchemik Ibin Sina (Awicenna), urodzony w Bucharze w 980 r., którego „Księga uzdrowienia” z 1027 r. była podstawowym podręcznikiem na muzułmańskich i europejskich uniwersytetach, aż do XVII w.

Z Chiwy można wybrać się na wycieczkę na pokryte solą dawne brzegi Morza

Aralskiego, gdzie można zobaczyć słynne żardzewiałe trawlowe osiadłe na pisku, 150 km od najbliższej wody. W ciągu jednego pokolenia morze skurczyło się o połowę i utraciło 75% masy wód, z powodu szaleńczego pomysłu wprowadzenia monokultury bawełny. Płócienne okrycia doskonale chronią przed słońcem. Są lekkie, mocne i trwałe, dlatego większość tutejszych kobiet chodzi w płóciennych szatach. Z drugiej strony przez nią zniknęły pola ryżu, pszenicy, zielone łąki, plantacje brzoskwiń. Od lat 30-tych woda nawadniała pola bawełny, ale jej część wsiąkała natychmiast w suchą glebę. Ilość wody w korytach rzek zmniejszyła się o połowę. To doprowadziło do zagłady obecnie wyschniętego Morza, niedostatecznie zasilanego przez obie rzeki. Jest to największa katastrofa ekologiczna naszych czasów.

Miałam okazję mieszkać w jurtach i poprobać koczowniczego trybu życia na pustyni Kuzyl-kum, oczywiście w bezpiecznej opcji turystycznej, ale i tak nie było zbyt wygodnie. Widok bezkresu nieba zlewający się z odległym horyzontem wynagrodził wszelkie trudy, w tym jazdę na wielbłądzie... a łyk wspaniałej, zielonej herbaty dodawał sił.

Chyba najlepszymi miejscami na Jedwabnym Szlaku, gdzie można poznać miejscową kulturę, są czajchany, czyli herbaciarnie. Wszędzie są one po części ośrodkami życia społecznego, po części kawiarniami dającymi chwile wytchnienia. Czajchan jest tym dla Uzbeków, czym pub dla Anglików. Klienci zasiadają na ławach typu tapczan, na których stawia się też niskie stoliki. Zazwyczaj serwowane są szaszłyki ze świeżo upieczonym chlebem naan, pilaw – ryż z warzywami i mięsem, bardzo smaczne samsa – mięso lub żółty ser w cieście

i obowiązkowo zielona herbata. Uczestnicy herbacianych spotkań powinni stosować się do kilku zasad: pierwsze dwie piala (szklaneczki lub czarki) herbaty trzeba wlać z powrotem do imbryka, aby się lepiej zaparzyła; poza tym nie należy dmuchać dla ostudzenia herbaty; gość powinien mieć zawsze szklanek pełną. W Uzbekistanie codziennie w czajchanach ludzie piją herbatę z czarek, przy akompaniamencie wykrzykiwanych zamówień, stukotu kostek domina i wśród dymu z fajek wodnych – wspaniała, „wyższa” kultura herbaciana.

To, co jeszcze mi się podobało w całym Uzbekistanie, to liczne miejscowe wycieczki – zarówno szkolne dzieci i młodzieży, jak i mocno już starszych ludzi. Uzbeki podróżują po swoim niezwykłym kraju i zwiedzając go, poznają jego historię i piękno, z czego są bardzo dumni. Mężczyźni zawsze noszą swoje charakterystyczne czapeczki, niezwykle



fotogeniczni starcy, zwani z szacunkiem „białobrodzi” nadal wkładają pasiaste szaty, zwane chałatami, a miejscowe kobiety prezentują na swych sukniach feerie barw i usta pełne złotych zębów. Ale rzeczywistość nie jest taka różowa. Problemy z przestrzeganiem praw człowieka, bezrobocie, bieda, aresztowania bez powodu. Trudno się dziwić, że aż 4 mln Uzbeków wyemigrowało w poszukiwaniu lepszego i wygodniejszego życia, głównie do sąsiedniej Rosji i Kazachstanu. Mimo to czas mojej wyprawy minął wśród bajecznych zabytków, w serdecznej atmosferze, czasami w prostych jurtach, a czasami w eleganckich hotelach. Wróciłam do domu bogatsza o przepis na pilaw i taszcząc zapas suszonych rodzynek o niezwykłym smaku. Przywoziłam też imbryk do herbaty, który wygląda jakby w jego wnętrzu skrył się džinn i oczywiście wspaniałe, futrzane czapy, podnoszące na duchu, gdy niepogoda za oknem i w duszy, a gdy je wkładam uśmiecham się, wspominając magiczny Uzbekistan.

lek. med. **Emilia Paszkowska**



**Wycieczka dzieci**

# Krzyżówka

# Jolka 42

Objaśnienia 61 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery D, G, H i Z. Na ponumerowanych polach ukryto 30 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim złota myśl Lwa Tołstoja.

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 nagrodę książkową.

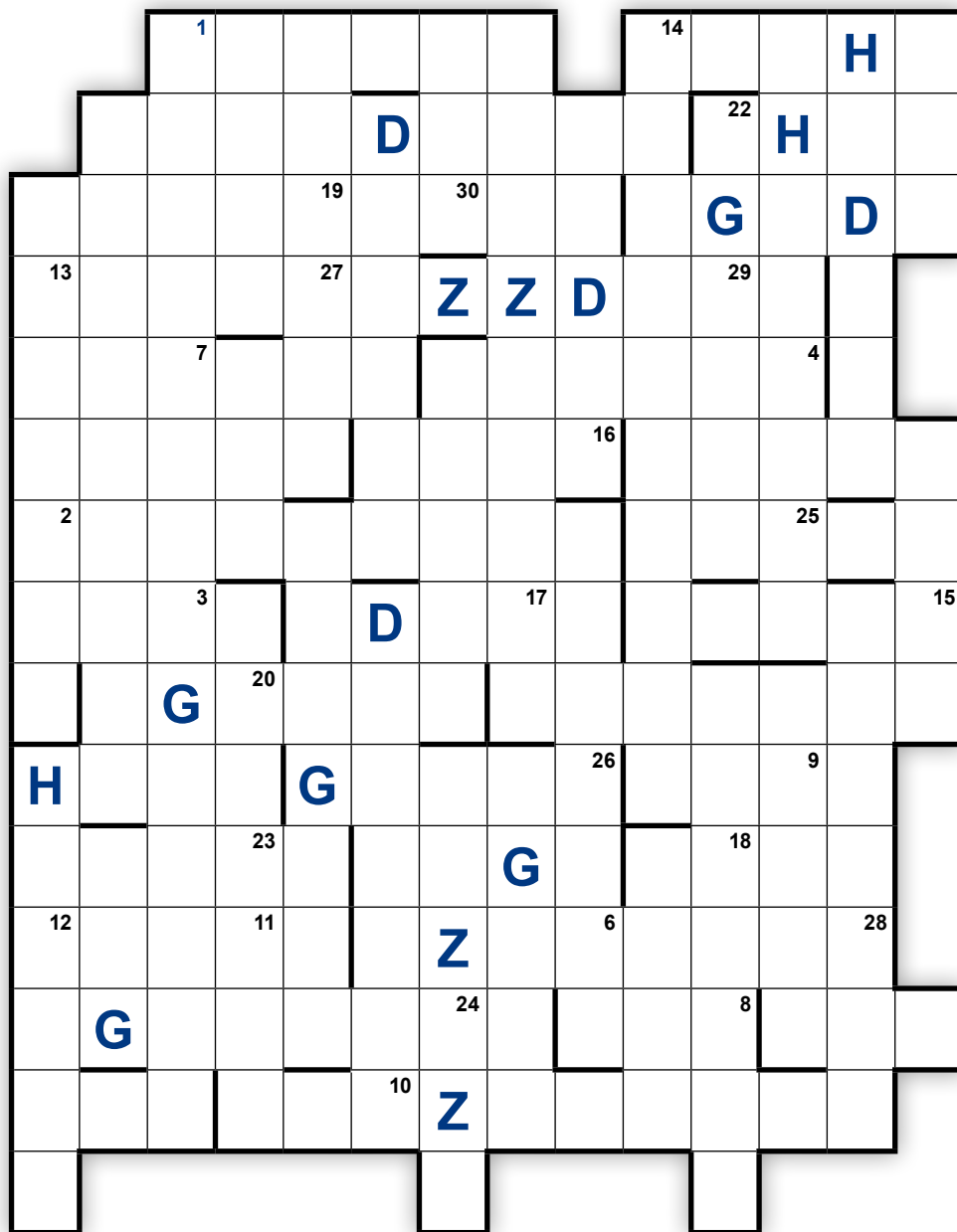
- pramatka • gród nad Jeziorakiem
- exministra sportu • wakacyjne warzywo sezonowe • nowy klub Lewego
- nasz wybitny gość z 4.06 • czuciowy, ruchowy lub mieszany • turystyczne jezioro w zach. Gwatemali • psy, które poszły w las • kozodój • Kierownictwo Dywersji AK • pakt, umowa • pani bez głosu • stolica Tasmanii • przystąpienie • drzewo złamane pod Smoleńskiem • Quentin, twórca „Wściekłych psów” • częśćka zderzana pod Genewą • zatwierdzenie lub upodobanie • płynie w Wyszku • poważanie, estyma • kserofityczna trawa • nić w świecy • ojciec bł. Kingi, żony Bolesława Wstydliwego • łagodni zderzenie wagonów • miasto w Algierii, miejsce akcji „Dżumy” • karetka zesłańców na Sybir • podgorzelec • obalony przez Kaddafiego • spływa wiosną • między udem a podudziem • archipelag z Mururoa • antypełnia • nadrzewny wąskonosy z Azji • zięć Mahometa, czczony przez szyitów • ćwiczenie sportowca • herbaciana kofeina • wodospad w USA i Kanadzie • jedna zwolenników • legwan • pustynie z lotnymi piaskami • dla rodzących • płynie w Tyraspolu • szczyt w pn.-zach. Argentynie (6.872 m) • krzyżówkowa papuga • ojciec Erosa • małolata Nabokowa • nerwoból • mozambicki port z naftociągami do Zimbabwe • okrutna rzeź • jamochłony tworzące piękne skały • grecka bogini małżeństwa • pani sponsorowana • prawie profesor • północny sąsiad Senegalu • obora bacy • uzdrowisko Krosna blisko • staropolski pan • stolica powiatu z Jez. Charzykowskim • podprogowa część zeskoku • arteriografia wieńcowa

„BJER”

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego Pulsu Szpitala (42):

„Lepszy żywy pies od martwego lwa”

Nagrodę otrzymuje Joanna Baclawska – Oddział Kardiochirurgiczny. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



## Życie we fraszce

**lek. Andrzej Pukiński**  
Dział Patomorfologii WSS w Olsztynie

*„Nie traćmy nadziei”*

*Zdarzyło mi się w ostatnich  
czasach raz  
a dawniej często tak bywało,  
że lekarz kolega  
bez zbędnych task  
udzielił pomocy jak przystało.*



## Oczarowanie

Gdzieś tam w oddali pole się złoci  
kwiatem wonnego rumianku.  
Leśne rusałki wianki zeń wiją  
o letnim, ciepłym poranku.

Wiatr im wiązanki we włosy wpina,  
podmuchem wplata łagodnym.  
Oczarowany w niemym zachwycie  
hula po niebie pogodnym.

[www.krainawierszy.com](http://www.krainawierszy.com)

