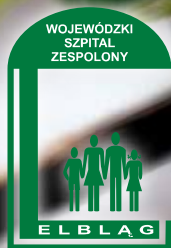




W numerze m.in.:
PRAWDA O JASKRZE
RAKI SKÓRY
PROMUJEMY KARMIENIE PIERSIĄ

fot. Justyna Sawicka

**WYDAWCA**

Wojewódzki Szpital
Zespołowy w Elblągu

REDAKTOR NACZELNA

Anna Kowalska

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Anna Kowalska
Małgorzata Twardowska
Danuta Stanicka

ADRES REDAKCJI

Wojewódzki Szpital
Zespołowy w Elblągu
ul. Królewiecka 146
82-300 Elbląg
Sekcja Marketingu
tel. 55 239 57 04
tel. 55 239 59 62
a.kowalska@szpital.elblag.pl
www.szpital.elblag.pl

DRUK I SKŁAD

Agencja Reklamowa Contact
ul. Mikołaja Firleja 27
82-300 Elbląg
www.arcontact.pl

NAKŁAD

1000 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmian tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności
za treści artykułów
nadesłanych do redakcji.

spis treści

Elbląski szpital wśród polskich liderów walki z jaskrą	4
Poradnia Chirurgii Szcękowo-Twarzowej i Stomatologicznej	5
Raki skóry	6
Słońce - niezbędne i niebezpieczne	7
Jak nie dać się upałam?	8
Wiele zależy od trafnej diagnozy	9
Promujemy karmienie piersią	10
Bezpłatne badania profilaktyczne	11
Smutek poporodowy	12
Ratownictwo medyczne - po co jesteśmy?	14
Z życia szpitala...	16
Z Oslo na praktykę do Elbląga	18
Lodowaty zastrzyk energii	19
Udostępnianie dokumentacji medycznej	20
Włodzimierz Mazurek. Pożegnanie	21
Historia WSZ w Elblągu (część 5)	22
Elbląskie szpitale (część 1)	23
Ośmiorniczki dla wcześniaków	24



Szanowni Czytelnicy!



Tak duża, specjalistyczna placówka medyczna, jaką jest Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu, nie mogłaby prawidłowo funkcjonować, gdybyśmy nie dysponowali aparaturą i sprzętem medycznym na odpowiednim poziomie technologicznym. Dlatego też staramy się sukcesywnie doposażać w tym zakresie naszą placówkę, czy też dokonywać odtwarzania sprzętu już zużytego. Nakłady w tym zakresie to zawsze bardzo ważne pozycje w corocznych planach i budżecie szpitala. W ostatnich latach przeznaczaliśmy na ten cel ze środków własnych szpitala średnio rocznie po ok. 4 mln zł. Podobną kwotę zaplanowaliśmy na zakup nowego sprzętu także w roku bieżącym i – zgodnie z planem (a mamy za sobą już połowę roku) - zrealizowaliśmy już ok. 50% planowanych w tym zakresie zakupów.

Naszym największym, strategicznym, można by rzec, tegorocznym nabytkiem sprzętowym jest bardzo oczekiwany przez Zakład Radiologii nowy cyfrowy aparat RTG. Nowoczesny, dużo bardziej precyzyjny niż poprzedni, który nie tylko usprawni pracę naszych radiologów, ale przede wszystkim pozwoli szpitalowi na realizację tej ważnej usługi diagnostycznej na bardzo wysokim poziomie jakościowym. To aparat gwarantujący najwyższą rozdzielczość zdjęć rentgenowskich, dający możliwość ich wykonania pod dowolnym kątem, bezprzewodowego przesyłania zdjęć na odległość, posiadający sporo innych udogodnień. Na zakup nowego RTG przeznaczaliśmy ponad 1.200 tys. zł.

Również w pierwszej połowie roku udało nam się wyposażyć nowo otwartą Poradnię Konsultacyjną Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej. Na ukończeniu jest także wyposażanie Poradni Konsultacyjnej przy Oddziale Otolaryngologicznym. Do tej pory trafiły tu m.in.: nowoczesny unit laryngologiczny (urządzenie umożliwiające przeprowadzenie pełnego badania laryngologicznego i ułatwiające wykonywanie zabiegów leczniczych), wideonystagmograf do badania narządu równowagi czy kaloryzator wodny wykorzystywany np. do irygacji uszu. W drugiej połowie roku planujemy zakup kolejnych urządzeń i wyposażenia, które jeszcze bardziej poprawią poziom funkcjonowania nowych poradni.

Nowy specjalistyczny sprzęt medyczny otrzymały w tym roku także m.in. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi, Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej, Ortopedia, Ginekologia, Kardiologia, Urologia czy Chirurgia Ogólna. Na sprzęt czekają jeszcze: Blok Operacyjny, Okulistyka, Interna, Neonatologia, Centralna Sterylizatornia itd.

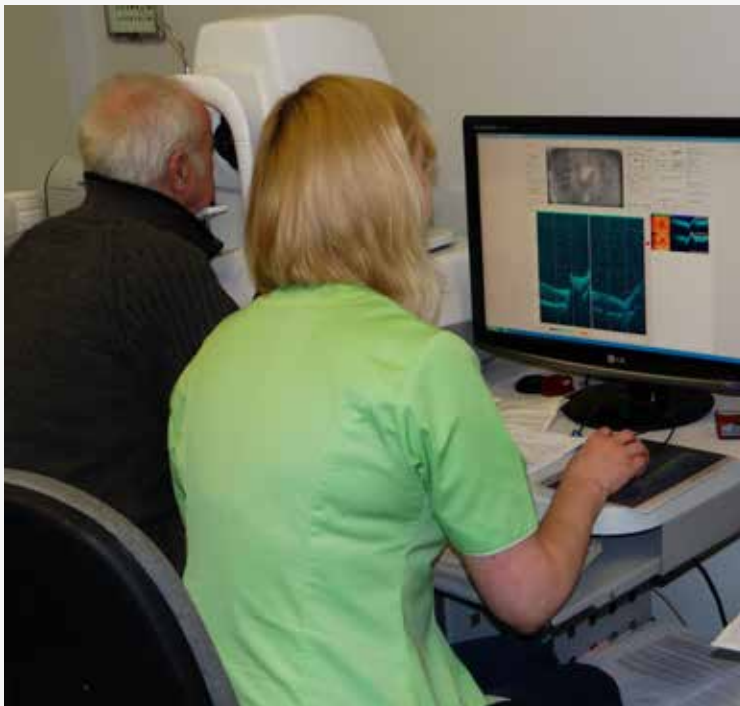
Tegoroczna lista to około 30 pozycji nowego sprzętu medycznego. To oczywiście tylko „wierzchołek góry lodowej” naszych potrzeb. Realizujemy je na miarę naszych możliwości, czasem – ze zwykłej konieczności, niemniej zawsze mając na uwadze konieczność ciągłego rozwoju naszego szpitala. Równocześnie nie rezygnujemy z możliwości pozyskiwania na ten cel środków z dodatkowych źródeł np. funduszy unijnych, fundacji, darowizn itp. Obecnie z niecierpliwością czekamy na rozstrzygnięcie kolejnych złożonych przez nas projektów unijnych. To dla nas szansa, aby wyposażyć nasz szpital jeszcze lepiej, z pożytkiem dla jego Pacjentów i Pracowników.

Z serdecznymi pozdrowieniami dla wszystkich Czytelników „Królewieckiej 146”

Elżbieta Gelert
Dyrektor Naczelna
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu

Elbląski szpital wśród polskich liderów walki z jaskrą

Oddział Okulistyczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu jest największym ośrodkiem w Polsce północnej i drugim w kraju pod względem ilości wszczepianych mikroimplantów przeciwjaskrowych. Od 2009 roku, czyli od momentu rozpoczęcia tego typu zabiegów w Elblągu, wykonano ich tu już blisko 150. W naszym mieście operowano pacjentów z wielu miast północnej części kraju, od Słupska przez Bydgoszcz, Szczytno po Ciechanów. W Elblągu na tego typu operację czeka się stosunkowo krótko, bo zaledwie 3-4 tygodnie.



Jaskra to choroba oka, w której dochodzi do uszkodzenia nerwu wzrokowego oraz komórek zwojowych siatkówki, powodujących ograniczenia pola widzenia, pogorszenie wzroku, a nawet jego utratę. Doskonałą metodą pomocy niektórym pacjentom chorującym na jaskrę jest operacja wszczepienia mikroimplantów przeciwjaskrowych. To wyjątkowo precyzyjny zabieg mikrochirurgiczny.

- Jest to operacja mikroinwazyjna polegająca na wszczepieniu specjalnego implantu, który odprowadza nadmiar płynu z jednej części oka do drugiej, obniżając w ten sposób ciśnienie w oku. To ciśnienie jest bowiem głównym czynnikiem powodującym destrukcję w jaskrze. Operacja ma na celu obniżenie ciśnienia w oku do tego poziomu, aby pacjent przez całe życie zachował widzenie - tłumaczy lek. Janusz Adamski, ordynator Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.



Jedną z pacjentek, która niedawno z powodzeniem przeszła taki właśnie zabieg w elbląskim szpitalu jest Katarzyna Kreft, pielęgniarka z Gdańska, u której jaskrę zdiagnozowano w 2006 r.

- Od czasu operacji czuję się rewelacyjnie. Nie stosuję już żadnych leków. Polecam wszystkim taki zabieg. Proszę się go nie obawiać. Ważne, by wcześniej pomyśleć o profilaktyce - podkreśla Katarzyna Kreft.

Jaskra jest chorobą, która początkowo przebiega bezobjawowo.

- W 99% nie daje ona żadnych objawów, co oznacza, że większość z nas chodzi i nie wie, że ma jaskrę. Wtedy, kiedy pacjent zauważy zmiany w polu widzenia jest już za pięć dwunasta. Jedyną szansą ochrony jest regularna profilaktyka, czyli pomiar ciśnienia w oku oraz badanie obrazowe dna oka - mówi ordynator Janusz Adamski.

Warto pamiętać, że jaskra jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną. Nieleczona prowadzi do utraty wzroku.

- Naszym celem, jako lekarzy, jest spowolnienie tego procesu. Tłumacząc pacjentom, że różna postać jaskry jest porównywalna do rozpedzonego składu pociągu towarowego. Chcielibyśmy, aby po włączeniu hamulców pociąg się cofnął. Nie ma takich hamulców, aby zatrzymać go nawet w miejscu. On siłą rozpędu jeszcze się toczy - zaznacza ordynator Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.

Rafał Kadłubowski, info.elblag.pl
fot. Ryszard Biel

Naukowcy wyróżnili grupę czynników ryzyka, które mogą sprzyjać zachorowaniu. Należą do nich m.in. występowanie jaskry w rodzinie, wiek powyżej 40 lat, choroby układu sercowo - naczyniowego, choroby ogólnoustrojowe (np. cukrzyca), migrena, bóle głowy czy wysokie wady wzroku.

PRAWDA O JASKRZE

Jaskra to choroba przewlekła i postępująca. Jej leczenie polega na obniżaniu ciśnienia śródgałkowego: kroplami, zabiegami laserowymi lub operacyjnie. Jak każda choroba, także jaskra może mieć u danej osoby całkowicie indywidualny przebieg. Dlatego dla każdego z pacjentów wybieramy optymalne dla niego rozwiązanie monitorując przebieg jaskry badaniami obiektywnymi, najlepiej OTC – GLAUCOMA zawierającymi w sobie badania GDX VCC i HRT łącznie. Są pacjenci, u których wystarczające okaże się przyjmowanie przez całe życie kropli okulistycznych, u innych najlepsze będzie wykonanie po jakimś czasie zabiegu laserowego, u jeszcze innych - od razu należy rozważyć leczenie operacyjne.

Celem leczenia jaskry jest spowolnienie postępu choroby tak, by nie zdążyła ona obniżyć komfortu wzrokowego pacjenta. Należy jednak pamiętać, że zniszczenia włókien nerwowych w przebiegu jaskry są nieodwracalne i na dzień dzisiejszy żadne leczenie nie umożliwia ich regeneracji. Niestety, pacjenci, nawet ci z jaskrą bardzo już zaawansowaną, nie mają świadomości swojej choroby, ponieważ bardzo długo nie daje ona zauważalnych zmian. Gdy pacjent takie zmiany zauważy, świadczy to już, niestety, o terminalnym uszkodzeniu włókien nerwowych i praktycznie grożącej ślepcie.

Dlatego tak ważna jest współpraca pomiędzy pacjentem a lekarzem. Tylko systematyczne badania profilaktyczne wykonane przez okulistę pomogą wykryć jaskrę w jej najwcześniejszej fazie, tak by nie przestać widzieć.



Janusz Adamski
Ordynator Oddziału Okulistycznego

Poradnia Chirurgii Szcękowo – Twarzowej i Stomatologicznej.

Od niedawna konsultuje się tu pacjentów leczonych w Oddziale Otolaryngologicznym naszego szpitala, jednakże w perspektywie nowo utworzonej poradni jest objęcie opieką medyczną także pacjentów poza szpitalnych z Elbląga i regionu.



W poradni konsultowani są pacjenci leczenia w Pododdziale Chirurgii Szcękowo-Twarzowej

W kwietniu w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu rozpoczęła działalność nowa Poradnia Konsultacyjna Chirurgii Szcękowo-Twarzowej i Stomatologicznej. Jak informuje jej kierownik lek. stom. Bogdan Chomik - specjalista chirurgii szczękowej, pracownia została wyremontowana oraz wyposażona w niezbędny sprzęt ze środków własnych szpitala. Jej działalność jest też w pełni przez szpital finansowana.

Aktualnie codziennie między godz. 10.00 a 12.00 w poradni konsultowani są pacjenci szpitala wojewódzkiego. Pomocą



lek. stom. Bogdan Chomik
Kierownik poradni

służą im lekarze specjaliści (i specjalizujący się) zatrudnieni w Pododdziale Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Oddziału Otolaryngologicznego.

Jednakże, jak podkreśla kierownik poradni: - Z chwilą uzyskania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia ambulatoryjne w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej i stomatologicznej poradnia zostanie otwarta również dla pacjentów spoza szpitala, godziny jej pracy zostaną rozszerzone, a pacjenci będą przyjmowani także na podstawie skierowań z innych placówek ochrony zdrowia.

Poradnia mieści się na I piętrze budynku przyszpitalnej przychodni przy ul. Królewskiej 146.



dr n. med. Anna Sobieszek-Kundro
dermatolog - wenerolog
Ordynator Oddziału Dermatologicznego

Przez wiele lat za główną przyczynę nowotworów skóry uważane było promieniowanie UVB. Wraz ze wzrostem popularności urządzeń emitujących UVA i częstszym korzystaniem ze sztucznych źródeł promieniowania ultrafioletowego w celach kosmetycznych (solaria) czy leczniczych zaczęto zwracać uwagę na konsekwencje działania promieniowania UVA. Okazuje się, że przenika ono głębiej, może działać wspólnie z UVB i nasilić jego szkodliwy wpływ na skórę.



Słońce

– niezbędne i niebezpieczne

Wiadomo, że słońce jest niezbędne do życia. Rośliny bez niego nie mogłyby przeprowadzić procesu fotosyntezy. U człowieka aktywuje ono wytwarzanie witaminy D3 (co u dzieci zapobiega krzywicy, a w starszym wieku osteoporozie) a także zwiększa produkcję serotoniny i melatoniny, które poprawiają nastrój, działają antydepresyjnie i regulują nasz rytm dobowy. Niestety, słońce jest też źródłem promieniowania ultrafioletowego, którego wpływ na człowieka jest szkodliwy.

Są trzy zakresy promieniowania ultrafioletowego: **UVA**, **UVB** i **UVC**:

Promieniowanie UVC - jest najbardziej niebezpieczne, ale ono do ziemi nie dociera. Do człowieka dochodzi promieniowanie UVA i UVB, które nie przenika głęboko, lecz działa na skórę, powodując jej uszkodzenia.

Promieniowanie UVB - wywołuje bezpośrednie uszkodzenie DNA komórek, jest więc bardzo szkodliwe, bo przyczynia się do mutacji komórek i może powodować powstawanie komórek nowotworowych. Na szczęście jest go niewiele w spektrum promieniowania słonecznego, bo to UVA stanowi większość (ok. 90 %) docierającego do nas promieniowania ultrafioletowego.

Promieniowanie UVA - powoduje powstawanie wolnych rodników, które działają niszcząco na struktury skóry i w dłuższej perspektywie są odpowiedzialne za starzenie się skóry (jej wiotczenie, zmarszczki), uszkadza prawidłową strukturę kolagenu i elastyny. Dodatkowo pod wpływem promieniowania UV pojawiają się przebarwienia czy piegi, zmiany naczyniowe, może nastąpić zaostrzenie trądziku różowatego.

Obecnie nie ma wątpliwości, że promieniowanie ultrafioletowe jest istotnym czynnikiem wpływającym na rozwój nowotworów. Promieniowanie ultrafioletowe prowadzi każdorazowo do mutacji a te powodują uszkodzenia genów, które regulują wzrost i różnicowaniem komórek. Uszkodzenie genów, które mają wpływ na procesy naprawcze w skórze prowadzi do powstawania nowotworów.

Raki skóry

Stanowią niejednorodną grupę nowotworów pochodzenia naskórkowego i zajmują pierwsze miejsce w statystyce onkologicznych chorób skóry. Badania epidemiologiczne wskazują na stały wzrost zachorowań na raki skóry.

Raki skóry powstają pod wpływem czynników fizycznych, chemicznych, mechanicznych i biologicznych. Do czynników fizycznych należy rakotwórcze działanie promieniowania UV i promieniowania jonizującego. Wśród środków chemicznych rakotwórcze właściwości posiadają arsen, pochodne węglowodorów aromatycznych, smoły pogazowej, hormony płciowe, kwasy żółciowe, cholesterol. Bodźce mechaniczne np. przewlekłe drażnienie skóry w wyniku urazów i blizny, często oparzeniowe, odgrywają również rolę czynnika wywołującego lub usposabiającego do powstawania nowotworów. Istnieje też teoria wirusowa powstawania nowotworów, za którą przemawia fakt stwierdzenia w nowotworach obecności onkogennych lub potencjalnie onkogennych wirusów brodawczaka ludzkiego. Z czynników biologicznych należy wymienić typ barwnika skóry i stopień jej wrażliwości na promienie słoneczne, wiek i stan immunologiczny ustroju. U chorych poddanych immunosupresji * częściej obserwowano raki skóry. Także niektóre choroby wrodzone, jak skóra pergaminowata, predysponują do rozwoju raków skóry.

Rak podstawnocomórkowy jest jednym z najczęstszych nowotworów skóry. Jest rakiem o miejscowej złośliwości tzn. cechuje się bardzo powolnym przebiegiem, naciekając podłoże, natomiast przerzuty występują wyjątkowo. Czynniki powodującymi do rozrostu mogą być promienie słoneczne i inne czynniki kancerogenne (np. przyjmowanie preparatów arsenu). Raki podstawnocomórkowe mogą rozwijać się ze stanów przedrakowych i w skórze uprzednio niezmięnionej. Wykwitem podstawowym jest perełkowaty guzek o błyszczącej i gładkiej powierzchni, który rozrasta się odśrodkowo, tworząc większy wykwit. Większe wykwyty mogą powstawać również wskutek zgrupowania kilku pojedynczych guzków. Najczęstszym umiejscowieniem raków podstawnocomórkowych jest twarz w niektórych przypadkach tułów. Wzrost tych nowotworów jest powolny. Przerzuty z zasady nie występują.

Rak kolczystocomórkowy jest nowotworem znacznie rzadziej występującym niż

rak podstawnocomórkowy. Cechuje się szybkim wzrostem i dużą złośliwością, wykazując skłonność do naciekania podłoża oraz szerzenia się drogą przerzutów. Punktem wyjścia są zazwyczaj stany przedrakowe, zwłaszcza rogowacenie słoneczne i róg skórnny. Czynniki prowokującymi są: drażnienie mechaniczne (blizny poparzeniowe, potoczniove i inne), środki chemiczne, przewlekłe działanie promieni słonecznych i jonizujących. Raki umiejscowione w obrębie narządów płciowych są często wywoływane zakażeniem potencjalnie okogennymi wirusami. Rak kolczystocomórkowy w postaci pojedynczych ognisk może występować w kilku odmianach klinicznych: odmiana guzkowa, (zmiana ta może ulegać rozpadowi przybierając inne postaci kliniczne), odmiana brodawcząca (ta postać raka umiejscawia się zwykle na małżowinach usznych, nasadzie nosa, żołądki prącia oraz w ogniskach zaniku skóry), odmiana wrzodziejąca, która jest często dalszym etapem rozwoju postaci guzkowej nowotworu. Postać ta cechuje się dużą złośliwością, znacznym dynamizmem rozwoju, przejawiającym się w szybkich przerzutach do okolicznych węzłów chłonnych. Rak wargi ze względu na odmienną biologię i szybkie przerzuty do węzłów chłonnych jest traktowany jako szczególnie złośliwa postać odmiany wrzodziejącej.

Rak brodawkowy - to nowotwory umiejscowione na narządach płciowych, w jamie ustnej i w obrębie stóp. W rakach tych stwierdzono wirusy brodawczaka ludzkiego, Wzrost raków jest bardzo powolny, guzy wykazują niewielką skłonność do rozpadu, na ogół nie dają przerzutów.

Rak podstawno-kolczystocomórkowy łączy typowe utkanie raka podstawnocomórkowego ze zmianami charakterystycznymi dla raka kolczystocomórkowego. Zdarzają się przerzuty do węzłów chłonnych. Nowotwór ten występuje zazwyczaj na twarzy, rzadziej na pograniczu błon śluzowych.

Nabłoniak wapniący jest pojedynczym guzem umiejscowionym w tkance podskórnej. Wielkość jego waha się od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Guz

jest okrągły, przesuwalny w raz ze skórą w stosunku do tkanki głębiej leżącej, bardzo twardy, niebolesny. Zmiany nie ulegają zezłosiwieniu. Może występować wszędzie tj. na głowie, tułowie i kończynach i rozwijać się w każdym wieku, również i u dzieci.

Leczenie raka kolczystocomórkowego, podstawno-kolczystocomórkowego, raka brodawkowego, nabłoniaka wapniącego polega na chirurgicznym usunięciu zmiany z granicą skóry zdrowej. Rak podstawnocomórkowy w zależności od postaci klinicznej i jego zaawansowania może być leczony metodą krioterapii, maściami, przez chirurgiczne usunięcie zmiany, naświetlaniami promieniami X, metodą fotodynamiczną i za pomocą lasera.



Czerniak złośliwy jest jednym z najbardziej złośliwych nowotworów skóry, powstającym w obrębie znamion barwnikowych, dającym wczesne przerzuty. Jest prawdopodobnie związany z kilkoma genami oraz wieloma czynnikami wywołującymi (w tym promieniami słonecznymi, szczególnie u osób o jasnej karnacji). Obserwuje się znaczący wzrost zachorowania w immunosupresji*. Wyróżnia się 4 główne typy czerniaka, różniące się wyglądem, najczęstszym umiejscowieniem, czasem rozwoju oraz stopniem złośliwości. Nie zmienia to faktu, że ten rodzaj nowotworu jest bardzo poważnym problemem medycznym, ze względu na dużą złośliwość. Tu najważniejsza jest wczesna diagnostyka i usunięcie zmiany wraz z marginesem chorych tkanek. W stanach bardziej zaawansowanych stosuje się chemioterapię, radioterapię. Obecnie w trakcie badań są inne metody: stosowanie interferonu α i γ oraz szczepionka.

* *Immunosupresja - hamowanie procesu wytwarzania przeciwciał i komórek odpornościowych przez czynniki zwane immunosupresorami, najczęściej farmakologicznie przez leki immunosupresyjne (w przeszłości przez promieniowanie rentgenowskie)*

Jak nie dać się upałam?



lek. Michał Dąbrowski
Koordynator Szpitalnego Oddziału
Ratunkowego

Komu najbardziej może zaszkodzić nadmiar słońca?

- Upały najbardziej szkodzą dzieciom, osobom starszym i chorym ze schorzeniami metabolicznymi czy układu krążenia. Ich organizmy nie radzą sobie z utrzymaniem prawidłowej temperatury w czasie upałów. Ale prawda jest taka, że każdy z nas jest narażony na przegrzanie, bez względu na wiek. Potwierdza to statystyka: w ostatni, upalny weekend mieliśmy kilkoro pacjentów wydawałoby się w pełni sił, zdrowych i młodych, którzy jednak na skutek zlekceważenia temperatury i przecenienia swojej wydolności fizycznej bardzo mocno przegrzali swoje organizmy.

Jakie są objawy przegrzania?

- Pierwszymi objawami są najczęściej wzmocnione pragnienie i – paradoksalnie – wzmoczona potliwość ciała. W późniejszej fazie mogą się pojawić jeszcze wymioty, nudności, zaburzenia widzenia, równowagi i drżenia mięśniowe.

Podstawowe czynności, które powinniśmy wykonać, jeśli czujemy, że przegrzaliśmy organizm?

- Musimy doprowadzić do jak najszybszego jego schłodzenia. Szukamy cienia – dobrze, jeśli uda nam się znaleźć miejsce klimatyzowane, a przynajmniej porządnie wentylowane. No i oczywiście nie możemy zapominać o płynach. Zalecam picie

Przed nami wakacje i zapowiadane przez synoptyków fale upałów. Na pytania, jak sobie z nimi radzić i kto jest najbardziej narażony na przegrzanie, odpowiada lek. Michał Dąbrowski, Koordynator Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

chłodnej, najlepiej niegazowanej wody mineralnej bądź schłodzonej herbaty.

Wspominał pan o osobach starszych i chorych. Na co one powinny zwracać uwagę przy upałach?

- Podstawowa zasada to taka, by jak najmniej wychodzić z domu i narażać się na kontakt słoneczny, zwłaszcza w południe. Jeśli jednak zostaliśmy w domu, a czujemy, że temperatura naszego ciała jest nadal wysoka, to możemy wziąć kąpiel w letniej wodzie. Nie zalecam kąpeli lodowatych, bo może się to skończyć tragicznie zwłaszcza dla osób z zaburzeniami krążenia. Pomogą też zimne okłady na karku, szyi, w okolicach wątroby, pod prawym łukiem żebrowym czy pod pachami. Jeśli koniecznie musimy wyjść, nie zapominajmy o odpowiednim nakryciu głowy: jasnej chustce, przewiewnym kapeluszu bądź czapeczce. Zalecam noszenie jasnych ubrań, które odbijają promienie słoneczne, lekkich i z naturalnych materiałów np. bawełny, która przepuszcza powietrze i pozwala naszemu ciału oddychać. I nie zapominajmy o butelce chłodnej wody.

Podobno w czasie upałów warto dosalać wodę. Szczypta soli w wodzie bądź herbatce nam nie zaszkodzi?

- Wręcz przeciwnie, pomoże. Gdy jesteśmy narażeni na wysoką temperaturę i nasłonecznienie, organizm sam się broni przed przegrzaniem wydzielając duże ilości potu. Razem z nim tracimy jednak minerały, a dokładniej sód. Dosalanie płynów jest więc uzasadnione. I tu moja rada: jeśli pijemy wodę mineralną, to warto wybrać tę wysokozmineralizowaną. Wtedy sól nie będzie już potrzebna. W uzupełnieniu utraconych minerałów pomogą nam także różne tabletki musujące, wyrównujące poziom elektrolitów.

Ile w takim razie musimy wypić płynów w czasie upałów, by się nie odwodnić i utrzymać w organizmie poziom dobrych minerałów?

- Dorosły człowiek powinien wypijać minimum dwa litry wody dziennie. Przy upałach zwiększamy tę dawkę do minimum trzech.

A jednak są osoby, które chłodzą się w upały lodami. Niektórzy stawiają na zimne drinki, twierdzą, że zimne piwko w upał nikomu jeszcze nie zaszkodziło?

- Jeśli chodzi o lody, to pomysł nie jest najgorszy, chociaż duża ilość cukru w nich zawarta może trochę namieszać w metabolizmie. Lody jedzmy z rozwagą i pewnym umiarem, bo bezpośrednio możemy narażać się na przeziębienia i infekcje gardła. Co do alkoholu, to zdecydowanie bardzo zły pomysł. Ciepło wzmacnia działanie nawet zimnego alkoholu. Po drugie utrata ciepła nie jest tak szybka, jakby się nam wydawało, a alkohol daje nam złudne poczucie bezpieczeństwa. To może doprowadzić do niekorzystnych następstw: kołatania serca, zawrotów głowy, omdleń. To właśnie osoby „pod wpływem” są szczególnie narażone na niebezpieczeństwo podczas upałów.

Aleksandra Szymańska
„Dziennik Elbląski”





Halina Serafin
kierownik Laboratorium Bakteriologicznego

To właśnie diagności dbają o to, by wszystkie badania diagnostyczne były wykonane bardzo rzetelnie i w oparciu o najnowsze technologie dostępne na rynku. Jakość diagnostyki laboratoryjnej jest niezwykle ważnym elementem w procesie leczenia pacjentów, ponieważ ok. 70 % decyzji lekarskich podejmowanych jest właśnie na podstawie wyników badań diagnostycznych.

- Jesteśmy po to, by sprostać oczekiwaniom lekarzy wszystkich specjalności. Dbamy o sukcesywne podnoszenie jakości naszych badań, aby dostarczać rzetelnych i wiarygodnych wyników i to w możliwie najkrótszym czasie – mówi Halina Serafin, kierownik Laboratorium Bakteriologicznego, od 32 lat pracująca w zawodzie diagnosty laboratoryjnego i specjalisty w dziedzinie mikrobiologii medycznej.

- Moja praca jest równocześnie moja pasją. Daje mi wiele satysfakcji i przynosi dużo ra-

Wiele zależy od trafnej diagnozy

Zawód diagnosty laboratoryjnego to wciąż jeden z zawodów medycznych darzonych największym zaufaniem społecznym. Badania diagnostyczne wykonywane w szpitalnych laboratoriach pozwalają możliwie obiektywnie ocenić stan zdrowia pacjenta, są też jednymi z podstawowych narzędzi profilaktyki zdrowotnej. Precyzyjne wyniki laboratoryjnych analiz mają bezpośredni wpływ na postawienie trafnej diagnozy lekarskiej, a co za tym idzie, na wybór sposobu leczenia pacjentów.

dości. Każde kolejne badanie traktuję jako nowe wyzwanie kliniczne i diagnostyczne. Każdego dnia, wspólnie z całym zespołem, analizuję dziesiątki materiałów klinicznych, starając się rzetelnie odpowiedzieć lekarzom na wszystkie pytania związane z możliwym zakażeniem. Identyfikujemy w badanych próbkach czynniki etiologiczne zakażeń, mogące mieć wpływ na przebieg leczenia pacjenta.

Jako diagności i specjaliści w mikrobiologii medycznej bierzemy też udział w konsultacjach w zakresie antybiotykoterapii, ponieważ jednym z etapów badania mikrobiologicznego jest określenie wrażliwości wyhodowanie drobnoustroju na antybiotyki.

- Mikrobiologia to pasjonująca dziedzina w medycynie laboratoryjnej, która bardzo dynamicznie się rozwija. Dziś sięgamy po najnowsze technologie, które pozwalają na bardzo szybkie odpowiedzi kliniczne. Pracujemy na nowoczesnych aparatach diagnostycznych i hodowlanych, mamy do dyspozycji coraz bardziej precyzyjne testy.

Jesteśmy świadomi, że nasza wiedza merytoryczna i rzetelność naszej pracy może wspomagać liczne decyzje lekarzy, decyzje, od których może zależeć ludzkie życie. To poczucie odpowiedzialności, które na nas spoczywa jest naszą siłą w codzienności.

Rok 2016, jak podkreśla Halina Serafin, jest rokiem szczególnym dla diagnostów laboratoryjnych, ponieważ obchodzą oni 15-lecie uchwalenia przez Sejm RP ustawy o diagnostyce laboratoryjnej powołującej nowy zawód: diagnosty laboratoryjnego.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu pracuje 23 diagnostów laboratoryjnych. Oprócz Laboratorium Bakteriologicznego zatrudnieni są także w Laboratorium Analitycznym oraz w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi. To wciąż zdecydowanie sfeminizowany zawód - w gronie szpitalnych diagnostów jest zaledwie dwóch mężczyzn. Jak podkreślają diagności, ich codzienną pracą bardzo wspierają technicy analityki medycznej – w naszym szpitalu to 24 osoby.

Od pięciu lat 27 maja obchodzimy Dzień Diagnosty Laboratoryjnego. Data nie jest przypadkowa - wiąże się z odkryciem w 1961 r. kodu genetycznego - uniwersalnego szyfru wspólnego dla wszystkich żywych organizmów na Ziemi. Tego w dnia Marshall Warren Nierenberg i Johann Heinrich Matthaei złamali kod genetyczny, odkrywając tym samym „tajemnicę życia”. Ten wielki sukces miał ogromny i niepodważalny wpływ na rozwój nauk biologicznych, w szczególności biologii molekularnej i medycyny a także bardzo obiecującej dziedziny medycyny personalizowanej, w której każdy pacjent jest traktowany zgodnie z jego osobistymi potrzebami.



Nasi diagności pracują na coraz bardziej nowoczesnym sprzęcie



Elżbieta Winiarczyk, doradca laktacyjny w Oddziale Noworodka, Patologii Noworodka i Intensywnej Terapii Noworodka

Główne zadanie doradcy laktacyjnego to upowszechnianie karmienia piersią jako najlepszego modelu żywienia noworodków i małych dzieci zapewniającego ich prawidłowy rozwój psychofizyczny. Wczesne wykrycie sytuacji sprzyjających niepowodzeniom związanych z karmieniem naturalnym i podjęcie odpowiednich interwencji pozwalają na umocnienie w matce poczucia, że karmienie piersią może być przyjemne, a nie tylko konieczne. Co ważne, tym samym zmniejsza się odsetek noworodków dokarmianych sztuczną mieszkanką, jeżeli zaś dokarmianie

- Moja praca jest ukierunkowana na pomaganie młodym matkom w okresie karmienia piersią. To intensywna i kreatywna praca. Czuję się potrzebna. Bo zadaniami doradcy laktacyjnego, obok edukacji i praktycznej pomocy, jest także umocnienie w kobiecie wiary, że z karmieniem naturalnym można sobie poradzić, jeśli tylko zaufa się sobie i pokona trudności w chwili kryzysu – przekonuje pielęgniarka Elżbieta Winiarczyk – jedyny w Elblągu Certyfikowany Doradca Laktacyjny.

okazuje się konieczne, doradca laktacyjny pomaga wybrać alternatywne metody dokarmiania niezaburzające naturalnego odruchu ssania piersi.

- W Oddziale Noworodka, Patologii Noworodka i Intensywnej Terapii Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu pracuję od 1998 roku, funkcję doradcy laktacyjnego pełnię od ponad dwóch lat – mówi Elżbieta Winiarczyk. - W swojej pracy realizuję standard opieki nad noworodkiem zapewniając warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka zgodnie z rozporządzeniem MZ z dnia 20 września 2012 roku oraz z programem wczesnej stymulacji laktacji na oddziałach położniczych i noworodko-

wych o III stopniu referencyjnym (Oddział Intensywnej Terapii Noworodka, Patologia Noworodka). Tu ważne jest szczególne motywowanie i wspieranie matek podczas stymulacji i odciągania pokarmu dla ich chorego dziecka. Istotne jest, aby tuż po urodzeniu jako pierwszy pokarm, dziecko otrzymało siarę matki. Często to dość trudne w sytuacji, kiedy matka martwi się o los swojego przedwcześnie urodzonego lub chorego dziecka. Jednak okazanie matce profesjonalnego wsparcia, zrozumienie jej trudnej sytuacji, częsta zachęta do podejmowania dalszych prób, pozwalają na pełne rozbudzenie laktacji, a w końcowym efekcie przejście na pełne karmienie piersią.

- Poradnictwo Laktacyjne nie jest rzeczą łatwą, trzeba tu zmierzyć się z wieloma trudnymi sytuacjami. Rodzicami zawsze kieruje troska o dziecko, należy zatem tak dobrać metody porady, aby zapewnić im poczucie bezpieczeństwa. Szczególnie pomocna okazuje się praca w zespole terapeutycznym: z lekarzem, fizjoterapeutą, neurologopedą i psychologiem. Bez ich wsparcia i pomocy moja praca byłaby o wiele trudniejsza.

- W ramach swoich obowiązków prowadzę także poradnictwo laktacyjne dla pacjentek, które opuściły już szpital, ale potrzebują dalszego wsparcia. Pobyt w szpitalu po urodzeniu dziecka jest przecież bardzo krótki, a większość problemów z laktacją może pojawić się dopiero później. Dlatego pacjentki mogą liczyć na moją dalszą pomoc w Gabinetach Porad Laktacyjnych – dodaje Elżbieta Winiarczyk. – Gabinet czynny jest na I piętrze szpitalnej poradni zdrowia w pokoju 1015 w poniedziałki od 8.00 do 10.00, we wtorki od 12.00 do 14.00.



Elżbieta Winiarczyk podczas akcji promującej karmienie piersią - także w miejscach publicznych. Z lewej mama karmiąca Karolina Śluz - jedna z podopiecznych Elżbiety

BEZPŁATNE BADANIA PROFILAKTYCZNE

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

Bezpłatne badania
cytologiczne,
co 3 lata dla kobiet
w wieku 25-59 lat.

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Bezpłatne badania
mammograficzne,
co 2 lata dla kobiet
w wieku 50-69 lat.



NA CZYM POLEGA CYTOLOGIA?

Cytologia polega na pobraniu przez lekarza ginekologa lub wykwalifikowaną położną wymazu z szyjki macicy. Jest to podstawowe badanie profilaktyczne w kierunku wykrycia raka szyjki macicy, zalecane zarówno dla nastolatek, jak i kobiet w wieku rozrodczym. Dzięki cytologii udaje się zapobiec 60–80% przypadków inwazyjnego raka szyjki macicy, ponieważ badanie wykrywa go jeszcze w stadium przedinwazyjnym, kiedy jest w pełni wyleczalny. Cytologia pozwala też stwierdzić zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), które ma związek z tym nowotworem.

Cytologia - wskazania

Cytologia jest wykorzystywana nie tylko w celu wczesnego wykrywania ewentualnych zmian nowotworowych, lecz także w celu kontroli leczenia zachowawczego i operacyjnego nadżerki tarczy szyjki macicy, diagnostyki stanu nabłonka pochwy, oceny działania leków hormonalnych i określenia terminu owulacji i czasu trwania II fazy cyklu. Wymaz z szyjki macicy wykonuje się także u kobiet w ciąży.

Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu

PORADNIA KONSULTACYJNA POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNA

pok. 1050 (I piętro)

tel. 55/ 239-58-43

wtorek, czwartek 9.00 - 12.00, środa 12.00 - 15.00

CO TO JEST MAMMOGRAFIA?

Mammografia jest najlepszą metodą wykrywania raka piersi we wczesnym stadium jego rozwoju. Pozwala na uwidocznienie nawet niewielkich zmian rakowych. W badaniu wykorzystuje się promienie rentgenowskie, żeby zobaczyć wewnętrzną budowę piersi. Wykonuje się po dwa zdjęcia każdej piersi. Niektóre kobiety w czasie badania odczuwają ból, ale dla większości to jedynie krótko trwające uczucie dyskomfortu. Ucisk stosowany w czasie mammografii nie uszkadza piersi a jest konieczny w celu uzyskania zdjęć wysokiej jakości, pozwala ponadto na obniżenie dawki promieniowania rentgenowskiego.

Po 50 roku życia rekomendowane jest regularne wykonywanie mammografii raz na dwa lata.

Najważniejsze czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi

1. Wiek - wraz z wiekiem ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta. Aż 76% wszystkich raków piersi występuje u kobiet po 50 roku życia.
2. Predyspozycje dziedziczne. Ważnym czynnikiem ryzyka jest stwierdzenie raka piersi w najbliższej rodzinie (matka, siostra, córka), zwłaszcza, jeżeli wystąpił poniżej 50 roku życia.
3. Nosicielstwo mutacji genów BRCA1 i BRCA2.
4. Inne czynniki: obecność łagodnych chorób rozrostowych piersi, wczesna miesiączka – późna menopauza, bezdzietność, pierwszy poród powyżej 35 roku życia, długotrwałe stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (powyżej 5 lat), nadużywanie alkoholu, otyłość, ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego.



Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu
ZAKŁAD RADIOLOGII, Pracownia Mammografii
pok. 1041 (I piętro)

rejestracja osobista lub telefoniczna: 55/239-58-80
poniedziałek – piątek 8.00 - 15.30

SMUTEK POPORODOWY

Nawet 70 % młodych matek może przeżywać BABY BLUES



Joanna Baranowska
Psycholog, Oddział
Ginekologiczno-Położniczy

Dlaczego właśnie na tym oddziale potrzebny jest psycholog?

Specyfika pracy w Oddziale Ginekologicznym jest całkiem inna niż na Oddziale Położniczym. Na Ginekologii moja praca wiąże się głównie z przygotowaniem psychicznym pacjentek do planowanych zabiegów, udzielenie im wsparcia psychicznego, które jest bardzo potrzebne. Zaburzenia biologicznych funkcji organizmu kobiety, w tym zmiany dotyczące stanu i czynności narządów płciowych oraz możliwości prokreacyjnych, pociągają za sobą szereg problemów psychologicznych.

Do podstawowych zadań psychologa należy ocena udziału czynników emocjonalnych w genezie bądź podtrzymywaniu dolegliwości, określenie wtórnych problemów emocjonalnych, jej stosunek do choroby i leczenia. Wśród zadań terapeutycznych można wymienić rozmowę podtrzymującą oraz tworzenie warunków na odreagowanie w rozmowie, negatywnych emocji związanych z chorobą i leczeniem. Istotną rolę spełniają także działania nastawione na uwrażliwienie zespołu leczącego na psychologiczne problemy pacjentek i kształtowanie prawidłowej sytuacji diagnostyczno-terapeutycznej. Zmiany w funkcjonowaniu narządów płciowych u kobiety pociągają za sobą ogólnie gorsze możliwości przystosowawcze, stany nadpobudliwości, niepokoju i depresji.

Z kolei w przypadku zabiegów radykalnych operacja przeżywana jest jako nieszcześnie, gdyż często budzi strach przed utratą fizycznych cech kobiecości, a co za tym idzie utracie atrakcyjności i możliwości

Ten problem stale narasta. Kobiety, po urodzeniu dziecka, coraz częściej borykają się z tzw. syndromem „Baby Blues”. Psycholog Joanna Baranowska, pracująca z kobietami w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, wskazuje, że problem może dotyczyć nawet 70 % kobiet. Jak sobie z tym poradzić? Jak rozpoznać pierwsze, niepokojące symptomy smutku poporodowego?



kontynuowania satysfakcjonujących kontaktów seksualnych. Dlatego też szczególnej wagi nabiera przygotowanie pacjentki do zabiegu i odpowiednie postępowanie po operacji, należy umożliwić odblokowanie i neutralizację negatywnych emocji oraz dostarczyć silnego oparcia emocjonalnego.

A jak wygląda Pani praca na Oddziale Położniczym?

- Położnictwo to całkiem inna specyfika pracy. Opieką psychiczną objęte są pacjentki po narodzinach dziecka. Dość często kobiety radzą sobie bardzo dobrze, przystosowując się do nowej roli - matki. Ucząc się czynności pielęgnacyjnych i opieki nad własnym dzieckiem. Niestety pojawiają się sytuacje, w których nagle pacjentka nie poznaje siebie. Pojawia się brak energii, zniechęcenie, drażliwość a nawet płacliwość. Objawy te wskazują na wystąpienie „baby blues”, czyli smutku poporodowego, który nierzadko bywa mylony z depresją poporodową.

Objawy związane z pojawieniem się syndromu „baby blues” nie zaburzą w sposób bardzo istotny prawidłowego funkcjonowania kobiety, ale znacznie obniżają komfort jej życia. Kobiety dotknięte tym syndromem często wstydzą się swoich

uczuć czy narastających w nich wątpliwości, dlatego trudno im dzielić się nimi z bliskimi, którzy mogliby udzielić wsparcia. Czują się więc samotne, niezrozumiane, obwiniają siebie, że są wyrodnymi matkami, mają poczucie, że takie rzeczy nie dotyczą innych kobiet. Często pacjentki po prostu nie wiedzą co się z nimi dzieje. Syndrom pojawia się najczęściej w trzeciej dobie po porodzie, to czasowe obniżenie nastroju najczęściej spowodowane jest wahaniem hormonalnymi w wyniku porodu.

Jak wygląda to w praktyce?

Kobiety przeżywały radość ciąży, cieszyły się z narodzin dziecka, a tu nagle pojawia się płacz, bezradność, uczucie smutku, niemożność opiekowania się dzieckiem. Kobiety stają się bezsilne wobec tego problemu. Smutek poporodowy może przebiegać z różnym nasileniem. Czasem jest to łagodny dyskomfort, który mija samoistnie po kilku dniach, innym razem może to być bardzo uciążliwy i dotkliwy stan silnych wahań nastroju trwający 2-4 tygodnie.

W większości przypadków wsparcie męża, rodziny i bliskich wystarcza do uporania się z trudnościami, czasem jednak przebieg jest tak trudny, że konieczna jest rozmowa z psychologiem służąca uporządkowaniu,



zrozumieniu i przepracowaniu przykrych emocji. Jeszcze kilka lat temu niewielki odsetek pacjentek po porodzie przeżywało ten stan, było to 20 – 30 %. Obecnie ta liczba wzrasta. Teraz mówimy już nawet o 70 procent pacjentek.

A co z matkami, które stracą dziecko lub urodzą dziecko niepełnosprawne?

W przypadku narodzin dziecka niepełnosprawnego, czy z wadami rozwojowymi sytuacja taka wymaga najczęściej oddziaływania psychologicznego, które ukierunkowane jest na wspieranie rodziców oraz dostarczanie niezbędnych informacji o ośrodkach i instytucjach współpracujących z rodzinami z podobnymi trudnościami. Natomiast w sytuacji kobiet, które straciły dziecko niezbędna jest holistyczna opieka, ze strony personelu medycznego i wsparcia psychologicznego.

Pacjentki same się do Pani zgłaszają, czy też Pani je obserwuje i wyłapuje takie przypadki?

Jeśli kobieta jest przerażona tym co się dzieje, zgłasza się do mnie. Przychodzą też po pomoc i poradę mężowie, partnerzy pacjentek. Często też takie przypadki zgłaszają mi lekarze czy pielęgniarki i położne z oddziału. Także ja sama podczas codziennej pracy na oddziale obserwuję, które panie mogą potrzebować mojej pomocy.

Mówimy teraz o sytuacji już po porodzie. A przed porodem? Czy pacjentki zgłaszają się do Pani ze swoimi problemami, lękami?

U kobiet w sytuacjach związanych z ciążą wysokiego ryzyka często występuje zwiększone nasilenie objawów negatywnych, tj. lęk, niepokój, stres, depresja. Ciężarne wymagają wówczas szczególnej obserwacji i pomocy psychologicznej. Bardzo ważne jest w takich sytuacjach podjęcie działań skierowanych na obniżenie nasilenia emocji negatywnych oraz wzmocnienie prawidłowego radzenia sobie z zaistniałą sytuacją stresową. Dość często ciężarne boją się mówić o swoich uczuciach, co może prowadzić do zwiększonego lęku i depresji.

Należy również pamiętać, że w ciąży następują znaczne zmiany hormonalne w organizmie kobiety, które wpływają na jej samopoczucie psychiczne. Pojawiają

się wahania nastrojów. Kobieta boi się, czy sobie poradzi z porodem. W takiej sytuacji oczekuje rozmowy wspierającej oraz informacyjnej, podczas której będzie mogła zrozumieć swój stan i poznać jego naturę.



Te problemy, o których Pani mówi, dotyczą częściej matek samotnych, które nie mogą liczyć na wsparcie partnera?

Na pewno w większej mierze dotyczy to pacjentek, które w czasie ciąży i porodu zostają same. Nie mają wsparcia, którego potrzebują i oczekują. Ale problem pojawia się również u pacjentek, które mogą liczyć na wsparcie męża czy też partnera.

Czy są jakieś symptomy, pojawiające się u kobiet, które mężczyźni powinni wychwycić?

Oczywiście, są pewne objawy a mianowicie: nagle pojawia się u kobiet apatia. Obniżony nastrój, zwiększona męczliwość. Na ten ostatni syndrom trzeba jednak uważać, ponieważ zwiększona męczliwość pojawia się również u kobiet pod koniec ciąży. Kobięcie zaczynają puchnąć kostki, jest ciężiej z chodzeniem. Niepokój wzbudzić powinna również przedłużająca się zmienność nastroju: jednego dnia kobieta jest radosna, a na drugi dzień - pojawia się płacz, zniechęcenie, apatia, żal, złość. Główną rolę odgrywa tu rodzina. Ważne jest, by nie pozostawić takiej kobiety samej z problemami. Kobieta potrzebuje wtedy wsparcia, możliwości werbalizacji emocji. Powinna mieć obok siebie taką osobę, której może powiedzieć, co właściwie czuje, przeżywa.

Jednak bliscy kobiety często myślą, że te huśtawki nastrojów związane są z okresem ciąży. Po porodzie przejdzie i wszystko wróci do normy.

Bardzo często zdarza się, że rodzina bagatelizuje te problemy. Moja rola natomiast

polega na tym, aby uświadomić bliskim młodej matki ten stan. Nie można tego ignorować, ponieważ w konsekwencji może to doprowadzić do depresji poporodowej. Ona nie bierze się znikąd, nie pojawia się nagle. To długi proces, który stopniowo narasta.

Czy po porodzie pacjentki wymagają konsultacji czy leczenia psychologicznego?

Tak, chociaż oczywiście nie zawsze. Wielokrotnie w sytuacjach pacjentek, którym towarzyszą objawy smutku poporodowego. Często ma to miejsce w przypadku nastoletnich matek. Biologicznie może się gotowe na poród, jednak z emocjonalnego i społecznego punktu widzenia jeszcze do tej roli nie dojrzały. Moje zadanie sprowadza się w tym przypadku głównie do wsparcia i otoczenia szczególną opieką psychologiczną. Należy również wspomnieć o wsparciu personelu medycznego, który daje młodym matką poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego. Ta opieka nie powinna skończyć się na pomocy psychologa w tym szpitalu. Powinna być nadal kontynuowana. Oczywiście są też indywidualne pacjentki, które wymagają pomocy psychologicznej. W dużej mierze pomoc na oddziale położniczym opiera się na rozmowach wspierających.

Czy nie uważa Pani, że takie zajęcia psychologiczne nie powinny pojawiać się już na etapie zajęć w Szkołach Rodzenia?

Oczywiście, że tak. Szkoła Rodzenia prowadzona w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym ma w swoim programie także zajęcia z psychologiem. Pracujemy podczas nich nad przygotowaniem do porodu, uczymy jak nastawić się do tego procesu, aby nie był on tak stresującym przeżyciem dla kobiety. Ważne, by pomóc dziecku przyjść na świat w jak najmniej stresujących okolicznościach. To paradoks życia, że rodzimy się w tak dużym stresie. To wymaga odpowiedniej postawy i zaangażowania samej rodzącej. W zajęciach Szkoły Rodzenia uczestniczą również mężowie czy partnerzy kobiet, którzy uczą się rozpoznawać odpowiednie objawy smutku poporodowego. Kiedy o tym mówię, każdy na mnie patrzy ze zdziwieniem. Większość myśli, że ten syndrom dotyka najwyżej kilku % kobiet. Niestety badania pokazują, że „baby blues” dotyczy nawet 30 do 70 % rodzących kobiet.

RATOWNICTWO MEDYCZNE – po co jesteśmy?

„Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego: stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia”. Ten cytat z Ustawy z dnia 8 września 2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 Nr 191 poz. 1410) w zasadzie odpowiada na pytanie postawione w tytule. W zasadzie... A jak jest naprawdę?



lek. Michał Dąbrowski
Koordynator Szpitalnego Oddziału
Ratunkowego

Od wielu lat biorę czynny udział w pracy Działu Ratownictwa Medycznego naszego (i nie tylko) szpitala. Początkowo jako lekarz karetki pogotowia, potem również jako dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Zmieniało się wiele: z Polonezów przesiedliśmy się do Mercedesów, przybywało wyposażenia, udogodnień i narzędzi pracy. Jedno się nie zmieniło, a jeżeli już – to na gorsze. Chodzi o ilość wezwań dla Zespołów Ratownictwa Medycznego a także o ilość osób, które korzystają z pomocy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Liczba ta stale wzrasta, dlatego właśnie pokusiłem się o krótką analizę przyczyn takiego stanu rzeczy i podanie kilku ważnych w tym kontekście informacji.

Po pierwsze, pragnę zwrócić uwagę Czytelnika na sformułowanie „nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów”. Tymczasem w praktyce nagminnie jest zgłaszanie się do rejestracji SOR pacjentów, którzy żądają udzielenia świadczeń zdrowotnych z powodu dolegliwości trwających od kilku dni – tygodnia – miesiąca i dłużej. Żeby



rozwiązać wątpliwości: nie są to zazwyczaj choroby mogące zagrażać życiu, czy niosące za sobą ryzyko ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Bóle głowy od kilku miesięcy, kończyny od tygodnia, czy nie sprecyzowane złe samopoczucie. Argumenty pacjentów są często dość prozaiczne: „bo trzeba iść do pracy”, „bo myślałem, że przejdzie”, „bo w poradniach są kolejki”... Ten ostatni powód, często poparty stwierdzeniem: „płacę składki, to mi się należy”, stanowi podstawę większości roszczeń.

Zdaję sobie sprawę, że system Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej jest przewlekłe przeciążony. Niemniej jednak obciążenie jednostki Ratownictwa Medycznego zadaniami, które powinny zostać wykonane w Podstawowej lub Specjalistycznej Opiece Zdrowotnej powoduje, że ludzie potrzebujący pilnej pomocy, ze świeżymi urazami czy innymi jednostkami chorobowymi wypełniającymi definicje ustawowe, zmuszeni są do czekania w wielogodzinnych niekiedy kolejkach.

Wielokrotnie słyszę komentarze sugerujące, że to skandal, żeby pomocy doraźnej udzielał **tylko jeden** zespół lekarsko-pielęgniarski. Że powinno być więcej stanowisk pomocy doraźnej...

Szanowni Państwo, żadnego kraju na świecie nie stać na ciągłe utrzymywanie w gotowości do świadczenia usług kilku zespołów, jeżeli nie wynika to z przelicznika ustawowego – czyli z ilości mieszkańców rejonu operacyjnego.

Czy – idąc do urzędu – jesteście Państwo w stanie spowodować otwarcie dodatkowych stanowisk obsługi w związku z natłokiem pacjentów? Najczęściej nie... Czekamy w kolejce i załatwiamy naszą sprawę, kiedy przyjdzie stosowny czas. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym nie jest inaczej. Pacjenci wymagający pilnej pomocy medycznej otrzymują ją w ciągu kilku minut. Natomiast ci, których np. od dwóch tygodni gnębi ból kolana, muszą się liczyć z koniecznością wykazania cierpliwości





i czekania na swoją kolej. Niestety, dość regularnie dochodzi w SOR do dyskusji, kłótni i rękoczynów pomiędzy poirytowanymi oczekującymi. Często dochodzi do ataków słownych i – niestety – fizycznych na personel naszej jednostki. Tutaj nie pozostawiamy wątpliwości: każdy taki incydent skutkował będzie wezwaniem funkcjonariuszy Policji i wyciągnięciem konsekwencji prawnych, zgodnie z obowiązującymi aktami. Podobnie, proszę pamiętać, że jakiegokolwiek pomówienia, dotyczące rzekomego stanu upojenia personelu, będą natychmiast weryfikowane poprzez badanie alkoestem w obecności policjantów, a następnie stanowić mogą podstawę do roszczeń cywilno-prawnych. Sądzę, że wymóg wzajemnego szacunku jest prosty i nie wymaga uzasadnień...

Niesłabnącym powodzeniem wśród pacjentów cieszy się również punkt Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej zlokalizowany w naszym szpitalu, chociaż nie stanowiący integralnej części struktury SOR. Pomimo, że dyżuruje tam dwoje lekarzy, to należy pamiętać, że mają oni również obowiązki wyjazdowe w postaci wizyt domowych u chorych leżących. Stąd próby wymuszenia zaopatrzenia pacjenta od kilku dni cierpiącego z powodu przeziębienia, kierowane do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, są o tyle niecelowe, co odwracają uwagę od poszkodowanych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Ostatnio byłem mimowolnym świadkiem rozmowy dwóch par, oczekujących przed Ambulatorium Chirurgicznym. Jedna z nich tłumaczyła ze znanstwem, że przyszła tutaj celem wykonania badania kontrolnego, ponieważ terminy w poradni specjalistycznej nie spełniają jej oczekiwań. Zamierzała

podać, że miał miejsce ponowny uraz danej okolicy ciała. Twierdziła, że „to zawsze działa”... Tym razem nie zadziałało. I całe szczęście. Bo – pomijając niecelowość takiego postępowania i koszty związane z diagnostyką – w kolejce czekało wówczas kilka osób, na pierwszy rzut oka znacznie bardziej predysponowanych do uzyskania pomocy doraźnej.

I tu zaczyna się mój apel do Czytelników: Szanowni Państwo, pomyślnie czasem o innych! O tych, którzy mieli w życiu mniej szczęścia od nas. Którzy doznali obrażeń, udaru mózgu czy zawału mięśnia sercowego. Pomyślnie o nich już sięgając po słuchawkę z zamiarem wykręcenia numeru alarmowego 999. Np. celem wezwania zespołu do rany opuszki palca długości około 5 mm bez krwawienia w momencie przyjazdu do szpitala. To przykład z ostatniego miesiąca. Weźmy pod uwagę, że

w czasie, w którym zespół próbuje zrozumieć sens wezwania do nadciśnienia tętniczego (będącego wszak chorobą przewlekłą) i zbadać wzywającego, ktoś inny liczy sekundy i wypatruje karetki, bo obok leży ciężko chora osoba mu najbliższa.

Zanim postanowicie przyjechać do SOR i próbować ominąć kolejkę do poradni, pomyślnie, że za tymi przesuwającymi drzwiami zazwyczaj leży kilka osób, których życie zależy bezpośrednio od czasu naszej reakcji i szybkiej pomocy. Której ciężko udzielać, mając nad głową kilka głośno krzyżących osób, domagających się natychmiastowego zajęcia się ich nagniotkiem.

Podsumowując: Szpitalny Oddział Ratunkowy to miejsce, w którym staramy się Państwu udzielić wykwalifikowanej pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zespoły Ratownictwa Medycznego służą pomocą na miejscu zdarzenia. Ale te obydwa elementy Systemu Ratownictwa Medycznego powinny działać w ściśle określonych wskazaniach. Nie należy nas mylić z przychodnią POZ, poradniami specjalistycznymi, czy obiektami rozrywki codziennej i miejscem spotkań towarzyskich (to szczególnie w weekendowe wieczory). **Pozwólcie nam robić to, do czego zostaliśmy powołani i wyszkoleni, nie zmuszajcie zaś do zajmowania się problemami bardzo nieraz dalekimi od nagłych i poważnych. Wtedy wzrasta szansa na to, że będziemy tym bardziej efektywnie mogli nieść pomoc tym, którzy naprawdę potrzebują jej tu i teraz.**



Z życia szpitala...



12 MAJA

Wspólnie świętowaliśmy Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej. W naszym szpitalu to niezwykle ważna, licząca ponad 600 osób, grupa zawodowa. Pielęgniarki i położne stanowią aż 41,5% wszystkich pracowników szpitala wojewódzkiego. Nie sposób wyobrazić sobie bez nich funkcjonowania szpitala. Dlatego w dniu ich święta nie zabrakło dla nich życzeń, kwiatów i gratulacji od dyrekcji i pozostałych pracowników szpitala, także od doceniających ich wysiłek pacjentów.

Przed zbliżającym się Dniem Dziecka u naszych maluchów leczonych w Oddziale Pediatrycznym zagościli aktorzy aż z Krakowa. Zaprzyjaźniona z naszym szpitalem od lat Agencja Prekursor Artystyczny wystawiła barwny i zabawny, choć niepozbawiony treści edukacyjnych, spektakl o kreciku Eciku i jego sympatycznych przyjaciółach. W przedstawieniu obok dzieci uczestniczyli także ich rodzice.



18 MAJA



28 MAJA

W holu naszego szpitala odbyła się akcja profilaktyczna towarzysząca obchodom Światowego Dnia bez Papierosa. Z tej okazji wykonywaliśmy bezpłatne badania profilaktyczne, jednocześnie promując zdrowy tryb życia. W akcji wspierało nas elbląskie Centrum Radioterapii i Usprawniania.

31 MAJA

To, że świat bez dymu tytoniowego może być zdrowszy, potwierdziliśmy biorąc udział w kolejnej, tym razem ogólnomiejskiej, akcji - na Placu Jagiellończyka. W geście solidarności z uczestniczącą w akcji młodzieżą elbląskich szkół, tańczyliśmy wspólnie zumbę. Rej wodziła nasza pielęgniarka - certyfikowana instruktorka zumbę – Iwona Anuszek.



1 CZERWCA

Wiadomo – Międzynarodowy Dzień Dziecka! Tylko do naszych dwóch oddziałów: pediatrycznego i niemowlęcego trafia rocznie ponad dwa tysiące najmłodszych pacjentów. W tym roku niespodzianką dla nich była wizyta uczniów klasy IV „a” z elbląskiej szkoły muzycznej. Jak na przyszłych artystów przystało, były śpiewy i gra na instrumentach, a także ciekawe konkursy z nagrodami, czytanie bajek. Było bardzo radośnie!

Z życia szpitala...

1 CZERWCA

Obchodów Dnia Dziecka ciąg dalszy – po południu pod okna Oddziału Pediatrycznego zjechała z wielkim hukiem kawalkada kilkunastu motocykli. To nasi przyjaciele z elbląskiej grupy MOTOTEAM, którzy od lat odwiedzają chore maluchy z okazji Mikołajek czy innych sympatycznych okazji, zawsze z prezentami. Także tym razem były maskotki i słodycze.



3 CZERWCA

Tego jeszcze w naszym szpitalu nie było! W holu za Izbą Przyjęć wystawiliśmy obrazy uczniów Liceum Plastycznego w Gronowie Górnym. To nadzwyczaj udane kopie dzieł wielkich mistrzów światowego malarstwa. Prace zostały nam wypożyczone na czas wakacji, nie pozbawiając nas nadziei na dalszą, tak piękną i barwną współpracę.

11 CZERWCA

Dzięki finansowemu wsparcia Samorządu Województwa Warmińsko - Mazurskiego nasz szpital rozpoczął realizację kolejnego programu zdrowotnego skierowanego do mieszkańców Elbląga i regionu. Jego temat to „Dbaj o formę – profilaktyka wad postawy i nadwagi”. Pierwsze z trzech zaplanowanych spotkań odbyło się we Fromborku. O tym, jak należy o siebie dbać mówili m.in. lekarz internista, rehabilitant, doradca dietetyczny. Była też okazja do wykonania podstawowych badań profilaktycznych. Na koniec: porcja gimnastyki a następnie zasłużony poczęstunek – oczywiście bardzo zdrowy!



11 CZERWCA

Ekipę naszego szpitala coraz częściej spotkać można... poza jego murami. Ideę zdrowego styl życia można wszak głosić wszędzie. Tu, na zdjęciu, gościmy na plenerowym „Dniu Sąsiada” na elbląskiej Zawadzie. Nasze pielęgniarki jak zawsze z zapałem pracują, wykonując bezpłatne badania profilaktyczne, nasi ratownicy zaś pilnują, aby nikomu nic złego podczas zabawy się nie stało.



Kornelia Tryka
Studentka Wydziału Medycznego
Uniwersytetu w Oslo w Norwegii

Po raz pierwszy do Norwegii wyjechałam mając lat 16 i już wówczas wiedziałam, że będę tam mieszkać. W Norwegii pracowałam od kilku lat moja mama. Po ukończeniu Liceum Ogólnokształcącego w Nowym Dworze Gdańskim wyjechaliśmy z młodszym rodzeństwem (siostrą i bratem) do mamy już na stałe. Zamieszkaliśmy w Oslo.

Przez pierwszy rok uczyłam się języka norweskiego na Uniwersytecie w Oslo. Po dwóch latach zdałam egzamin państwowy, który dał mi możliwość podjęcia dalszej edukacji w Norwegii, Szwecji i Danii.

Zaproponowano mi wówczas kurs opiekuńcza osób starszych. Na kursie nadrobiłam braki z biologii i anatomii. A ponieważ ukończyłam LO o profilu ekonomicznym, to rozszerzone wiadomości z biologii i anatomii bardzo mi pomogły w otrzymaniu kilku dodatkowych punktów na studia pielęgniarstwa. Już po pierwszych praktykach z osobami starszymi wiedziałam, że chcę zostać pielęgniarką, choć wcześniej wcale o tym nie myślałam.

Studia na kierunku pielęgniarstwie podjęłam trzy lata temu. Na pierwszym roku całymi dniami przesiadywałam w bibliotece. Treści, których się uczyłam, tłumaczyłam z norweskiego na polski a z polskiego na łacinę. Po kilku miesiącach doszłam do wniosku, że dalej tak nie dam rady. Podjęłam decyzję, że będę studiować tylko po norwesku.

Swoją pierwszą praktykę pielęgniarstwa odbyłam w Bergen, mieście nieco oddalonym od Oslo. Ku mojemu zaskoczeniu okazało się, że ludzie mówią tam, co prawda, po

Z Oslo na praktykę do Elbląga

Choć bez problemu mogła wyjechać na praktykę pielęgniarstwa w tak egzotyczne miejsca jak Indie, Tajlandia czy Madagaskar, zdecydowała się na Elbląg. Przez miesiąc była praktykantką w naszym Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. O swojej fascynującej przygodzie z Norwegią oraz odkryciu powołania, jakim okazało się pielęgniarstwo, opowiada 28-letnia Kornelia Tryka, pochodząca z Nowego Dworu Gdańskiego, aktualnie studentka Wydziału Medycznego (Kierunek Pielęgniarstwo) na Uniwersytecie w Oslo.



norwesku, ale innym dialektem tzw. Nynorsk. A ja mówiłam w dialekcie Bokmal! Było to mocno frustrujące, bo nagle przestałam rozumieć, co się do mnie mówi. Dałam sobie DWA DNI na nauczenie się nowego dialektu i udało się. Tę praktykę odbywałam placówce, w której przebywali pacjenci z demencją starczą. To było bardzo charakterystyczne miejsce, panował tam ogromny spokój i cisza. Wszystko po to, aby zapewnić pacjentom komfort psychiczny. W takim właśnie miejscu odbyłam praktykę administracyjną, do moich zadań należało rozdzielanie pracy, podawanie leków, badanie stężenia glukozy we krwi.

Trzeba tu podkreślić, że w systemie norweskiej opieki kładzie się ogromny nacisk na to, by starsi ludzie mogli jak najdłużej pozostać w swoich rodzinnych domach. Dlatego bardzo mocno rozbudowana jest opieka społeczna.

Swoją kolejną praktykę pielęgniarstwa odbyłam w oddziale ortopedycznym w szpitalu oddalonym od Oslo o kilkanaście kilometrów. Zaliczyłam też praktyki w oddziale wewnętrznym i psychiatrycznym.

- Kornelio, czy miałaś praktyki w oddziale dziecięcym?

- W oddziale dziecięcym mogą praktykować tylko studenci z doświadczeniem w pracy z dziećmi. Są do tego wybierani bardzo nieliczni studenci.

- Co robiłaś oprócz studiowania?

- Popołudniami i w weekendy pracowałam w oddziale rehabilitacyjnym z pacjentami np. po udarach czy wylewach. Ta dodatkowa praca pozwoliła mi na samodzielne mieszkanie.

- Jak się stało, że przyjechałaś do Polski do naszego szpitala na praktykę?

- Ja już po pierwszym roku studiów chciałam odbyć praktykę pielęgniarstwa w Polsce, ale uczelnia nie wzięła wówczas na to zgody. Bardzo chciałam wiedzieć, jak wygląda praca pielęgniarki w polskim szpitalu. Chociaż nigdy wcześniej nie byłam w szpitalu, nawet jako pacjentka, to bardzo mnie to interesowało. Na III roku studiów moja uczelnia wysłała studentów na tzw. praktyki uzupełniające np. do Indii, Tajlandii, na Madagaskar. Wykorzystałam ten fakt i rozpoczęłam ubieganie się o możliwość podjęcia praktyki w Polsce a dokładniej w elbląskim szpitalu wojewódzkim. Przetłumaczyłam wszystkie niezbędne dokumenty i udało się.

- Obawiałaś się czegoś w związku z praktyką w Polsce?

- W zasadzie najbardziej bałam się tego, że nie podołam językowo. Cały weekend przed przyjazdem czytałam polskie portale, aby ćwiczyć wymowę.

- Dziękuję za rozmowę

Danuta Stanicka

Kobieta z pasją: **Danuta Kujawa**

Lodowaty zastrzyk energii

Lato w całej pełni, zatem niejako dla „ochłody” prezentujemy Danusię Kujawę - kobietę, która po „pięćdziesiątce” dołączyła do grupy Elbląskich Morsów i po jednym zaledwie sezonie regularnych kąpeli w Bałtyku nie wyobraża sobie, że miałyby spędzać kolejne zimowe niedziele inaczej, niż w lodowatej wodzie. Nasza niezwykle pozytywna i energetyczna koleżanka to „żywy” dowód na to, że nowe pasje (także te ekstremalne) można rozpoczynać w każdym wieku.



Danusia (w środku) wraz z koleżankami z Klubu Morsów po jednej z pierwszych kąpeli w Bałtyku

- Przez wiele lat, spacerując zimą po plaży w Stegnie, przyglądałam się grupom ludzi, którzy mimo bardzo niskiej temperatury kąpali się w Bałtyku. Na samą myśl, że miałabym podobnie jak oni zanurzyć się w lodowatej wodzie, robiło mi się jeszcze bardziej zimno i tylko... szczerzej otulałam się szalikiem. Żadna siła nie zmusiłaby mnie wówczas, by przy takim mrozie rozebrać się na plaży i wejść do wody... brrr!!! - wspomina Danuta. - Tak naprawdę po raz pierwszy o czynnym „morsowaniu” pomyślałam trzy lata temu, przy okazji pobytu w górach. To była scena jak z filmu: parujące baseny termalne, rozgwieżdżone niebo, temperatura powietrza – 12°C, a my siedzimy w ciepłutkiej wodzie. W pewnym momencie z naszego basenu wychodzi mężczyzna i... zaczyna nacierać się śniegiem, po czym zanurza się w niecce przy basenie z lodowatą wodą. Następnie, jak gdyby nigdy nic, wchodzi z powrotem do basenu z ciepłą wodą. Pomyślałam sobie wówczas: - „Dlaczego by

nie spróbować?” i... zrobiłam dokładnie to samo, co on. I ... nic! Żadnego zimna, jedynie mrowienie skóry. Wtedy już czułam, że będę „morsowała”! Oczywiście, zanim wprowadziłam swoje postanowienie w czyn, upłynęło jeszcze trochę czasu...

Prawdziwa przygoda Danuty z „morsowaniem” rozpoczęła się w październiku ubiegłego roku. Zaprzyjaźniła się wówczas z Klubem Elbląskich Morsów, (o ich aktywności dowiedziała się na Facebooku), w dodatku okazało się, że jedna z jej szpitalnych koleżanek, pielęgniarka Grażyna Onoszko-Półtorak od wielu lat jest członkinią klubu. I tak, z przyjacielską pomocą i wsparciem, po raz pierwszy zanurzyła się w wodach Bałtyku.

- Temperatura wody wynosiła wówczas 4,5°C, był chłodny jesienny dzień. Niewiele pamiętam z tej pierwszej kąpeli, wchodziłam jak w transie, prowadzona przez osoby, które już długo „morsują”. Po 5 minutach

kazano mi wyjść z wody. Ale ja już wiedziałam, że będę to robiła i systematycznie, przez cały zimowy sezon, w każdą niedzielę w południe, po krótkiej rozgrzewce, z grupą zapaleńców, wchodziłam do wody.

Po tym premierowym wyczynie Danusi jedna z jej córek napisała na Facebooku: Pękam z dumy! Moja mamusia jest najlepsza, zresztą nie podlega to dyskusji! Mama zaimponowała córkom tak bardzo, że kilka miesięcy później także one postanowiły przejść „chrzest bojowy” - jak twierdzą - dla towarzystwa.

- Nasze kąpiele trwają od 5 do 20 minut - każdy indywidualnie decyduje o ich długości. Co ważne- podkreśla Danuta - atmosfera tych wspólnych kąpeli jest bardzo miła, ludzie są uśmiechnięci, zadowoleni – pozytywnie zakręceny. Oczywiście, nie będę się rozwodziła na temat dobroczynnego wpływu regularnego przebywania w zimnej wodzie na organizm, bo każdy może o tym poczytać. Najważniejszy według mnie jest fakt, że „morsowanie” daje potężny zastrzyk pozytywnej energii, tak potrzebny każdemu z nas do funkcjonowania w dzisiejszej rzeczywistości. Dlatego... POLECAM!!!



Danuta Kujawa jest z zawodu pielęgniarką. Od roku 1981 do 1987 zatrudniona była w elbląskim szpitalu przy ul. Żeromskiego w Oddziale Noworodków i Wcześnieńców. Od 1987 do 2001 roku pracowała w szpitalu wojewódzkim w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka.

Od 15 lat kieruje firmą zajmującą się utrzymaniem porządku w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu (obecnie Spółdzielnia Inwalidów „Naprzód”).



Marzena Kapusta kierownik Archiwum Zakładowego

UDOSTĘPNIANIE dokumentacji medycznej

Szpitalne Archiwum. Możemy tu otrzymać kopię, lub tylko na miejscu przejrzeć oryginał, dokumentacji medycznej leczonych u nas pacjentów. To miejsce, w którym w ostatnim czasie dokonało się wiele pozytywnych, korzystnych dla pacjentów i samego archiwum zmian. Na najczęściej zadawane tu pytania odpowiada Marzena Kapusta - kierownik Archiwum Zakładowego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu.

- W jakich godzinach czynne jest Archiwum Zakładowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu?

- Archiwum jest czynne w dni robocze, w poniedziałek od 7.25 do 16.30, od wtorku do piątku od 7.25 do 15.00.

- Kto i w jaki sposób może uzyskać dokumentację medyczną?

- Dokumentacja medyczna jest udostępniana: pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, osobie upoważnionej przez pacjenta w dokumentacji medycznej lub na podstawie odrębnego pełnomocnictwa (upoważnienia). Dokumentację medyczną można uzyskać poprzez dokonanie wglądu na miejscu w archiwum, pobranie kopii, wyciągu lub odpisu, a także poprzez wydanie oryginału. Kopię dokumentacji medycznej wydaje się w wersji papierowej, ale także elektronicznej. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

- Czy pacjenci mogą sami dokonać wglądu do swojej dokumentacji medycznej?

- Tak. W naszym archiwum są przygotowane stanowiska dla pacjentów, gdzie mogą zapoznać się ze swoją dokumentacją medyczną na miejscu, nie ponosząc żadnych opłat. Aktualnie istnieje możliwość podglądu elektronicznej postaci historii choroby na ekranie monitora.

- Ile lat przechowuje się dokumentację medyczną? Jaka dokumentacja medyczna znajduje się w archiwum?

- Archiwum przechowuje dokumentację medyczną pacjentów leczonych w od-

działach szpitala, poradniach przyszpitalnych, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, ambulatoriach, a także karty wyjazdów karettek Działu Ratownictwa Medycznego. Zazwyczaj archiwum przechowuje dokumentację medyczną przez 20 lat. Dłużej tzn. 30 lat przechowuje się dokumentację pacjentów zmarłych i tych, którym podczas hospitalizacji podawano krew lub preparaty krwiopochodne. Dokumentację medyczną dzieci do 2 roku życia przechowuje się 22 lata.

- Czy mogę otrzymać dokumentację najbliższej rodziny?

- Tak, jeżeli rodzina posiada upoważnienie. Zwykle pełnomocnictwo znajduje się w historii choroby, gdzie pacjent w dniu przyjęcia do szpitala wskazuje osobę, którą upoważnia do uzyskania swojej dokumentacji medycznej. W

przypadku dziecka, jeśli jest osobą niepełnoletnią, nie jest wymagane upoważnienie, ponieważ rodzice są jego przedstawicielami ustawowymi. Należy tylko okazać akt urodzenia dziecka i w każdym przypadku udostępnienia - dokument tożsamości ze zdjęciem.

- Gdzie należy się zgłosić, aby otrzymać dokumentację medyczną?

- Udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się na podstawie Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej osobom fizycznym. Wniosek można pobrać i złożyć osobiście na miejscu w Archiwum Zakładowym, Sekretariacie i Kancelarii lub pobrać druk dostępny na stronie internetowej szpitala www.szpital.elblag.pl (zakładka: pacjent udostępnianie dokumentacji medycznej), wypełnić, złożyć podpis i wysłać pocztą na adres szpitala lub ze-



Pracownia codziennosc w szpitalnym archiwum

skanować wypełniony wniosek i przesłać na adres poczty elektronicznej archiwum@szpital.elblag.pl

- Nie mieszkam w Elblągu. Czy dokumentację medyczną muszę odebrać osobiście? Czy mogę ją uzyskać w inny sposób?

- Pracownik archiwum weryfikuje każdy otrzymany wniosek indywidualnie. Jeśli spełnia on wszelkie wymogi formalno-prawne, dokumentacja medyczna, na prośbę osoby wnioskującej, jest wysyłana listem poleconym na adres podany we wniosku.

- Jaki jest czas oczekiwania na wydanie kopii dokumentacji medycznej?

- Archiwum wydaje dokumentację medyczną bez zbędnej zwłoki. Zazwyczaj dokumentacja gotowa jest do odbioru w ciągu 1-3 dni, maksymalny czas ocze-

kiwania wynosi 14 dni. Termin odbioru uzależniony jest od ilości stron oraz dostępności wnioskowanej dokumentacji.

- Jaki jest koszt udostępnienia dokumentacji medycznej?

- Wysokość opłat podana jest w cenniku usług dostępnym na stronie www.szpital.elblag.pl (pkt. 7.3. Usługi niemedyczne opłaty za usługi administracyjne). Za przesłanie dokumentacji medycznej listem poleconym dodatkowo należy doliczyć koszt przesyłki według cennika Poczty Polskiej.

- Czy istnieje możliwość uzyskania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej?

- Tak. Aktualnie, na wniosek pacjenta, archiwum udostępnia historie choroby pacjentów, badania RTG, TK, MRI, któ-

re zapisuje się na płycie CD. Pracownik archiwum sporządzający kopię dokumentacji podpisuje ją elektronicznym podpisem kwalifikowanym. Jest to znacznie tańsza i wygodniejsza dla pacjenta forma udostępnienia dokumentacji medycznej.

- Jakie dokumenty będą potrzebne, aby otrzymać dokumentację medyczną?

- Aby pobrać dokumentację medyczną należy okazać dokument tożsamości ze zdjęciem, w przypadku pełnomocnika dodatkowo upoważnienie wystawione przez pacjenta, w przypadku przedstawiciela ustawowego (rodziców, opiekunów prawnych) - akt urodzenia małoletniego, postanowienie o ustanowieniu rodziny zastępczej, postanowienie o opiece nad ubezwłasnowolnionym itp.

Włodzimierz Mazurek - POŻEGNANIE

W poniedziałek 18 kwietnia 2016 r. po ciężkiej chorobie zmarł w wieku 79 lat dr n. med. Włodzimierz Mazurek, wybitny elbląski ginekolog i położnik, lekarz szczerze oddany pacjentkom, nauczyciel i mentor kilku pokoleń lekarzy, których wspierał swoją wiedzą, mądrością i doświadczeniem zarówno w pracy, jak i w życiu.

Podczas ponad 50 - letniej pracy w naszym mieście pomógł przyjść na świat dziesiątkom tysięcy nowych elblążan. Także wśród ich mam cieszył się zawsze wielkim szacunkiem i sympatią. Pacjentki z ogromną ufnością oddawały swoje zdrowie w Jego fachowe ręce, sam Doktor zaś wciąż z niegasnącym z oddaniem pomagał kobietom w ich problemach zdrowotnych, a równocześnie szkolił się, by jak najdoskonalej móc wypełniać swoją lekarską misję. W ostatnich latach, choć postępująca choroba mocno już Mu to utrudniała, był wciąż aktywny zawodowo.

Włodzimierz Mazurek urodził się 1 października 1936 roku w Koninie. Po ukończeniu studiów medycznych pracował kolejno w szpitalach w Nowym Tomysłu i w Gdańsku, skąd trafił do Elbląga.

Z naszym miastem związany był od 1963 roku. Zatrudniony początkowo w szpitalu miejskim przy ul. Żeromskiego kolejno jako: młodszy asystent, asystent, starszy asystent, z-ca dyrektora, od 1977 do 1988 roku - jako Ordynator Oddziału Ginekologii i Położnictwa.

W roku 1972 zdobył specjalizację II stopnia z położnictwa i ginekologii, w roku 1987 - tytuł doktora nauk medycznych.



Od roku 1988, czyli od momentu otwarcia działalności Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu aż do swego odejścia na emeryturę w roku 2003 pełnił tu funkcję Ordynatora Oddziału Ginekologiczno - Położniczego.

Niemal do ostatnich miesięcy swego życia dr Włodzimierz Mazurek przyjmował swoje pacjentki w przyszpitalnej Poradni Konsultacyjnej Ginekologiczno - Położniczej.

Historia WSZ w Elblągu w pigułce (część 5)

Wiosną 1988 r. na łamach lokalnej prasy zaczęły się coraz częściej pojawiać wzmianki o planowanym otwarciu „nowego” szpitala, ukazywały się optymistyczne publikacje o rychłym terminie przyjęcia pierwszych pacjentów. Przygotowania do uruchomienia szpitalnego „kombinatu zdrowia” przypominały rozruch wielkiej fabryki. Termin 1 lipca 1988 r. na przyjęcie pierwszych pacjentów w nowej placówce stał się obowiązujący.

W połowie czerwca red. Mirosław Dymczak pisze w „Głosie Wybrzeża”: „Na dwa tygodnie przed dniem zero sytuacja przedstawia się następująco: ustalono i zaangażowano prawie wszystkich ordynatorów poszczególnych oddziałów oraz pielęgniarki oddziałowe, skompletowano leki dla szpitalnej apteki, gotowe do pracy są rentgeny i laboratorium analityczne. Od dłuższego czasu pracuje pralnia świadcząca usługi z tego zakresu wszystkim placówkom służby zdrowia w mieście, dziś natomiast rusza kuchnia, która na początek będzie przygotowywać obiady dla personelu”.

Dyrekcja nowego szpitala przyjęła następującą strategię przejmowania obiektu: z chwilą przekazania przez budowlanców kolejnych pomieszczeń powoływano oddziały, które ze swoim personelem i przy pomocy pionu gospodarczego wyposażały oddział zgodnie z planem. Z dużą ofiarnością i aktywnością urządzano sale chorych, gabinety, ściągano niezbędną

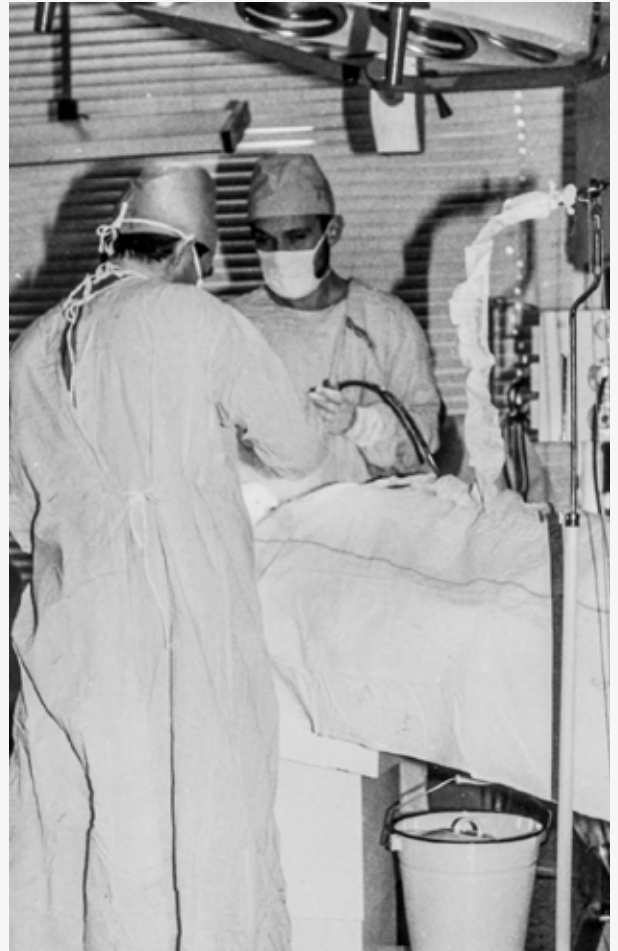
sprzęt, meble z rozmaitych magazynów – to wszystko pod czujnym okiem dyrektora Jerzego Litwina i naczelnej pielęgniarki mgr Krystyny Rakowskiej.

28 czerwca 1988 r. uruchomiono szpitalną Izbę Przyjęć, dwa dni później (bez fanfar, przecinania wstęgi i reporterskich fleszy), przyjęto pierwszych pacjentów (na Oddział Neurologiczny, który „ruszył” jako pierwszy). Do końca lipca uruchomiono łącznie 13 oddziałów na 610 łóżek. Obok neurologii działalność rozpoczęły dwa oddziały pediatryczne, laryngologia, Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, dwa oddziały internistyczne, okulistyka, kardiologia, chirurgia, ortopedia, położnictwo i ginekologia i Oddział Noworodkowy. Otwarto też Blok Operacyjny i Zakłady: Radiologii, Rehabilitacji oraz Anatomii Patologicznej (ten ostatni przy ul. Waryńskiego). Rozruch złożonej maszyny, jak ją wówczas nazywano: „fabryka zdrowia”, przebiegał harmonijnie, bez specjalnych zakłóceń.

Irena Rukujżo-Półtorzecka z Wydziału Zdrowia elbląskiego Urzędu Wojewódzkiego tak podsumowuje początki pracy szpitala: „Szpitalowi nie można odmówić nowoczesności. Sale chorych 2 – 3 osobowe, gabinety, pracownie – przestrzenne, widne, wysoki standard, wyposażenia węzłów sanitarnych i zaplecza kuchennego. Własna centralna sterylizatornia, stacja płynów infuzyjnych, nowy sprzęt diagnostyczny i operacyjny, (uzyskany dzięki niektórym elbląskim zakładom pracy - zasługę miały tu zwłaszcza „Elbrewery”, „Zamech”, „Renoma” i „Furnel”), co pozwoliło postawić

Wojewódzki Szpital Zespólny w szeregu nowoczesnych placówek służby zdrowia w kraju.

Spółeczeństwo województwa elbląskiego otrzymało bardzo długo oczekiwany prezent – nowoczesny szpital, jakich niewiele w kraju. Czternastoletnia budowa tego „daru” usłana była tysiącami przeszkód, spiętrzonych przeciwności, przysłowio- wych „schodów”. Nietarminowe wykonanie obiektu znacznie podrożyło koszty inwestycji, blokując też na lata powstawanie



Koniec lat 80. Jedna z naszych pierwszych operacji

innych, mniejszych placówek w województwie.

Mieszkańcy Elbląga chyba odczuwali, że przedsięwzięcie to było budowlaną „drogą przez mękę”. Reszta prawdy, trudu, kłopotów leży zapewne w archiwalnych już „dziennikach budowy” poszczególnych kierowników. Jednakże ta męka tworzenia zaowocowała pięknym kompleksem leczniczym, w którym efekt finalny z pewnością należał do kadry medycznej, technicznej i administracyjnej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego”.

Anna Kowalska



Krystyna Rakowska
– Naczelną Pielęgniarką szpitala (1987-1998),
Dyrektor ds. Pielęgniarnictwa (1999-2008)

ELBLĄSKIE SZPITALE

(część 1)

Rozpoczynamy nowy cykl pn. „Elbląskie szpitale”. Jego autorem jest lek. Bolesław Szatrański, specjalista chorób płuc przez wiele lat kierujący szpitalnym Ośrodkiem Domowego Leczenia Tlenem, prywatnie – pasjonat i znawca historii Elbląga. Od kilku lat na emeryturze, proponuje Państwu wędrowkę po historii elbląskiego szpitalnictwa.

Pojęcie „szpitala” jako miejsca, w którym zajmowano się ludźmi chorymi, zaczęło kształtować się już w okresach rozkwitu kultury greckiej i rzymskiej. Lecznictwo było wówczas domeną kapłanów, ale w miarę rozwoju cywilizacji powstawały także świeckie zakłady lecznicze, szpitaliki, gabinety zabiegowe. Zmierzch cywilizacji rzymskiej na kilka stuleci wstrzymał rozwój szpitalnictwa. Wspaniały był natomiast rozwój szpitalnictwa w Bizancjum i krajach arabskich. Budownictwo szpitali i ich wewnętrzna organizacja w Bagdadzie czy Damaszku już w X wieku odpowiadały standardom szpitalnictwa europejskiego z XIX wieku!

Rozwój nauk medycznych w kulturze arabskiej nie został niestety wykorzystany w chrześcijańskiej Europie zachodniej. Głównym twórcą europejskiego szpitalnictwa był Kościół i tu też należy szukać zasadniczej przyczyny zahamowania jego rozwoju. W Kościele zwyciężyła bowiem idea miłosierdzia, nakazująca opiekę nad ubogimi. Mniej zatem zajmowano się chorymi

a więcej tworzono przytułków dla żebraków i dla starców, czyli zakładów ówczesnie nazywanych również „szpitalami”.

Tworzone są przytułki dla podróżnych, obcych, ubogich (z łac. *domus hospitalis* - dom gościnny). Stąd etymologia nazwy *hospital* w Polsce - szpital. Prócz roli opiekuńczej przytułków, chorych lub okaleczonych niewątpliwie pielęgnowano, opatrywano i leczono dostępnymi wówczas środkami. Ale stopniowo istotą hospitalizacji stawał się kult poświęcenia, miłosierdzia i katechizacji, bowiem to kościół był organizatorem i beneficjentem fundacji i tworzenia szpitali – przytułków.

Powstają też zakony, których reguła nakazuje poświęcenie się chorym. Takim zakonem był Zakon Krzyżacki. Tworzone przez niego szpitale miały głównie charakter zakładów opiekuńczych, natomiast chorzy lub ranni bracia zakonni byli oczywiście leczeni w zakonnych infirmeriach, (czyli wyodrębnionych salach przeznaczonych dla chorych). Tak więc średniowieczna nazwa



lek. Bolesław Szatrański specjalista chorób płuc

„szpital” okazuje się być bardzo myląca, nieodpowiadająca dzisiejszym pojęciom. Były to raczej dzisiejsze Zakłady Opieki Leczniczej połączone z Domami Opieki Społecznej.

W średniowieczu także w Elblągu powstawały szpitale z kościołami (kaplicami) o charakterze domów opieki dla biednych i podróżnych, jak również dla osób dotkniętych trędem. Ich założycielami byli zarówno Krzyżacy (np. szpital św. Ducha) jak i mieszczanie (szpitale św. Jerzego na Starym i Nowym Mieście - dla chorych na trąd, - XIV w., XV - wieczny szpital pw. św. Elżbiety czy utworzony w 1624 roku szpital zakaźny. Pozostawały one pod nadzorem Rady Miejskiej. Stopniowo, przez wykup miejsc w szpitalach, stawały się one także odpłatnymi zakładami dla osób starszych, tzw. prebendaruszy. Szpital św. Elżbiety przyjmował chorych, ale pełnił także funkcję sierocińca i zakładu pracy przymusowej dla żebraków. W I połowie XIX w. istniało w Elblągu 5 domów opieki społecznej (Hospitaler): św. Ducha, Bożego Ciała, św. Jerzego, św. Elżbiety i Pestbude (szpital zakaźny).

Warto w tym miejscu przypomnieć, że przed 1939r. funkcjonowało w Elblągu aż 6 szpitali. Były to: szpital miejski przy ul. Żeromskiego, szpital św. Jerzego przy ul. Bema, szpital Diakonisek przy Zw. Jaszczurczego, Szpital Bożego Ciała przy ul. Browarnej, Szpital Wojskowy przy ul. Komeńskiego oraz Klinika Laryngologiczna przy ul. Czerwonego Krzyża.

W kolejnym odcinku: Szpital Świętego Ducha



W średniowiecznym szpitalu



HISTORIA

AKCJA ROZPOCZĘTA
W DANII, KONTYNUOWANA
W HOLANDII, NA UKRAINIE
I W POLSCE

CEL

NASZYM CELEM JEST WSPARCIE WCZEŚNIAKÓW
W ICH PIERWSZYCH DNIACH I CZĘSTO PIERWSZEJ
WALCE O ŻYCIĘ - DZIERGAMY OŚMIORNICZKI,
KTÓRE TOWARZYSZĄ MALUCHOM I DODAJĄ
OTUCHY ICH RODZICOM. MACKI OŚMIORNICZEK
PRZYPOMINAJĄ DZIECIOM PEPOWINĘ, DZIĘKI
TEMU WCZEŚNIAKI CZUJĄ SIĘ BEZPIECZNIEJ I SĄ
SPOKOJNIEJSZE, A TYM SAMYM NIE WYRYWAJĄ
PRZEWODÓW I RUREK

KONTAKT:

CHCESZ DOŁĄCZYĆ?

Joanna Kmieć ☎ 781 157 197

SZUKAMY RĘKODZIELNIKÓW, PASMANTERII, SZPITALI,
WOLONTARIUSZY, MIEJSCA NA REKLAMY, DRUKARNI

ZNAJÓŻ NAS!

WWW.ZRZUTKA.PL/2049JT

WWW.FACEBOOK.COM/OSMIORNICZKIOLAWCZESNIAKOW