

KRÓLEWIECKA 146



Czasopismo Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu



TEMAT NUMERU

Czy „Siła jest kobieta”? – o kobietach z kobietami ...

str. 20

Z medycyny pola walki – czyli na froncie ratownictwa...

str. 10

Jak powinien odżywiać się pacjent...

str. 18

Czy rak pęcherza to wyrok?

str. 31

SPIS TREŚCI



Przedmowa Dyrektora Naczelnej Elżbiety Gelert **s. 3**

Dlaczego warto rodzić na Oddziale Ginekologiczno
- Położniczym w WSZ w Elblągu? **s. 4**

Czym jest higiena psychiczna i jak o nią zadbać? **s. 7**



Z medycyny pola walki – czyli na froncie ratownictwa medycznego **s. 10**



Insulinooporność – nowa moda czy realny problem? **s. 14**

Doktorowi Piotrowi na pożegnanie **s. 15**

Farmacja onkologiczna dziś i jej perspektywa na przyszłość **s. 16**

Jak powinien odżywiać się pacjent onkologiczny? **s. 18**



Temat numeru – „Siła jest kobietą” – o kobietach z kobietami
z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego nie tylko dla kobiet **s. 20**

Co pacjent onkologiczny wiedzieć powinien? Kilka praktycznych uwag **s. 26**

Fakty i mity na temat karmienia piersią **s. 28**



Zabieg FESS i ESS czyli endoskopowe leczenie chorób nosa,
zatok przynosowych, oczodołu, podstawy czaszki **s. 30**

Czy rak pęcherza to wyrok? **s. 31**

Co piszczy w jelitach? **s. 32**



PAD - najczęstsza przyczyna hospitalizacji **s. 34**

Pacjencie masz prawo **s. 36**

Czy wiesz jak uzyskać dokumentację medyczną **s. 38**



WYDAWCA
Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu
biuroprasowe@szpital.elblag.pl

ZESPÓŁ REDAKCYJNY
Redaktor naczelna:
Anna Kosno
Redakcja:
Katarzyna Skowrońska

ADRES REDAKCJI
Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu
ul. Królewiecka 146
82-300 Elbląg
Seksja Marketingu
tel. 55 239 57 04

www.szpital.elblag.pl

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

NAKŁAD
3 000 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmian tytułów.
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść nadsyłanych publikacji.



Szanowni Państwo,

rok 2023 jest dla nas Rokiem Jubileuszowym – obchodzić będziemy 35-lecie powstania i działalności Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. To będzie dla nas, tak jak przy okazji każdego jubileuszu, ważny czas, podczas którego podsumujemy swoje osiągnięcia i sukcesy będące sumą starań wielu zaangażowanych w swą pracę osób. Zespołu ludzi, którzy dzięki swym ambicjom kreują nową rzeczywistość, której fundamentem jest nowoczesne podejście zarówno w odniesieniu do pacjenta, jak i metod leczenia. Bez wątplenia pojawią się też refleksje na temat tego, ile wysiłku czeka nas jeszcze, by dotrzeć do takiego stanu, w którym i pacjent i personel czuć będą satysfakcję i zadowolenie.

Konieczność utrzymania wysokiego poziomu jakości świadczonych usług i ciągły rozwój niezmiennie pozostaną naszym priorytetem. Dokładajmy nadal wszelkich starań, aby być szpitalem, który swoją pozycję buduje na profesjonalizmie i społecznym zaufaniu. Szpitalem bezpiecznym dla pacjenta i personelu, czyli również takim, który zapewnia płynność i bezpieczeństwo finansowe oraz dba o infrastrukturę.

Zachęcam wszystkich do zaangażowania się w organizację różnego rodzaju przedsięwzięć mających na celu wizualizację przemian i podsumowanie dotychczasowej działalności Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego na przestrzeni 35 lat istnienia.

Każdy rok jest inny, każde wydanie „Królewieckiej 146” również. Świadomość zdrowotna jest kluczowym determinantem stanu zdrowia społeczeństwa, dlatego edukacja zdrowotna nigdy nie stanie się narzędziem przestarzałym i niepotrzebnym. To wydanie w sposób szczególny dedykujemy naszym pacjentom oraz lokalnej społeczności. Działalność z zakresu promocji i edukacji zdrowia oraz ukazanie osobom mającym znikomą styczność z szeroko pojętym systemem ochrony zdrowia jest ogromnie istotna dla próby zrozumienia wielu aspektów naszego codziennego funkcjonowania.

Dziękuję wszystkim zaangażowanym w powstanie treści niniejszego czasopisma, bez waszej wiedzy, poświęcenia wolnego czasu i chęci zrobienia czegoś dobrego, czegoś więcej, nie byłoby ani tego, ani poprzednich wydań naszego periodyku.

Z serdecznymi pozdrowieniami

Elżbieta Gelert
Dyrektor Naczelną



DLACZEGO WARTO RODZIĆ na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym w WSZ w Elblągu?

Boks porodowy
fot. Ireneusz Zemszał

Poród jest wyjątkowym momentem w życiu każdej kobiety. Towarzyszą mu często skrajne uczucia: radosnego oczekiwania, ale też niepewności, zwątpienia, troski o zdrowie dziecka, strach przed bólem. W przygotowaniu do porodu kobiecie ciężarnej pomaga prowadzący ciążę ginekolog i położna. Ważna jest oferta szpitala do którego trafia pacjentka. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym Oddział Położniczo-Ginekologiczny jest III stopnia referencyjności, co oznacza najwyższe standardy opieki nad kobietami ciężarnymi, z ciążą zagrożoną, o patologicznym przebiegu, w której istnieje ryzyko urodzenia przed 31 tygodniem ciąży.

Przyjęcie ciężarnej odbywa się w Położniczej Izbie Przyjęć w miejscu przeznaczonym wyłącznie dla ciężarnych. Tam położna i lekarz zakładają dokumentację medyczną, przeprowadzają badanie- położnicze, USG, KTG, pobierają badania

biochemiczne i w zależności od wyników tego kompleksu badań kierują pacjentkę na oddział Patologii Ciąży celem dalszej diagnostyki i leczenia lub na Trakt Porodowy celem intensywnego monitorowania i obserwacji na sali przedporodowej lub do porodu drogami natury albo do porodu drogą cięcia cesarskiego.

W Oddziale Patologii Ciąży są sale ścisłego nadzoru położniczego, w których przebywają ciężarne wymagające szczególnego monitorowania. Trakt Porodowy składa się z sali przedporodowej, trzech sal porodów rodzinnych z możliwością immersji wodnej i sali cięć cesarskich.

Po porodzie pacjentki trafiają do Oddziału Położniczego, w którym przebywają wraz z dziećmi w systemie room - in, w pokojach dwuosobowych z węzłami sanitarnymi. Dla pacjentek po cięciach cesarskich jest wyposażona w monitorowanie sala pooperacyjna.

Pacjentkami opiekuje się wykwalifikowany personel lekarski i pielęgniarz. Kadra lekarska składa się z 14 specjalistów i 7 lekarzy w trakcie specjalizacji. Oprócz specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii posiadamy dodatkowe specjalizacje i umiejętności, tj. endokrynologia, laparoscopia, międzynarodowe certyfikaty z zakresu USG, onkologia ginekologiczna.

Personel pielęgniarz - to położne z specjalizacją prowadzenia porodów w pozycjach wertykalnych, po skończonych kursach instrumentariuszek - do wszystkich cięć cesarskich instrumentariuszkami są położne obsługujące salę porodową- ze specjalizacją w zakresie laktacji niefarmakologicznego uśmierzania bólu porodowego i opieki okołoporodowej. W Oddziale zatrudniona jest również psycholog niosąca pomoc wszystkim naszym pacjentkom.

GŁÓWNYMI ZALETAMI PORODU W ASYŚCIE BLISKIEJ OSOBY SĄ:

- wsparcie fizyczne - masaż, pomoc przy zmianach pozycji czy chociażby „potrzymanie za rękę”,
- wsparcie psychiczne, stwarzające poczucie bezpieczeństwa, a przez co łagodzące lęk, stres i ból, budowanie więzi emocjonalnej poprzez wspólne oczekiwanie na narodziny dziecka, a w finalnym momencie przycięcie pępowiny przez osobę towarzyszącą,
- po cięciu cesarskim - zastąpienie mamy w obowiązkach związanych z kangurowaniem.



ZALETY PRZYJMOWANIA POZYCJI WERTYKALNYCH:

- niefarmakologiczna metoda łagodzenia bólu porodowego (większy nacisk główki dziecka na szyjkę macicy wywołany działaniem sił grawitacyjnych, powoduje jej szybsze skracanie i rozwieranie, a co za tym idzie - krótszy czas trwania porodu),
- lepsze ukrwienie łożyska, prowadzące do maksymalnego dotlenienia rodzącego się dziecka,
- równomierne rozłożenie nacisku główki dziecka na tkanki krocza rodzącej zmniejszające ryzyko jego uszkodzeń,
- zachowanie fizjologicznej ruchomości kości guzicznej, która zapewnia sprawne przejście rodzącego się dziecka przez kanał rodny,
- minimalizacja stresu rodzącej,
- ułatwienie parcia w II okresie porodu,
- ochrona krocza.

Staramy się prowadzić porody jak najbardziej naturalnie, zarazem nowoczesnie, dlatego obecność osoby towarzyszącej/partnera przy porodzie, jest w naszym szpitalu szczególnie mile widziana.

Pacjentki w trakcie porodu przybierają pozycje wertykalne, czyli takie które rodzące przyjmują instynktownie. Pozwalają one na jak najbardziej fizjologiczne ustawienie kanału rodnego i wykorzystując siły grawitacji, wspomagają postęp rodzącego się dziecka. Są nimi wszystkie pozycje pozwalające na pionizację ciała kobiety.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentek w naszym szpitalu, sale porodowe wyposażone są w nowoczesne łóżka, dające możliwość dostosowania swojego kształtu do wymaganej pozycji -kłęcznej, siedzącej, kolankowo-tokciowej, czy stojącej. Daje to możliwość odbycia porodu w sposób optymalny dla matki i dziecka. Dostępne dla rodzących są również materace oraz piłki w rozmiarach dopasowanych do potrzeb osób z nich korzystających.



Koordinator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego
lek. Hanicenta Rzepa
fot. Ireneusz Zemszał

Standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej w naszym szpitalu realizowany jest kontakt dziecka z matką „skóra do skóry”. Trwa on po porodzie fizjologicznym w sposób nieprzerwany 2 godziny. Jeżeli z przyczyn ważnych dziecko nie może być kangurowane przez matkę, np. cięcie cesarskie, zapewniamy w naszym szpitalu kangurowanie przez ojca. Odbywa się ono w specjalnie do tego celu wyznaczonym miejscu i przy wsparciu osób wykwalifikowanych.

Dla podniesienia komfortu pobytu matki z dzieckiem w warunkach szpitalnych, sale na oddziale położniczym naszego szpitala zostały stworzone tak, aby wyjść naprzeciw oczekiwaniom świeżo upieczonych mam. Nowoczesne, kolorowe, dwułoż-



Specjalista z zakresu opieki przed i okołoporodowej, położna
BEATA WIĘCKOWSKA



Pielęgniarka
ELŻBIETA WINIARCZYK



Edukator i promotor zdrowia,
położna
AGNIESZKA WÓJCIK



Neurologopeda
AGNIESZKA WOLNA-ŻAK



Ginekolog, położnik
lek. ANNA CZYŻAK-BUKATO



Ginekolog, położnik
lek. JOANNA CHĘĆ



Ginekolog, położnik
lek. MAGDALENA HUZAREWICZ



Ginekolog, położnik
lek. MAKSYMILIAN KURKOWSKI

kowe sale, wyposażone we własny węzeł sanitarny, stwarzają poczucie spokoju i bezpieczeństwa. Zgodnie z wytycznymi Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej, umożliwiony jest stały pobyt matki z dzieckiem (zdrowym), przy wsparciu wysoko wykwalifikowanych

położnych oraz pielęgniarek neonatologicznych. W sytuacjach kryzysowych pacjentki po porodzie są w naszym szpitalu objęte opieką specjalistyczną, między innymi położnej laktacyjnej i psychologa.

ZALETAMI KANGUROWANIA PO PORODZIE SĄ:

- zaspokojenie emocjonalnych potrzeb dziecka, jego poczucie bezpieczeństwa i spokojny sen,
- kolonizacja skóry noworodka florą bakteryjną, co ma ogromny wpływ na jego zdrowie poprzez wzmocnienie układu immunologicznego,
- ogrzewanie noworodka, istotne przy zmianie temperatur jego bezpośredniego otoczenia,
- krótsza hospitalizacja u wcześniaków,
- inicjacja procesu laktacji u matki,
- zmniejszenie ryzyka pojawienia się zaburzeń psychicznych w połogu, np. Baby blues, budowanie więzi psychicznej rodzic dziecko.



Sala noworodka
fot. Ireneusz Zemszał



Specjalista z zakresu opieki przed i okołoporodowej Ewa Cyłkowska
fot. Ireneusz Zemszał

Komfort opieki i bezpieczeństwa zapewnienia wyposażony w nowoczesny sprzęt oraz wykwalifikowany personel oddziału neonatologicznego.

Należy dodać, że przy Oddziale Położniczo-Ginekologicznym działa bardzo prężnie Aktywna Szkoła Rodzenia pomagająca przygotować pacjentkę i partnera do porodu w optymalnych warunkach. Ponadto funkcjonuje Poradnia Konsultacyjna Położniczo – Ginekologiczna, w której prowadzone są pacjentki z ciążą wysokiego ryzyka wychodzące z Pododdziału Patologii Ciąży oraz pacjentki we wczesnym okresie po porodach i cięciach cesarskich. Dopełnia to kompleksową opiekę nad przebiegiem ciąży, porodu i połogiem.

Droga przyszła mamo, zaufaj nam i wybierz Oddział Położniczo- Ginekologiczny w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu.

Opracowanie treści:
Koordynator Oddziału
lek. Henicenta Rzepa

CZYM JEST HIGIENA PSYCHICZNA I JAK O NIĄ ZADBAĆ?



Źródło: <https://www.istockphoto.com/pl>

Czy dbasz właściwie o swoją higienę psychiczną? Czy wiesz na czym ta dbałość miałaby polegać? Wydaje nam się, że dbanie o psychikę może poczekać, że spokojnie będziemy mieli na to czas w przyszłości. Jednak takie myślenie jest krótkowzroczne. Jeżeli nie dbasz o higienę psychiczną, to ucierpią na tym wszystkie sfery Twojego życia. Bo przecież zdrowie psychiczne jest kluczowym elementem naszej życiowej równowagi. O fundamentalnych aspektach dotyczących higieny psychicznej opowiada psycholog z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu - Joanna Kawiecka.

Dzięki rozwojowi medycyny i postępowi nauki dobrze wiemy jak dbać o swoje zdrowie fizyczne. Jak wiadomo „w zdrowym ciele, zdrowy duch”, jednak czy dbanie jedynie o swoje ciało wystarczy, aby psyche (gr. „dusza”) była we właściwym stanie?

Dla wielu ludzi zdrowie stanowi najwyższą wartość. Nie możemy zaniedbywać kwestii z nim związanych. Dbamy o sferę fizyczną - ma przecież ogromne znaczenie, natomiast nie można pomijać również ważnego aspektu naszego życia jakim jest zdrowie psychiczne. O stan swojego umysłu należy dbać dokładnie tak, jak o zdrowie fizyczne, czyli nieustannie. Codziennie staramy się dobrze odżywiać, ruszać, myć ciało. Co robić, by zadbać także o umysł? Dbania o siebie można się nauczyć i uczynić nawykiem. Dbałość o zdrowie to swoje-

go rodzaju inwestycja na przyszłość. Nadal wśród społeczeństwa istnieje bardzo duży strach przed chorobami psychicznymi - jest w tym temacie pewne tabu, choć na szczęście coraz częściej przełamywane. Co można zrobić? Kluczem do równowagi i dobrego samopoczucia jest przede wszystkim higiena psychiczna.

Co należy rozumieć przez pojęcie „higieny psychicznej”, na czym to zjawisko miałoby polegać?

Z definicji „higieny psychicznej” wynika, że jest to postępowanie zmierzające do utrzymania lub przywrócenia zdrowia psychicznego. Wszelkie działania zmierzające do jego ochrony. Wg Światowej Organizacji Zdrowia przez zdrowie psychiczne rozumieć należy nie tylko brak choroby, ale przede wszystkim stan dobrego samopoczucia, takiego, w którym

czujemy się ze sobą dobrze, kiedy nie mamy dyskomfortu, kiedy jesteśmy w stanie normalnie chodzić do pracy i realizować codzienne obowiązki. Można powiedzieć, że istotą higieny psychicznej jest pielęgnowanie zdrowia psychicznego.

Co robić, by zadbać także o umysł?

Należy pamiętać, że nasz umysł tak samo jak mięśnie wymaga odpoczynku. Potrzebuje czasu na chwilę wytchnienia i relaksu, nawet wówczas kiedy jesteśmy maksymalnie przeciążeni obowiązkami. Zawsze starajmy się znaleźć czas na „coś dla siebie”, nagrodę za starania i prace nad sobą. Szukajmy przyjemności dnia codziennego np. spacer, dobry film, książka. Wiele osób poleca medytację jako sposób na uspokojenie myśli, odstresowanie, czy też treningi autogenne. Wystarczy 15 minut codziennie, aby

nauczyć się zarządzać swoimi emocjami, zniwelować działanie czynników negatywnie wpływających na zdrowie psychiczne. Skoncentrowany i zrównoważony umysł przekłada się na dobre samopoczucie i zdrowy mózg. W myśl tej zasady powinniśmy nauczyć się koncentrować każdego dnia na teraźniejszości, na tym co dzieje się wokół nas (nie na przeszłości lub przyszłości) zmniejszy to odczuwany dyskomfort i lęk.

Szanuj siebie, chwal za sukcesy, nawet te małe i doceniaj zalety. W momentach trudności, błędów, porażek zamiast krytykować siebie możemy zapytać „Czego ta sytuacja mnie nauczyła?”, „Co zrobię inaczej następnym razem?”

W obszarze higieny psychicznej mieści się także dobry sen. Powinniśmy spać ok. 6-8 godzin na dobę, wówczas jesteśmy zregenerowani, lepiej funkcjonujemy, nie jesteśmy rozdrażnieni, nie doskwiera nam zmęczenie. Oczywiście zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna to elementy, które również składają się na szeroko pojętą higienę psychiczną. No i emocje...

Ponoć nie ma negatywnych emocji, są tylko trudne. Czy zgodzi się Pani z tym sformułowaniem?

To prawda, podział na emocje pozytywne i negatywne nie istnieje. Zarówno jedno, jak i drugie są nam potrzebne! Pełnią wiele funkcji i mają służyć naszemu zdrowiu. Mówimy raczej o emocjach, które są przyjemne i tych, które przyjemne nie są. Profesor Doliński powiedział:

Ten cytat właśnie ukazuje to, że trudno mówić o emocjach w kontekście pozytywnym, bądź negatywnym. Jak można stwierdzić, że smutek czy złość są negatywne, skoro są one potrzebne? Przecież one wyrażają to, co się z nami dzieje. Smutek sygnalizuje, że czegoś nam brakuje, złość, że nie godzimy się na daną sytuację, z kolei strach pomaga reagować na zagrożenie. Nasi przodkowie, którzy musieli walczyć o przetrwanie właśnie dzięki tego typu emocjom, mieli szansę np. schronić się przed drapieżnikiem. Strach powoduje w naszym organizmie wydzielanie substancji, które stawiają nas w stan gotowości do ucieczki lub walki. Odczuwanie tych emocji jest naturalne i wbrew pozorom potrzebne. Najczęściej utożsa-

lowanie w sobie odczuć będzie miało niekorzystny skutek. W takiej sytuacji mogą nawet przejmować kontrolę nad naszym zachowaniem, wpływając na nasze samopoczucie psychiczne. W myśl zasady zdrowia psychicznego należy emocję rozpoznać (nazwać), dać sobie prawo do jej odczuwania i odpuścić, aby nie nabrała mocy.

Jak radzić sobie z trudnymi emocjami? Czasami wydaje nam się, że jesteśmy źli, tymczasem pod spodem, głęboko w nas tak naprawdę kryje się strach.

Jak próbuję wytłumaczyć czym są trudne emocje, to stosuje metaforę góry lodowej złości. Góra lodowa to ogromna bryła lodu dryfująca na powierzchni oceanu. To, co widzimy po-

„Dzięki emocjom umiemy się bronić, cieszyć kochać, mieć poczucie bezpieczeństwa, pomagają nam one przetrwać i znaleźć sens”. Powiedziało coś jeszcze bardzo ważnego: „Dziś wmawia się ludziom, że jak się pozytywnie nastawią, choć w środku wszystko w nich krzyczy, to zaczerpują rzeczywistość. Takie rady pomagają tylko tym, którzy są w dobrym nastroju. Jeśli ktoś cierpi, bo w jego życiu wydarzyło się coś trudnego, zaprzeczanie na nic się nie zda. Trzeba to przeżyć.”

miamy je z emocjami „negatywnymi” i nieprzyjemnymi. Jednak jeśli chcemy dbać o naszą psychikę to ważne jest nieunikanie takich emocji, a wsłuchiwanie się w nie. Zachowanie naszej higieny psychicznej polega w tym wypadku przede wszystkim na tym, by dać przestrzeń do odczuwania i odpuszczania takich emocji. Kumu-

nad powierzchnią wody, to najmniejsza część tej bryły. Większość góry skrywa się pod taflą oceanu. Podobnie jest ze złością. Złość jest często emocją – maską, pod którą „lubi” się skrywać wiele innych emocji. Rytuje nas koleżanka, która odłożyła złe kubek, dokument jest nie w tym segregatorze co powinien, żona powiedziała nie to co chcielibyśmy usłyszeć. Jesteśmy wściekli. Jednak ta złość może być właśnie podwaliną lęku, niepokoju, strachu, że sobie z czymś nie radzę, a emocje mnie przytłaczają. Czasami też jest tak, że wydaje nam się, że jak nie pokazujemy emocji to ich nie ma. Nie mówimy więc o tym, co czujemy, udajemy, że nic się nie dzieje, bo mamy pozorne poczucie, że lepiej jest nie mówić o swoim lęku, złości, smutku. Tymczasem emocje nigdy nie wygasają same. Tłumienie trudnych emocji nie pozostaje bez konsekwencji. Cierpi na tym dobrostan psychiczny, zaczyna szwankować zdrowie fizyczne. Organizm jest wów-





Pamiętajmy również o telefonie zaufania dla dorosłych

- 116 123 - czynny od 14:00 do 22:00,

telefon zaufania dla dzieci i młodzieży

- 116 111 - czynny całą dobę

czas przeciążony i napięty. Wpadamy w mechanizm błędnego koła. Ukrywanie emocji, tłumienie ich może prowadzić do wielu schorzeń somatycznych np. nadciśnienie tętnicze, wrzody żołądka, choroby skóry itp. Nie uzewnętrznianie emocji może prowadzić również do zaburzeń psychicznych. Nie ma jednoznacznej recepty na to, jak radzić sobie z trudnymi emocjami, ale kluczem jest w tym wszystkim zwracanie uwagi na to, co się ze mną dzieje. Jeżeli zaczynam zauważać, że codzienne czynności zaczynają sprawiać mi trudność, wykonuję je dwa razy wolniej, mam problemy z apetytem, snem, rodzina bądź przyjaciele mówią mi, że coś się ze mną dzieje, to wówczas zachęcam do tego, żeby zasięgnąć porady specjalisty. Ważne jest, abyśmy nie bali się korzystać z pomocy specjalisty i korzystali z różnych form pomocy. Często bywa tak, że jednak boimy się i wstydzimy mówić o swoich trudnościach czy emocjach.

Czy nie wynika to z obawy przed pokazaniem słabości?

Bez wątplenia tak jest. Żyjemy w świecie, w którym prym wiedzie dążenie do ideałów. Idealne życie, sylwetka, rodzina. W szczególności w przestrzeni wirtualnej doświadczamy tego najbardziej. Złe samopoczucie, jakikolwiek przejaw słabości nie wpisuje się w ten kanon. Często bywa tak, że nie dopuszczamy do siebie myśli, że zaburzenie psychiczne może dotknąć właśnie mnie. Każdego, ale nie mnie, przecież zawsze byłam/byłam silna/silny. Zaburzenia psychiczne mogą pojawić się u każdego z nas. Poza tym to nie siła pozwala nam rozwiązywać problemy, a nasze indywidualne zasoby i umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

U kogo można uzyskać pomoc i w jakich przypadkach? Czy może Pani rozjaśnić tę kwestię naszym czytelnikom?

Zauważamy coraz większą świadomość społeczeństwa, mimo, że strach przed pójściem do specjalisty nadal jest duży. Psycholog to specjalista, który pomaga w rozwiązywaniu kryzysu i udziela pomocy psychologicznej. Psycholodzy w ramach swoich kompetencji, mogą wykorzystywać odmienne metody pomocy- interwencja kryzysowa, wsparcie psychologiczne lub psychoterapię. Wspomnę tylko, że nie każdy psychoterapeuta w świetle Polskich przepisów jest psychologiem! Psychoterapia to nie tylko metoda leczenia zaburzeń psychiki. Stosuje się ją również do zmian w strukturze psychicznej i zwiększania potencjału osobowościowego. Psychiatra zajmuje się kwestią zdrowia psychicznego z medycznego punktu widzenia. To on może przepisać leki lub skierować na leczenie szpitalne. Warto wspomnieć, że istnieją różnego rodzaju ośrodki, w których możemy uzyskać pomoc, są to np.: poradnie zdrowia psychicznego, ośrodki interwencji kryzysowej znajdujące się w każdym powiecie, do których możemy się zgłosić w momencie kryzysu psychicznego, w szczególności, gdy czujemy, że nie możemy długo czekać na wizytę. Pamiętajmy również o numerach zaufania dla dorosłych - 116 123 - czynny od 14:00 do 22:00, telefon zaufania dla dzieci i młodzieży - 116 111 - czynny całą dobę, w sytuacji przemocy mamy też niebieską linię 800 120 002. Ponadto istnieją również fundacje, które oferują pomoc, tak jak, np. fundacja „Nagle sami”, która wspiera osoby w żałobie, czy fundacja „Poroniłam.pl”, która wspiera kobiety, które doświadczyły straty dziecka.

Czy istnieje jakiś złoty środek, aby jakość naszego życia psychicznego była „dobra” i perspektywa jakichkolwiek zaburzeń omijała nas szerokim łukiem?

Nasze zdrowie psychiczne może zacząć szwankować w każdym wieku,

niezależnie od płci czy statusu ekonomicznego. Najważniejsze jest to, żeby nie udawać, że problemu nie ma. Jeżeli więc czujemy, że nasze zdrowie psychiczne nie działa tak, jak powinno, czujemy, że w naszym życiu dzieje się coś złego, nie rozumiemy też swoich emocji, które w danym momencie nam towarzyszą, to bardzo ważne jest, aby wykonać pierwszy krok i pójść do specjalisty. Kiedy? Wtedy, gdy objawy obniżonego nastroju utrzymują się powyżej dwóch tygodni. Jakie? Takie jak smutek, apatia, bezradność, poczucie winy, brak energii, ciągłe zmęczenie fizyczne mimo odpoczynku, myśli samobójcze, objawy zaburzonego snu, tj. bezsenność i nadmierna senność, napady lękowe, niepokój w sytuacji, gdy wcześniej nigdy coś takiego nam się nie zdarzało, zmienny nastrój. Jeżeli boimy się pójść do lekarza psychiatry, to zgłośmy się chociażby do lekarza POZ, który oceni czy problem wynika z uwarunkowań fizjologicznych, czy jednak psychicznych.

Rozmawiała: Anna Kosno

„Z medycyny pola walki”, CZYLI O SYSTEMIE Państwowego Ratownictwa Medycznego

System Państwowe Ratownictwo Medyczne powstał, by zapewnić pomoc każdej potrzebującej osobie, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – dalej PRM, są zespoły ratownictwa medycznego (pogotowie ratunkowe) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). Te dwie osobne jednostki to pierwsza, najbardziej wrażliwa linia frontu całego systemu ochrony zdrowia. Tu nie ma czasu na dywagacje. Liczy się szybkość i profesjonalizm. Trzeba błyskawicznie podejmować właściwe decyzje, bo to od nich zależy ludzkie zdrowie i życie. Tu wszystko powinno działać jak w zegarku. Personel, sprzęt, organizacja pracy. Cały system... Co łączy te dwie jednostki oprócz szeroko pojętej współpracy? Cel. Zapewnić pomoc każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

Jak wygląda rzeczywistość z perspektywy elbląskiej linii frontu? O tym rozmawiam z Koordynatorem Działu Ratownictwa Medycznego – dr n. o zdrowiu Przemysławem Wołoszynem, Ratownikami Medycznymi - Pawłem Parczykiem, Marcinem Gracjasem oraz Koordynatorem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – lek. Pawłem Dziurzyńskim i Pielęgniarką Oddziałową mgr Katarzyną Rychcik.

Iloma karetkami dysponuje jednostka Działu Ratownictwa Medycznego w Elblągu? To dużo, mało czy wystarczająco?

Koordinatorem DRM P. Wołoszyn: Elbląskie pogotowie ratunkowe dysponuje 8 zespołami ratownictwa medycznego, z czego jeden jest zespołem specjalistycznym, czyli takim w skład którego wchodzi 2 ratowników i jeden lekarz. Oprócz stacji w Elblągu, mamy również podstacje zlokalizowane w Tolkmicku, Młynarach oraz Pastęku. Wydawać by się mogło, że taka ilość karetek rozproszona w promieniu 20 km od Elbląga jest wystarczająca dla świadczenia usług medycznych. Jednak rok rocznie raportujemy ok. 16 tys. wyjazdów i są dni wśród których zagęszczenie pracy jest bardzo duże, a dostępność ratowników nie zawsze optymalna i wystarczająca. Od kilku lat sukcesywnie wraz z Urzędem Wojewódzkim występujemy do ministerstwa z wnioskiem o zweryfikowanie naszego rejonu działania i utworzenie kolejnego zespołu. Na pytanie czy liczba ta jest wystarczająca, odpowiedzieć należy, że są krótkie okresy w roku, gdy wydaje się, że tak i takie, w których jesteśmy bezwzględnie przekonani, że nasze zasoby są niewystarczające. Analizując to pod kątem sumarycznym w kontekście całego roku bez wątpienia jeszcze jeden zespół podstawowy byłby wskazany.

Jak wygląda sytuacja z perspektywy Ratownika Medycznego w kontekście funkcjonowania całego systemu PRM?

Koordinatorem DRM - P. Wołoszyn: Ratownictwo medyczne staje się bardzo z informatyzowane. Elektro-



nika ma to do siebie, że bywa kapryśna. Część frustracji w pracy wynika z problemów dotyczących sprzętu. Rozwiązania systemowe związane z informatyzacją ratownictwa medycznego postępują bardzo szybko, natomiast obszar wykonawczy za nimi kompletnie nie nadąża. Aktualne warunki rozwoju ratownictwa medycznego zmierzają do asymilacji ze szpitalnym oddziałem ratunkowym. Wymiana dokumentacji, przekazanie informacji o pacjencie to są



kroki, które z miesiąca na miesiąc zmieniają środowisko naszej pracy. Ponadto wejście w życie ustawy o zawodzie ratownika medycznego również zmienia naszą pozycję rynku świadczeń medycznych. Po ponad 30 latach swobodnie rozwijającego się ratownictwa medycznego zmierzają on dziś w kierunku ugruntowanych zawodów, takich jak pielęgniarstwo czy medycyna w odniesieniu do wewnętrznej organizacji tych środowisk. Wskazać również należy, że w aktach prawnych bardzo szybko postępuje rozszerzanie zakresu uprawnień, a co tym idzie i obowiązków. W zeszłym roku podjęliśmy z Dyrekcją WSZ w Elblągu decyzję o rozpoczęciu kształcenia ratowników w kierunku tego co i tak przed nami, czyli wykonywania określonych świadczeń związanych dotychczas z aktywnością lekarską. Od lipca zeszłego roku ratownicy regularnie, codziennie uczestniczą w zajęciach doskonalenia umiejętności intubacji na bloku operacyjnym pod okiem naszych anestezjologów, gdzie pierwotnie nabytą umiejętność dopracowują. W sytuacji, gdy projektowane przepisy staną się obowiązującymi będziemy już na to przygotowani.

Ratownik Medyczny - P. Parczyk: Państwowe Ratownictwo Medyczne jest Państwowe tylko z nazwy. Trudno nazwać system Państwowym Ratownictwem Medycznym, w którym pracują głównie osoby na działalności gospodarczej. Osoby pracujące w PRM muszą samodzielnie opłacać ZUS oraz podatek, samodzielnie kupować umundurowanie, a w przypadku dłuższej nieobecności w pracy, związanej, np. z chorobą czy też wypadkiem, pozostawieni są sami sobie. Nie pracujesz, nie zarabiasz. Poza tym system PRM jest częścią większej całości, ogólnie nazywanej systemem ochrony zdrowia, który w naszym kraju jest wysoce niewydolny, świadczą o tym choćby kolejki do specjalistów, problemy z dostaniem się do lekarza pierwszego kontaktu – czego konsekwencją są przepelnione izby przyjęć i SOR-y. To właśnie tam ludzie szukają pomocy wykorzystując do tego zespoły wyjazdowe systemu PRM.

„Soczewka skupiająca wszystkie problemy polskiego systemu medycyny”, „wąskie gardło opieki medycznej”, „piekło, które sami sobie zgotowaliśmy”, „suma wszystkich strachów polskiej służby zdrowia” - tak opisują SOR specjaliści, lekarze, pielęgniarki, ratownicy w jednym z artykułów który dotyczy funkcjonowania trójmiejskich SOR-ów. Jesteśmy w Elblągu. Czy te określenia odzwierciedlają elbląskie realia? Czy zgodzą się Państwo z tymi określeniami?

Koordinator SOR P. Dziurzyński: W każdym z tych stwierdzeń jest odrobina prawdy, ale żadne nie oddaje w pełni obrazu oddziału ratunkowego. Szpitalny Oddział Ratunkowy znajduje się pośrodku łańcucha jakim jest podstawowa opieka zdrowotna, a leczenie szpitalne. Od funkcjonowania pierwszego i ostatniego elementu zależy funkcjonowanie oddziału ratunkowego.

Pielęgniarka Oddziałowa K. Rychcik: Jesteśmy jednym z ogniw, uzależnionym od dwóch pozostałych. Choćbyśmy działali najprężniej jak to możliwe, a mimo to, ogniwo przed nami i za nami będzie ogniwo słabym, to całość i tak nie będzie funkcjonowała prawidłowo. Codziennie spotykamy się z niewydolnością podstawowej opieki zdrowotnej, jak i chronicznym brakiem miejsc w oddziałach szpitalnych. Trudno nam się jednak porównywać do trójmiejskich SOR-ów – funkcjonują one w zupełnie innych realiach, jednakże dodać należy, że jesteśmy jedynym oddziałem ratunkowym w okolicy i również generujemy ogromną liczbę pacjentów.

Koordinator SOR P. Dziurzyński: W Polsce funkcjonują 243 szpitalne oddziały ratunkowe, w ok. 70 z nich koordynatorem/ordynatorem nie jest specjalista medycyny ratunkowej. To tak jakby w 1/3 oddziałów kardiologicznych, ordynatorem nie był kardiolog. Przyczyną tego jest brak kadr, wynikający z małego zainteresowania lekarzy wykonywaniem tej specjalizacji, chociażby poprzez niewystarczające działania ministerstwa – które nie spowodowały wzrostu zainteresowania młodych lekarzy tą specjalizacją. W ogólnej liczbie 243 Szpitalnych Oddziałów

Na zdjęciu ratownicy medyczni:
Marcin Gracjas i Paweł Parczyk
fot. Anna Kosno

Ratunkowych w Polsce 50 z nich przyjmuje ponad 100 pacjentów na dobę. My jesteśmy na granicy tej liczby, w zeszłym roku przyjęliśmy łącznie 36 tys. pacjentów. Plasujemy się pomiędzy piątą, a szóstą dziesiątką największych SOR-ów w Polsce. Z drugiej strony, w 2019 r. opublikowano raport NIK na temat szpitalnych oddziałów ratunkowych dotyczący oddziałów z południowej Polski, w którym stwierdzono, że od 30% do 50% pacjentów zgłaszających się do SOR nie spełniało kryterium nagłego zagrożenia zdrowotnego i nie powinni byli oni trafić do SOR. W naszym Oddziale z łącznej sumy 36 tysięcy pacjentów przyjmowanych rocznie około 27% wymaga dalszej hospitalizacji w oddziałach szpitalnych.

Porozmawiajmy trochę o teorii – czyli kto powinien trafić na SOR, a kto w rzeczywistości trafia na SOR?

Pielęgniarka Oddziałowa K. Rychcik:

Do SOR powinna trafić osoba z nagłym zagrożeniem życia bądź zdrowia. Zapisy nie są dość szczegółowe, więc zasięg interpretacji może być dość szeroki. A kto do nas trafia? Często to pacjenci z bardzo prozaicznymi problemami, takimi jak gorączka czy ból gardła, ponieważ napotkali przeszkodę na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci skarżą

Sprawne funkcjonowanie oddziału ratunkowego wymaga zatem po pierwsze zespołu ludzi, którzy rozumieją istotę funkcjonowania SOR, a po drugie menedżera szpitala, który rozumie, że ponad 9 tysięcy pacjentów rocznie jest przyjmowana do oddziałów szpitalnych w trybie ostrodyżurkowym i trzeba zapewnić im miejsce, w taki sposób, aby pogodzić interes pacjentów zgłaszających się do przyjęć planowych.

się na to, że nie mogą dodzwonić się do przychodni, kontakt z lekarzem jest utrudniony a czasem niemożliwy w krótkim czasie, więc szukają najlepszych dla siebie rozwiązań i kierują się do nas. Poza tym, świadczenia u nas nie są obciążone odpłatnością i wiele osób nieubezpieczonych z tego korzysta. No i oczywiście kwestia przeświadczenia, że trafiając na SOR cała diagnostyka i jej wyniki będą dostępne od ręki.

Koordinator SOR P. Dziurzyński:

Oddział ratunkowy nie może odmówić pacjentowi przyjęcia, a świadczenia są nielimitowane – to często daje pole do nadużyć. Bez zmiany świadomości społeczeństwa, bez dyskusji społecznej na ten temat – sytuacja nie ulegnie zmianie. Należy nauczyć się rozróżniać tego, co jest nagłe, pilne i mniej pilne – bez tego zawsze będzie tendencja do wykorzystywania furtki systemowej, jaką jest SOR do wykonania badań, przyspieszenia pewnych działań, wymuszenia pewnych konsultacji. Często lekarze na SOR nie mają zwyczajnie wyjścia - wolą się poddać i wykonać badania, niż narażać się na awantury i represje ze strony niezadowolonych pacjentów

Czy brak wiedzy i świadomości wśród społeczeństwa to również codzienność ratowników medycznych wzywanych przez pacjentów „niepotrzebnie”?

Ratownik medyczny - P. Parczyk:

Niestety jest to nagminne. Niejednokrotnie zdarza się, że wzywani jesteśmy do gorączki - gdzie ludzie nawet nie próbują sami, ogólnie dostępnymi lekami, z tym sobie poradzić. Tymczasem ktoś naprawdę może potrzebować realnej pomocy. Bardzo często zdarza się, że pacjenci sądzą, że jak przewiezie ich karet-

ka to nie będą czekać na zbadanie przez lekarza. Nie wiedzą jednak o tym, że każdy pacjent przybywający na SOR jest „triażowany” i w zależności od tego w jakim stanie zdrowia się znajduje, jest mu albo udzielana natychmiastowa pomoc, albo tafia do kolejki oczekujących. Nie ma znaczenia to czy przyjechał karetką czy samodzielnie zgłosił się do szpitala.

Ratownik medyczny - M. Gracjas: Mimo wielu akcji społecznych



Punkt obserwacyjny SOR
fot. Ireneusz Zemszał

i uświadamiania, ludzie nadal nie wiedzą jak funkcjonuje system. Dziwi ich to, że przyjechała karetka w której nie ma lekarza i nikt nie wypisze im recepty. W społeczeństwie panuje również przekonanie, że wezwanie karetki i przetransportowanie do szpitala jest najlepszym rozwiązaniem w sytuacji, gdy problem jest natury socjalnej lub społecznej, a nie czysto medycznej. Ponadto ludzie chcą mieć wszystko na już, na teraz, pomimo iż dolegliwości które zgłaszają oraz choroby na ogół przewlekłe, powinny być leczone u lek. POZ lub w odpowiedniej poradni. Przewóz na SOR lub Izbę Przyjęć w żaden sposób tego nie przyspieszy.

SOR to oddział, ale życie tu nie przypomina typowego oddziału szpitalnego. Pacjenci pojawiają się i znikają, nie ma lekarzy prowadzących, konsyliów, konsultacje odbywają się bez względu na porę dnia i nocy. Założenie jest jedno – pacjent powinien „leżeć” na tym oddziale jak najkrócej. Czy w rzeczywistości wygląda to tak, jak zakłada teoria?

Pielęgniarka Oddziałowa K. Rychcik:

Zadaniem SOR-u jest postawienie wstępnej diagnozy oraz ustabilizowanie podstawowych funkcji życiowych. Nie jesteśmy powołani do tego, aby leczyć całościowo. Niejednokrotnie bywa tak, że zarówno pacjenci, jak i koledzy i koleżanki z oddziałów oczekują od nas ustalenia całościowego planu leczenia. My nie mamy na to czasu, ponieważ w kolejce czekają następni pacjenci, którzy nie znając i nie rozumiejąc realiów funkcjonowania SOR-ów, często odbierają czekanie, jako karę za przyście do szpitala. Tak więc jeżeli nie ma miejsc na oddziałach, to pobyt na SOR sztucznie się wydłu-



za. Czekamy wówczas na informacje o wpisach, bywa, że i o zgonach. Ten aspekt codzienności jest dla nas najtrudniejszy.

Koordinator SOR P. Dziurzyński: Każdy oddział tworzą ludzie - zarówno personel lekarski, jak i pielęgniarski. Kluczowa z naszej perspektywy jest zdolność do współpracy i rozmowy. Nie ma żadnych ram czasowych w odniesieniu do długości pobytu pacjenta na SOR. Wszelkie działania powinny być realizowane racjonalnie, tj. z korzyścią dla pacjenta i najmniejszą ilością nadużyć na SOR. Wydaje się, że całkiem nieźle sobie radzimy. Mamy zespół, zabezpieczamy ciągłość dyżurowania. Oczywiście wiele wynika z poświęcenia, charyzmy, chęci i umiejętności współpracy. Pobytów powyżej jednej doby na SOR mamy symboliczną ilość. To jest wyznacznik naszej pracy i znak, że w tym łańcuchu pomiędzy POZ, a oddziałami szpitalnymi, radzimy sobie nieźle.

Co jest najtrudniejsze w pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, a co z kolei daje satysfakcję?

Koordinator SOR P. Dziurzyński: w oddziale ratunkowym istnieje możliwość zrobienia wszystkiego, tj. wykonania szerokiej i kompleksowej diagnostyki. Nie oznacza to jednak, że „tu i teraz” mamy wyczerpać wszystkie nasze możliwości. Zdolność do asertywnej odmowy oraz racjonalne podejście oparte o czynnik ekonomiczny i wiedzę medyczną, idące w parze z zapewnieniem wymiernej, najlepszej w danej chwili korzyści pacjentowi - to największa trudność pracy w tym oddziale. W powszechnym odbiorze koliduje to z polskim etosem lekarza. Wartością jest przecież zdrowie pacjenta, który oczekuje wykonania kon-

kretnych badań jak najszybciej, gdy stawką jest zdrowie jego lub jego bliskich, a wyraz sprzeciwu odbiera się jako przejaw braku dobrych chęci z naszej strony. Pamiętajmy jednak, że takie samo postępowanie - racjonalizacja działań w ujęciu systemowym - obowiązuje również lekarzy POZ, którzy wystawiają skierowanie do szpitala, mając świadomość, że nie jest to prawidłowy sposób działania. Dla przykładu: rozpoznajemy przypadkowo guza płuca. Całą diagnozę wstępnej towarzyszy niepokój zarówno rodziny, jak i pacjenta, a także obawy co do przyszłości w kontekście terapii onkologicznej. Do tego lekarz SOR-u mówi: „Ma Pan chorobę nowotworową. Musi Pan wrócić do lekarza rodzinnego lub onkologa, który skieruje Pana do procedury DILO (Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne)”. Taka informacja skierowana do pacjenta budzi jego sprzeciw, ponieważ każdy posiada naturalną potrzebę bycia zaopiekowanym i udzielenia mu pomocy niezwłocznie. Dotarcie z racjonalnymi argumentami, że leczenie może się rozpocząć w ciągu ok. 10-14 dni w ramach DILO jest bardzo utrudnione. Nie mam, mimo to, trudności w pracy z pacjentem, a jedynie z dokonywaniem codziennych wyborów, o których wspominałem wcześniej.

SOR to nie jest oddział zachowawczy, gdzie leczy się pacjentów tygodniami. W tej pracy niesamowicie i bardzo satysfakcjonujące jest to, że podejmowane działania lecznicze, od razu przynoszą wymierne efekty. Nie trzeba na nie długo czekać. Drugą sprawą jest to, że tu nigdy nie jest nudno.

Pielęgniarka Oddziałowa K. Rychcik: Wiele rozwiązań wprowadzanych przez ministerstwo, w szczególności tych związanych z informatyzacją, zamiast ułatwić nam pracę, to niestety (nie zawsze), ją utrudnia. Pasja, zainteresowanie medycyną ratunkową, umiejętność pracy pod presją czasu - to elementy bezwzględnie potrzebne do pracy tym oddziale. Większość z nas te umiejętności posiada. Nie każdy odnajdzie się zawodowo w tym miejscu.

A z kolei jest najtrudniejsze w pracy ratownika medycznego? Jak sobie z tym radzić?

Ratownik medyczny - P. Parczyk: Myślę, że kontakt z ludzką tragedią i radzenie sobie z tego typu doświadczeniami. Często mamy do czynienia z sytuacjami w których, na naszych oczach rozgrywa się tragedia rodzinna, a my musimy po prostu zachować zimną krew, logicznie myśleć i działać. To nie jest praca dla każdego. Poza tym, podczas trudnych akcji, nie ma miejsca na emocje. Nad nami i z nami jest zdesperowana rodzina i nie można pozwolić sobie na to, aby zatrzęsały się nam dłonie. Każdy pacjent jest inny i każdy przeżywa swoją chorobę inaczej, ale my jesteśmy tak wyszkoleni, żeby do każdego pacjenta podchodzić indywidualnie, bo pacjent to nie przypadek, pacjent to człowiek i podmiotowe podejście jest tu bardzo ważne.

Drugą sprawą jest niejednokrotne narażenie swojego zdrowia czy nawet życia poprzez niesienie pomocy poszkodowanym. Sam bywałem w takiej sytuacji, gdzie o mały włos mógłbym zginąć. Myślę, że w trudnych sytuacjach ważne jest wsparcie rodziny, najbliższych, czy też przyjaciół. Dobrze jest mieć z kim porozmawiać. Poza ratownictwem medycznym warto też mieć jakieś pasje bądź zainteresowania, dzięki którym można oczyścić umysł z emocji.

Ratownik medyczny - M. Grądas: Dla mnie najtrudniejsze jest doświadczanie stresu związanego z codziennym patrzeniem na tragedię i śmierć. Nie mniej jednak trzeba umieć nabrać dystansu, stworzyć sobie psychiczną barierę, tarczę, która odbija wszystkie negatywne emocje. Często rozmawiamy między sobą na stacji, bo wiemy, że najłatwiej o zrozumienie wśród osób, które doświadczały tego samego na co dzień. Najważniejsze jest myślenie o tych dobrych chwilach, satysfakcja z pomocy ludziom. To daje dużo siły.

Rozmawiała: Anna Kosno



Na zdjęciu: lek. Barbara Cyłkowska fot. Anna Kosno

NOWA MODA czy realny problem?

Insulinooporność to zaburzona proporcja między wydzielaniem insuliny w odpowiedzi na stężenie glukozy. Za synonim insulinooporności uznawana jest otyłość. Aby zrozumieć, na czym to polega, należy poznać pewne mechanizmy patofizjologiczne związane z działaniem insuliny. Insulina to hormon życia. Nie trudno się o tym przekonać, jeżeli przypomniemy sobie los pacjentów przed odkryciem insuliny przez Bantinga i Besta w 1922 roku. Pacjenci z cukrzycą typu 1 po prostu umierali, bo nie znaliśmy insuliny.

Najważniejszą funkcją insuliny w naszym organizmie jest udział w wielu procesach metabolicznych glukozy, ale i tłuszczów i białek. Każda komórka naszego ciała do prawidłowego funkcjonowania potrzebuje zarówno tlenu jaki i paliwa. Tym paliwem są glukoza i kwasy tłuszczowe. To insulina po połączeniu się ze swoim receptorem na powierzchni komórki wprowadza glikozę do wnętrza, a tam w procesach metabolicznych, zostaje przekształcona w związki wysokoenergetyczne potrzebne do każdej reakcji wewnątrzkomórkowej. Wrażliwość naszych komórek na insulinę jest uwarunkowana genetycznie, a więc inna dla każdego z nas (szacuje się, że jest około 50%). Za pozostałe 50% insulinowrażliwości odpowiadają czynniki związane ze stopniem i rodzajem otyłości oraz aktywnością fizyczną (po 25%). Dodatkowo jeszcze sam pobór insulinozależnej glukozy przez najbardziej aktywną tkankę, czyli mięśnie, różni się znacznie w populacji ludzi zdrowych. To znaczy, że istnieje różna wrażliwość na ten hormon u różnych ludzi. Główne paliwo potrzebne naszym komórkom w funkcjonowaniu to glukoza i kwasy tłuszczowe. Zachwianie równowagi w dostarczaniu i spalaniu tych substancji prowadzi do ich gromadzenia. Gromadzone są w tkance tłuszczowej i wątrobie (glikogen). Nadmiar glikozy powoduje przekształcenie jej w kwasy tłuszczowe i odkładanie się głównie w tkance tłuszczowej trzewnej. 70% poboru glukozy spalają pracujące mięśnie. Tkanka tłuszczowa trzewna jest mniej wrażliwa na insulinę, a więc nie ma w niej hamowania lipolizy (ten proces hamuje insulina). Uwolnione z niej kwasy tłuszczowe docierają do wątroby, hamując wychwyty i utylizację spożytej glukozy.

Brak utylizacji glukozy jest sygnałem do wydzielania insuliny w komórkach Beta trzustki, generując hyperinsulinizm. Jest on synonimem, nieodłączną składową, insulinooporności. Duża ilość insuliny we krwi powoduje internalizację (chowanie się) receptorów powierzchniowych w tkankach obwodowych. Ta zmniejszona ilość receptorów odpowiada najpewniej za insulinooporność u osób z nadmierną masą ciała.

W skrócie więc: nadmiar cukrów i tłuszczów w diecie, szczególnie, gdy nie dochodzi do ich spalania w mięśniach podczas wysiłku fizycznego, sprzyja nadprodukcji insuliny. Insulina, zwiększając apetyt generuje dalszy przyrost ciała.

Dodatkowo jeszcze wraz z wiekiem spowalnia metabolizm naszych komórek. Stąd trudniej, mimo ograniczeń w diecie, uzyskać redukcję masy ciała u osób starszych. Zmieniają się proporcje tkanek – następuje zastąpienie aktywnej tkanki mięśniowej spichrzeniową tkanką tłuszczową, co utrudnia aktywność ruchową, a to wpływa na mniej efektywne działanie diety. Niewielki procent postaci insulinooporności jest uwarunkowany genetycznie i ujawnia się w młodym wieku. Są to defekty takie jak, np. defekt budowy cząstki insuliny, nieprawidłowa budowa przekaźników sygnału insuliny czy nieprawidłowa budowa receptora insulinowego. Wobec powyższych mechanizmów patogenetycznych nie można powiedzieć, że insulinooporność to jest konkretna jednostka chorobowa.

Ostatnio upowszechniło się wykonywanie przez laboratoria wskaźnika HOMA, który ma oznaczać, w jaki sposób organizm pacjenta reaguje na wyrzut insuliny i czy wrażliwość komórek na insulinę jest odpowiednia. Bada się poziom insuliny na czczo + poziom glukozy na czczo, należy pomnożyć je przez siebie i podzielić przez 22,5. Poniżej 2,0 = norma. Im większy wskaźnik, tym wrażliwość komórek na insulinę jest nieodpowiednia. O insulinooporności można też wnioskować obserwując prostsze wskaźniki, takie jak BMI (kobieta >25, mężczyzna >28) i obwód talii (kobieta >80, mężczyzna >94).



Jak można wpłynąć na zmniejszenie insulinooporności? Tylko systematyczna kontrola masy ciała przez całe życie (a więc dieta!) i systematyczna aktywność fizyczna.

Nie ma leku który zlikwiduje insulinooporność. W niektórych przypadkach dopuszczono stosowanie metforminy, która ma poprawiać wrażliwość receptorów insulinowych. Jak zrozumiemy powyższe, jasne staje się, że insulinooporność jest to tylko zespół pewnych nieprawidłowości w funkcjonowaniu metabolizmu, zazwyczaj genetycznie uwarunkowanych, a przyczyn tego jest bardzo wiele.

Jedyna rada jaką można dać to codzienna prawdziwa aktywność fizyczna i ograniczenia dietetyczne.

Opracowanie: lek. diabetolog Barbara Cylikowska



Doktorowi Piotrowi na pożegnanie

26 listopada 2022 roku pożegnaliśmy na cmentarzu Dębica Pana Doktora Piotra Sikorę. Ta żałobna uroczystość zgromadziła liczne grono. Wokół urny z prochami stanęli synowie z dziećmi, najbliższa rodzina, koledzy i koleżanki z pracy. Może znaleźli się tam również wdzięczni Jego pacjenci. Pomimo poważnego nastroju, z ustawionego przy urnie zdjęcia, patrzył na nas Doktor Piotr z pogodną twarzą i ze swoim charakterystycznym uśmiechem. Myśli moje popłynęły do pierwszego spotkania z tym człowiekiem. Było to ponad trzydzieści lat temu, kiedy podejmowałem pracę w szpitalu przy ul. S. Żeromskiego. Listo-

padową nocą wyjechałem karetką pogotowia ratunkowego do ponad 80-letniej pacjentki, z niby prostym problemem urologicznym. Po przybyciu rażno zabrałem się do pracy. Jakież było moje zaskoczenie, gdy po licznych próbach nie udało mi się udzielić pomocy. Zmęczony się, a przede wszystkim pacjentkę, po kolejnej nieudanej próbie, zdecydowałem o przywiezieniu cierpiącej do izby przyjęć szpitala przy ul. S. Żeromskiego. Zawstydzony, poprosiłem o pomoc urologa. Po chwili w drzwiach pojawił się Ś. P. Doktor Piotr. Przystąpił bez słowa do czynności, którą wykonał w niecałą minutę, a która przyniosła

natychmiastową ulgę pacjentce. Na moją próbę usprawiedliwienia się, spojrzał na mnie życzliwie i powiedział: "Proszę się nie przejmować. Każdemu to mogło się przydarzyć." Słowa te zapamiętałem na zawsze. Kształtują one moją postawę wobec młodszych kolegów i koleżanek. Postawę życzliwości i wyrozumiałości. Mądrzy ludzie mówią, że tyle jest człowiek wart, ile dobra po nim pozostaje w ludziach z którymi zetknął go los. Drogi Doktorze Piotrze, dziękuję Tobie za to dobro, którym mnie wówczas obdarowałeś. SIT TIBI TERRA LEVIS! Niech Ci ziemia lekką będzie!

Dr n. med. Krzysztof Grabowski

FARMACJA ONKOLOGICZNA DZIŚ I JEJ PERSPEKTYWA NA PRZYSZŁOŚĆ

Chemioterapia jest jedną z podstawowych metod leczenia nowotworów złośliwych za pomocą leków cytostatycznych, która ratuje życie setkom tysięcy ludzi na całym świecie. Czym zatem są cytostatyki? Co jest czynnikiem warunkującym wydolność tej metody leczenia, gdzie przygotowywane są cytostatyki i dlaczego odbywa się to w restrykcyjnych warunkach? Wreszcie – czym zajmuje się farmaceuta na Oddziale Onkologicznym z Pododdziałem Chemioterapii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu?

Opowiada o tym mgr farm Joanna Witkowska-Nazim – Kierownik Pracowni Leku Cytostatycznego oraz Aleksandra Mikołajczyk – farmaceuta.

Jakie leki są obecnie stosowane w chemioterapii?

J. Witkowska-Nazim: Leki stosowane w chorobach nowotworowych to cytostatyki - substancje toksyczne, których mechanizm działania polega na zaburzeniu cyklu komórkowego w zmianach nowotworowych. Cytostatyki są skuteczne w niszczeniu komórek nowotworowych, ale niosą ze sobą liczne skutki uboczne, ponieważ wpływają również na komórki zdrowe. Oprócz cytostatyków aktualnie w leczeniu nowotworów stosuje się także leki biologiczne, których mechanizm działania jest bardziej wybiórczy przy większej ochronie tkanek zdrowych i mniejszych skutkach ubocznych. Leki biologiczne mobilizują układ odpornościowy pacjenta do walki z nowotworem, nie są jednak pozbawione działań niepożądanych. Z tego względu wszystkie

te leki muszą być traktowane jako potencjalnie szkodliwe i sporządzane zgodnie z tymi samymi zasadami.

Czy przygotowanie tego typu leków wymaga specjalnych warunków? Na czym polega praca farmaceuty onkologicznego?

J. Witkowska-Nazim: Pracownia Leku Cytostatycznego należąca do Apteki Szpitalnej jest miejscem, które przejmuje odpowiedzialność we wszystkich sprawach związanych z przygotowaniem leków w daw-

kach indywidualnych dla pacjentów onkologicznych, w tym związanych z bezpieczeństwem pacjentów i personelu. Narażenie na związki przeciwnowotworowe musi być minimalne. Zadaniem farmaceuty onkologicznego jest zapewnienie przygotowania leków przeciwnowotworowych w warunkach jałowych z bezwzględnyim przestrzeganiem procedur, które zapobiegają skażeniu mikrobiologicznemu, ale także chronią przed skażeniem substancjami cytotoksycznymi. Tym samym Pracownia zapewnia bezpieczeństwo zarówno personelowi na oddziałach, jak i pacjentom, dokładając wszelkich starań, aby produkowane leki były mikrobiologicznie czyste, a opakowania zewnętrzne nieskażone substancjami niebezpiecznymi.

Co należy rozumieć przez sformułowanie: „leki były mikrobiologicznie czyste, a opakowania zewnętrzne nieskażone substancjami niebezpiecznymi”?

J. Witkowska-Nazim: Podczas przygotowywania dożylnych preparatów cytotoksycznych muszą być bezwzględnie przestrzegane procedury aseptyczne, aby zapobiec ich skażeniu mikrobiologicznemu – czyli aby do płynu nie dostały się żadne drobnoustroje. Podkreślić należy, że leki te są często podawane pacjentom o obniżonej odporności, u których występuje duże ryzyko infekcji. Jeżeli chodzi o drugą część sformułowania, to wskazać należy, że inną drogą, którą mogą się przedostać do organizmu leki cytostatyczne, jest skóra - nawet jeśli nie jest uszkodzo-





na. Do zaabsorbowania substancji czynnej może dojść przy sporządzaniu roztworów, czy też podczas kontaktu z zanieczyszczoną powierzchnią, dlatego tak ważne jest, aby worek z płynem infuzyjnym nie był skażony zewnętrznie. Musimy zapewnić bezpieczeństwo personelowi i pacjentowi, mając również na uwadze rodzinę i osoby z którymi spotyka się pacjent po sesji chemioterapii oraz personel medyczny po pracy.

Co jest szczególnie ważne z perspektywy pacjenta w kontekście przygotowywania leków przeciwnowotworowych?

J. Witkowska-Nazim: Ogromne znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów ma sporządzanie preparatów stabilnych, z uwagi na szczególne warunki przechowywania, wrażliwość na światło czy też temperaturę. Personel Pracowni posiada niezbędną wiedzę odnośnie stabilności fizykochemicznej wykonywanych leków, co zapewnia niezmiennie właściwości podczas transportu lub przechowywania. Ponadto decydującym aspektem dla bezpieczeństwa i skuteczności terapii jest precyzyjne wykonanie leków. Jest to ważne z uwagi na niski indeks terapeutyczny większości leków przeciwnowotworowych, który oznacza niewielką różnicę pomiędzy dawką skuteczną leczniczo, a powodującą zatrucie. Ze względu na to, do sporządzania leków onkologicznych Pracownia wykorzystuje wagi precyzyjne sprzężone z systemem komputerowym. Preparaty wykonywane są pod kontrolą oprogramowania, które rejestruje produkcję i daje

możliwość kontroli na każdym etapie oraz odtworzenie wykonania w dowolnym momencie.

Do niedawna, leki cytostatyczne w dawkach dobowych do podawania pacjentom przygotowane były jedynie na oddziałach szpitalnych. Wiedza i wyniki badań dotyczące poziomu narażenia personelu medycznego na leki cytostatyczne, spowodowały konieczność przeniesienia procesu przygotowywania tych preparatów do aptek szpitalnych z korzyścią dla pacjenta i personelu. Z jednej strony z uwagi na zagwarantowanie jakości dostarczanego leku, a z drugiej strony przede wszystkim w celu podniesienia bezpieczeństwa jego wykonywania. Od kiedy funkcjonuje Pracownia i jakie są jej perspektywy na przyszłość?

J. Witkowska-Nazim: Jesteśmy nowoczesną Pracownią, której pomieszczenia i wyposażenie zapewnia prawidłowe warunki do wykonywania pozajelitowych leków przeciwnowotworowych zgodnie z normami europejskimi. Pracownia Leku Cytostatycznego funkcjonuje w strukturach naszego Szpitala już 3 lata, a ilość przygotowywanych w Pracowni leków zwiększa się z każdym miesiącem. Aktualnie posiadamy dwie komory laminarne, w których przygotowywane są leki. Plany rozwojowe Pracowni uzależnione są od funkcjonowania Oddziału Onkologicznego, z którym bardzo ściśle współpracujemy.

Pracownia Leku Cytostatycznego
fot. Ireneusz Zemszał

Czym zajmuje się farmaceuta na Oddziale Onkologii z Pododdziałem Chemioterapii i jakie niesie to korzyści dla pacjenta?

A. Mikołajczyk: Farmaceuta na Oddziale Onkologii wydaje leki onkologiczne w tabletkach dla pacjenta. Przy tej okazji także z tym pacjentem rozmawia. Jeżeli jest to pierwszy kurs, to omawiam niezbędne informacje dla pacjenta. Jak ma lek brać, kiedy, jakie są potencjalne działania niepożądane, jak ewentualnie sobie z nimi radzić i jakie pokarmy mogą być niewskazane przy tej terapii. Jeżeli jest to kolejny kurs, to pytam o samopoczucie, czy wystąpiły działania niepożądane. Jeżeli pojawią się jakieś działania niepożądane, to je zgłaszam je do odpowiedniego urzędu.

Jak wygląda w tym zakresie perspektywa na przyszłość?

A. Mikołajczyk: W przyszłości chcemy także opiekować się pacjentami na onkologii, dbając o ich stan odżywienia, antybiotykoterapię czy terapię bólu. Chcemy pomagać lekarzom i im doradzać w pozostałych elementach terapii, gdyż onkologia to nie tylko terapia onkologiczna. Pacjenci ci mają problemy zdrowotne na wielu płaszczyznach.

Rozmawiała: Anna Kosno

JAK POWINIEN ODŻYWIAĆ SIĘ PACJENT ONKOLOGICZNY?

Drogi pacjencie, droga pacjentko,

właściwie prowadzona dietoterapia w chorobie nowotworowej wpływa na zmniejszenie ryzyka pogorszenia stanu odżywienia chorego, wzmacnia odpowiadający układ odpornościowy, zmniejsza występowanie skutków ubocznych oraz zwiększa szanse na wyleczenie. Chorzy podczas leczenia przeciwnowotworowego cierpią z powodu zaburzeń apetytu, nudności, wymiotów oraz licznych powikłań ze strony układu pokarmowego, które powodują utratę masy ciała i mogą niekorzystnie wpływać na skuteczność leczenia oraz pogarszać rokowania. Stosowane metody w leczeniu choroby nowotworowej powinny być wspomagane przez odpowiednio dobrany sposób żywienia z uwzględnieniem wpływu poszczególnych składników odżywczych i grup produktów.

Zapotrzebowane na energie i składniki odżywcze należy ustalić indywidualnie w zależności od wieku, płci, aktualnego stanu odżywienia, lokalizacji i stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, rodzaju stosowanej terapii przeciwnowotworowej oraz od aktywności fizycznej i chorób współistniejących. Codzienna dieta powinna dostarczać odpowiednich ilości białka, tłuszczów, węglowodanów, składników mineralnych, witamin i płynów. Powinna również zapobiegać utracie masy ciała, pogłębieniu niedożywienia oraz sprzyjać odbudowie tkanek.

W związku z rozwojem nowotworu, jego lokalizacją i rodzajem stosowanej terapii zapotrzebowanie energetyczne może być zwiększone od 10% do 30% w stosunku do zapotrzebowania sprzed okresu zachorowania.

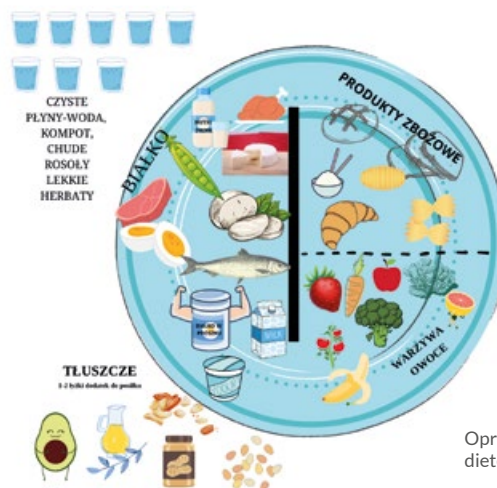
Dieta taka powinna charakteryzować się niewielkim udziałem energii z nasyconych kwasów tłuszczowych oraz dużym udziałem warzyw, owoców i pełnoziarnistych produktów zbożowych. Kluczową rolę odgrywa białko, które ma za zadanie odbudować komórki oraz energia. Średnie zapotrzebowanie energetyczne chorego z rozpoznaniem choroby nowotworowej prawidłowo odżywionego wynosi 25-35 kcal/kg należnej masy ciała/ dobę. Natomiast chorzy z objawami niedożywienia lub zagrożeni jego rozwojem zwiększają swoje zapotrzebowanie do 40-45 kcal/kg należnej masy ciała/dobę. Tak wysokie zapotrzebowanie energetyczne związane jest ze zwiększonym metabolizmem organizmu wynikającym z obecności guza nowotworowego i kontrataku układu immunologicznego do walki z nowotworem.

BIAŁKO - W okresie trwania choroby istotnym elementem diety jest odpowiednia podaż białka, która ma zaspokajać zwiększone zapotrzebowanie wynikające ze wzrostu syntezy białek, szczególnie u osób z zaburzeniami trawienia i wchłaniania oraz intensywną biegunką. Zalecenia spożycia białka dla pacjentów z chorobą nowotworową, w zależności od stanu odżywienia to od 1,0g/kg do 1,5 g/kg NMC/dobę, co stanowi 15-20% energii, przy czym połowa tej ilości powinna stanowić białko o wysokiej wartości biologicznej. Zwiększonej podaży białka z dietą od 1,5g/kg do 2.0g/kg NMC/dobę mogą wymagać pacjenci z hipermetabolizmem czy znacznym wyniszczeniem.

U chorych w trakcie trwania radioterapii należy szczególną uwagę zwrócić na jakość i ilość spożywanych produktów wysokobiałkowych ze względu na fakt, iż w trakcie trwania terapii należy wykluczyć z jadłospisu mleko i produkty mleczne.

TŁUSZCZE - U chorych leczonych onkologicznie udział tłuszczu w diecie powinien wynosić 25-30% całkowitej energii dostarczanej z pożywieniem, a jego źródłem powinny być oleje roślinne (rzepakowy, lniany, oliwa), pestki, nasiona, ryby

TALERZ PACJENTA ONKOLOGICZNEGO



Opracowała Paulina Wojciechowska
dietetyk kliniczny

i mięso drobiowe. Głównym źródłem tłuszczów w diecie powinny być tłuszcze łatwostrawne dodane w postaci masła, śmietany, oleju. Zwiększają one u osób niedożywionych z nowotworem udział energii z tłuszczu pochodzącego z wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z rodziny omega-3, które zmniejszają stan zapalny. Zalecenia ESPEN wskazują, że u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową poddawanych chemioterapii, u których istnieje ryzyko utraty masy ciała lub niedożywionych, można rozważyć suplementację długołańcuchowych kwasów tłuszczowych omega-3 lub oleju rybiego w celu ustabilizowania lub zwiększenia apetytu oraz zwiększenia beztłuszczowej masy ciała.

WĘGLOWODANY - powinny stanowić 45-50 % dziennego zapotrzebowania. Źródłem są pełnoziarniste produkty zbożowe: kasze, ryż, makaron, pieczywo, warzyw i owoce. Dodatkowo nie więcej niż 10% energii, powinno pochodzić z cukrów prostych, tj. cukru dodanego do posiłków oraz słodzycy i owoców. Hiperinsulinemia pogarsza rokowania związane z leczeniem osób z rakiem piersi, dlatego też warto wprowadzić dietoterapię o niskim indeksie glikemicznym.

CUKRY - Nadmiar cukrów w diecie wpływa na nasilenie powikłań leczenia onkologicznego.

BŁONNIK - Udział błonnika pokarmowego w diecie osób leczonych onkologicznie powinien zależeć od sprawności funkcjonowania przewodu pokarmowego i występowania objawów ubocznych terapii. Podaż płynów powinna wynosić 30-35 ml/kg mc/dobę. Objętość i rodzaj płynów powinien być dostosowany do stanu pacjenta i występujących objawów ubocznych, charakterystycznych dla terapii przeciwnowotworowych (wymioty, biegunka, zaparcia, obrzęki).

ANTYOKSYDANTY - W okresie leczenia przeciwnowotworowego zwiększone jest zapotrzebowanie na antyoksydanty (przeciwutleniające), tj. witamina C, E, beta-karoten, cynk, selen, miedź, magnez, mangan, fitosterole, koenzym Q10, polifenole. Spożywane wraz z pożywieniem

blokują wolne rodniki i neutralizują ich szkodliwe działanie na organizm. Głównym źródłem ww. składników powinny być produkty naturalne dobrej jakości, gdy jednak jest to trudne i niemożliwe do zrealizowania, należy zaplanować w racji pokarmowej produkty specjalnego przeznaczenia medycznego (FSMP) lub indywidualnie dobrane żywienie dojelitowe lub pozajelitowe.

W przypadku chorych mających trudności z przyjmowaniem odpowiednio zbilansowanej diety zaleca się stosowanie żywności specjalnego przeznaczenia medycznego (FSMP). Są to wysokiej jakości produkty, które dostarczają choremu niezbędnej ilości białka, tłuszczów, węglowodanów, witamin i mikroelementów - mogą stanowić dodatkowe lub podstawowe źródło pożywienia.

Najczęściej występują w postaci napoju mlecznego lub owocowego, ale występują także w postaci proszku, tabletek, a także produktów naśladowujących zwykłe produkty spożywcze np. serki, zupy, batoniki, ciasteczka.

Uwaga! Sposób odżywiania znacząco różni się w zależności od ścieżki onkologicznej, którą pacjent przechodzi (radioterapia, leczenie systemowe, tj. chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia, operacja chirurgiczna). Zarówno sposób leczenia, jak i zalecenia żywieniowe należy planować indywidualnie.

Opracowanie: Dietetyk
Paulina Wojciechowska

PRAKTYCZNE ZALECENIA W OKRESIE LECZENIA ONKOLOGICZNEGO:

- **wybieraj gęste, bogate energetycznie przekąski, np. suszone owoce (gdy nie jest dedykowana dieta łatwostrawna), budyń, jogurty, twarogi, ziarna, orzechy;**
- **dodaj mleka w proszku (jeżeli nie ma nietolerancji laktozy) lub preparat białkowy lub węglowodanowy do zup, sosów, deserów;**
- **planuj codziennie jedną porcję chudego mięsa lub ryby (przy występującej awersji do mięsa stosować alternatywę w postaci nasion roślin strączkowych, nabiału, orzechów);**
- **pij małymi porcjami zalecane ilości płynów: wody, soków, zup, napojów mlecznych (gdy dobra tolerancja), napojów roślinnych;**
- **bądź aktywny/a fizycznie – idź na spacer po posiłku.**



fot. Ireneusz Zemszał

CZY „Siła jest kobietą”?

Jest ich coraz więcej – świadomych kobiet, które realizują swoje marzenia, wierząc w siebie i we własne możliwości. Kobiety, które czują, że mają wpływ na otaczającą je rzeczywistość, są silne, mądre i idą przez życie z podniesioną głową.

Czy czuje Pani, że należy do grona takich kobiet? Co Pani rozumie przez sformułowanie: „Siła jest kobietą”? Czym dla Pani jest siła, a czym kobiecość?

Elżbieta Gelert: Czuję, że należę do grona takich ludzi. W odniesieniu do sformułowania „siła jest kobietą” to powiem, że nie przypisuję rzeczownika „siła” do żadnej z płci. W mojej ocenie siła kształtuje się

i zależy od osobowości i wychowania, jest wyrazem niezależności i umiejętności samodzielnego myślenia, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Siła jest mądry, wywarzony człowiek. Kobiecość to dbałość, zarówno o wygląd zewnętrzny, sposób zachowania, jak i kulturę osobistą.

Iwona Ryniewicz-Zander: Czuję się silną kobietą. Wynika to pewnie z tego, że zostałam wychowana przez silne kobiety. Moja babcia i moja mama doskonale sobie radziły zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym. Takie wzorce wpłynęły na moją siłę charakteru. Mój dom, moje dzieciństwo - to ukształtowało mnie jako kobietę. Mama była lekarzem, prowadziła przez wiele lat poradnię w małej miejscowości i zarzą-

Są kobiety delikatne i wrażliwe i są kobiety wojownicze – żyjące według własnego planu. Niektóre z nich odnajdują się w roli matki, a niektóre nie. Niektóre chcą być żonami, a niektóre wybierają samodzielność. Niektóre potrzebują wsparcia, a niektóre wsparcie dają. Pięć różnych kobiet. Kim są i do której „kategorii” kobiet należą? Łączy je praca na rzecz ochrony zdrowia. Łączy je Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu. O kobiecości, rolach społecznych, odwadze i źródłach, z których można czerpać siłę rozmawiam z Dyrektorem Naczelną – Elżbietą Gelert, Dyrektorem ds. pielęgniarstwa – Bożeną Ropelewską, Koordynatorką Oddziału Onkologicznego z Pododdziałem Chemioterapii – Iwoną Ryniewicz-Zander, Koordynatorką Oddziału Ginekologiczno – Położniczego – Hanicentą Rzepą oraz lekarką z Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi – Aleksandrą Ankiewicz.

– o kobietach z kobietami z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego nie tylko dla kobiet

działa nią. Była osobą bardzo lubianą, zarówno przez pacjentów, jak i swoje otoczenie. Siła jest kobietą, bo kobieta całe życie musi się być wielozadaniowa. Jestem z takiego pokolenia, w którym na kobiecie spoczywały obowiązki domowe oraz rodzina, a także realizacja na polu zawodowym. Myślę, że siła jest to, że kobiety mają taką cechę, która pozwala im wiele celów realizować jednocześnie. Jest to trudne, ale dajemy sobie radę. Mężczyźni lubią mieć jeden cel i wkładać całą energię w jego zrealizowanie. Jest to oczywiście profesjonalne, natomiast gdy pojawia się więcej zadań, więcej problemów, to już jest trudniej. Kobiecość to wrażliwość, życzliwość, to na pewno czułość na to, co nas otacza.



Bożena Ropelewska: Dla niektórych to zabrzmiało narcystycznie, ale tak, mam poczucie, że mam wpływ na otaczającą mnie rzeczywistość, że idę do przodu z podniesioną głową. Wykonuje zadania nakreślone przez inne osoby oraz te, które wynikają z moich decyzji, mam przy tym możliwość samodecydowania. Wyciągam wnioski, decyduję, nakreślam kierunek innym. Działanie i decydowanie daje poczucie niezależności i partnerstwa w grupie. Staję się silniejsza, im trafniejsze są moje decyzje. Siła kobiety to wewnętrzna harmonia, samoakceptacja, samorealizacja, umiejętność bycia sobą nie męcząc przy tym otoczenia, niezależność przy współistnieniu w określonej społeczności, możliwość podejmowania decyzji, asertywność, aspiracja. Kobiecość to wielowymiarowość i elastyczność egzystencjalna. Wizerunkowo to cechy wyglądu, zachowania, gestykulacja, wszystko to, co nas odróżnia od mężczyzn, dużo butów i torebek, umiejętność łowienia okazji cenowych. Społecznie to siła radzenia sobie z kilkoma zadaniami równocześnie, skupienie na zadaniu i celu do osiągnięcia, silna motywacja.

Aleksandra Ankiewicz: Każdy człowiek sam kreuje swoją rzeczywistość. Obserwuję swoją młodszą córkę, która jest bardzo do mnie podobna i widzę jak ona realizuje swoje cele. Ambicja jest naszym drogowskazem, pokazującym nam w którym kierunku mamy iść, by osiągnąć to, co sobie założyliśmy. Nie dzielę ludzi pod kątem płci. Każdy z nas ma swoje cele, które realizuje mniejszym lub większym kosztem. Często jednak bywa tak, że to kobieta obowiązki domowe musi pogodzić z pracą. Myślę, że udaje nam się to dlatego, że jesteśmy silne zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Nie rezygnujemy z kobiecości mimo pracy i wysiłku. Kobiecość to coś, co wypływa z wnętrza. W życiu wyraża się to większą delikatnością, poprzez urok osobisty czy wrażliwość.

Hanicenta Rzepa: Już sam rzeczownik „siła” jest rodzaju żeńskiego, co warunkuje sformułowanie „siła jest kobietą”. O kobiecie mówi się, że jest słaba, kiedy kocha, a silna kiedy jest kochana, dlatego tak ważne jest

to, aby być wychowywanym w domu pełnym miłości. Mój dom był domem bardzo ciepłym, bardzo rodzinnym. Moi rodzice dawali mi poczucie bezpieczeństwa, radość, dużo miłości, ale też byli bardzo wymagający. W tym wszystkim była równowaga. Mówi się, że ciepły dom daje moc, która później pozwala rozwinąć skrzydła. Myślę, że moja siła budowała się w oparciu o doświadczenia z mojego rodzinnego domu. Pozwoliło mi to na patrzenie w przyszłość, marzenia i chęć ich realizacji.

Od 25 lat jest Pani Dyrektorem Naczelnym WSZ w Elblągu. Jest Pani obecnie Posłanką na Sejm RP. Rozpoczęła Pani od pielęgniarstwa, była nauczycielem zawodu w szkole pielęgniarskiej, pracowała jako kierownik jednego z działów Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Elblągu, była też senatorem czy radną. No i oczywiście jest Pani mamą i babcią. Brzmi imponująco. Który z etapów w Pani życiu, która z ról społecznych była/jest najtrudniejsza? Czy jest coś, co w Pani ocenie w byciu kobietą i pełnionej funkcji/ zawodzie stanowi atrybut dający przewagę?

Elżbieta Gelert: Każda z tych ról była trudna i ważna w danym momencie życia. Zupełnie inaczej postrzega się pełnioną rolę „tu i teraz”, zupełnie inaczej patrzymy na świat mając lat 20 czy 40. Bez wątpliwości, inne spojrzenie na niektóre sprawy przychodzi wraz z wiekiem, ale niektórych sytuacji nie da się już w życiu powtórzyć. Jedną z najtrudniejszych ról jest w mojej ocenie bycie matką – bo tego nie można się nigdzie nauczyć. Zależy nam, żeby nasze dzieci osiągnęły więcej, były mądrzejsze, aby były do nas podobne – albo wręcz przeciwnie. Niekiedy trudno jest zachować zdrowy rozsądek w wychowywaniu dzieci. Z dzisiejszej perspektywy mogę powiedzieć, że najfajniejszą rolą jest bycie babcią. Wychowanie jest dedykowane rodzicom, a dziadkowie z kolei mogą spędzać czas z wnukami przeznaczając go na zabawę i nieszkodliwe rozpieszczanie. Każdy etap w życiu to inne wyzwania, inne radości i inne problemy. Z czasem perspek-

tywa ulega zatarciu, człowiek tych złych i trudnych sytuacji nie pamięta. Pozostają tylko dobre. Płec w życiu zawodowym nie ma znaczenia. Wszystko zależy od postawionego sobie celu i sposobu jego realizacji. Osiąganie celów bywa różne i zależy od konkretnego człowieka. Społeczne oczekiwanie jest takie, aby droga do celu była pokonywana w sposób akceptowalny przez większość. Życie jednak pokazuje, że czasem, w sposób społecznie nieakceptowalny, chociażby w polityce, można mimo wszystko osiągać wysokie cele.

Jest Pani z zawodu pielęgniarką. Bez wątpliwości zawód ten zdominowały kobiety. Dlaczego taki wybór? Jakie dostrzega Pani szanse i jakie zagrożenia dla kobiet w tym zawodzie?

Bożena Ropelewska: Pomógł mi przypadek, ale z perspektywy czasu wiem, że nic nie dzieje się bez przyczyny – wykonywanie zawodu pielęgniarki to spełnienie moich zawodowych oczekiwań. Do zawodu wchodzi mężczyźni i dobrze. Zawód ten cechuje dużo możliwości samorealizacji zawodowych. Młodym koleżankom, kolegom powiem tylko tyle – to trudny zawód, musisz kochać to co robisz, musisz czerpać z niego zadowolenie, po pracy musisz mieć poczucie wykonania czegoś ważnego, dobrego, musisz posiadać umiejętność szybkiej regeneracji, na twój widok pacjent powinien wyrazić zadowolenie, czuć się przy tobie bezpiecznie – no i wtedy przepracujesz 30 lat i więcej w poczuciu spełnienia każdego dnia, w poczuciu, że jesteś ważna/ważny, a bez ciebie nie byłoby tyle dobra na świecie. Wypalenie zawodowe będzie słowem, a nie stanem ducha i fizyczności.

Co jest najtrudniejsze w byciu kobietą (odpowiednio- lekarką/ pielęgniarką/ chirurgiem/ koordynatorem / onkologiem/ dyrektorem), a co z kolei stanowi atrybut dający przewagę?

Iwona Ryniewicz-Zander: Ogrom obowiązków. W życiu kieruję się tym, aby w różnego rodzaju sytuacjach wyobrazić sobie siebie po drugiej stronie. Nie postrzegam rzeczywi-

stości tylko z pozycji szefa, który musi wydać jakieś polecenie. Zastanawiam się nad tym, jak ja bym się na miejscu tej osoby zachowała oraz jak mogę jej pomóc. Często powtarzam: „zobacz siebie lub swoich bliskich w tym problemie - wtedy dobrze ten problem rozwiążesz”. W byciu kobietą najtrudniejsze jest znalezienie czasu na wszystko. Sam fakt wykonywania tego zawodu mocno obciąża. Bardzo trudno jest przekroczyć próg domu i powiedzieć, że już nie pamiętam o tym, co się wydarzyło w pracy, teraz jestem już tylko żoną, mamusią, babcią. Zawód lekarza jest trudny i wymaga poświęcenia, rezygnacji z niektórych rzeczy, wymaga ciągłego uczenia się i doskonalenia nabytych już umiejętności i wiedzy. W onkologii dzieje się bardzo dużo, onkologia niezwykle szybko się rozwija, wprowadzane są nowe terapie czy leki. Wykonuję swój zwód z pełnym zaangażowaniem, może dlatego, że sprawia mi to radość. To moja pasja i czuję się spełniona. Lubię swoich współpracowników, staram się dbać o personel, ale nadrzędnym podmiotem w moim zawodzie jest dla mnie pacjent. W konfliktowych sytuacjach mówię, że dana osoba ma sobie wyobrazić, że to ona jest tym pacjentem, który ma chorobę nieuleczalną. Często towarzyszą mu trudne emocje, ale trzeba mu to wybaczyć, bo to on jest tu celem, a my narzędziami które mają mu w całym procesie leczenia pomóc i zadbać o to, żeby ta opieka była profesjonalna.

Aleksandra Ankiewicz: Wychowanie dzieci. Jest ono o wiele trudniejsze niż bycie lekarzem i chirurgiem. Próbujemy nasze dzieci wychować wedle własnych przekonań, chcemy je ukształtować, a jednak dzieci nie dają nam przekroczyć pewnej granicy, co powoduje, że nie zawsze jest tak, jak byśmy chcieli. Wykonywanie zawodu chirurga i lekarza zależy w dużej mierze od nas. Najtrudniejsze w tym zawodzie jest to, że nie ma on stałych ram czasowych. Nie pracujemy od ósmej do piętnastej i nie zawsze możemy sobie wszystko zaplanować, bo zabieg który ma trwać czterdzieści pięć minut może zakończyć się po dwóch, trzech godzinach. Brak możliwości realnego plano-

wania bardzo utrudnia codzienne funkcjonowanie. Poza tym jest to też praca fizyczna, więc wymaga odpowiedniej kondycji. Wiele godzin na nogach w maksymalnym skupieniu, adrenalina, która wydziela podczas przeprowadzanego zabiegu, powoduje, że zapominamy o wszystkim wokół (nawet o bólu gardła i złym samopoczuciu) i koncentrujemy się na tym, co robimy. Często koledzy opowiadają, że jak przychodzą do domu, to kładą się na sofie i odpoczywają. Jak ja wracam do domu, to moje dzieci najpierw wymyślają mi serię pytań, potem robimy lekcje, a w międzyczasie organizują mi kolejne zadania typu: „mamo, zrób nam proszę budyń”. Dla mnie ważnym atrybutem domowego ogniska jest dom pachnący obiadem czy ciastem. Bez względu na to, czy jestem w domu, czy mam dyżur on zawsze jest dla nich przygotowany.

Hanicenta Rzepa: W życiu zawodowym nie patrzę na ludzi przez pryzmat bycia kobietą czy mężczyzną. Najistotniejsze jest dla mnie to, kto jakim jest człowiekiem. Jestem Koordynatorem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, który jest największym oddziałem w szpitalu. Jest on bardzo złożony i różnorodny, mamy do czynienia z wieloma specjalizacjami, tj. z interną, neurologią czy dermatologią. Konieczność podejmowania szybkich decyzji to codzienność. Ponadto Oddział ma głównie charakter zabiegowy, więc oprócz kondycji fizycznej trzeba wykazać się również umiejętnościami manualnymi. Jest to Oddział trudny. Pracuje tu bardzo dużo różnych ludzi, zarówno lekarzy, jak i położnych. Skoordynowanie pracy całego Oddziału w celu jego sprawnego funkcjonowania wymaga dużej determinacji, samozaparcia, odwagi i przemyśleń - niezależnie od tego, czy jest się kobietą, czy mężczyzną. Nie umiem powiedzieć co stanowi przewagę w byciu kobietą. Moimi poprzednimi ordynatorami byli mężczyźni, którzy starali pracować się jak najlepiej. Ja również staram się przekazywać swoje doświadczenie, wiedzę, staram się poszukiwać dla każdej osoby takiego miejsca w którym najlepiej się spełnia. Uważam, że w tej specyfice pracy nie jest ważna

pełń, a umiejętności realizowania zadań i rozwiązywania problemów.

Bożena Ropelewska: Bycie kobietą - dyrektorem - pielęgniarką. Pełnienie funkcji dyrektora ds. pielęgniarstwa nauczyło mnie dużo, sztuką jest znalezienie równowagi pomiędzy stanowczością i decyzyjnością, a próbą wysłuchania wszystkich. Pomiędzy pracą, a życiem rodzinnym musi być zachowana i jasno określona równowaga, ale jest to trudne. Nie stanowisko świadczy o wartości człowieka, lecz jego czyny. Kobiety potrafią ogarnąć tyle rzeczy naraz, zwłaszcza kobiety, które łączą rolę zawodową z byciem matką, są świetnie zorganizowane i nie marnują czasu. Miałam to szczęście, że mogłam działać w oparciu o swoje ambicje, a na swojej drodze napotykałam ludzi, którzy zaufali moim umiejętnościom i aspiracjom, dotyczy to zarówno sfery zawodowej, jak i rodzinnej. Byłam jedną z wielu, jestem jedną z wielu, ale to ja zarządzam wieloma.

Wielkimi krokami zbliża się jubileusz 35 lecia Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego. Gdy obejmowała Pani stanowisko Dyrektora, na pewno miała Pani wizję jego rozwoju i funkcjonowania. Czy „szpital dziś” jest bliski temu jak chciała Pani, aby wyglądał w czasie, gdy rozpoczynała Pani pełnienie funkcji Dyrektora? Z czego jest Pani najbardziej dumna?

Elżbieta Gelert: Wiele jest uzależnione od funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia i uwarunkowań prawnych, dlatego pod kątem dostępności pacjenta do świadczeń zdrowotnych wiele nas nadal czeka pracy. Częściowo udało nam się zrealizować postawione cele. Zarządzanie szpitalem należy podzielić na kilka obszarów. Pod kątem infrastrukturalnym szpital bardzo się zmienił, nie mniej jednak z roku na rok rosną oczekiwania co do warunków lokalowych, zarówno pacjentów, jak i personelu. Bez wątpienia na przestrzeni tych lat wspólnie zrobiliśmy dużo, a żeby te warunki polepszyć. Rozszerzeniu uległa również baza usług medycznych, które stają się coraz bardziej kompleksowe, a pacjent zaopiekowany. Nie ma



bowiem takiej dziedziny, która na przestrzeni lat nie uległaby rozwojowi. Ten rozwój wiąże się z jednej strony z ambicjami personelu medycznego

Świadczy to o tym, że jak się czegoś bardzo chce to nie ważne, o której wstajesz i ile lat to trwa. Cechą kobiet silnych jest to, że przeszkody nie zniechęcają, a działają motywująco. Należy zacisnąć zęby i iść dalej, nie rezygnować z marzeń. Mam łatwość w podejmowaniu decyzji i to bez wątpienia dobra cecha. Za silną kobietą musi stać też mądry mężczyzna.

go, a z drugiej jest wynikiem postępu technologicznego. Pacjent nadal jednak zbyt długo czeka na usługę, a personel nie osiąga satysfakcji z wynagrodzenia jakiego by oczekiwał – co często skutkuje fluktuacją kadr.

Czy będąc dzieckiem planowała Pani wkroczyć w świat chirurgii, nadal jednak zdominowany przez mężczyzn?

Aleksandra Ankiewicz: Zawsze lubiłam prace manualne. Szyłam ubranka dla lalek, kleiłam, dużo malowałam. Mój ojciec jest weterynarzem, a mama farmaceutką, więc medycyna zawsze gdzieś się przeplatała. Pierwsze lata życia mieszkaliśmy w lecznicy dla zwierząt, więc czynnie uczestniczyłam w życiu „strzykawkowo-lekarskim” – co prawda dotyczyło to zwierząt, ale myślę, że właśnie to, ukierunkowało mnie na medycynę.

Madeleine Albright, pierwsza kobieta w historii, która piastowała stanowisko amerykańskiego sekretarza stanu, stwierdziła kiedyś, że w piekle jest osobne miejsce dla kobiet niepomagającym innym kobietom... Czy Pani na swojej drodze spotkała kobiety, które w sposób szczególny odbiły piętno na Pani osobowości, decyzjach, kierunku rozwoju, poczuciu własnej wartości?

Elżbieta Gelert: Spotkałam takie kobiety, które w pozytywny sposób wpłynęły na moje życie. Do takich

kobiet należała moja mama i moja babcia. W szczególności babcia odbiła piętno na moim życiu, wychowaniu, postawie bowiem zakorzeniła we mnie poczucie niezależności, samodzielności w decydowaniu o sobie i nie robieniu przy tym nikomu krzywdy. Czy obowiązkiem kobiet jest pomoc kobietom? Nie wiem, ale bez wątpienia kobiety częściej wymagają pomocy, chociażby ze względu na to, że nadal częściej to jednak

one zajmują się, wychowują i zostają same z dziećmi. Poza tym każdemu należy pomóc, ale dając wędkę – nie rybę.

Aleksandra Ankiewicz: Jak wchodziłam w świat chirurgii to kobiet rzeczywiście było bardzo mało, więc one nie wywarły na mnie wpływu. Głównie przebywałam w środowisku mężczyzn, bo chirurgia była zdominowana właśnie przez nich i to oni mieli wpływ na moje dalsze losy.

Bożena Ropelewska: W kształtowaniu mojej osobowości i postaw, silny wpływ miała moja mama. Nauczyła mnie szacunku do pracy, współczucia, otwartości. Była silną osobowością, zawsze powtarzała, że tam, gdzie są ludzie to zawsze znajdzie się rozwiązanie. Zawodowo wiele kobiet było i jest inspiracją. Podziwiam kobiety, które stawiają cel i konsekwentnie dążą do jego realizacji, niezależnie czy to cel rodzinny, czy zawodowy. Cenię prekursorki zawodu za ich konsekwencję w profesjonalizację zawodu pielęgniarki.

Iwona Ryniewicz-Zander: Mam to szczęście, że na swojej drodze życiowej zarówno w sferze zawodowej, jak i prywatnej spotykam osoby pozytywne. Być może to prawo przyciągania. Wiele zawdzięczam moim autorytetom z dziedziny onkologii, tj. pani prof. Hannie Karnickiej, pani prof. Krystynie Serkies, pani prof. Marzenie Wełnickiej -Jaśkiewicz – wymieniam same kobiety, ale na tej

drodze znalazł się też prof. Jassem. Te kobiety pokazały mi swoją siłę i mądrość, a także umiejętność radzenia sobie ze wszystkim. To dzięki nim wybrałam taką specjalizację, to one mnie do tego zachęciły. Była to dla mnie trudna droga. Pamiętam, jak zapytana powiedziałam pierwszemu tutaj dyrektorowi, że będę się specjalizować w dziedzinie onkologii. Zdanie to brzmi do dzisiaj w moich uszach, ponieważ powiedział: „tu mi kaktus wyrośnie, jak Pani robi onkologię”. Nie było możliwości zrealizowania tego wówczas w elbląskich warunkach. Dojeżdżałam do kliniki do Gdańska codziennie, wstając o 5:00. Świadczy to o tym, że jak się czegoś bardzo chce to nie ważne, o której wstajesz i ile lat to trwa. Cechą kobiet silnych jest to, że przeszkody nie zniechęcają, a działają motywująco. Należy zacisnąć zęby i iść dalej, nie rezygnować z marzeń. Mam łatwość w podejmowaniu decyzji i to bez wątpienia dobra cecha. Za silną kobietą musi stać też mądry mężczyzna. Zawsze wspierał mnie mój mąż, który rozumie moje potrzeby. Wyznajemy zasadę partnerstwa i to mi też bardzo pomogło. Na drodze mojej kariery był on cały czas ze mną – wspierał mnie, zajmował się dziećmi, dbał o dom. Bez niego nie dałabym rady. Kolejnym doskonałym przykładem może być szpital. Na przestrzeni lat, tym szpitalem zarządzało trzech mężczyzn i nagle pojawia się kobieta. Kobieta, która robiła więcej niż tych trzech mężczyzn przez wszystkie te lata. W czasach mojej młodości to było bardzo mało prawdopodobne, żeby tak wielkim szpitalem wielospecjalistycznym zarządzała kobieta. To było i jest nadal naprawdę bardzo budujące.

Rekonstruuje Pani piersi kobiet po mastektomii. Zmienia Pani jakość życia tych kobiet i niejednokrotnie przywraca ważny dla nich atrybut kobiecości. Czy dla Pani jako kobiety ma to znaczenie?

Aleksandra Ankiewicz: Trudno mi jest się postawić na miejscu takiej kobiety, bo wydaje mi się, że jednak najważniejsze jest zdrowie. W momencie, kiedy kobiety tracą pierś, to

odczuwają jednak brak kobiecości. Wcześniej rekonstrukcja była zarezerwowana dla naprawdę niewielkiego procenta kobiet. Teraz tego typu zabiegi wykonuje się wcześniej i kobiety które, wracają np. po dzieśięciu, piętnastu latach i mają tą pierś zrekonstruowaną mówią, że szkoda, że tak długo czekały i nie zdecydowały się na zabieg rekonstrukcji piersi wcześniej. Jedna z pacjentek powiedziała mi ostatnio, że cieszy się, iż nie została pozbawiona ręki czy nogi. Mimo wszystko przyznała, że przed swoim partnerem nie potrafi się rozebrać i czuje lęk przed bliskością. Widać więc, że pierś jest dla kobiet ważna.

Czy przyszłość należy do kobiet? Czy walka o równouprawnienie ma sens, jest potrzebna? Czy na przestrzeni lat spotykała się Pani z podważaniem kompetencji ze względu na płeć? Jakie jest Pani zdanie na ten temat?

Hanicenta Rzepa: W naszym Oddziale nie spotkałam się z dyskryminacją. Gdybym cofnęła się do kursów specjalizacyjnych to wydaje się, że mężczyźni byli poważniej traktowani, niż kobiety. Pierwszy ordynator faworyzował mężczyzn, którzy robili specjalizację. Z dużą dozą nieśmiałości i niepewności poszłam poprosić o to, czy mogę być ginekologiem położnikiem, bo to była moja wymarzona specjalizacja. Byłam bardzo zdziwiona, jak powiedział: „dziecko nie mam nic przeciwko temu, proszę rób sobie ginekologię”. Nie miałam już potem jakichś nieprzyjemnych sytuacji. Uważam, że przyszłość należy do mądrych ludzi, niezależnie od tego, czy to jest kobieta czy mężczyzna. Patrząc z dzisiejszej perspektywy, różnice pomiędzy mężczyznami, a kobietami się zaciera. Nie wiem, czy zawsze na korzyść kobiet, bo one w sumie mają o wiele więcej obowiązków aniżeli mężczyźni. Wydaje się, że kobiety powinny bardziej walczyć o równouprawnienie w życiu osobistym, bo w życiu zawodowym jest trochę łatwiej, mimo że te różnice nadal występują. My kobiety musimy same dokonać w so-

bie zmian, aby móc odważnie patrzeć w przyszłość. Starsze kobiety powinny uczyć swoje córki, wnuczki oraz te młodsze kobiety poczucia własnej wartości. Spełnianie swoich marzeń, wyznaczanie zadań i przede wszystkim ich konsekwentna realizacja – to gwarantuje sukces. Samo marzenie bez wzięcia w swoje ręce jego realizacji nie przyniesie żadnych rezultatów. Mówi się o tym, że najbardziej bolą niezrealizowane marzenia i najbardziej się ich żałuje.

Iwona Ryniewicz-Zander: Przyszłość należy do mądrych i otwartych ludzi, którzy umieją współpracować, wyznają zasadę partnerstwa, są życzliwi i otwarci na potrzeby innych – co szczególnie ważne w naszym zawodzie.

Bożena Ropelewska: Przyszłość należy do ludzi, niezależnie od płci. Dla każdego jest miejsce. Nie zgadzam się z przysłowiem, że kobieta to szyja, a mężczyzna to głowa – kobiety wybierają swoje miejsce i zadania, które realizują, same dobierają metody i czas ich realizacji. Nie zgadzam się ze stereotypem, że misją kobiety jest tylko dom, dzieci, a jeżeli praca to tylko jako uczestnictwo w dochodzie rodzinnym. Każda z nas ma prawo wybrać czy chce być ostoją i organizatorem życia rodzinnego, czy chce podzielić te role z partnerem a zaoszczędzony czas poświęcić na rozwój zawodowy, czy też oddać się tylko pracy zawodowej. Nie zgadzam się z poglądem, że kobiety podejmując decyzję kieru-

Przyszłość należy do ludzi, niezależnie od płci. Dla każdego jest miejsce. Nie zgadzam się z przysłowiem, że kobieta to szyja, a mężczyzna to głowa – kobiety wybierają swoje miejsce i zadania, które realizują, same dobierają metody i czas ich realizacji.

ją się emocjami, to właśnie mężczyźni łatwiej jest zmanipulować zaaranżowanymi emocjami.

Elżbieta Gelert: Nigdy wprost nie dotarła do mnie informacja, że jestem w pozytywny lub negatywny sposób postrzegana przez pryzmat tego, że jestem kobietą. Przyszłość

należy do wszystkich, bez podziału na płeć. Przyszłość należy do całego narodu i tylko od jego mądrości zależy, jak ona będzie wyglądała. Równouprawnienie jest oczywiście potrzebne, ale takie, które z pełną odpowiedzialnością weźmie na siebie sferę uprawnień, jak i obowiązków. Jak chociażby w odniesieniu do zrównania wieku emerytalnego, należy mieć świadomość, że skrócony wiek emerytalny dla kobiet wynikał z nierównego podziału funkcji macierzyńskich i wychowawczych w rodzinie oraz jednoczesnego obciążenia kobiet zarówno pracą, zawodową jak i obowiązkami rodzinnymi. Dziś oczekujemy od mężczyzn włączenia się w wychowanie dzieci i zaangażowania w pozostałe obowiązki domowe, wobec czego powinniśmy przyjąć tę zmianę z pełną odpowiedzialnością. Wówczas taki system, w którym w połowie dzielimy się obowiązkami i czerpiemy uprawnień, wydaje się sprawiedliwy. Bez wątplenia przypisywanie poszczególnych zawodów bądź specjalizacji konkretnej płci – na przestrzeni lat było bardzo mocno ugruntowane, np. na ortopedii czy neurochirurgii trudno było poszukiwać kobiety, a wśród personelu pielęgniarskiego – pielęgniarza. Dziś te granice coraz mocniej się zacierają, co oczywiście jest dobre.

Aleksandra Ankiewicz: Gdy zaczęłam pracować w 2006 r. to w chirurgii kobiet było rzeczywiście bardzo mało. Teraz się to zmieniło i stało bardziej powszechne. Wcześniej rzeczywiście bywało tak, że kobieta, która pojawiała się na oddziale, nie była odbierana jako lekarz chirurg, tylko jako jakiś inny personel. Obecnie zmieniło się to na plus. Miałam to szczęście, że trafiłam do tego szpitala. Nie odczułam tu nigdy dyskryminacji, jesteśmy tutaj zespołem.

Jestem za to bardzo wdzięczna, że koledzy zarówno szanują swoje rodziny, jak i moją. Staramy się tu pracować jak najlepiej, ale też mamy świadomość, że oprócz pracy każdy z nas ma życie prywatne. To jest duży plus tego oddziału.



A jak Pani postrzega zagadnienie związane z równością/nierównością płci? Doświadczyła go Pani kiedyś?

Bożena Ropelewska: Równość płci, nie byłabym szczerą, gdybym powiedziała, że się z tym nie spotkałam. W gronie mężczyzn napotykałam się na silne osobowości, które próbują dominować w rozmowie i decyzyjności. Zakładam, że to cechy osobowości mężczyzn, a nie brak równości płci. Jeżeli jest inaczej, to właśnie mężczyźni mają problem, a nie ja, muszę ciągle walczyć, aby pokazać dominację - to musi być strasznie męczące. Jestem przeciwna stygmatyzacji ze względu na płeć, to niedopuszczalne działanie i światopogląd.

Jaką kobietą była Elżbieta Gelert, gdy obejmowała stanowisko Dyrektora Naczelnego, a jaką jest dziś? Co powiedziała Pani sobie, jako kobiecie, która stawiała pierwsze kroki w medycynie, kobiecie która obejmowała stanowisko Dyrektora Naczelnego, Posłance, która rozpoczynała wykonywać mandat - kluczowego, wspierającego z dzisiejszej perspektywy? Czy jest coś, co należałoby powiedzieć kobietom dziś, ważnego z Pani punktu widzenia?

Elżbieta Gelert: Taką samą. Wydaje się, że zawsze byłam wewnętrznie spokojna, dość pracowita i odpowiedzialna. Te cechy na przestrzeni lat się oczywiście się modelowały, jednakże mój sposób bycia i podejścia do ludzi nie uległ zmianie. Uważam, że każdemu należy pomóc, gdy tego potrzebuje, czy pracownikowi, czy pacjentowi, bo każdy z nas boryka się wieloma problemami w życiu codziennym i nie ma potrzeby jeszcze ich komuś dokładać. Z wykształcenia jestem pielęgniarką, stąd może występują u mnie cechy opiekuńcze. Każdy powinien robić w życiu to, co lubi najbardziej. Zawsze wystrzegałam się pracy w której mogłabym się nudzić i nie mieć zadowolenia z działania. Gdy lubimy naszą pracę, to nie jest ona dla nas ciężarem. Zdecydowałam się wkroczyć na ścieżkę polityczną po to, aby móc dzia-

łać więcej, dalej niż na „swoim podwórku” – ale zarówno dla swojego miasta i jak i szerszej społeczności. Chciałam, by konsekwencją mojej pracy było ułatwienie życia ludziom. Oczywiście, z politycznej perspektywy bywa różnie, w szczególności w opozycji. Ochrona zdrowia to obszar, który znam wszcz i wzdłuż, dlatego postanowiłam to wykorzystać, do tego, aby mieć wpływ na zmianę i kształtowanie sytuacji pacjentów, jak i personelu. Zawsze zwracam uwagę na to, że warto mieć świadomość

Każdy powinien robić w życiu to, co lubi najbardziej. Zawsze wystrzegałam się pracy w której mogłabym się nudzić i nie mieć zadowolenia z działania.

jakich przedstawicieli wybieramy do parlamentu, ponieważ prawo, które Ci ludzie stanowią, układa życie całemu społeczeństwu. Bardzo ważne jest to, aby w ławach sejmowych zasiadały zarówno kobiety, jak i mężczyźni, praktycy, ale i teoretycy, ci młodszy i ci wiekowo starsi. Potem możemy wyrażać swoje niezadowolone, ale jest już za późno. Dziś przede wszystkim powiedziałabym kobietom, że powinny się realizować na każdym szczeblu, zarówno w sferze zawodowej, jak i osobistej.

Co powiedziała Pani sobie, jako kobiecie, która stawiała pierwsze kroki w medycynie, kluczowego, wspierającego z dzisiejszej perspektywy? Czy jest coś, co chciałyby powiedzieć Pani dziś, do innych kobiet, przyszłych lekarzek/pielęgniarek?

Aleksandra Ankiewicz: Zrobiłam chirurgię ogólną, onkologiczną w międzyczasie zrobiłam doktorat, jeszcze przed urodzeniem drugiej córki. Teraz kończę chirurgię plastyczną. Mogłam i nadal mogę się realizować, rozwijać i doskonalić. Trzeba realizować cele, które sobie wyznaczamy i po prostu być konsekwentnym. Mimo że czasami coś pokrzyżuje nasze plany w określonym momencie życiowym, to nie należy zapominać o tym celu i spróbować go zrealizować za jakiś czas.

Hanicenta Rzepa: Jeżeli miałabym coś powiedzieć przyszłym lekarkom czy młodym lekarzom to dotyczyłoby to właśnie realizacji marzeń, konieczności stawiania przed sobą zadań, celów i ich konsekwentnej realizacji. Powiedziałabym, że medycyna jest fantastycznym zawodem, że bycie lekarzem jest niesamowite. W ciągu mojego życia zawodowego medycyna zmieniła się nie do poznania i zazdroścę w pewnym sensie młodym lekarzom, że mają przed sobą tak ogromne perspektywy rozwoju. Oprócz asertywności, konsekwencji i ciągłego uaktualniania wiedzy, pragnę zwrócić uwagę na konieczną umiejętność współpracy. W medycynie nie można być singlem, trzeba działać zespołowo, umieć słuchać

i ważyć czyja racja – pacjenta czy kolegów lekarzy. Trzeba po prostu działać holistycznie.

Iwona Ryniewicz-Zander: Zawód wymaga pasji. Jeżeli chcecie dobrze ten zawód wykonywać, to musi on sprawiać radość i dawać satysfakcję, musisz polubić pacjenta. Życzę młodym lekarzom i lekarkom również wiele pokory. Umiejętność realnego postrzegania otoczenia i wiara w swój sukces to klucz do celu.

Bożena Ropelewska: Pielęgniarstwo to dyscyplina zawodowa wymagająca określonych cech osobowości i określonej wiedzy. Działając na jej podstawach, można zdobyć szczyty zawodowe w aspekcie wrażliwości i niesienia dobra, ale również w aspekcie kariery zawodowej. Zawód ten pozwala na budowanie kariery zawodowej, wyzwolenie osobistych aspiracji jest napędem, a nie narcyzmem. Z dzisiejszej perspektywy wiem, że powinnam była dołożyć większej staranności w umacnianiu własnej asertywności, pojmowanej nie jako mówienie „nie” ale raczej sposób na wyrażanie szacunku dla własnych potrzeb, uczuć i opinii. Odpowiedzialność za siebie to kolejny ważny krok w budowaniu własnej niezależności.

Rozmawiała: Anna Kosno



Pacjentka Oddziału Onkologicznego z Pododdziałem Chemioterapii
fot. Ireneusz Zemszał

DROGI

pacjencie,

DROGA

pacjentko,

mamy świadomość, że sytuacja w której się znalazłeś jest dla Ciebie trudna. W głowie pojawiają się wiele pytań i wątpliwości. W oparciu o wiedzę i doświadczenie personelu Oddziału Onkologicznego z Podod-

działem Chemioterapii zebraliśmy sześć kluczowych z naszego widzenia zagadnień dotyczących ciała i ducha, z którymi borykają się nasi pacjenci od momentu diagnozy choroby onkologicznej. Pamiętaj, że rzetelne źródło informacji to podstawa, nie ma głupich pytań, a my jesteśmy tu dla Ciebie.

WIĘKSZOŚĆ NOWOTWORÓW MOŻNA SKUTECZNIE LECZYĆ

Wachlarz możliwości leczenia w chorobach onkologicznych jest zróżnicowany. Wybór leczenia nowotworu zależy od wielu czynni-

ków: rodzaju nowotworu, stopnia zaawansowania, czynników indywidualnych oraz chorób współistniejących. Istnieją cztery główne metody leczenia nowotworów: leczenie chirurgiczne, radioterapia, chemioterapia i terapie biologiczne. Inne rodzaje leczenia stosuje się w fazie początkowej, a inne w zaawansowanym stadium choroby. Twój stan zdrowia, styl życia i osobiste preferencje także mogą mieć wpływ na decyzję o wyborze rodzaju leczenia. Nie każde leczenie będzie skuteczne w Twojej sytuacji, dlatego możemy proponować Ci różne warianty. Bez względu na cel leczenia (wyleczenie raka, kontrolowanie go czy też leczenie objawów choroby) będziesz przez nas zaopiekowany. Nie bój się pytać swojego lekarza o rozpoznanie i plan leczenia. Jak w każdej relacji, jasność i otwartość komunikacji są kluczem do sukcesu.

ZDOBYWAJ RZETELNĄ WIEDZĘ O CHOROBI I JEJ LECZENIU

Jesteś w nowej i nieznannej sytuacji, jest więc oczywiste, że poszukujesz informacji. Znaczenie ma to, gdzie szukamy wiedzy i w jaki sposób z niej korzystamy. Pamiętaj jednak, że każdy jest inny i nierzadko przebieg choroby będzie zupełnie różny oraz wystąpią inne skutki uboczne leczenia nowotworu. Jeżeli znasz już swoje pytania, to pomyśl o partnerze do rozmowy. Najbezpieczniej zacząć od swojego lekarza, ale bardzo pomocna może okazać się w wielu sprawach kadra pielęgniarska. Nurtujące Cię pytania dotyczące choroby i leczenia zapisz sobie na kartce i przedstaw je lekarzowi. Jeżeli czegoś nie rozumiesz, powiedz o tym, i poproś o wytłumaczenia raz jeszcze. Opowiadania pacjentów o ich doświadczeniach przesiewaj przez sito i wybieraj tylko to, co naprawdę Ci służy. Spokojnie i rzetelnie czytaj kartę informacyjną, którą otrzymasz po wypisie ze szpitala. Znajdziesz tam zalecenia wraz z informacją o wystawionych receptach i diagnostyce, którą musisz wykonać. Bezwzględnie stosuj się do wskazanych zaleceń, w razie wątpliwości, pytaj!



SKUTKI UBOCZNE LECZENIA NOWOTWORU MINA

Większość skutków ubocznych jest krótkotrwała i przemijająca. Jeśli odczuwasz jakiegokolwiek dolegliwości, powiedz o tym zespołowi leczącemu i dowiedz się, jakie są sposoby na zmniejszenie dolegliwości. Możesz sobie pomóc, stosując dobrze zbilansowaną dietę i pijąc dużo płynów oraz biorąc pod uwagę częste okresy odpoczynku podczas planowania aktywności, a także ćwicząc regularnie. Poprawa wizerunku w chorobie nowotworowej jest obiektem zainteresowania wielu pacjentów onkologicznych. Pacjentki często pytają o zabiegi medycyny estetycznej, np. o makijaż permanentny czy paznokcie hybrydowe. Jeżeli chodzi o makijaż permanentny – porozmawiaj z swoim lekarzem czy w twoim przypadku nie ma przeciwwskazań, nie mniej jednak co do zasady będziesz mogła go wykonać. Zabronione jest z kolei wykonywanie manicure hybrydowego z uwagi na wysokie prawdopodobieństwo infekcji grzybiczej. W trakcie leczenia należy pamiętać o bezwzględnej ochronie przed słońcem i stosowaniu filtrów przeciwsłonecznych o najwyższej ochronie UV. Poza tym leczenie onkologiczne nie stanowi przeszkody do prowadzenia pojazdów, przebywania z dziećmi czy aktywności zawodowej.

KAŻDA REAKCJA JEST NATURALNA

Ludzie radzą sobie z nowotworem – tak jak z problemami życiowymi – bardzo różnie. Wpływ rozpoznania nowotworu na nasz organizm i styl życia bywa różnorodny, a więc każdy musi znaleźć właściwą dla siebie strategię. Dla wielu jest to bardzo trudny i pełen emocji okres. Uczucia takie jak szok, niedowierzanie, lęk i złość w sytuacji diagnozy choroby, jej progresji czy nawrotu są normalne, podobnie jak nadzieja na to, że chorobę uda się opanować. Naturalne jest, że w tym czasie możesz po prostu odczuwać bardzo różne emocje, nawet takie, które pozornie wydają Ci się być sprzeczne. Niektóre emocje są dla nas trudne, ale wszystkie są potrzebne i mają swoją ważną funkcję. Prawdopodobnie także Twój



Psychoonkolog Karolina Filipowicz-Winczura
fot. Ireneusz Zemszał

bliscy doświadczają podobnych emocji w związku z sytuacją choroby – nie bój się dzielić z nimi swoimi emocjami i przemyśleniami, gdyż będzie im łatwiej zrozumieć Twoje aktualne potrzeby i udzielić adekwatnego do Twojej sytuacji wsparcia.

BĄDŹ CZUJNY I NIE BÓJ SIĘ PROSIĆ O POMOC

Żal, doświadczenie smutku, lęku lub płacz są normalnymi – „zdrowymi” – reakcjami na wiadomość o poważnych kłopotach zdrowotnych. Trzeba jednak pamiętać, że przedłużający się stan smutku i negatywnego myślenia może przerodzić się w zaburzenia psychiczne, jak chociażby depresję. Może ona sprawić, że trudniej będzie Ci spełniać wymogi leczenia, ze względu na bardzo niski poziom energii i motywacji, trudności w podejmowaniu decyzji oraz poczucie beznadziejności i rezygnacji. Gdy przez ok. 2-3 tygodnie doświadczasz będziesz, np. obniżonego nastroju, smutku, apatii, spadku aktywności życiowej, zaburzeń snu, silnych lęków, uczucia ciągłego zmęczenia, braku energii – to warto skorzystać z pomocy specjalisty –

choćby dostępnego na Oddziale Onkologicznym – psychoonkologa lub psychiatry. Możesz korzystać z opieki psychoonkologa na każdym etapie leczenia, a także w miarę Twoich potrzeb także po zakończeniu terapii.

JESTEŚ WSPÓŁODPOWIEDZIALNY ZA PROCES LECZENIA

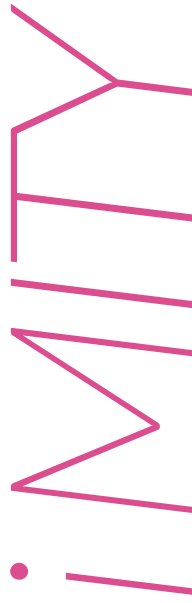
Jeżeli będziesz czuć się współodpowiedzialny za proces leczenia, to bardzo prawdopodobne jest, że lepiej przejdiesz przez ten trudny okres. Głowa musi współpracować z ciałem – to bardzo istotne w procesie leczenia onkologicznego. Zdrowe myślenie, w przeciwieństwie do pozytywnego, które zakłada, że wszystko będzie dobrze, realnie kreuje rzeczywistość i dopuszcza do świadomości, że niczego zagwarantować na 100% nie można. Zdrowe myślenie opiera się na założeniu, że jeżeli mogę zrobić coś dla swojego zdrowia, to robię to, co w danej sytuacji jestem w stanie zrobić najlepiej jak potrafię, aby wspomagać proces leczenia, a nie szkodzić mu. Dbałość o siebie to odpowiednia dieta, rezygnacja ze szkodliwych nałogów, dostosowanie do Twoich możliwości wysiłku fizyczny, skrupulatne czytanie zaleceń szpitalnych, umiejętność przyjmowania wsparcia, a także korzystanie z pomocy otoczenia. Choroba osoby bliskiej wpływa znacząco na funkcjonowanie całej rodziny. Nierzadko z chwili na chwilę zmieniają się role i zadania w rodzinie. Być może nie będziesz mógł robić wszystkiego, co robiłeś do tej pory. Naucz się przyjmować pomoc. Ważne jest również to, aby nie rezygnować z takich czynności, które jesteś w stanie wykonywać samodzielnie, nie nadwyrężając swojego zdrowia. Nie rezygnuj też z dotychczasowych aktywności, jeżeli masz na nie chęci i siły.

Opracowanie: Anna Kosno
- na podstawie rozmów
z pracownikami Oddziału
Onkologicznego z Pododdziałem
Chemioterapii



FAKTY

na temat karmienia piersią



Na zdjęciu mama karmiąca piersią
w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu
fot. Anna Kosno

Karmienie piersią to temat rzeka. Choć to czynność wykonywana codziennie przez miliony kobiet nadal wzbudza pewne wątpliwości. Żyjemy w świecie w którym dostęp do informacji jest na wyciągnięcie dłoni. Dawniej mieliśmy niedostatek informacji, aktualnie mamy ich nadmiar. Obecnie jest ich tak wiele, że trudno je ogarnąć, a jeszcze trudniej zweryfikować, które są prawdziwe, ważne, aktualne. Karmienie obwarowane jest mitami i przekonaniem, które nie mają przełożenia na rzeczywistość, tj. nie mają żadnego uzasadnienia w nauce i dostępnej wiedzy, a nierzadko stają w sprzeczności z tym, co czuje matka w sercu. Droga mamo, mleko, które produkujesz sama – to jeden z najpiękniejszych cudów natury, ponieważ potrafisz utrzymać przy życiu swój najcenniejszy skarb – dziecko. Karmienie piersią niesie za sobą wiele korzyści – zarówno dla mamy, jak i dziecka, dlatego obalamy mity, potwierdzamy fakty.

MIT 1: Karmienie piersią i karmienie mieszanką są równoważne.

FAKT 1: Karmienie piersią przynosi zarówno niemowlętom, jak i ich matkom korzyści, które nie występują, w przypadku stosowania mieszanki.

Czy warto więc karmić piersią? Odpowiedź zawsze brzmi – TAK, bo...

Przez kontakt dziecka z twoim ciałem dajesz mu bezpieczeństwo, komfort i budujesz szczególną więź;

Karmienie piersią jest bezpłatne, a mleko matki jest zawsze gotowe i w każdej chwili ma odpowiednią temperaturę;

Ssanie piersi przez dziecko bezpośrednio po porodzie sprzyja uwolnieniu oksytocyny (tzw. „hormonu miłości”), który to wysyła sygnał do piersi, aby rozpocząć produkcję

mleka. Oksytocyna również sprzyja kurczeniu się macicy co zapobiega krwawieniom i rozpoczyna powrót do rozmiarów macicy sprzed ciąży;

Badania wykazały, że korzyści karmienia piersią dla matek obejmują: niższe ryzyko nowotworu jajnika i macicy, niższe ryzyko raka piersi i wczesnej menopauzy, zmniejszenie ryzyka cukrzycy typu II.

Prawdopodobieństwo wystąpienia infekcji dróg oddechowych, biegunki i problemów żołądkowych u Twojego dziecka będzie mniejsze w przypadku karmienia piersią;

Karmienie piersią pomaga zmobilizować zapasy tłuszczu i powoduje spalanie około 500 kalorii dziennie, co pomoże Ci zrzucić szybciej zbędne kilogramy;

Pokarm mamy to jedyny pokarm zaprojektowany specjalnie dla Twojego dziecka, nie można go podrobić,

a jego skład zmienia się wraz z wiekiem, aby dostosować się do jego potrzeb;

Substancje odżywcze w pokarmie matki są łatwiejsze do wchłaniania niż substancje w jakiegokolwiek innej formule, dlatego każda mama może mieć pewność, że jej dziecko otrzymuje maksymalne korzyści jak również jest chronione przez przeciwciała produkowane tylko dla niego i przekazywane za pomocą pokarmu;

Jeśli w rodzinie masz osoby cierpiące na cukrzycę lub alergię, to prawdopodobieństwo wystąpienia tych schorzeń u Twojego dziecka będzie mniejsze, jeśli jest karmione piersią. Dodatkowo dalszymi zaletami karmienia piersią dla dziecka jest mniejsze prawdopodobieństwo: zaparc, ponieważ stolec jest bardziej miękki oraz biegunek, problemów z gazami lub ulewaniem po karmie-



niu, infekcji układu moczowego, infekcji uszu, infekcją żołądka i jelit oraz infekcji dróg oddechowych;

Mleko matki zawiera niezbędne substancje pomagające w rozwoju mózgu, siatkówki i ośrodkowego układu nerwowego, jak również czynników wzrostu i hormonów;

Szczególne korzyści odnoszą wcześniaki karmione piersią, gdyż to pozwala na wzmocnienie odporności i chroni je przed infekcjami.

MIT 2: Edukacja przedporodowa dotycząca karmienia piersią nie ma znaczenia.

FAKT 2: Położna prowadząca edukację w zakresie wizyt patronażowych przed porodem bądź w trakcie edukacji w szkole rodzenia może pozytywnie wpłynąć na zamiar karmienia piersią, długość okresu karmienia, a także wyłączenie tego karmienia.

Wszelkie towarzystwa naukowe zajmujące się opieką nad matką i dzieckiem zdecydowanie popierają karmienie piersią „jako preferowaną metodę” karmienia noworodków i niemowląt, a także zalecają karmienie wyłącznie piersią do ukończenia przez dziecko wieku 6 miesięcy. Przeprowadzone badania wykazały, że poradnictwo w okresie prenatal-

W strukturze Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego funkcjonuje Aktywna Szkoła Rodzenia. Zapraszamy wszystkie kobiety ciężarne wraz z osobami towarzyszącymi do uczestnictwa w naszych zajęciach. Można się z nami skontaktować pod nr (55) 2395 606 od poniedziałku do piątku, w godz. 8.00 – 14.00. Zajęcia adresowane są do kobiet ciężarnych od 20 tygodnia ciąży.

nym zwiększa odsetek kobiet wyrażających zamiar karmienia piersią oraz kobiet które to karmienie będą odpowiednio długo kontynuować.

MIT 3: Praktyki związane z porodem i urodzeniem dziecka nie wpływają na powodzenie karmienia piersią.

FAKT 3: Badania wykazały, iż wczesne przystawienie dziecka do piersi, najlepiej już w pierwszych dwóch godzinach po porodzie w trakcie trwającego kontaktu skóra do skóry sprzyja karmieniu piersią.

W związku z tym niemowlęta urodzone przedwcześnie lub będące w ciężkim stanie z innego powodu mogą wymagać dodatkowego wsparcia w karmieniu piersią. Ciecie cesarskie natomiast może się wiązać z opóźnieniem rozpoczęcia karmienia piersią i zmniejszeniem częstości takiego karmienia we wczesnym okresie.

MIT 4: Picie kawy w okresie karmienia jest zabronione.

FAKT 4: Picie alkoholu w okresie karmienia jest zabronione.

Możesz pić nawet do 2 kaw lub 4 herbat dziennie (herbata także zawiera kofeinę). Jest to bezpieczna dawka, która nie zaszkodzi pokarmowi i nie spowoduje u dziecka pobudzenia. Alkohol nawet w najmniejszych ilościach może zaszkodzić dziecku.

MIT 5: Należy stosować „dieta matki karmiącej”.

FAKT 5: Matka karmiąca powinna spożywać większą ilość kalorii.

Tzw. „dieta matki karmiącej piersią” wynika z przekonania, iż produkty wzdymające zjedzone przez matkę powodują wzdęcia i kolki u jej

dziecka. To najstarszy, ale najczęściej powtarzany mit. Te produkty mogą wpływać na smak mleka, ale właściwości wzdymające absolutnie nie przedostają się do pokarmu. Mleko powstaje z krwi, a nie z treści żołądka. Wzdęcia mogą pojawić się jako efekt fermentacji niestrawionych resztek pokarmu. W związku z tym problemy ze wzdęciami może mieć Mama, a nie dziecko.

W trakcie karmienia piersią nie zaleca się stosowania diet odchudzających, ponieważ mogą prowadzić do niedoboru mikroskładników w organizmie Mamy. Zapotrzebowanie kaloryczne w trakcie karmienia piersią wzrasta o 500 kcal.

FAKT/MIT 6: podczas karmienia należy unikać produktów alergizujących

Produkty, które uznaje się za silne alergeny, m.in. orzechy, cytrusy czy czekolada nie wywołują alergii u dziecka – mogą ją jedynie uaktywnić. W takim przypadku zaleca się stosowanie przez Mamę diety eliminacyjnej, która wykaże czy zaprzestanie spożywania danych produktów pozwoli wyeliminować objawy alergii u malucha, czy też nie. Nie należy zatem na wyrost unikać spożywania tych produktów, a ograniczyć czy wyeliminować je ze swojej diety jedynie w przypadku podejrzenia u dziecka alergii.

MIT 7: Musisz pić mleko, aby wyprodukować pokarm.

FAKT 7: Istnieją substancje wspierające laktację.

Człowiek to jedyny ssak, który pije mleko wyprodukowane przez inne zwierzęta, a mimo to inne ssaki produkują pokarm idealnie dopasowany do potrzeb swojego potomstwa. Mleko stanowi cenne źródło wapnia i dlatego jego spożycie może być korzystne podczas laktacji. Kobieta karmiąca piersią powinna codziennie spożywać z dietą około 1000-1300

mg wapnia. Mleko mogą zastąpić np. napoje sojowe, rośliny strączkowe, zielone warzywa, czy suszone owoce. Taką substancją jest beta glukan. Beta-glukan to polisacharyd obecny m.in. w ekstrakcie słodu jęczmieniowego. Z badań wynika, że po spożyciu beta-glukanu rośnie jego ilość w przysadce mózgowej, gdzie pobudza produkcję prolaktyny, czyli hormonu, który wpływa bezpośrednio na proces laktacji i zwiększa produkcję mleka.

autor:
Certyfikowany Doradca Laktacyjny,
położna - Monika Kaśkiewicz

ZABIEG FESS I ESS

Endoskopowe leczenie chorób nosa, zatok przynosowych, oczodołu i podstawy czaszki to nowoczesne i małoinwazyjne zabiegi, wykonywane przez lekarzy tutejszego ośrodka od ponad 20 lat. Ich celem jest przywrócenie prawidłowej funkcji zatok przynosowych. Do jej zakłócenia dochodzi, gdy błona śluzowa w tak zwanym kompleksie ujściowo-przewodowym ulega chorobowym zmianom, w efekcie blokując ujścia zatok przynosowych. Operacja endoskopowa zatok polega na ich udrożnieniu i umożliwia przyczynowe leczenie przewlekłego zapalenia zatok innej patologii.

Wskazania do zabiegu FESS (dorośli i dzieci od lat 3)

- Zapalenia zatok przynosowych
- Powikłania zatokopochodne oczodołowe i wewnątrzczaszkowe
- Operacja guzów nosa, zatok przynosowych, nosogardła, oczodołu, przysadki podstawy czaszki,
- Usuwanie ciał obcych
- Stany zapalne, w tym grzybice inwazyjne nosa, zatok podstawy czaszki
- Zabiegi endoskopowe w obrębie dróg łzowych - DCR
- Wady rozwojowe, w tym zarośnięcie nozdrzy tylnych

Przeciwwskazaniami do zabiegu FESS są:

- brak możliwości prowadzenia hipotensji pacjentów - decyzja anestezjologa
- ciężkie choroby współistniejące, uniemożliwiające znieczulenie ogólne pacjenta

Jak się przygotować do zabiegu FESS:

Kwalifikuje otolaryngolog, po wykonaniu oraz zleceniu odpowiednich badań w tym tomografii komputerowej zatok, rzadziej MRI. Decydujące znaczenie ma wywiad, choroby pacjenta oraz współistniejące schorzenia.

Konieczna jest również konsultacja z anestezjologiem, aby wykluczyć przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego.

Przynajmniej tydzień przed planowaną operacją pacjent powinien mieć zmodyfikowane przez lekarza prowadzącego leczenie przeciwzakrzepowe, jeżeli takowe przyjmuje. W dniu zabiegu trzeba być na czczo, także bez picia wody.

Na czym polega endoskopowy zabieg zatok FESS?

Endoskopowa operacja zatok FESS odbywa się w znieczuleniu ogólnym, rzadziej w analgosedacji. Zabieg przeprowadzany jest przez jamę nosa bez nacinania powłok twarzy i powodowania oszpecających blizn. Przy użyciu kątowych optyk usuwane są zmiany chorobowe w całości lub wykonane biopsje, tj. ustalając rozpoznanie histopatologiczne. Na koniec, na 24 godziny, zakładana jest tamponada przednia.

Kuracja po zabiegu FESS jest stosunkowo krótka i jest elementem leczenia, pacjent zwykle opuszcza szpital w drugiej dobie po zabiegu. Następnego dnia po zabiegu usuwana jest tamponada. Pacjent otrzymuje również zalecenia lekarskie, których powinien ściśle przestrzegać, leczenie farmakologiczne

oraz obostrzenia dotyczące w szczególności korzystania np. z zamkniętych basenów. Konieczna jest systematyczna kontrola pooperacyjna w zależności od stopnia zaawansowania i etiologii choroby.

Co z powikłaniami po zabiegu FESS?

FESS jest zabiegiem bezpiecznym w rękach doświadczonego chirurga, jednak jak każda operacja, może nieść za sobą pewne skutki uboczne. W naszym ośrodku operują specjaliści, którzy wykonali wiele tysięcy tego typu zabiegów.

Powikłania podzielone zostały na wczesne i późne oraz drobne i poważne. Najczęściej jest to przedłużające się krwawienie z jamy nosa rzadziej powikłania oczodołowe.

Co zrobić, żeby umówić się na zabieg FESS w WSZ w Elblągu?

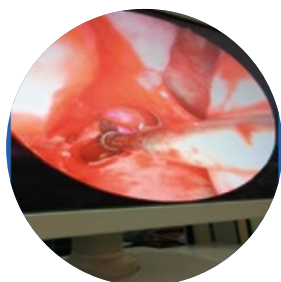
Skierowanie do Oddziału Otolaryngologii, najlepiej po wcześniejszym ustaleniu diagnozy schorzenia i jego przyczyny

Osobiste stawienie się w poradni laryngologicznej z tomografią zatok przynosowych, jeżeli była wcześniej wykonywana oraz dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, celem konsultacji i ustaleniem terminu zabiegu

Oddział szpitalny zapewnia możliwości diagnostyki i leczenia wspólnie z Oddziałem Pulmonologii w szpitalu w Elblągu



Ciało obce w zatoce szczękowej prawej po leczeniu stomatologicznym



Zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu zatoki klinowej Sphenoidotomia



Nerw wzrokowy lewy przy Chiasma opticum skrzyżowanie wzrokowe

Opracowanie:
Katarzyna Skowrońska
we współpracy
z prof. dr hab. n. med.
Krzysztofem Olesiem –
Koordynatorem Oddziału
Otolaryngologicznego
z Pododdziałem Chirurgii
Szczękowo-Twarzowej

CZY RAK PĘCHERZA TO WYROK?



lek. Tomasz Kazik
fot. Anna Dębińska

Rak pęcherza moczowego zajmuje piątą pozycję w kontekście częstości przyczyn zgonów spowodowanych nowotworami wśród mężczyzn, kobiety zaś chorują 3-4 razy rzadziej. Niewiele się jednak w przestrzeni medialnej słyszy o tej chorobie, w porównaniu chociażby z rakiem piersi czy prostaty. Czy to oznacza, że ten nowotwór nie stanowi znaczącego zagrożenia dla zdrowia i życia?

Lek. T. Kazik: Nowotwór jakim jest rak pęcherza moczowego stanowi istotne zagrożenie dla życia pacjenta i jego jakości, dlatego że ma on bardzo podstępny i niebezpieczny przebieg. U kobiet występuje rzadziej, stanowi raptem 5%, a u mężczyzn 25% wszystkich nowotworów układu moczowego. Nie mniej jednak u kobiet przebieg tej choroby bywa cięższy, dlatego tak ważne jest, aby go odpowiednio szybko rozpoznać.

Jak wygląda tendencja zachorowalności na raka pęcherz moczowego? Czy widoczny jest wzrost zdiagnozowanych pod tym kątem pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu?

Z analizy ostatnich 5 lat, biorąc pod uwagę ilość wykonywanych zabiegów dotyczących raka pęcherza moczowego wynika, że tendencja dotycząca zachorowalności jest dość stabilna. Ilość endoskopowych za-

Rak pęcherza moczowego to diagnoza budząca lęk przed groźną chorobą onkologiczną. O tym, że nie należy bagatelizować krwimoczu, o profilaktyce i o tym, jak wygląda sytuacja pod kątem zachorowalności w województwie warmińsko – mazurskim, rozmawiam z Koordynatorem Oddziału Urologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu – lek. Tomaszem Kazikiem.

biegów usunięć guza metodą przezcewkową wynosi ok. 450 operacji rocznie. W Polsce od lat 80. zarówno zachorowalność, jak i śmiertelność wykazywały zdecydowany wzrost. Na początku XXI w. zaczęło się to stabilizować, a śmiertelność delikatnie spadać. Jednakże Polska, jak i województwo warmińsko – mazurskie nadal jest w niechlubnej czołówce wysokiej zapadalności, zachorowalności i niestety śmiertelności na raka pęcherza moczowego.

Większość nowotworów rozwija się długo, nie dając żadnych objawów. Jak wygląda sytuacja w przypadku nowotworu pęcherza moczowego?

Rak pęcherza moczowego rozwija się bardzo szybko. O wiele szybciej niż chociażby rak prostaty. Podstawowym objawem jest bezbolesny krwimocz – często mylony z infekcją układu moczowego, a przez to leczony antybiotykiem. Ma on jednak charakter nawracający. Im później rozpoznamy chorobę, tym większe prawdopodobieństwo, że guz będzie nieoperacyjny. Powinniśmy wykonywać zatem badanie USG układu moczowego, które zapewni nam informacje na temat stanu naszego zdrowia.

Czy medycyna zna przyczyny zachorowalności na ten nowotwór? Z czego wynika tendencja wzrostowa dla województwa warmińsko – mazurskiego?

Świadomość dotycząca profilaktyki i stylu życia chroniącego nas przed chorobami jest nadal niska. Popular-

ność palenia tytoniu w sposób znaczący wpływa na zachorowalność na raka pęcherza. Szacuje się, że ok 50% pacjentów chorujących na raka pęcherza moczowego ma wykrywany w moczu karcynogen pochodzący z tytoniu. Czynnikiem mającym wpływ na rozwój tego nowotworu jest również kontakt z aminami aromatycznymi i wielopierścieniowymi węglowodorami aromatycznymi, czyli substancjami zawartymi w lakierach, produktach ropopochodnych, farbach używanych w przemyśle gumowym, a także niektórych metalach. Co ciekawe, zwiększona zachorowalność została zaobserwowana wśród osób zajmujących się fryzjerstwem, które mają do czynienia z lakierami. Starzejące się społeczeństwo jest bardziej narażone na choroby. Wiemy, że przewlekłe zapalenia pęcherza i układu moczowego ma wpływ na rozwój tego nowotworu. Zdarzają się i to nie tak rzadko, nowotwory pęcherza indukowane promieniowaniem jonizującym czy chociażby radioterapią wykonywaną z powodu raka prostaty. Mamy coraz więcej pacjentów, którzy mają tego typu komplikacje. Tak więc, mimo całego dobrodziejstwa jakie nam daje radioterapia, takie sytuacje też się zdarzają. Mamy też rzadkie przyczyny tego nowotworu, takie jak infekcja przywra pasażniczą (pasożyt wywołujący odczyn zapalny w układzie moczowym) – co prawda nie w naszym rejonie geograficznym, ale z uwagi na możliwości podróży, warto o tym wspomnieć.

Jeżeli chodzi o zwiększoną zachorowalność dla naszego regionu to wskazać należy, że analiza tego problemu jest bardzo trudna. Statystyki pokazują, że populacja w naszym województwie nie jest odpowiednio zaopiekowana pod kątem medycznym. Dostęp do specjalisty urologa czy poradni urologicznej, w szczególności w miejscowościach dość odległych od ośrodków miejskich, jest nadal znacząco utrudniony.

Czy diagnoza – rak pęcherza – to wyrok?

Absolutnie nie można powiedzieć, że jest to wyrok. Jeżeli będziemy świadomi jakie czynniki mają znaczący wpływ na rozwój tej choroby oraz jakie objawy mogą o nim świadczyć, to w konsekwencji może mieć to wpływ na szybkie rozpoznanie tego nowotworu u pacjenta, a co za tym idzie jego całkowite wyleczenie. Należy pamiętać o tym, aby nie bagatelizować niektórych objawów i zgłosić się do lekarza wtedy, gdy występują,

a w szczególności pamiętać o profilaktyce.

Czy istnieje profilaktyka pierwotna i wtórna dotycząca tego nowotworu?

Profilaktyka pierwotna polega na tym, aby prowadzić higieniczny styl życia, tj. jeść zdrowo (najlepsza jest dieta śródziemnomorska), unikać palenia tytoniu i kontaktu z wszelkiego rodzaju produktami ropopochodnymi. W przypadku gdy pojawi się krwiomocz, to w pierwszej kolejności powinniśmy wykonać badanie ogólne moczu i USG układu moczowego z pełnym pęcherzem (pusty pęcherz nie wyklucza obecności guza). Te badania wskażą dalszą drogę. Bardzo często kolejnym elementem diagnostycznym jest wykonanie cystoskopii, czyli badania układu moczowego z dostępu przezcewkowego. Jest to badanie ambulatoryjne, nieskomplikowane, niewymagające hospitalizacji, a dające wiele

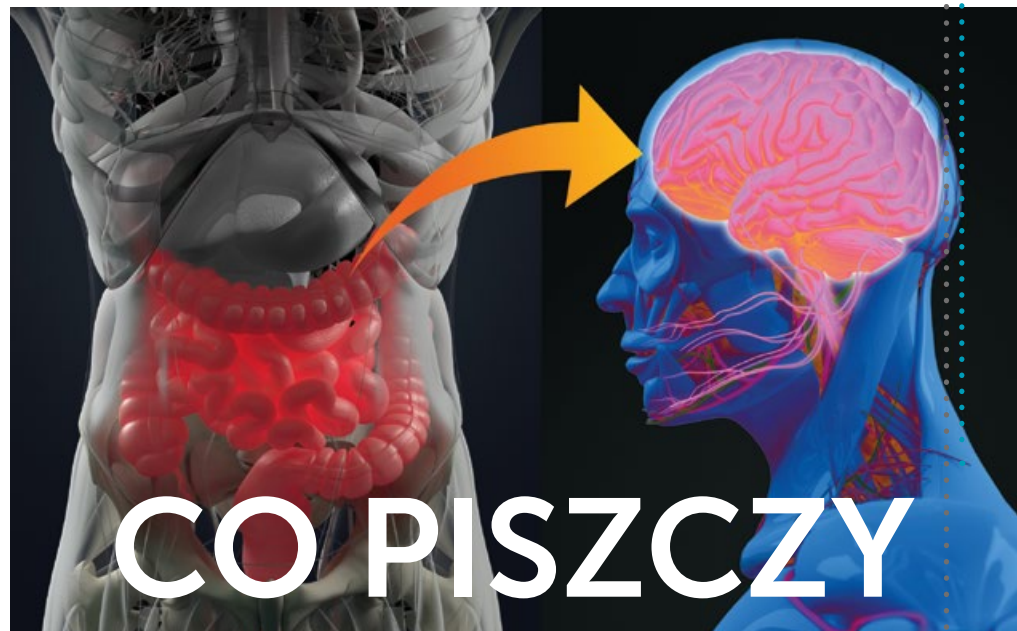
informacji – oprócz zdiagnozowania guza – rozpoznanie chorób zapalnych czy kamicy pęcherza moczowego. Dalszą diagnostykę rozszerzamy o badania obrazowe, tj. tomografię komputerową czy rezonans pęcherza moczowego. Takie kroki powinniśmy podjąć, gdy zaobserwujemy krwiomocz, a w szczególności, gdy jest bezbolesny i jesteśmy palaczami czynnymi. Bycie biernym palaczem też obliuguje do zwiększonej czujności. Poradnia Urologiczna w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu oferuje szeroką diagnostykę – USG, a rutynowo cystoskopię u pacjentów z podejrzeniem guza czy krwiomoczem. W najbliższym czasie uruchomimy pracownię cystoskopii giętkiej przeznaczonej głównie dla mężczyzn dla jeszcze dokładniejszego badania układu moczowego.

Rozmawiała: Anna Kosno

Ogromne znaczenie dla naszego zdrowia ma prawidłowy stan jelit. Nierzadko nie zdajemy sobie sprawy z tego jakie konsekwencje niesie za sobą ich niewłaściwa praca. Stan mikrobioty ulega ciągłym zmianom, oznacza to, że różnorodność mikroorganizmów zamieszkujących nasz organizm modyfikuje się przez całe nasze życie! Ponadto jego skład różni się w zależności od miejsca, w którym występuje. Inne mikroby zasiedlają naszą jamę ustną, a jeszcze inne stacjonują w naszych jelitach. Na pytania o to, co piszczycy w jelitach odpowiada gastroenterolog lek. Igor Balcerowicz.

Czy można pokusić się o stwierdzenie, że nasze jelita są niesamowicie istotnym i fascynującym odcinkiem naszego przewodu pokarmowego?

Z pewnością możemy tak powiedzieć. Wynika to z wielu funkcji jakie pełni nasze jelito. Podstawową



źródło: <https://www.istockphoto.com/pl>

CO PISZCZY W JELITACH?

funkcją jelit jest udział w trawieniu i wchłanianiu składników odżywczych. Ponadto jelito pełni również funkcję dokrewną, polegającą na wydzielaniu hormonów, które mają

wpływ na funkcjonowanie naszego organizmu – poprzez regulację pracy jelit, skurczów, perystaltyki, wpływ na wydzielanie enzymów trawienych przez trzustkę, stymulowanie



i opróżnianie pęcherzyka żółciowego jako bodźca na spożycie pokarmów. Poza tym jelito odpowiada za odporność w naszym organizmie. Główną rolę odgrywa tu tzw. bariera jelitowa, dla której kluczowa jest z kolei mikrobiota. Przewód pokarmowy jest największym rezerwuarem mikrobioty w naszym organizmie. Mikrobiotą są zaś wszystkie drobnoustroje, które w nim bytują. Zidentyfikowano ok. 1000 gatunków bakterii, które zasiedlają nasze jelito grube. Odkryto, że bardzo ważna z punktu powstawania i rozwoju wielu chorób jest nie tylko ilość, ale w szczególności różnorodność szczepów bakterii. Szacuje się, że jelito człowieka skolonizowane jest przez ok. 100 bilionów bakterii. Dla porównania można dodać, że jest to dziesięć razy więcej, niż komórek, albo 100 razy więcej niż genów kodowanych w organizmie człowieka.

Na czym polega dysbioza jelitowa i jakie może nieść konsekwencje dla naszego zdrowia?

Dysbioza jelitowa, czyli zaburzenie bioróżnorodności poszczególnych drobnoustrojów wchodzących w skład mikrobioty, może być przyczyną wielu chorób, nie tylko układu pokarmowego, ale i układu krążenia, cukrzycy, chorób z zakresu reumatologii, np. reumatoidalnego zapalenia stawów, dermatologii np. trądziku, hematologii czy nawet chorób z zakresu psychiatrii. Im większa bioróżnorodność, tym lepiej. Główny mechanizm prowadzący do anomalii związany jest z zaburzeniami integralności bariery jelitowej. Polega to na tym, że dochodzi do tzw. zespołu nieszczelnego jelita i wówczas część bakterii przedostaje się do krwi, układu moczowego, a dalej wątroby. Może to powodować nasiloną reakcję zapalną, immunologiczną i być przyczyną wielu chorób, w tym autoimmunologicznych. Podkreślić jednak należy, że nie jest to główny czynnik ww. chorób, ale bez wątplenia ma znaczący wpływ na ich rozwój.

Czy istnieją badania, które pozwolą ocenić stan mojej mikrobioty jelitowej?

Badania mikrobioty jelitowej opierają się głównie na badaniu kału, natomiast badania te dostarczają głównie informacji na temat mikrobiomu

jelita grubego, a nie na temat składu bakterii bytujących w jelicie cienkim. W codziennej praktyce klinicznej ich nie stosujemy.

Dostępne są też na rynku badania komercyjne, które można zakupić w sklepach internetowych, jednakże nie rekomendujemy ich ze względu na to, że mają dość wątpliwą standaryzację – nie wiemy, czy wynik takiego testu jest wiarygodny. Skoro więc mamy wątpliwości co do wiarygodności tych wyników, to nie możemy na ich podstawie podejmować decyzji terapeutycznych. Istnieje taka choroba jak zespół rozrostu bakteryjnego (z ang. SIBO) – dochodzi do niej w wyniku nadmiernego rozrostu bakterii w jelicie cienkim. Przyczyny są bardzo różne, mogą być związane np. z upośledzeniem wydzielania kwasu żołądkowego przez żołądek w związku z przyjmowanymi lekami, przewlekłym zapaleniem trzustki, z przebytymi wcześniej operacjami. Objawami SIBO jest chociażby ból, biegunka czy wzdęcia. W diagnostyce tej choroby wykorzystujemy tzw. testy oddechowe wodorowe lub metanowe, które polegają na spożyciu określonej substancji, a następnie pomiarach w określonym czasie wydychanego metanu lub wodoru. W ten sposób pośrednio dowiadujemy się o ewentualnym nadmiarze bakterii bytujących w jelicie cienkim.

Dieta ma ogromny wpływ na kondycję i różnorodność mikrobioty jelit, nie mniej to co równie silnie na nią oddziałuje, to przyjmowane leki. Czy któreś leki w sposób szczególnie dewastują nasz superorganizm?

Do najbardziej popularnych leków należą oczywiście antybiotyki, które potocznie rzecz ujmując, zabijają bakterie będące przyczyną infekcji jak i również te, naturalnie bytujące w przewodzie pokarmowym, które odpowiadają za szczelność jelita i integralność błony śluzowej. Jeżeli jest wskazanie do antybiotykoterapii, to od niej nie odstępujemy, ale musimy zdawać sobie sprawę, że stosowanie antybiotyków może zmieniać skład naszej mikrobioty na kilka tygodni, a nawet miesięcy. Warto się więc wystrzegać pochopnej antybiotykoterapii, jak i nie wywoływać presji na lekarza POZ do jej włączenia, gdy

wskazania pozostają wątpliwe.

Inną grupą leków powszechnie stosowanych są inhibitory pompy protonowej, czyli leki hamujące wydzielanie kwasu żołądkowego. Przewlekła terapia może zaburzać skład mikrobioty, w ten sposób, że główny mechanizm działania tych leków polega na zmniejszeniu kwaśności żołądka, a fizjologicznie jest to naturalną barierą zapobiegającą przedostaniu się bakterii z żołądka do jelita cienkiego. Właśnie nadmiar bakterii w jelicie cienkim może doprowadzać do wspomnianego już SIBO.

Czy prawdą jest, że zaburzenia mikrobioty wpływają również na pracę mózgu?

Od dawna funkcjonuje pojęcie osi mózgowo – jelitowej, czyli połączenia ośrodkowego układu nerwowego i jelita. Mechanizmy tego przewodnictwa są bardzo zróżnicowane, zarówno na drodze immunologicznej, neuroprzekaznikowej i metabolicznej. Najprościej rzecz ujmując, jest to droga, która przekazuje wiadomości dwukierunkowo z mózgu do jelita i jelita do mózgu. Jednakże przewaga tej transmisji odbywa się szybciej na drodze jelito-mózg. Stan naszej psychiki ma wpływ na pracę naszych jelit, co uwidacznia się chociażby w reakcji na stres, tak samo to, co odbywa się w naszych jelitach ma wpływ na nasz układ nerwowy. Bakterie probiotyczne wpływające na funkcjonowanie osi mózgowo – jelitowej nazywane są psychobiotykami. Badania potwierdzają skuteczność psychobiotyków w zmniejszaniu dolegliwości związanych ze zdrowiem psychicznym, np. lęku, stresu czy depresji. Przypuszcza się, nie mniej wymaga to dalszych badań, że zaburzenia mikrobioty mają także wpływ na rozwój takich chorób jak choroba Parkinsona, Alzheimer, autyzm, schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa. Wszystkie te choroby mają oczywiście bardzo złożoną etiopatogenezę i na pewno stan mikrobioty nie jest głównym czynnikiem warunkującym ich rozwój, ale jest jednym z wielu. Być może w przyszłości określone probiotyki stosowane w określonej dawce i odpowiednio długo będą leczeniem wspomagającym w ww. chorobach.

Jak jest rola probiotyków dla naszej mikrobioty? Czy służą one, jak często myślimy, do brakujących drobnoustrojów? Czy fermentowana żywność może stanowić alternatywę dla probiotykoterapii?

W uproszczeniu można tak powiedzieć. Probiotyki najbardziej kojarzą nam się z antybiotykoterapią, po której stosujemy je w celu odbudowy naszej flory bakteryjnej. Ponadto, zalecamy probiotykoterapię po kuracji eradycyjnej *Helicobacter pylori* – czyli tej bakterii, która może powodować przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka i związane z tym

powikłania. Jeżeli za pomocą testów wykryjemy obecność tej bakterii, wówczas stosujemy leczenie eradycyjne. W związku z zaburzeniem mikroflory jelitowej, po tej antybiotykoterapii zalecamy stosowanie probiotyków. Myślę, że fermentowaną żywność można uznać za swojego rodzaju naturalną alternatywę, ponieważ od dawna wiemy, że w produktach takich jak jogurt, kefir, kapusta kiszona, ogórki, chleb na zakwasie czy niektóre sery, obecna jest duża ilość bakterii probiotycznych.

Mikroby czerpią z nas, a my z nich, jednak często nie zdajemy sobie sprawy z tego, że abyśmy mogli czerpać korzyści, to musimy żyć w równowadze z mikroorganizmami zasiedlającymi naszą mikrobiotę. Na czym więc powinna polegać dbałość o tę „relację”?

Stan mikrobioty jelitowej jest istotnym czynnikiem warunkującym homeostazę całego organizmu i jego dobrostan. To, na co mamy wpływ to bez wątpienia – styl życia, różnorodna i bogata w składniki odżywcze dieta, stosowanie antybiotykoterapii tylko w sytuacji, gdy jest to konieczne i bezwzględne oraz nienadużywanie leków hamujących wydzielanie kwasu żołądkowego.

Rozmawiała: Anna Kosno



źródło: <https://www.istockphoto.com/pl>

Chociaż medycyna jest na coraz lepszym poziomie, a najbardziej skomplikowane operacje przeprowadzane są niemal codziennie, nadal przegrywamy z chorobami układu krążenia. To właśnie one, obok nowotworów, są najczęstszą przyczyną zgonów osób na całym świecie.

Jak wygląda sytuacja w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu z perspektywy Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej? Czy na przestrzeni lat liczba pacjentów wyraża tendencję wzrostową, czy spadkową? Jak zadbać o dobrą kondycję swoich tętnic – na te i inne pytania odpowiedzi udzielił

Koordynator tego Oddziału lek. Dariusz Kubiak.

Z jakimi chorobami borykają się najczęściej tętnice i które z nich są najbardziej narażone na rozwój chorób sercowo – naczyniowych?

Lek. D. Kubiak: W naszym szpitalu dominują choroby tętnic kończyn dolnych – tam miażdżycy lubi umiejscawiać się najczęściej. Stanowi to ok. 80-90% procent diagnozowanych. Zwykle jest to spowodowane odkładaniem się blaszek miażdżycowych w ścianach tętnic kończyn dolnych. Blaszki miażdżycowe składają się z cholesterolu i innych substancji odpadowych. Reszta to tętniaki – choroby tętnic, polegające na tym, że ich średnica ulega poszerzeniu. Najlepiej można to sobie zwizualizo-

wać, wyobrażając sobie balon, który w miarę dostarczania mu coraz większej ilości powietrza powiększa się, jego ściana staje się coraz cieńsza, aż w końcu pęka. Tak samo jest z tętniakami.

Jak kształtuje się statystyka? Czy ilość pacjentów trafiających na oddział jest większa, czy mniejsza na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia?

Lek. D. Kubiak: Ilość pacjentów jest bez wątpienia większa. Ponad 20 lat temu pacjentów było mniej, najprawdopodobniej dlatego, że ludzie krócej żyli i nie było tyle możliwości leczenia co teraz.



Czy jest wspólny mianownik dla utrzymania w zdrowiu naszych naczyń krwionośnych i zapobieganiu rozwojowi chorób?

Lek. D. Kubiak: Mianownik jest taki sam dla wszystkich chorób sercowo – naczyniowych – tj. zaprzestanie palenia tytoniu, higieniczny i zdrowy styl życia, dużo aktywności fizycznej i odpowiednia dieta. Nadwaga ma również istotne znaczenie, dlatego, że wiąże się z cukrzycą, która przyspiesza rozwój choroby. Tak samo jak cholesterol.

W internecie roi się od porad na temat oczyszczania/ udrożniania tętnic domowymi sposobami. Remedium stanowiąc ma ocet jabłkowy, mikstury na bazie czosnku, imbiru, cytryny i miodu, zaleca się jeść orzech włoskie. Czy tego typu sposoby w ogóle są skuteczne?

Lek. D. Kubiak: Nie ma takiego sposobu, by bez interwencji lekarskiej udrożnić sobie tętnice. Jeżeli chodzi o różnego rodzaju mikstury, to należałoby wyjść z założenia, że dany specyfik jest lekiem. Dla potwierdzenia skuteczności leku konieczne są badania kliniczne. Nie sądzę, że te wszystkie wymienione mikstury były poddane jakimkolwiek badaniom, a więc nie można obiektywnie stwierdzić, że są one skuteczne dla zachowania drożności tętnic.

Czy istnieją jakieś konkretne objawy wskazujące, że kondycja naszych tętnic jest zła i może prowadzić do stanu zagrożenia życia?

Lek. D. Kubiak: Podstawowym objawem jest tzw. chromanie przestankowe, czyli ból kończyny najczęściej umiejscowiony w obrębie łydki (czasami są to też pośladki) występujący podczas chodzenia. Po pokonaniu pewnego dystansu człowieka zaczyna boleć noga, trzeba wówczas przystanąć i po chwili można iść dalej. Niektórych dotyka to po 300 m, innych po 500, a jeszcze innych po 20 m. Nie ma reguły. To bez wątpienia powinno skłonić do wizyty u lekarza. Innym oczywistym objawem są trudno gojące się rany lub owrzodzenia na nogach, zazwyczaj w obrębie stopy, czasami podudzia.

Jakie badania powinno się wykonać, aby sprawdzić w jakim stanie jest kondycja naszych tętnic?

Lek. D. Kubiak: Osoba, która ma objawy PAD, powinna udać się do lekarza POZ, który skierują ją do Poradni Chirurgii Naczyniowej. Nie mniej jednak podkreślić należy, że badanie tętna jest podstawowym badaniem lekarskim od którego my również zaczynamy wykonywanie całej diagnostyki. Uczą się go już studenci medycyny na III roku, niestety rzadko kiedy jest faktycznie wykonywane na etapie podstawowej opieki zdrowotnej. Jeżeli nie czujemy tętna w miejscu, gdzie zdrowy człowiek powinien je czuć, to jest to jakaś wskazówka, że nie dopływa do tego miejsca krew i gdzieś powyżej jest zwężenie i niedrożność naczyń. Kolejne badania jakie pacjent powinien wykonać to USG Dopplera albo tomografię komputerową naczyń. Na tomografię komputerową pacjent poczeka kilka dni, natomiast na wykonanie USG Dopplera czas oczekiwania jest długi i może wynosić nawet do 9 miesięcy.

Pacjent trafia na oddział. Jaki rodzaj leczenia oferujemy pacjentom w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym?

Lek. D. Kubiak: Zabiegi chirurgiczne dzielimy na klasyczne i endowaskularne. Te pierwsze polegają na mechanicznym udrażnianiu zwężonych lub niedrożnych tętnic lub wszczepianiu pomostów omijających – potocznie mówiąc- dla zakorkowanej drogi robimy objazd. Druga technika to metoda wewnątrznaczyniowa – angioplastyka – ze stentami lub bez. Angioplastykę tętnic wykonuje się w ten sposób, że w miejsce zwężenia tętnicy wprowadza się cewnik ze specjalnym balonem. W wyniku jego napełnienia dochodzi do poszerzenia światła naczynia. Zwykle w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu zwężenia stosuje się stentowanie. W poszerzane miejsce wszczepia się stent, czyli metalową siateczkę, która podtrzymuje ścianę naczynia.

Czy można powiedzieć, że pacjent po takim zabiegu został wyleczony?

Lek. D. Kubiak: Miażdżycą to choroba przewlekła, postępująca i nieuleczalna. To wszystko, co my ze swojej strony robimy to leczenie objawowe, którego głównym celem nie jest uzyskanie wyleczenia, czy też zatrzymania procesu chorobowego, ale poprawienie jakości życia chorych w danym stadium choroby. Często powtarzam to pacjentom, że tak jak żaden reumatolog nie wyleczył pacjenta z reumatoidalnego zapalenia stawów, tak my jeszcze nikogo nie wyleczyliśmy z miażdżycy. Leczymy objawy, to na jakiś czas pomaga, przynosi pacjentowi ulgę, ale choroba dalej postępuje i te same osoby po upływie określonego czasu wracają do nas jak bumerang. W dodatku, gdy pacjent postanowił nie zmieniać dotychczasowego stylu życia, to choroba postępuje zdecydowanie szybciej.

Jak wygląda życie pacjenta po takim zabiegu?

Lek. D. Kubiak: Pacjent wychodzi do domu i przestaje odczuwać ból, ewentualne rany i owrzodzenia, jeżeli takowe posiadał, zaczynają się goić. Taki jest cel tych zabiegów. Często największym problemem jest brak zaangażowania pacjenta w proces leczenia. Po wykonanym zabiegu pacjenci wychodzą do domów i myślą, że mogą żyć tak samo, jak żyli wcześniej. Nie wszyscy, ale w większości przypadków niestety tak jest. Nie rozumieją, że nie zmienienie stylu życia, diety, brak aktywności fizycznej i fakt, że jest to choroba nieuleczalna, postępująca i może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia.

Rozmawiała: Anna Kosno



mec. Cezary Misiewicz
fot. Ireneusz Zemszał

W trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych dochodzi do wzajemnych relacji między pacjentem a osobą wykonującą zawód medyczny. Ta relacja oparta jest na stosunku wzajemnych praw oraz obowiązków, które są regulowane przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, jak i poza prawne regulacje.

Osoby wykonujące zawód medyczny zobowiązani są do udzielania tychże świadczeń zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Przez co należy rozumieć do jednych z fundamentalnych obowiązków osób wykonujących zawód medyczny, jak i jednym z fundamentalnych praw pacjenta.

PACJENT MA PRAWO DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DOTYCZĄCEJ JEGO STANU ZDROWIA ORAZ UDZIELONYCH MU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.

Nie mam na celu wskazywania, które z praw pacjenta jest ważniejsze, które są mniej ważne, bo każde z nich ma taką samą wartość i swój byt w trakcie procesu diagnostyczno - leczniczego.

PACJENCIE

masz prawo

Każda osoba ma prawo zgodnie z obowiązującą ustawą zasadniczą (Konstytucja RP), niezależnie od sytuacji materialnej zapewniony dostęp do świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te są finansowane przez państwo. Z pomocą odszyfrowania ww. zagadnienia, przychodzi jego definicja legalna, która zawarta jest w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Właśnie w tej ustawie, a konkretnie w art. 5 pkt. 40), zdefiniowane zostało „świadczenie zdrowotne”. Jest ono działaniem (czynnością) służącą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Należy dodać, że świadczenia zdrowotne mogą udzielać osoby, które posiada zawód medyczny, tj. lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny. W tym krótkim tekście zamiennie używam sformułowań jak świadczenie zdrowotne, proces leczenia, proces diagnostyczno - leczniczy, bo one oznaczają czynność medyczną służącą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia.

Przed rozpoczęciem procesu diagnostyczno - leczniczego w przypadku wystąpienia objawów chorobowych u pacjenta jest jego prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody. Zgoda lub odmowa udzielenia świadczenia musi być poprzedzona uzyskaniem konkretnych informacji od osoby udzielającej te świadczenie dotyczących jego stanu zdrowia, proponowanych

udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Zagadnienie udzielenia zgody na leczenie jest bardzo szerokim tematem, do którego wrócę w oddzielnym artykule. Należy wskazać, że zgoda na leczenie jest ważną czynnością tak samo dla pacjenta, jak i osoby wykonującej zawód medyczny.

Informacja dotyczy pacjenta, okreśmy go jako „dorosłego”, jak i pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat.

Prawo nadaje im uprawnienie do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie

Z kolei osoba wykonująca zawód medyczny i udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi ma obowiązek takiej informacji udzielić w zakresie swoich kompetencji. Również ważnym w tym kontekście uprawnieniem pacjenta jest żądanie od osoby wykonującej zawód medyczny, aby nie udzielała mu informacji, o których wspomniane zostało w zdaniu poprzedzającym.

W trakcie leczenia szczególnym prawem pacjenta jest uprawnienie do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Temat tajemnicy zawodowej osób wykonujących zawód medyczny jest bardzo obszerny i winien stanowić oddzielny artykuł.

Proces leczenia powinien odbywać się w poszanowaniu godności i intymności pacjenta, a osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie jego intymności i godności. Bez trudu można jednak wyodrębnić obszary ochrony intymności i godności pacjenta o absolutnie podstawowym charakterze. Odnosi się to do zagwarantowania prawa do leczenia bólu, obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, uczestnictwo przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wyłącznie osób niezbędnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

Pacjent ma prawo do leczenia bólu. Prawo to gwarantuje każdemu pacjentowi skutecznej realizacji prawa do leczenia bólu. Każdy pacjent, którego dolegliwości wiążą się z nadmiernym bólem i cierpieniem, powinien mieć możliwość skorzystania z tego prawa.

Poczucie oparcia, czyli świadomość, że możemy liczyć na inne osoby, rodzinę, przyjaciół, jest ważne dla każdego. Dotyczy to każdego wy-



miaru życia człowieka. Doniosłą rolę odgrywa w procesie leczenia prawo pacjenta do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Uprawnienie, z którego pacjent może skorzystać, stwarza możliwość bezpośredniego, osobistego wsparcia pacjenta przez osobę bliską poprzez jej obecność w procesie leczenia.

Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej jest zagadnieniem dość szerokim i na pewno do niego wróć.

Przestrzeganie praw pacjenta jest jednym z fundamentalnych obowiązków osób wykonujących zawód me-

dyczny, ale również innych pracowników podmiotu leczniczego. Z kolei relacja pacjent – osoba wykonująca zawód medyczny oparty wyłącznie na spisanych prawach i obowiązkach staje się stosunkiem formalnym, gdzie personel medyczny bardziej będzie czuwał nad tym, aby postępować zgodnie z literą prawa, niż interesować się skutkami takiego postępowania. To prowadzi do nieodwracalnego kierunku jakim jest dehumanizacja medycyny, ale może dzięki temu krystalizuje się postawa dla szacunku autonomii pacjenta.

Opracowanie:
r. pr. Cezary Misiewicz

Czy wiesz jak uzyskać dokumentację medyczną?



Dokumentacji medycznej możesz potrzebować, np. do ZUS, konsultacji lekarskich, firm ubezpieczeniowych, spraw sądowych czy konsultacji leczenia w innym szpitalu.



Wejdź na stronę
WSZ w Elblągu
www.szpital.elblag.pl
wybierz
zakładkę
„PACJENT”,
a następnie –
„UDOSTĘPNIANIE
DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ”.



Zadzwoń
pod numer
tel. 55 239 59
92 lub 55 239
56 74
lub napisz nam



archiwum@szpital.elblag.pl



Wojewódzki Szpital
Zespolony w Elblągu
Archiwum
Zakładowe
ul. Królewiecka 146
82-300 Elbląg
Niski parter, pok.
0108 -
Dokumentacja
medyczna, czynne:
poniedziałek 7:30 -
16:30, wtorek -
piątek 7:30 - 15:00

Dowiedz się więcej na temat potrzebnych Ci dokumentów

PACJENCIE OCENI NASZ SZPITAL

W 2021 roku wprowadziliśmy możliwość oceny naszego Szpitala w ankiecie PASAT OPEN. Utrzymując certyfikat jakości przyznawany przez Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie, zewnętrzną jednostkę certyfikującą podległą Ministerstwu Zdrowia oraz certyfikaty na zgodność z wymaganiami norm ISO 9001 i 14001 potwierdzamy wiarygodność podejmowanych działań i osiągnięcia zamierzonych celów. Budujemy wartość Szpitala oraz jego pozycję na konkurencyjnym rynku usług medycznych.

PASAT OPEN to nowa oferta Centrum Monitorowania Jakości skierowana do wszystkich, którzy chcą badać opinie pacjentów w szybki i profesjonalny sposób. Nadrzędnym celem Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu jest zbudowanie silnej organizacji ukierunkowanej na stałe podnoszenie standardów świadczonych usług.

Powyższy cel realizujemy poprzez:

- przestrzeganie praw pacjenta i monitorowanie poziomu satysfakcji pacjenta,
- tworzenie sprzyjających warunków hospitalizacji oraz bezpiecznych higienicznych warunków pracy,
- doskonalenie jakości świadczonych usług medycznych,
- dbanie o bezpieczeństwo świadczonych usług, oparte na wymaganiach standardów akredytacyjnych oraz norm ISO i ukierunkowane na zapobieganie zdarzeniom niepożądanym,
- działalność profilaktyczną i promocję zdrowia,
- zdobywanie nowych obszarów usług medycznych,
- systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu, świadomości oraz zaangażowania w działaniach na rzecz jakości i ochrony środowiska,

- rozwijanie bazy diagnostyczno-terapeutycznej, modernizację infrastruktury techniczno-informatycznej,
- spełnienie wszystkich obowiązujących wymagań normatywnych, przepisów prawnych oraz innych ustalonych wymagań w zakresie jakości i ochrony środowiska.

Badanie **PASAT OPEN** jest bezpłatne i jest realizowane w 100% drogą elektroniczną. Badanie realizowane jest w sposób ciągły i umożliwia doskonalenie jakości szpitala

poprzez ocenę doświadczeń pacjenta ze świadczonej w szpitalu opieki. System raportowania, jaki wypracowało Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, umożliwia wgląd w wyniki ankietowania na bieżąco, ale również pozwala na porównania osiągniętych wyników na tle innych szpitali uczestniczących w badaniu.

Zapraszamy do udziału w badaniu dotyczącym opieki świadczonej w naszym szpitalu



ZESKANUJ KOD
ABY OCENIAC

Państwa opinia jest dla nas ważna!

Mają Państwo realny wpływ na jakość leczenia i rozwój naszej jednostki. Dziękujemy!
Badanie realizuje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Adres ankiety:

<https://www.cmj.org.pl/ankiety/wsz>

WOJEWÓDZKI
SZPITAL
ZESPOLONY



ELBLĄG

Bierzemy udział w konkursie
na ośrodek onkologiczny
przyjazny pacjentom

Twój głos
jest ważny



ELBLĄSKIE
centrum onkologii



Zagłosuj na nasz szpital
na portalu onkomapa.pl
lub zeskanuj kod QR



Organizator:  ALIVIA onkofundacja