

NUMER 27

ISSN 1730—1297

zima 2015

SZŁACHETNE ZDROWIE

Czasopismo Śląskiego Centrum Chorób Serca

**30 lat
zabrzańskiej
kardiologii,
kardiochirurgii
i transplantologii
1985-2015**





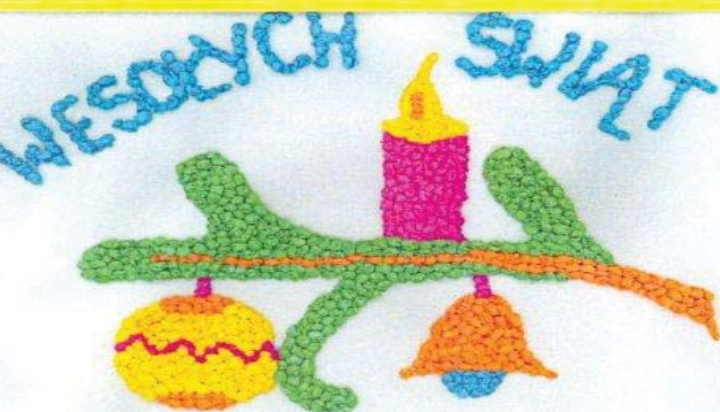
Zdrowych i Wesołych Świąt



Świąt wypełnionych
wzajemną
radością i miłością,
niosących spokój
i odpoczynek.

Nowego Roku 2016
spełniającego marzenia
i plany, w zdrowiu,
pomyślności
życzy
w imieniu całego Zespołu
Śląskiego Centrum Chorób
Serc w Zabrze

Dyrekcja SCCS



Szlachetne Zdrowie

Nikt się nie dowie

Jako smakujesz

Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

Świąt wypełnionych radością i miłością,
niosących spokój i odpoczynek.

Nowego Roku spełniającego wszelkie marzenia,
pełnego optymizmu, wiary, szczęścia i powodzenia
życzy



REDAKCJA

W numerze:

*Leczenie kardiologiczne
u chorych w wieku podeszłym*

*FitPolka czyli jak skutecznie
walczyć chorobami S-N
wśród kobiet? Wywiad
z autorem projektu – Joanną
Zembala - John*

SŁODKA FITPOLKA

FITPOLKA A MENOPAUZA

**FITPOLKA - CO Z TĄ SO-
LĄ?**

*Badamy opinię naszych
Pacjentów!*

*Jesienno-zimowe przynębie-
nie czy już depresja sezonowa?*

Nasi bracia mniejsi

*Działania Fundacji Śląskiego
Centrum Chorób Serca
w Zabrzu*

*Śląski Park Technologii Me-
dycznych Kardio-Med. Silesia-
podsumowanie roku i plany na
2016; Rozmowa z prezesem
Adamem Konka*

*Elektroniczna dokumentacja
medyczna*

*Czas to... o wartości czasu
w inny sposób*

REDAKCJA:

Bożena Smoter

Joanna Zembala-John

Śląskie Centrum Chorób
Serca
Ul. M. Skłodowskiej 9
41-800 Zabrze
www.sccs.pl
biblioteka@sccs.pl

WYDAWCA:

Fundacja SCCS
ul. Wolności 182
41-800 Zabrze

WYDARZENIA 2015

- 26.01.2015 – uroczyste obchody Dnia Transplantacji;
- 24.02.2015 – warsztaty technologiczne Microsoft;
- 27-28.03.2015 – MedTrends - Brytyjsko-Polskie Forum Nowoczesnej Ochrony Zdrowia, organizowane przez Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia oraz Śląskie Centrum Chorób Serca;
- **25-30.05.2015 - ZABRZAŃSKI TYDZIEŃ SERCA:**
 - 25-26.05.2015 - Polsko-Ukraińskie Forum Kardiologów, organizowane przez Śląskie Centrum Chorób Serca, Polskie Towarzystwo Kardiologów, Ukraińskie Towarzystwo Chirurgów Sercowo-Naczyniowych, Klub Kardiologów Polskich, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
 - 25.05.2015 - VIII Śląska Konferencja Placówek Promujących Zdrowie;
 - 27.05.2015 – Zabrzeńskie Warsztaty Integracyjne „Postępy w Inżynierii Medycznej i Bioinżynierii, organizowane przez Fundację Rozwoju Kardiologii, Kardio-Med Silesia oraz Śląskie Centrum Chorób Serca;
 - 27.05.2015 – Uroczyste Otwarcie Budynku C – Ogólnopolskiego Centrum Kliniczno-Naukowego Transplantacji Płuc i Serca oraz Leczenia Mukowiscydozy u Dorosłych i Dzieci;
 - 27.05.2015 – Uroczystość obchodów XXX-lecia kardiologii, kardiologii i transplantologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu – koncert urodzinowy „Jubileusz z Sercem – Koncert na Milion Serc” z udziałem maestro Pawła Kowalskiego (fortepian), Orkiestry Symfonicznej Filharmonii w Zabrzu pod

kierunkiem Sławomira Chrzanowskiego oraz odtwórców głównych ról w filmie „Bogowie”: Tomasza Kota, Piotra Głowackiego i Szymona Warszawskiego;

- 28-29.05.2015 - XXII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń” oraz XVI Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej i X Międzynarodowa Studencka Konferencja Kardiologiczna;
- 30.05.2015 – VI Zabrzeńskie Warsztaty ECMO „Postępy w ratowaniu chorych w ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej odpornej na dotychczasowe sposoby leczenia“
- 09.07.2015 – „Polaków zdrowia portret własny“ - II spotkanie z cyklu "Polaków zdrowia portret własny", organizowane przez Ministerstwo Zdrowia pod kierunkiem Ministra Mariana Zembali, przy współpracy Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, Urzędu Miasta Zabrze oraz Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, poświęcone aktualnym problemom w ochronie zdrowia. W spotkaniu udział wzięli m.in. Minister Zdrowia Marian Zembala, Minister Administracji i Cyfryzacji, Andrzej Halicki, Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczak, Marszałek Województwa Śląskiego Aleksandra Skowronek, Wojewoda Śląski Piotr Litwa, Prezydent Zabrze Małgorzata Mańka-Szulik oraz Wojewodowie RP;
- 23.08-02.09.2015 - Rejs ku Innowacjom – ogólnopolski rejs kardiologów i kardiochirurgów na kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Amsterdam – Londyn
- 18.09.2015 – XI Dzień Nauki w Zabrzu
- 21.09.2015 – uroczyste otwarcie Śląskiego Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia
- 27.09 2015 – XXIII Biała Niedziela, połączona z obchodami Światowego Dnia Serca;
- 01.10.2015 – inauguracja działalności Akademii Aktywnego Seniora – autorskiego programu edukacji i promocji zdrowia, skierowanego do lokalnej społeczności. Program realizowany przez Śląskie Centrum Chorób Serca oraz Fundację Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, z inicjatywy i przy aktywnym udziale Ministra Zdrowia, Prof. Mariana Zembali.
- 13.11.2015 – uroczysta inauguracja w Śląskim Centrum Chorób Serca VII Europejskiego Tygodnia Świadomości Mukowiscydozy;
- 17.11.2015 – warsztaty “Polski stent II generacji”; Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Punkt widzenia



Prof.

Marian Zembala

„Czas spędzony obok chorego jest czasem świętym” - to nasze poświęcenie dla chorych zyskuje wymiar nie tylko medyczny, organizacyjny, ale i etyczny oraz religijny, nabiera nowego ważnego znaczenia także dla nas samych, naszego zawodu i powołania.

Jesteśmy tacy sami, a jednak nie identyczni, różnimy się w solidności, dokładności wykorzystywaniu wiedzy i doświadczenia zarówno własnego, ale także innych, tych, którzy są przed nami. Jednak dzięki poświęceniu chorym własnego czasu nasze talenty, pracowitość, ofiarność, empatia dla potrzebujących bliźnich zyskuje nowe, ważne znaczenie.

Pamiętajmy codziennie: *„Mądrość serca to trwanie przy bliźnim. Czas spędzony obok chorego jest czasem świętym”*.

Polecam nam wszystkim te przemyślenia.

Szanowni Państwo,

Drodzy Czytelnicy,

W ten zbliżający się wyjątkowy czas w roku chciałbym złożyć Państwu najserdeczniejsze życzenia Świąteczne, aby nadchodzące Święta Bożego Narodzenia były przepełnione radością, spokojem i rodzinnym ciepłem.

Aby zbliżający się Nowy – 2016 Rok był jeszcze lepszy od mijającego i pozwolił nam wszystkim „rozwinąć skrzydła”, zarówno w życiu osobistym jak i zawodowym.

Prof. Marian Zembala

FitPolka - kompleksowy mobilny program edukacji i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych u kobiet z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi e- i m-Zdrowia



FitPolka

... abyśmy żyły zdrowiej, aktywniej, dłużej!



www.fitpolka.org

Konsorcjum HeartApp Alliance



FitPolka – kompleksowy mobilny program edukacji i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych u kobiet z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi e- i m-Zdrowia.

Projekt, realizowany przez konsorcjum Heart App Alliance w składzie: Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Fundację Śląskiego Centrum Chorób Serca (lider projektu), Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o. oraz firmę Silvermedia Sp. z o.o. zakłada opracowanie unikalnego w skali kraju rozwiązania: kompleksowego systemu wsparcia kobiet w zarządzaniu swoim zdrowiem poprzez autorską aplikację mobilną oraz zintegrowaną z nią internetową platformę edukacyjną. FitPolka opiera się na dwóch głównych modułach: ocenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy (MOR) oraz module zarządzania swoim zdrowiem (MZZ), walki z konkretnymi czynnikami ryzyka.

W ramach pierwszego z nich użytkowniczka będzie mogła ocenić, poprzez prosty, krótki test, swoje potencjalne indywidualne ryzyko. W zależności od wyniku uzyska odpowiedź, jakie kroki naprawcze lub profilaktyczne warto podjąć, by wyeliminować lub nie dopuścić do wzrostu ryzyka. Oczywiście, rozwiązanie to nie może być traktowane jak konsultacja medyczna – może służyć jedynie jako pewnego rodzaju pomoc, sposób na zasięgnięcie wstępnej informacji, pogłębienie swojej świadomości zdrowotnej, jako materiał do dalszych rozmów z lekarzem prowadzącym. Drugi moduł – Moduł Zarządzania Zdrowiem - zawiera kilka stref, odpowiadających poszczególnym czynnikom ryzyka: strefę zdrowego odżywiania, ruchu, antypalenia, strefę relaksu oraz badań – monitoringu. W ramach każdego z tych obszarów opracowany został szereg rozwiązań, ułatwiających monitorowanie i poprawę swojego stanu zdrowia. Oba te moduły dostępne będą z poziomu aplikacji oraz strony internetowej FitPolki (z założenia responsywnej), inne będą jednak proponowane w ich ramach funkcjonalności i cele (więcej na ten temat w następnym artykule). W zależności od preferencji, użytkowniczka będzie mogła skorzystać z aplikacji i/lub strony internetowej – oczywiście, wybór obu rozwiązań zapewni optymalne korzyści. Część funkcjonalności dostępna będzie dla wszystkich, bez konieczności rejestracji (strefa edukacji, z ciekawymi artykułami edukacyjnymi i poradnikami na temat poszczególnych schorzeń sercowo-naczyniowych, cukrzycy, itd.). Użytkownicy zarejestrowani natomiast (opcja zalecana) skorzystają będą mogli ze wszystkich stref zarządzania zdrowiem i FitPolkowych narzędzi.

Więcej informacji: już wkrótce na www.fitpolka.org

O FitPolce przeczytać możesz także na następnych stronach Sz.Z. (teksty pochodzą ze strony internetowej FitPolki).

Materiały promocyjno-informacyjne FitPolki:

Wydatek finansowany w ramach projektu pn. „**FitPolka**” – **kompleksowy mobilny program edukacji i profilaktyki naczyniowych i metabolicznych u kobiet z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi E- & M-zdrowia** Akronim: FitPolka, na podstawie Umowy nr IS-2/164/NCBR/2015 z dnia 02.04.2015r.

Projekt jest współfinansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach Programu INNOWACJE SPOŁECZNE.

O projekcie „FitPolka - kompleksowym mobilnym programie edukacji i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych u kobiet z wykorzystaniem narzędzi e- i m-Zdrowia” z autorem projektu, Joanną Zembalą-John rozmawia Bogumiła Król, członek Zespołu Badawczego FP.



Joanna Zembala - John

Bogumiła Król: W roku 2015 konsorcjum Heart App Alliance w składzie Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca, Śląskie Centrum Chorób Serca, Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia, Śląski Uniwersytet Medyczny oraz firma Silvermedia Sp. z o.o. rozpoczęło realizację projektu o wdzięcznej nazwie FitPolka. Co to za projekt? Do kogo jest skierowany?

Joanna Zembala-John: Projekt „FitPolka” to ogólnopolski, kompleksowy program edukacji i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych, zakładający wykorzystanie nowoczesnych narzędzi e- i m-Zdrowia. Jego zasadniczym celem jest zwiększenie dostępności wśród kobiet do edukacji i skutecznej profilaktyki chorób cywilizacyjnych (zwłaszcza schorzeń sercowo-naczyniowych, cukrzycy), wzrost świadomości zdrowotnej w tym zakresie oraz poprawa jakości życia Polek poprzez opracowanie i wdrożenie innowacyjnego osobistego narzędzia zarządzania czynnikami ryzyka tych chorób. Projekt ma zasięg ogólnopolski, skierowany jest do blisko 20 mln populacji Polek.

BK: Skąd pomysł na zaadresowanie takiego projektu do tej właśnie do tej grupy?

JZJ: Projekt „FitPolka” powstał jako odpowiedź na rosnące i coraz bardziej alarmujące dane epidemiologiczne, dotyczące zachorowalności i umieralności polskich kobiet na choroby sercowo-naczyniowe. Mimo, iż choroby sercowo-naczyniowe uznawane są za najczęstszą przyczynę śmierci wśród przedstawicieli obu płci, każdego roku odnotowuje się znacznie więcej zgonów z tego powodu wśród kobiet. Szacuje się, że obecnie na świecie aż 8 milionów kobiet cierpi na choroby układu krążenia - problem ten dotyka co 3 kobietę.

Każdego roku z powodu chorób sercowo-naczyniowych umiera w Polsce 91.000 kobiet (dla porównania: 82.000 mężczyzn), każdego dnia - 250 Polek. Wbrew pozorom to nie rak piersi jest głównym zabójcą kobiet w Polsce – to choroby sercowo-naczyniowe odpowiedzialne są za więcej zgonów wśród kobiet niż nowotwory i wypadki komunikacyjne razem wzięte!

BK: O raku piersi mówi się w Polsce wiele i od dawna. Każdego roku organizowane są różnego rodzaju eventy, programy edukacyjne, kampanie społeczne, zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym czy lokalnym. O skali problemu chorób serca wśród kobiet mówi się wciąż niewiele. Tymczasem światowe, europejskie i polskie statystyki w tym zakresie rzeczywiście są alarmujące. Z czego wynika taki stan rzeczy? Dlaczego, jeśli problem jest tak duży, dotąd tak niewiele się o tym mówiło, dlaczego nie podejmowano dotąd szeroko zakrojonych działań profilaktycznych w tym zakresie takich, jak chociażby w przypadku walki z rakiem piersi?

JZJ: Symptomatyka i przebieg chorób sercowo-naczyniowych

u kobiet i mężczyzn są często bardzo różne. W przypadku kobiet objawy te są często mniej charakterystyczne, a co za tym idzie - trudniejsze do wczesnego rozpoznania i leczenia. Jak potwierdzają badania naukowe, m.in. Framingham, („Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-follow-up of the Framingham population, 1986), różnice te wynikają nie tylko z innych uwarunkowań anatomicznych, biologicznych obu płci (inna gospodarka hormonalna, inna budowa blaszki miażdżycowej, odmienna reaktywność naczyń wieńcowych, wchłanianie i metabolizm substancji chemicznych, w tym leków), genetycznych (inne predyspozycje genetyczne), ale także psychologicznych (inna tolerancja bólu) czy socjo-kulturowych (m.in. odmienne role życiowe, inny priorytet odpowiedzialności - za dzieci, męża, rodziców, rodzinę, dopiero na dalszym planie za siebie; inny styl życia, inne wzorce zachowań i hierarchia wartości, itd.). Kobiety mają tendencje do skupiania swojej uwagi, troski na innych, swoje dolegliwości często lekceważą, bagatelizują.

Poza tym, pomimo odkrycia zależności pomiędzy płcią a czynnikami ryzyka i przebiegiem chorób sercowo-naczyniowych, wiedza na temat specyfiki zagrożeń zdrowotnych kobiet jest wciąż ograniczona i często trudno dostępna - zwłaszcza dla samych zainteresowanych. Brak dostatecznej świadomości i wiedzy w tym zakresie powoduje, że objawy poważnych patologii układu krążenia u kobiet znacznie częściej pozostają nierozpoznane bądź zlekceważone.

Ponadto, jak wynika z doniesień Amerykańskiego Towarzystwa Serca (AHA), mimo, że czynniki ryzyka u obu płci w dużej mierze się pokrywają (nadciśnienie, wysoki poziom cholesterolu, otyłość, cukrzyca, palenie papierosów), to jednak kobiety, z racji uwarunkowań hormonalnych, stosowanej antykoncepcji, ciąży, porodu, a także szeregu innych czynników, takich jak m.in. poziom odporności na stres czy większa niż u mężczyzn podatność na depresję, wymagają zupełnie innego spojrzenia i oceny zagrożenia wystąpienia udaru, innego algorytmu edukacji, profilaktyki i prewencji w tym zakresie.

Na szczęście w naszym kraju podejmowanych jest coraz więcej inicjatyw i działań edukacyjno-informacyjnych w tym obszarze. Może nie jest ich tak wiele, może jeszcze ich nie widać, ale są i powstają kolejne. Wierzymy, że łącząc siły, potencjał, uda nam się podjąć skuteczną walkę z chorobami sercowo-naczyniowymi w naszym kraju.

BK: Jak od strony technicznej wygląda projekt FitPolka? Na czym polega jej innowacyjność?

JZJ: Projekt zakłada opracowanie 2 rozwiązań: aplikacji mobilnej (roboczo zwanej Fit-m-Polką) oraz edukacyjnej platformy internetowej (Fit-e-Polki), dostępnej już wkrótce pod adresem www.fitpolka.org. Mogą być one stosowane osobno lub razem – w zależności od preferencji użytkowniczej; my polecamy wybór pełnej opcji. Aplikacja mobilna, która z założenia nie może być przeładowana treścią, ma pełnić rolę przede wszystkim „mobilnego asystenta zdrowia”, wspierać kobietę w codziennym życiu, przypominać jej o badaniach kontrolnych, o konieczności regularnej aktywności fizycznej czy odświeżania się (tak, o tym też potrafimy zapomnieć... Z FitPolką zadbanie o krótką chociaż chwilę relaksu, wygospodarowanie czasu tylko dla siebie będzie łatwiejsze!), służyć jako poradnik w sprawach odpowiedniej diety i codziennych, zdrowych dla serca zakupów. Aplikacja ma również pełnić rolę mobilnego dzienniczka, w którym zapisywać i monitorować będziemy nasze nawyki (np. ilość wypalonych papierosów – często nie zdajemy sobie sprawy ile palimy, w jakich okolicznościach...), osiągnięcia (np. Ilość spalonych kalorii, wypitej wody) oraz postępy zdrowotne (np. poprawę

w zakresie poziomu cholesterolu). Z kolei strona internetowa, czyli nasza Fit-e-Polka, pełnić będzie rolę takiego raczej edukatora, do którego z założenia sięgać będziemy na spokojniej, już nie w biegu (jak to ma zwykle w przypadku korzystania z telefonu i aplikacji mobilnych), aby zdobyć czy poszerzyć wiedzę na temat zdrowego stylu życia, na spokojnie wczytać się w zaproponowane przez nas rozwiązania, przemyśleć nasze prozdrowotne propozycje. Strona zawierać będzie

Przygotowane przez nasz interdyscyplinarny zespół artykuły edukacyjno-informacyjne, ciekawe felietony prozdrowotne, poradniki. Z doświadczenia wiemy, że czynnik społecznościowy odgrywa w dzisiejszych czasach bardzo ważną rolę – jako integrator, motywator, ale też kreator pewnych zachowań, mód (także tych pozytywnych – jak np. moda na zdrowy styl życia), dlatego planujemy również uruchomienie specjalnego FitPolkowego forum i zintegrowanie FitPolki z mediami społecznościowymi. M.in. na tym – na merytorycznej, technologicznej, komunikacyjnej kompleksowości polega innowacyjność proponowanego przez nas rozwiązania.

BK: Na kiedy planowane jest uruchomienie „FitPolki”?

SŁODKA FITPOLKA

**czyli kobiety i cukrzyca:
jak zapobiegać chorobie, jak z nią
walczyć**

**Prof. Krzysztof Strojek,
Dr Dominika Rokicka
Zespół badawczy projektu FitPolka**



Czy potrzebne są badania profilaktyczne w cukrzycy?

Jedna z pacjentek powiedziała: „Do badania zmusi mnie tylko ból lub strach...”

Przegrywamy walkę z każdą chorobą, ponieważ nie wykonujemy badań pozwalających na wczesną diagnostykę chorób.

Chcemy mieć opiekę medyczną na najwyższym poziomie (jak w krajach wysoko rozwiniętych), ale nie chcemy nic dać od siebie...

Cukrzyca jest chorobą, która rozwija się podstępnie. Często nie odczuwamy żadnych dolegliwości lub mogą być one bardzo dyskretne, niezauważalne. Taka sytuacja może trwać wiele tygodni, miesięcy a nawet lat. Czasami, gdy pojawią się objawy cukrzycy, rozwinięte są już w pełni powikłania choroby:

- stopa cukrzycowa
- zawał serca
- udar mózgu

Zgony celebrytów z powodu cukrzycy (w ostatnim czasie

JZJ: Nasz Zespół cały czas intensywnie pracuje nad projektem – już wkrótce uruchomiona zostanie strona internetowa (www.fitpolka.org) oraz Fanpage na Facebooku. Przygotowujemy ciekawe materiały edukacyjne (ich niewielka część, pierwsze wyniki naszego projektu dostępne są w niniejszym numerze Szlachetnego Zdrowia). Planowo FitPolka – aplikacja wraz z integrowaną z nią platformą ma być gotowa najpóźniej na początku jesieni przyszłego roku.

Wiele rozmawiamy z potencjalnymi użytkownikami naszego programu – z kobietami w różnym wieku – chcemy poznać ich oczekiwania, potrzeby. Jesteśmy otwarci na opinie, sugestie. Zależy nam, aby przygotowane FitPolkowe rozwiązania spotkały się z zainteresowaniem zarówno bardzo młodych kobiet, jak i tych trzydziesto-, czterdziesto- i pięćdziesięcioletnich oraz starszych, aby dobrze im służyły i faktycznie pomagały w codziennym dbaniu o swoje zdrowie.

BK: Tego Państwu, sobie i wszystkim kobietom życzę. Dziękuję za rozmowę.

JZJ: Dziękuję i zapraszam już wkrótce w imieniu całego Zespołu do odwiedzin naszego portalu (www.fitpolka.org).

Robert Leszczyński) lub ciężkie zachorowania (Michał Figurski)*, którzy bagatelizowali niepokojące objawy oraz leczenie choroby, mogą stać się dla nas przestrożą.

W cukrzycy nie ma bólu.....

Strach przed cukrzycą to strach przed powikłaniami, dlatego pamiętaj o badaniach profilaktycznych.....

Badanie stężenia cukru (glukozy) we krwi 1 raz w roku może uratować Ci życie lub ochronić przed innymi powikłaniami.

Zbadaj stężenie cukru we krwi jeżeli jesteś osobą:

- w wieku ≥ 45 roku życia
- z nadwagą ($BMI \geq 25$)
- masz siedzący tryb życia
- masz chorobę serca lub miażdżycę
- masz nadciśnienie tętnicze
- cukrzyca występująca w rodzinie
- masz wysokie stężenie cholesterolu we krwi
- jesteś kobietą, która przeżyła cukrzycę ciążową lub urodziłaś dziecko o masie ciała ≥ 4 kg
- rozpoznano wcześniej u ciebie stan przedcukrzycowy (stężenie cukru na czczo w zakresie 100-125 mg/dl lub w "krzywej cukrowej" 140-199 mg/dl)

WYSTARCZY TYLKO JEDEN POMIAR CUKRU
WE KRWI!
POKONAJ LĘK PRZED DIAGNOZĄ!

* Czytaj w tygodniku "Polityka" Nr 41(3030)/2015 str.80
"Cukrzyca nie boli, ale zabija"



Pielęgniarka epidemiologiczna,

Członek zespołu badawczego FitPolka

Menopauza to naturalny etap w życiu kobiety. Mianem menopauzy określa się ostatnią miesiączkę, po której przez 12 miesięcy nie pojawia się krwawienie. U statystycznej Polki występuje ona około 50. roku życia. W tym okresie gwałtownie spada poziom hormonów z grupy estrogenów. Okres przed nią i po niej wymaga szczególnej dbałości o zdrowie fizyczne i psychiczne. Kobieta wchodząca w okres menopauzy powinna poddać się lekarskim badaniom profilaktycznym, ponieważ w tym okresie wzrasta ryzyko wielu chorób: narządów rodnych, cukrzycy, nadciśnienia, choroby wieńcowej czy zaburzeń gospodarki lipidowej.

W ramach profilaktyki zdrowotnej pamiętaj:

1. Zwiększ aktywność fizyczną
2. Nie pal papierosów
3. Ogranicz picie alkoholu
4. Naucz się radzić sobie ze stresem.
5. Pamiętaj o odpoczynku. Śpij minimum 8 godz./dobę i staraj się zasypiać przed 23:00
6. Pamiętaj, że w tym okresie łatwo o nadwagę, dlatego zadbaj o odpowiednią dietę
7. Pamiętaj o wykonywaniu regularnych badań profilaktycznych
8. Chron swoje serce
9. Uśmiechaj się jak najczęściej!

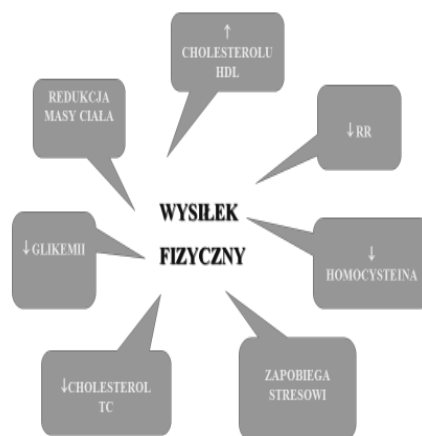
Ad. 1: Zwiększ aktywność fizyczną

Aż 60% kobiet po menopauzie ma nadwagę. W okresie menopauzy ruch jest dobroczynny, nie tylko dlatego, że pozwala spalić kalorie. Dzięki aktywności fizycznej poprawia się krążenie, spada poziom złego cholesterolu. Każdy systematyczny wysiłek wzmacnia i uelastycznia mięśnie, zapewnia prawidłową postawę ciała i płynność ruchów. Aktywność fizyczna przyspiesza trawienie, wzmacnia kości, serce i płuca. Najlepsze efekty przynosi regularny trening 3-5 razy w tygodniu, przez ok. 30-60 minut. Rodzaj ćwiczeń i ich intensywność należy dostosować do indywidualnych predyspozycji pacjentki, zależnych między innymi od jej wieku i sprawności fizycznej. Szczególnie zalecane w tym okresie są ćwiczenia aerobowe, relaksacyjne, siłowe i rozciągające. Ale rodzaj aktywności

fizycznej powinien wynikać również z naszych upodobań, np. spacer, fitness, nordic walking, pływanie, jazda na rowerze.

Aerobik wpływa na krążenie, zapobiega chorobie wieńcowej, miażdżycy, a także łagodzi uderzenia gorąca i reguluje potliwość. Wśród aktywności ruchowych polecanych w okresie menopauzalnym najczęściej wymienia się również szybki marsz, jazdę na rowerze czy pływanie.

Ćwiczenia relaksacyjne i rozciągające (np. joga) pozwalają na zachowanie ruchomości stawów, uczą prawidłowego oddychania i rozciągają wszystkie grupy mięśniowe. W tym zespole aktywności fizycznej najczęściej poleca się jogę jako formę ćwiczeń, dzięki której pacjentka lepiej poznaje swój organizm, a co się z tym wiąże, odzyskuje równowagę i wzmacnia swoje ciało. Joga – oprócz ćwiczeń regulujących problemy z pamięcią, uderzenia gorąca czy uczucie przemęczenia – pozytywnie wpływa także na samopoczucie. Inną formą ćwiczeń gimnastycznych jest trening siłowy, który wzmacnia wszystkie mięśnie, zapobiega osteoporozie i kształtuje sylwetkę. Może być urozmaicony akcesoriami takimi jak ciężarki czy gumy których użycie intensyfikuje efekty treningu



Ad.2: Nie pal papierosów

Ad.3: Ogranicz picie alkoholu

Wypicie od czasu do czasu małego drinka nie jest wcale szkodliwe - lampka wina wieczorem, a nawet dwie, zrelaksuje cię po ciężkim dniu. Jest to też element towarzyskiego rytuału. Na początku alkohol działa odprężająco, po jego wypiciu rozpo- gadzamy się. Jednak zbyt duża jego ilość może zwiększyć ryzyko wielu dolegliwości. Trzeba pamiętać, że alkohol jest też jedną z głównych przyczyn nadciśnienia tętniczego oraz zwiększa ryzyko rozwinięcia się pewnych odmian raka, zwłaszcza przełyku i wątroby. Może spowodować problemy trawienne, takie jak nieżyt żołądka i krwawienie z niego.

Zdarza się, że w okolicach okresu menopauzy niektóre kobiety zaczynają pić więcej. Może to być rodzaj ucieczki od stresu, depresji czy znudzenia, ale na dłuższą metę to nie działa. W rzeczywistości alkohol jedynie potęguje te stany, w szczególności depresję. Zamiast pomóc zasnąć, powoduje bezsenność i może skomplikować sytuację, jeśli masz kłopoty ze snem.

Alkohol również sprzyja powstawaniu wolnych rodników oraz przyspiesza starzenie.

Jeśli kobieta systematycznie pije, coraz bardziej podkopuje swoje zdrowie.

UMIARKOWANE SPOŻYCIE ALKOHOLU

kobiety = 1-2 jednostki
(10-20 gramów alkoholu)

Jedna jednostka alkoholu:

- 250 ml piwa
- 1 lampka wina – 150 ml
- 1 kieliszek wódki – 30 ml



Ad. 4: Naucz się radzić sobie ze stresem

Ze względu na większą drażliwość i bezsenność ważną rolę w okresie klimakterium pełni redukcja stresu. Skuteczne mogą okazać się techniki relaksacyjne takie jak medytacje, masaże, kąpiele relaksacyjne, joga, czy słuchanie spokojnej muzyki. Stres może stanowić pozytywny element w życiu człowieka: na przykład wtedy, gdy w obliczu zagrożenia mobilizuje wszystkie siły i przyspiesza refleks. Krótkotrwały stres, prowadzący do szybkiego działania, może uratować życie. Długotrwały - może stać się źródłem wielu chorób.

Ad. 5: Pamiętaj o odpoczynku. Śpij minimum 8 godz./dobę i staraj się zasypiać przed 23:00

Odpoczynek. Kobieta wyspana wygląda lepiej i rzadziej choruje. Tylko podczas snu organizm może zniwelować skutki stresu i przemęczenia. Regenerują się narządy wewnętrzne, z tkanek usuwane są toksyny, poprawia się stan skóry. Nie chodzi też o to, żeby spać długo, ale dobrze. Kilka godzin twardego snu odnawia organizm lepiej niż 10 płytkiego.

Ad. 6: Pamiętaj o tym, że w tym okresie łatwo o nadwagę, dlatego zadbaj o odpowiednią dietę

Dieta:

- Zmniejsz kaloryczność posiłków o około 200 - 400 kcal.
- Ogranicz spożycie tłuszczów zwłaszcza zwierzęcych.
- Jedz odpowiednią ilość białka, tj. ok 0,8g białka na 1 kg wagi ciała. Przynajmniej 2 razy w tygodniu zastąp mięso soją, która dodatkowo jest źródłem fitohormonów.
- Zapewnij sobie przynajmniej 1200 mg wapnia, który jest w jogurtach, mleku serach żółtych, sardynkach z puszki. Ogranicz picie kawy, która wypłukuje wapń. Pij wody mineralne bogate w wapń.
- Do każdego posiłku jedz warzywa świeże i gotowane na parze.
- Ważne, by nie dopuścić do rozwijania się wolnych rodników, którym sprzyjają palenie, picie alkoholu, stres, potrawy smażone, słodzone napoje.

Ad. 7: Pamiętaj o wykonywaniu regularnych badań profilaktycznych

Profilaktyka zdrowotna to działania mające na celu zapobieganie chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. Nie warto, jak często to robimy, odkładać wizyty u lekarza na później, tłumacząc się brakiem czasu, zapracowaniem czy brakiem dolegliwości. Na badanie profilaktyczne zawsze trzeba znaleźć czas - tak naprawdę jest to prezent zarówno dla nas, jak i dla naszej rodziny.

Pamiętaj o mierzeniu ciśnienia tętniczego krwi w czasie każdej wizyty u lekarza. Każda, nawet zdrowa osoba, po 50. r. ż. powinna posiadać w domu ciśnieniomierz co umożliwi kontrolę ciśnienia częściej. Wykonuj EKG przynajmniej raz w roku. Raz w roku sprawdzaj swój profil lipidowy i poziom glukozy we krwi.

Ad. 8: Chroń swoje serce

Chroń swoje serce:

- Nie pal papierosów
- Ogranicz cholesterol – powinny dominować w diecie: drób, chude mleko i sery.
- Polub nienasycone kwasy tłuszczowe omega-3, których źródłem są tłuste ryby morskie i oliwa.
- Uzupełniaj dietę o warzywa, owoce i produkty zawie-

rające magnez (pełne ziarna zbóż, orzechy, suszone morele)

- Pozbądź się nadwagi. Każdy zgubiony kilogram to mniej pracy dla serca.
- Jedz częściej, ale małe porcje. Pamiętaj o śniadaniu, zapomnij o kawie.
- Naucz się wypoczywać. Wieczory, weekendy, urlopy są tylko dla ciebie.
- Ćwicz ale nie szalej – serce lubi regularny, ale umiarkowany wysiłek.
- Kontroluj stres. Pracuj solidnie, ale nie ponad swoje siły.
- Jeśli masz infekcję – wylecz ją dokładnie w domu, bo ryzykujesz np. przewlekłą chorobą mięśnia sercowego.
- Regularnie odwiedzaj dentystę, próchnica sprzyja chorobom układu krążenia.

Cele: Zdrowe kobiety (w profilaktyce pierwotnej) powinny dążyć do uzyskania następujących wartości: obwód pasa < 80 cm, ciśnienie krwi < 140/90 mmHg, stężenie glukozy na czczo < 100 mg/dl, cholesterol całkowity < 190 mg/dl, HDL > 46 mg/dl, LDL < 115 mg/dl, triglicerydy < 150 mg/dl.

Ad. 9: Uśmiechaj się jak najczęściej!

Odnajdź pozytywne aspekty tego okresu życia.

Czy można przeżyć klimakterium z pogodą ducha, nie narażając siebie na popadanie w stany depresyjne? Odpowiedź brzmi: tak, jest to jak najbardziej możliwe, gdy menopauza zostanie postawiona w nowym świetle. Co prawda, nie można się oszukiwać, że starzenie się nas nie dotyczy - problem przemijania dotyczy każdego człowieka, bez względu na płeć. Również mężczyźni przeżywają kryzys wieku średniego. Niemniej jednak warto odnaleźć pozytywne strony, jakie menopauza niesie ze sobą. Nareszcie nadszedł koniec nieprzyjemnej, a dla wielu kobiet i bardzo bolesnej miesiączki. Praca hormonów stabilizuje się, więc kłopoty związane z zespołem napięcia przedmiesiączkowego odchodzą w zapomnienie.

I w końcu nadszedł czas na czerpanie radości z seksu bez obaw, że zajdzie się w niechcianą ciążę.

FITPOLKA - CO Z TĄ SOLĄ?

Adam Dragon

Dietetyk

Śląskiego Centrum

Chorób Serca

Członek zespołu badawczego FitPolki



Rola soli w organizmie

Do prawidłowego funkcjonowania organizm ludzki potrzebuje około 60 składników; co najmniej 40 z nich zalicza się do tzw. niezbędnych. Oznacza to, że muszą być one dostarczone z pożywieniem. Sól dostarcza sodu, który jest jednym z pierwiastków niezbędnych człowiekowi do normalnego funkcjonowania. Odgrywa ważną rolę podczas skurczów mięśni, stymulacji nerwów, właściwego funkcjonowania nadnerczy i innych procesów biologicznych. Poza tym dostarcza chlorku sodu, który wspomaga produkcję kwasów niezbędnych do trawienia białka i enzymów potrzebnych do trawienia węglowodanów.

Chlorek sodu jest niezbędny również do właściwego funkcjonowania i wzrostu komórek mózgu. W składzie soli jest także magnez, który spełnia ważną rolę w produkcji enzymów, przewodzeniu impulsów nerwowych, tworzeniu kości, formowaniu szkliwa zębów oraz w zapobieganiu chorobom serca. Niemowlęta i małe dzieci potrzebują soli, by ich mózgi mogły się dobrze rozwijać. Oczywiście z każdym składnikiem pokarmowym wiąże się wiedza, ile go potrzebujemy do prawidłowego funkcjonowania, aby nie wyrządzić sobie krzywdy. W naszym codziennym jadłospisie nie może być ani za mało ani za dużo soli. Zarówno hiponatremia (niedobór sodu), czyli stan kiedy poziom tego pierwiastka spada poniżej 135 mmol/l, jak i hipernatremia (nadmiar sodu), gdy poziom we krwi przekracza 145 mmol/l może zagrozić naszemu życiu.

Bezpieczna ilość soli według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) to 5-6 g na dobę, czyli około małej łyżeczki (górna granica spożycia sodu wynosi 2000 mg/d -5 g NaCl), ale gdy mamy podwyższone ciśnienie to ilość soli musi być znacznie ograniczona, nawet do 1-3 g. W Polsce często przekraczamy tę normę nawet trzykrotnie. Ustalono, że nasze spożycie plasuje się na wysokości 12-15 g. Lekarze co prawda uspokajają, że u zdrowego człowieka nadmiar sodu powinien być (dzięki pracy nerek) na bieżąco usuwany wraz z moczem. I rzeczywiście, w wielu przypadkach tak się dzieje. Niektórzy z nas są jednak wrażliwi na sód. Te właśnie osoby mają – prawdopodobnie wrodzone – zaburzenie wydalania soli. Wówczas słabość do słonego smaku zwykle

kończy się nadciśnieniem. Do dziś nie znamy badania laboratoryjnego, które zawczasu pozwoliłoby sprawdzić, czy jesteśmy wrażliwi na sód czy nie. Okazuje się to dopiero wówczas, gdy już cierpimy na nadciśnienie. Wtedy można przeprowadzić prosty test: zdecydowanie ograniczamy sód w diecie i po kilku miesiącach sprawdzamy, jak wpłynęło to na wysokość ciśnienia. Jeśli wartości zmniejszyły się – jesteśmy sodowrażliwi. Jeśli wyniki pomiarów się nie zmieniły – należymy do osób niewrażliwych na sód. Jak pokazują statystyki, wśród sodowrażliwych dominują ci nadciśnieniowcy, których rodzice lub jedno z rodziców również cierpiało na nadciśnienie.

Sól jest wszędzie

Aż 80 procent soli, którą zjadamy każdego dnia, kryje się w rozmaitych gotowych artykułach spożywczych.

Największą jej zawartością mogą „poszczycić się” produkty podstawowe, po które sięgamy codziennie, takie jak chleb, sery, wędliny, przetwory mleczne.

Chleb rzadko jest postrzegany jako produkt, który dostarcza nam dużych ilości soli. Ale takim właśnie produktem jest, głównie ze względu na fakt, że jemy go regularnie. Przeważająca większość rodzajów pieczywa zawiera duże ilości soli, w niektórych asortymentach (np. bułki pszenne, bagietki) wynosi ona aż 1,4 - 1,8%.

W 100 g białego chleba soli jest około 2 g, w takiej samej ilości ciemnego – do 1g/100 g. Najlepiej wybierać chleb z pełnej mąki lub pełnoziarnisty – w nim zwykle soli jest mniej. Zawsze szukaj zawartości sodu na etykiecie i wybieraj te rodzaje chleba, w których będzie go jak najmniej.

Wraz z wędlinami (kielbasami, szynką, itd.), serami pochłania my kilkanaście procent soli. Na przykład w 100 g polędwicy znajduje się 4 g soli. Dla większości asortymentów wędlin zawartość soli waha się w granicach około 2 – 3%. Zawartość soli w serach podpuszczkowych dojrzewających (tzw. żółtych) i topionych jest znacznie wyższa niż w twarogowych i homogenizowanych i waha się od około 1,5 g/100 g do ponad 4,7 g/100 g produktu.

Pomidor jest prawie w ogóle pozbawiony sodu. Ale do czasu, gdy się go nie przetworzy. Produkty z przetworzonych pomidorów zawierają zwykle duże ilości sodu. Na opakowaniach sprawdzaj ile. Na przykład sos pomidorowy to dodatkowe 150 mg sodu w każdej łyżce. Szklanka soku pomidorowego dostarczy nam około 260 mg sodu, ale jeśli dobrze poszukasz, znajdziesz sok o zawartości sodu o połowę mniejszej. Zawartość soli w przetworach warzywnych i owocowych waha się w szerokich granicach od 0,08 g/ 100 g w przypadku koncentratu pomidorowego do 6 g/100 g w oliwkach zielonych marynowanych, konserwowych.

Potrawy wędzone zawierają z reguły więcej soli, ponieważ

dodaje się ją w procesie wędzenia, aby zapobiegać psuciu się żywności; w większości przypadków wynosi ona 3 g/100 g produktu.

Gotowe zupki mogą zaskoczyć cię zawartością sodu. Przygotuj się na 700 -1000 mg w jednej porcji wielkości głębokiego talerza.

Jeśli nie możesz rozstać się z masłem lub miksem do smarowania pieczywa, zawsze wybieraj chociaż wersję bez dodatku soli.

Wiele makaronów instant lub innych dań instant to istne bomby sodowe. Niektóre takie dania do szybkiego przygotowania zawierają więcej niż całodzienna zalecana dawka sodu. Pamiętaj, że znaczna część sodu pochodzi z saszetki z przyprawą, o ile taka jest dodawana do naszego dania. W takim wypadku lepiej zrezygnuj z użycia całej saszetki albo po prostu ogranicz spożywanie takich gotowych dań.

Jedzenie z barów typu fast food pełne jest sodu. Jeśli często wpadasz do McDonald'sa czy chińskiego baru, może okazać się, że jeden posiłek dostarcza ci maksymalną dozwoloną dzienną dawkę sodu. Porcja Bic Maca z frytkami i keczupem to ponad 1500 mg sodu.

Znaczne ilości soli znajdują się w przekąskach: np. chipsy zawierają jej 1,2-1.7 g/ 100 g, precelki – 3,5 g/100 g, orzeszki solone - 1,2 g/ 100 g, prażynki – 2 g/100 g, paluszki – 3,5 g/100 g, paluszki dla dzieci z obniżoną zawartością soli – 2,3 g/ 100 g. Pamiętaj, że opakowanie przekąsek nie zawsze ma 100 g, często opakowanie chipsów czy paluszków jest dużo większe, co oznacza, że zjadasz wtedy jeszcze więcej soli.

Czy istnieje zdrowa sól?

Cieężko odpowiedzieć na to pytanie jednoznacznie, ale z pewnością mamy możliwość zakupu soli o zmniejszonej zawartości sodu. Oznacza to dla nas, że stosując taką sól otrzymujemy potrawę tak samo przyprawioną jak dotychczas, przy czym zawartość przyjętej soli jest mniejsza. Przykładem takiej „zdrowszej” soli jest sól dietetyczna niskosodowa, w której skład wchodzi ok. 30% soli morskiej, a resztę uzupełnia sól potasowa.

W naszych sklepach dostępnych jest wiele rodzajów soli. Najbardziej rozpowszechnioną i najtańszą jest **sól kuchenna**, czyli NaCl – chlorek sodu w czystej postaci. Jest pozyskiwana przez oczyszczanie soli kamiennej z zanieczyszczeń i minerałów, ma typowo słony smak bez gorzkiego posmaku, jakim charakteryzuje się sól kamienna. Sól oczyszczona, rafinowana, najczęściej sprzedawana jest jako sól warzona. Zawiera 99,9% chloru sodu. Nie ma w niej żadnych mikroelementów. Czasami sztucznie wzbogaca się ją związkami jodu. Podstawową różnicą pomiędzy solą kuchenną, najbardziej oczyszczoną, a innymi rodzajami soli jest zawartość dodatkowych minerałów, takich

jak jod, magnez, potas i wiele innych. Oczywiście wiele pierwiastków występujących w soli morskiej czy himalajskiej występuje tam w śladowych ilościach, jednak niektóre z nich występują w większych stężeniach.

Kolejną dostępną jest **sól morską**, która zawiera mniej chlorku sodu, za to więcej składników mineralnych – m.in. magnez, mangan, żelazo, cynk, wapń. Uzyskuje się ją po odparowaniu wody morskiej. Następna to **sól kamienna** wydobywana z naturalnych złóż na dużych głębokościach w kopalniach soli, a następnie mechanicznie rozdrabniana. Produktem są znacznie większe kryształy soli w porównaniu z solą warzoną.

Coraz większą popularnością cieszy się **sól himalajska**. Znajduje się w niej ponad 80 (!) substancji mineralnych i elektrolitów. To czysta i naturalna sól krystaliczna, poddawana ogromnemu ciśnieniu przez miliony lat. Właśnie to ciśnienie odpowiada za tworzenie się kryształków soli. Dr Barbara Hendel i Peter Ferreira w książce „Water & Salt – The Essence of Life” stwierdzili, że sól himalajska jest najzdrowszą i najczystsza solą dostępną na ziemi. Uważa się, że reguluje ona poziom cukru we krwi oraz ciśnienia, korzystnie wpływa na układ nerwowy i oddechowy.

Na półkach sklepowych znaleźć możemy także tzw. **sól ziołową**, która jest mieszanką soli kamiennej i różnorodnych ziół, a te z kolei często wzmacniają słony smak lub nawet samodzielnie nadają lekko słony smak np. lubczyk, czosnek. Sprawi to, że będziemy używać mniejszych ilości soli. Zwróćmy jednak uwagę na skład takiej soli, czy nie zawiera ona dodatkowo wzmacniaczy smaku (glutaminian sodu), konserwantów, syntetycznych barwników i aromatów.

Uważajmy na antyzbrylacze - mają na celu zapobieganie zbrylaniu soli, czyli powstawaniu grudek. Producenci soli najczęściej stosują środek oznaczony symbolem E536 – żelazocyjanek potasu. Z pozoru jest to substancja nieszkodliwa jednak wiązania chemiczne żelazocyjanu potasu, pod wpływem silnych kwasów – np. kwasu solnego w naszym żołądku, rozpadają się, uwalniając szkodliwy cyjanowodor! Czy nie lepiej delikatnie samemu rozbić grudki naturalnej soli bez antyzbrylacza, zamiast niepotrzebnie faszzerować się chemią?

Potrawy bez soli nie smakują

Słony smak jest jednym z czterech podstawowych odróżnianych przez kubki smakowe. Ale nasza skłonność do jedzenia dużej ilości soli jest wyłącznie przyzwyczajeniem kulinarnym i historycznym. W Polsce każdy z nas zjada codziennie od 8 do 15 g soli, czyli obrazowo mówiąc - dwie kopiaste łyżeczki do herbaty. W zupełności wystarczyłaby jedna płaska, a zdrowotnym ideałem byłaby szczypta soli na końcu noża.

Naukowcy uważają, że po 2 tygodniach od stopniowego ograniczania soli, nasze kubki smakowe przyzwyczajają się do jej braku i wyczulą się na nowe, dotąd niewyczuwalne smaki, które dotąd tłumione były przez sól. Zamiast ogromu soli zacznij

używać przypraw, a po pewnym czasie odkryjesz prawdziwe bogactwo smaków i aromatów! Na początku, jeśli będziesz ograniczać sól, faktycznie możesz mieć problemy z odczuwaniem jakiegokolwiek smaku, aromatu; wszystko co zjesz bez dodatku soli może Ci się wydawać papierowe i nijakie. Warto jednak cierpliwie odczekać 2 tygodnie i przyzwycząić się do nowych, subtelniejszych smaków! Twoje serce będzie Ci wdzięczne!

Zioła w kuchni – zdrowa alternatywa dla soli

Do dań mięsnych i warzywnych doskonała jest **bazylia**. Ma dość ostry i zdecydowany smak oraz aromat. Świeże listki najlepiej dodać pod koniec przygotowywania potraw, aby w wysokiej temperaturze nie straciły swoich cennych właściwości. Łagodny smak **estragonu** pasuje do drobiu, sosów, omletów, a także jajecznicy. **Kolendrą** warto doprawić dania z roślin strączkowych i ryby. Jest ozdobna i poprawia smak potraw. **Tymianek** doda aromatu marynatom a także owocom morza. Zioła mogą być podawane zarówno świeże, jak i w postaci suszonej. **Lubczyk** charakteryzuje się silnym korzennym zapachem. Ma słodko-gorzki smak. Najczęściej dodawany jest do zup, sosów czy mięs, a nawet sałatek. Jest również jednym ze składników znanej przyprawy Maggi, wielu mieszanek ziołowych i zup typu instant. Świeże listki **melisy** dobrze komponują się z zieloną sałatą, drobiem. Używane są także do aromatyzowania octu i marynat. Świeżą **szalwią** warto natrzeć mięso przed pieczeniem. Nada mu wyśmienity smak. Doprawia się nią także drób, ryby. Do poprawy smaku potraw sprawdzają się także inne dodatki. Już niewielka ilość **czosnku** wystarczy, aby nadać daniu oryginalny smak i aromat. Podobnie jest z **cebulą**. **Imbir** z kolei ma ostry, a nawet palący smak i lekko cytrynowy aromat. W przypadku **majeranku** sprawdzają się zarówno listki, jak i łyżki, kwiaty. Warto korzystać zarówno ze świeżej postaci, jak i suszonej. Świeża **natka pietruszki**, drobno posiekana, łatwo sprawi, że brak soli będzie mniej odczuwalny, zwłaszcza w zupach, sałatkach czy sosach. Ponadto granulki z **alg morskich** mogłyby zastąpić sól w chlebie i żywności przetworzonej. Mają one intensywny smak. Zawierają śladowe ilości soli i są bogate w składniki odżywcze, zapewniają także uczucie sytości, które pomagają w walce z otyłością.

Czy wiesz, że...

- Nie zaleca się solenia posiłków dla małych dzieci.
- 80% matek dosala posiłki swoim rocznym dzieciom.
- U 87% ludzi w wieku poniżej 45 lat nadmierne spożycie soli jest przyczyną nadciśnienia.
- Nadużywanie soli sprzyja powstawaniu wrzodów.
- Sól zatrzymuje wodę w organizmie.
- Dzięki soli świetnie rozwija się cellulit u kobiet.
- Sól sprzyja obrzękom.
- Trudniej zrzucić zbędne kilogramy soląc potrawy.
- Sól, aby mogła zostać przyswojona, wypłukuje z naszego organizmu cenne minerały i mikroelementy.

Co zrobić, aby solić mniej? Kilka cennych rad

Poniższe rady pomogą Ci zmniejszyć stosowanie soli na co dzień.

- warto solić potrawy pod koniec przygotowania lub bezpośrednio na talerzu – to rada, którą można często stosować. Trzeba jednak uważać na produkty, które potrzebują szczypty soli w procesie gotowania (aby straciły np. zawartą wodę i nie były tak wilgotne) i potrzebują „przejsię” smakiem. Przykładem jest tutaj makaron, ziemniaki, ryż. Posolone na talerzu po ugotowaniu nie będą smakować tak dobrze jak te posolone w trakcie,

– własna mieszanka (sól ziołowa) – stwórz tzw. sól ziołową: wymieszaj ulubione zioła i przyprawy z solą; używaj tej mieszanki do przyprawiania potraw,

– zioła i przyprawy – zacznij używać większej ilości, wzbogacając smak potraw i z czasem pomogą Ci się odzwyczaić od sto-

sowania soli,

– sól o obniżonej zawartości sodu – można kupić w sklepach, często wzbogacana jest dodatkowymi związkami chemicznymi i stąd zawiera mniej soli. Ponadto można używać rodzajów soli, które naturalnie zawierają go mniej (patrz wyżej – rozdział o zdrowej soli),

– ogranicz ilość przetworzonego jedzenia, jakie spożywasz – trzy kromki chleba (tego z masowej produkcji) i kilka plasterków wędliny lub sera potrafi zsumować się na dzienną, dopuszczalną normami dawkę soli,

– schowaj sól i zabierz solniczkę ze stołu – niech nie stoi w widocznym miejscu i Cię nie kusi.

Zastosuj się do powyższych rad - Twoje serce będzie Ci za to wdzięczne!

Źródła tekstów: E-biblioteka zdrowia FitPolki

Badamy opinię naszych Pacjentów!

Marta Zając

W Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu szczególną uwagę zwracamy na opinie naszych Pacjentów. Od 2005 roku prowadzimy badania dotyczące satysfakcji Pacjentów z jakości opieki medycznej i warunków pobytu w naszym Szpitalu. Zapraszamy Pacjentów hospitalizowanych na Oddziałach: Kardiologicznych, Kardiochirurgicznym, Transplantacyjnym, Chirurgii Naczyniowej do wypełnienia ankiety. Jest ona anonimowa, Pacjenci mogą wrzucać ją do skrzynek ankietowych znajdujących się na wszystkich Oddziałach. (Fot.1.). Dzięki opinii naszych Chorych możemy stale poprawiać jakość oferowanych przez nas usług i na bieżąco zwracać uwagę na sprawy wymagające troski i większej pracy. W naszej ankiecie pytamy Pacjentów czy są zadowoleni z dostępności pracowników Szpitala, czy uzyskali wyczerpującą informację na temat stanu swojego zdrowia, przebiegu leczenia. Pytamy również o warunki pobytu, o zadowolenie z wyposażania sal, jakości podawanych posiłków. Bardzo ważnym elementem dla nas, jako Szpitala Promującego Zdrowie, jest aby Pacjenci wiedzieli jak dbać o swoje zdrowie po opuszczeniu Szpitala, dlatego pytamy czy uzyskali wyczerpujące informacje w zakresie prawidłowej diety, szkodliwości nikotyny i alkoholu. Wyniki opracowywane są w Sekcji ds. jakości i szkoleń. Z roku na rok zwrotność ankiet jest coraz wyższa, co nas bardzo cieszy, bo to oznacza, że docieramy do coraz większej grupy Pacjentów, którzy dzielą się z nami swoją opinią. Poziom satysfakcji z jakości usług świadczonych w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu jest bardzo wysoki – ponad 95% Pacjentów jest zadowolonych z hospitalizacji w naszej placówce (dane za trzy pierwsze kwartały 2015).

Co nam daje analiza satysfakcji Pacjenta? Jest bardzo pomocna zarówno dla leczących, jak i organizujących leczenie, ponieważ weryfikuje organizację pracy Szpitala, sprawdza jakość naszych usług. Oprócz odpowiedzi na pytania Pacjenci wpisują w kwestionariuszu wiele ciepłych słów, dziękują za opiekę zespołom pielęgniarskim i lekarskim, dziękują także imiennie. To dodatkowo motywuje do utrzymania wysokiej jakości świadczonych usług i dalszej pracy.



Fot.1. Skrzynka ankietowa na jednym z Oddziałów

Adriana Szklarz

SIŁA JEST W NAS!

**Zrób coś
wspaniałego.
Może ludzie pójdą
w twoje ślady**
Albert Schweitzer



Zainspirowane filmem "Bogowie", niezłomną i zdecydowaną postawą prof. Zbigniewa Religi, jak i wielu innych wspaniałych polskich transplantologów, bez których nie mogłybyśmy tak jak tysiące innych osób wieść szczęśliwego życia, postanowiłyśmy w bardzo aktywny sposób podziękować im za tą determinację. My, Adriana Szklarz (przeszczep serca 2009 rok) – czyli ja, jako jedna z dwóch pierwszych Polek (drugą była Izabella Łukowiak, współtowarzyszka wyprawy - przeszczep nerki 2008 rok), które po przeszczepieniu narządów okrążyły wyspę Bornholm, maszerując z kijami Nordic Walking.



Nasze historie są bardzo podobne do siebie, tak jak i do wielu innych przeszczepionych czy też oczekujących na transplantację osób. Obie jako młode mamy, doświadczone chorobą, walczyłyśmy wytrwale. Wytrwale i z zaangażowaniem również rehabilitowałyśmy się, ale nie w szpitalach czy sanatoriach, tylko na świeżym powietrzu, maszerując z kijami. Do tej niezwykle przyjemnej formy dochodzenia do zdrowia zainspirowała mnie moja mama. I tak po 5 miesiącach od operacji postanowiłam wziąć udział w kursie instruktorskim Nordic Walking. Silna motywacja i determinacja spowodowały, że wprawdzie jako jedna z ostatnich zaliczyłam ten fizyczny kurs,

ale dopięłam swego. W kolejnym miesiącu zapisałam się na kurs sędziego Nordic Walking, który też ukończyłam. Tak zaczęła się moja przygoda z tą wspaniałą aktywnością ruchową.



Na swoje pierwsze wakacje po transplantacji wybrałam Bornholm – piękną wyspę na Bałtyku. I tak od sierpnia 2010 roku zakochałam się w niej. Urzekła mnie swą różnorodnością. Po powrocie do Polski postanowiłam, że jeszcze tam wrócę. Po 4 latach chodzenia z kijami i marzenia o Bornholmie, wymyśliłam, że moje kije mogę połączyć z moim marzeniem. Przez blisko 8 miesięcy o tym głośno mówiłam, oznajmiałam wszem i wobec, jaki mam pomysł. Ale było to tylko oznajmianie, niepoparte czynami działanie. Jednak na moje szczęście, któregoś słonecznego jesienno-go dnia 2014 roku mój brat powiedział znaczące, bo przełomowe dla mnie zdania: „Przestań gadać, bo to męczące. Mówisz i mówisz, a nic z tego nie wynika. Albo to zrób albo przestań nam zatruwać głowę, bo okazuje się że to tylko Twój słomiany zapał.” Ta jego krótka wypowiedź uzmysłowiła mi, że nie chcę być osobą o pustych deklaracjach. To był ten czynnik zapalny, którego często brakuje nam wszystkim. Te słowa zdopingowały mnie do ułożenia planu wyprawy. Wyprawy, która miała łączyć marzenia z propagowaniem transplantologii i dawstwa narządów. Najpierw przeliczyłam dystans. 120 km – realny pod kątem jego wykonania. Następnie zaprosiłam do wspólnej realizacji mojego marzenia Iżę, moją częstą kompankę nordicowego marszu. Wyznaczenie daty akcji i jej nagłośnienie było dodatkowym wewnętrznym zobowiązaniem do jej realizacji, a stworzenie logo, bloga i strony na Facebooku, było tylko przypieczętowa-

niem tego postanowienia. Rozpoczęłam działania związane z pozyskiwaniem patronatów i sponsorów. Ku mojemu wielkiemu zaskoczeniu, propozycja wsparcia akcji spotkała się z bardzo pozytywną reakcją. Na założony czas uzyskaliśmy niezbędną pomoc. W między czasie stale przygotowywałyśmy się do wyprawy. Regularne treningi zwiększały wytrzymałość naszych organizmów, jednocześnie hartowały charakter. Przesuwałyśmy swoje granice możliwości - granice możliwości życia i działania osób po transplantacji.



15 sierpnia 2015 roku

15 sierpnia 2015 roku wyruszyłyśmy odpowiednio oznaczonym autem przy wsparciu pielęgniarki, która była jednocześnie naszą serwisantką, na realizację akcji „Transplant OK! Nordic Walking on Bornholm – 2015”.



Dla nas wyprawa ta oznaczała:

120 km wzdłuż linii brzegowej

120 km propagowania transplantologii

120 km Nordic Walking i aktywnego trybu życia

120 km pokazania życia, jakim cieszą się ludzie po przeszczepie, jak dziękują za to że są, że mogą być tak aktywni; pokazania, że warto ratować życie innych, gdy nie można już uratować życia swoich bliskich osób

120 km potwierdzenia faktu, że ci często doświadczeni przez los potrafią robić rzeczy piękne i wielkie, z których można czerpać wzór, przykład determinacji, zaangażowania, pasji i radości życia

16 sierpnia 2015 roku:

Z samego rana stanęłyśmy w niemieckim porcie w Sassnitz gotowe do wjazdu na prom. Po południu tegoż dnia znalazłam się wraz z koleżanką na duńskiej wyspie, zwanej Perłą Bałtyku. Zostałyśmy tam miło i serdecznie przywitane przez grupę polskich archeologów odbywających praktyki. Po zakwaterowaniu w pensjonacie, rozpoczęłyśmy przygotowywałyśmy się do pierwszego dnia marszu.



17 sierpnia 2015 roku – wymarsz

Dzisiaj z rana, 17 sierpnia, w porcie w Ronne - stolicy Bornholmu - rozpoczęłyśmy naszą akcję. Nasze koszulki - codziennie w innych kolorach - informowały w języku angielskim o naszej wyprawie; skutkiem tego były sytuacje, w których byłyśmy zatrzymywane i pytane przez niemieckich, duńskich turystów, ale także rodowitych mieszkańców Bornholmu i naszych rodaków wypoczywających na wyspie o naszą trasę. Pogoda dopisywała nam przez cały czas. Pierwsze 2 dni były bardzo wietrzne, ale słoń-

ce nie opuszczało nas ani na chwilę. Maszerowałyśmy po zróżnicowanym terenie. Najpierw na północ, przez skalistą i najwyższą wzniesioną część wyspy, by potem jej wschodnią linią brzegową zejść na południowe piaszczyste plaże: szerokie, puste, przepiękne i by następnie zachodnim wybrzeżem wrócić do Ronne. Ostatnie 3 km maszerowaliśmy wspólnie ze studentami. To był ich wyraz poparcia dla naszej akcji, a przede wszystkim dla transplantologii.



Pierwszy dzień marszu był bardzo przyjemny. Las, piaszczysta plaża z krótkimi kamienistymi odcinkami i mnóstwem glonów. Drugi dzień był najcięższy. Nogi były już rozgrzane, teren przeróżny. Podłoże miękkie, twarde, kamieniste, a następnie asfaltowe. Był to nasz najdłuższy odcinek. Tego dnia miałam ochotę odkręcić sobie nogi – bolały mocno. Byłam zmęczona, ale było to zmęczenie pozytywne, radosne, bo oto ja i Iza mogłyśmy realizować coś, co wielu osobom zdrowym czy po przeszczepieniu nawet przez myśl by nie przeszło. Trzeci dzień był przełomem. Organizm zaadoptował się do wysiłku i mogłyśmy spokojnie realizować nasze zamierzenie. Najprzyjemniejszą częścią marszu był dla mnie marsz piaszczystymi plażami położonymi na południu Bornholmu, z piaskiem miłym i prawie że białym. Swego czasu – w średniowieczu – właśnie z tego miejsca czerpano piasek do produkcji klepsydr. Ostatniego dnia przed rozpoczęciem wędrowki, stwierdziłam, że jestem przepelniona satysfakcją i że następnego dnia będzie mi brakowało tego niezwykłego marszu. Pełne euforii w godzinach popołudniowych dotarłyśmy do stolicy Bornholmu, kończąc akcję „Transplant OK! Nordic Walking – Bornholm 2015”!!!



Pokonanie własnych wątpliwości i słabości z jednocześnie świadomością ważności tej akcji dla nas było niesamowite. To było i jest naszym „DZIĘKUJĘ” dla naszych dawców. Hołdem złożonym im za otrzymany bezcenny dar, dar życia.

Jestem przekonana, że w każdym z Was śpią moce działania, wystarczy tylko w nie uwierzyć. Przestać słuchać naszego wewnętrznego krytyka, a postanowić zrobić ciekawą rzecz, akcję. Coś dla siebie lub dla społeczeństwa, by być zapamiętanym jako osoba, która miała odwagę przekraczać swoje granice. Ja już dzisiaj koncentruję się na kolejnej akcji.

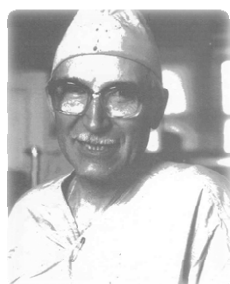


Bo to ma sens. Bo tylko działanie czyni życie ciekawszym i naszym - działanie świadome i odpowiedzialne. Już dzisiaj wiem, że w roku 2016 przekroczę kolejną swoją granicę. I Wam życzę tego samego.

Jak powiedział Mike Litman: „Urodziłeś się po to, by wieść nadzwyczajne życie, robić nadzwyczajne rzeczy, pomóc nadzwyczajnej liczbie ludzi”.



Kamienie milowe – 30 lat transplantacji serca i płuc w Polsce



1966 pierwsze w Polsce transplantacje nerek - J. Nielubowicz /Warszawa/, W. Bross /Wrocław/

1969 pierwsza transplantacja serca – J. Moll /Łódź/

1985 pierwsza pomyślna transplantacja serca – Z. Religa /Zabrze/

1987 pomyślna transplantacja serca po uprzednim wszczepieniu sztucznych komór (BIVAD) – Z. Religa /Zabrze/

1997 pierwsza pomyślna transplantacja pojedynczego płuca – M. Zembala /Zabrze/

2001 pierwsza pomyślna transplantacja serca i płuc - M. Zembala /Zabrze/

2002 pierwsza zakończona powodzeniem jednoczasowa transplantacja serca i nerek – R. Przybylski, L. Cierpka /Zabrze-Katowice/

2005 pierwsza transplantacja obu płuc – Y. Toyoda /Zabrze/

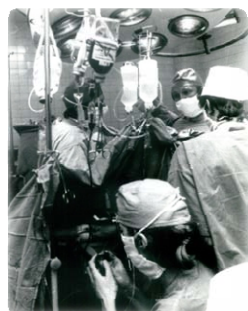
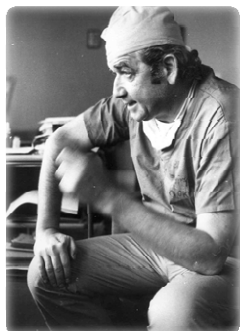
2007 pierwsza transplantacja u chorego z pierwotnym nadciśnieniem płucnym - J. Wojarski /Zabrze/

2010 transplantacja serca u 6-cio miesięcznego dziecka –T. Hrapkowicz /Zabrze/

2011 pierwsza transplantacja płuc u chorego z mukowiscydozą - J. Wojarski /Zabrze/

2015 05.11.2015 - 30-lecie pierwszej pomyślnej transplantacji serca w Polsce

2016 50-lecie pierwszej transplantacji w Polsce





Leczenie kardiochirurgiczne u chorych w wieku podeszłym

- spojrzenie kardiologa i kardiochirurga

Starzejące się społeczeństwo coraz częściej oczekuje pomocy kardiologa i kardiochirurga z powodu istotnych schorzeń serca i naczyń z rozlicznymi chorobami współistniejącymi. Rodzi się trudne pytanie: jaką taktykę operacyjną przyjąć u chorych najstarszych z grupy „oldest old”, tj. >75rż lub z grupy dużego ryzyka? Najlepiej skuteczną, rozsądną i bezpieczną dla chorego.

Zmiany epidemiologiczne i demograficzne, w tym wydłużanie się życia, powodują istotny wzrost ilości osób w starszym wieku ze wskazaniami do operacyjnego leczenia schorzeń układu krążenia, a zwłaszcza choroby wieńcowej. Starszy wiek nie jest przeciwwskazaniem do leczenia kardiochirurgicznego, chociaż po 70-tym r.ż. ryzyko zgonu i powikłań pooperacyjnych wzrasta 2-krotnie.

Kwalifikacja do operacji powinna być zatem zindywidualizowana z uwzględnieniem wszystkich czynników obciążających, jak również potencjalnych korzyści, które pacjent może odnieść. Jako pomoc w ocenie ryzyka i kwalifikacji do leczenia operacyjnego służą odpowiednie skale, opracowane na podstawie wyników uzyskanych w dużych grupach. Do najpopularniejszych europejskich skal należą: EuroScore oraz logistic

EuroScore, w których wiek stanowi istotny, niezależny czynnik ryzyka zgonów i powikłań pooperacyjnych, a każde przeżyte 5 lat powyżej 60 r.ż. wiąże się z dodatkowym punktem ryzyka, przez co tym samym chorzy w starszym wieku automatycznie trafiają do grupy co najmniej średniego lub wysokiego ryzyka. EuroSCORE bierze pod uwagę takie schorzenia jak: przewlekła obturacyjna choroba płuc, leczona steroidami, choroby neurologiczne upośledzające codzienne funkcjonowanie, zmiany naczyniowe pozasercowe, bakteryjne zapalenie wsierdza, niestabilna dławica i zawał mięśnia sercowego, nadciśnienie płucne, tętniaki aorty, uprzednio wykonane operacje serca, w tym CABG, upośledzona funkcja lewej komory serca [1]. Niezależnie od wyżej wymienionych, coraz częściej mamy do czynienia z innymi, także ciężkimi obciążeniami u chorych starszych, które w ocenie ryzyka skali EuroSCORE nie są uwzględnione. Zaliczamy do nich: „porcelanową” aortę, zespół mielodysplastyczny, przebyte leczenie radioterapią nowotworów w obrębie klatki piersiowej, znaczną deformację klatki piersiowej, współistniejącą chorobę nowotworową nielimitującą czasu przeżycia do 12 miesięcy. U chorych starszych wraz z wiekiem rośnie

ryzyko powikłań pooperacyjnych, takich jak: zespół małego rzutu, niewydolność oddechowa, niewydolności nerek, niedokrwienie mięśnia sercowego wymagającego kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej. Powikłania te występują 2-krotnie częściej u osób ponad 70-letnich niż u pacjentów młodszych. Odległe wyniki operacji kardiochirurgicznych w starszym wieku zależą od rozwoju i zaawansowania wyjściowej patologii, towarzyszących schorzeń, a także wieku, w którym przeprowadzana jest operacja i związanej z nim perspektywy przeżycia.

Leczenie chirurgiczne stabilnej i niestabilnej choroby wieńcowej chorych starszych

Wskazania do leczenia chirurgicznego z powodu choroby wieńcowej u chorych starszych nie odbiegają od przyjętych standardów.

U starszych osób mogą jednak wystąpić problemy z pozyskaniem materiału na pomosty, np. z powodu żylaków lub wcześniejszego wykorzystania żył kończyn dolnych. Zastosowanie tętnicy piersiowej wewnętrznej - najlepszego pomostu może być ograniczone u starszych osób z niewydolnością oddechową, zniekształceniami ściany klatki piersiowej, względnie po miejscowej radioterapii, powodującej zbliźnowacenia. Trudności technicznych mogą dostarczać także zwapnienia płytek miażdżycowych i ściany tętnic wieńcowych, a także aorty wstępującej. Ta ostatnia patologia może nawet uniemożliwić podłączenie linii tętniczej krążenia pozaustrojowego do aorty wstępującej oraz zakleszczenie aorty w celu wykonania dooortalnych zespołów pomostów. Należy wtedy posłużyć się techniką OPCAB. Poza tym operowanie na bijącym sercu, bez krążenia pozaustrojowego oraz hipotermii pozwala uniknąć wystąpienia szeregu powikłań pooperacyjnych u chorych starszych, obciążonych niewydolnością oddechową, nefropatią czy miażdżycą obwodową [2].

Coraz częściej chorzy starsi poddawani są też operacjom hybrydowym, polegającym na połączeniu technik chirurgicznych z cewnikowymi.

Według Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS, który objął 260 616 pacjentów, najliczniejszą grupę stanowili chorzy w wieku 50-74 lat - 65%. Co piąty chory ukończył 75 lat. We wszystkich grupach wiekowych najczęściej występował zawał bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI), w tym prawie w 80% u osiemdziesięciolatków. Zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) oraz niestabilną dławicą piersiową przeżyło ponad 60% chorych >60rż. Co u trzeciego siedemdziesięciolatka zastosowano strategię inwazyjnego leczenia OZW w przebiegu STEMI, u co piątego - w przebiegu NSTEMI oraz niestabilnej choroby wieńcowej. Podjęcie decyzji w grupie o dekadę starszą ograniczono do 30% w przypadku STEMI oraz do 15% w pozostałych incydentach OZW. Ryzyko zgonu oraz powikłań okołoperacyjnych u dziewięćdziesięciolatków ograniczyło leczenie inwazyjne do 5-15%. Bez względu na rodzaj OZW oraz rozległość

uszkodzenia lewej komory frakcja wyrzutowa obniżała się progresywnie wraz z wiekiem i wynosiła średnio 49% w grupie 60-69 lat, zaś u osiemdziesięciolatków - ok. 40%.

Niska frakcja wyrzutowa predysponowała do wystąpienia obrzęku płuc oraz wstrząsu kardiogennego, zatem decyzja o leczeniu operacyjnym chorych w stanie skrajnej niewydolności serca była podejmowana u co trzeciego osiemdziesięciolatka i u co dziesiątego dziewięćdziesięciolatka. Do CABG zakwalifikowano niespełna 15% chorych z OZW i upośledzoną funkcją lewej komory z EF<40% w przedziale wiekowym 65-75 lat oraz 5-10% w przedziale 80-89 lat. Praktycznie nie podejmowano próby leczenia chirurgicznego w OZW z EF<40% u dziewięćdziesięciolatków

Zabiegi zastawkowe u chorych starszych

Wraz ze starzeniem się populacji obserwujemy stały wzrost ilości zabiegów zastawkowych, wykonywanych najczęściej z powodu ciężkiej stenozы aortalnej czy istotnej niedomykalności mitralnej. Największą śmiertelność okołoperacyjną obserwowano w grupie chorych >76 rż (6-8%), co wynikało najpewniej z szeregu chorób współistniejących, takich jak: przewlekła obturacyjna choroba płuc (15-25%), przewlekła niewydolność nerek (5-10%), miażdżycę obwodową (2-10%), choroby neurologiczne (5-25%), nadciśnienie tętnicze (20-50%) oraz cukrzyca (10-20%). Należy pamiętać, że klasyczna technika wymiany zastawki aortalnej czy mitralnej jest metodą wymagającą zawsze zastosowania krążenia pozaustrojowego, zatrzymania serca i otwarcia aorty. U chorych w starszym wieku (>75 lat), z wieloma towarzyszącymi obciążeniami ryzyko metody klasycznej jest niemałe. Największe zainteresowanie wzbudza obecnie przeszskórna i przezkoniuszkowa technika implantacji sztucznej zastawki aortalnej. Metoda TAVI /ang. *Transcatheter Aortic Valve Implantation*/, którą można zastosować w stenozie aortalnej, zarezerwowana jest właśnie dla chorych wysokiego ryzyka operacyjnego (Logistic EuroSCORE > 20% lub STS > 10%), z ciasnym, objawowym zwężeniem zastawki, obarczonych szeregiem chorób współistniejących [3,4].

Podsumowanie

W niektórych krajach europejskich co druga operowana na serce osoba jest po 70-ce; liczba operowanych po 80-tym roku życia przekracza 10% [5-7]. Pomimo tego, wyniki operacyjne z roku na rok ulegają poprawie m.in. dzięki rygorystycznemu przestrzeganiu zasad kwalifikacji do operacji, co szczególnie w przypadku chorego starszego, często o znikomych rezerwach czynnościowych i zaawansowanej patologii, jest konieczne. Należy pamiętać, by do operacji kierować tylko tych chorych, u których stopień ryzyka jest do zaakceptowania i którzy rokują poprawę kliniczną oraz przeżycia. W przeciwnym razie kwalifikacja okaże się nieuzasadniona i nieetyczna. W skrajnych przypadkach lepiej jest postępować zachowaw-

czo, mimo braku perspektyw uzyskania poprawy, zapewniając choremu maksymalny komfort.

Dumą naszego Ośrodka, Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, jest nasza Seniorka, Pani Maria Olszowska z Wrocławia, która została poddana w Zabrzu kilka lat temu operacji pomostowania tętnic nasierdżiowych w wieku 103 lat. Podczas badań kontrolnych z radością oglądaliśmy wspaniale bijące serduszek w badaniu UKG już 107-letniej Pani Marii. Wspaniałe rezultaty to zasługa nie tylko personelu medycznego SCCS, ale także troskliwej rodziny.



Piśmiennictwo:

1. Giec L. Leczenie choroby niedokrwiennej serca. Via Medica, Gdańsk 2000
2. Poloński L. O diagnostyce i terapii stabilnej choroby wieńcowej i ostrych zespołów wieńcowych u osób starszych. *Kardiologia Polska*. 2003; 58: 244-248
3. Schenk S, Fritzsche D, Eitz T i wsp. EuroSCORE-predicted mortality and surgical judgment for interventional aortic valve replacement. *Heart Valve Dis*. 2010 Jan;19(1):5-15
4. Gammie J, Krowoski L, Brown J i wsp. Aortic valve bypass surgery: midterm clinical outcomes in a high-risk aortic stenosis population. *Circulation* 2008; 118: 1460-6.K,
5. Zembala M, Wilczek K, Przybylski R i wsp. POL-TAVI First-Polish report on transcatheter aortic valve implantation (TAVI) of Edwards-Sapien prosthesis in the first 19 high risk patients with severe aortic stenosis and comorbidities *Kardiologia Polska*. 2009 Aug;67(8):936-40
6. Rosengren A, Wallentin L, Simoons M., et al. Age, clinical presentation, and outcome of acute coronary syndromes in the Euroheart acute coronary syndrome survey. *European Heart Journal* 2006; 27:789-795.
7. Gummert J.F. et al. Cardiac surgery in Germany during 2008. A report on behalf of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2009; 57(6):315-2.

Jesienno-zimowe przygnębienie czy już depresja sezonowa? Wybrane metody leczenia



Jesień i zima to okres, który negatywnie wpływa na nastrój człowieka. Deficyt energii życiowej, zwiększona senność, brak motywacji i siły do działania przyczynia się do rezygnacji z wielu przyjemności i aktywności. Jednak pomimo nieprzyjającej pogody to właśnie spacer jest jednym z najlepszych sposobów radzenia sobie z jesienną apatią. Istotny i trwały efekt poprawy nastroju zauważyć już można po dzieśięciu 30-minutowych sesjach marszu [1].

Aby skutecznie radzić sobie z obniżonym nastrojem, należy przede wszystkim zadbać o prawidłowy oddech. Im pełniejszy jest oddech tym większa ilość energii dostarczana jest do organizmu. Inaczej oddycha się w poczuciu szczęścia, inaczej w stresie czy smutku. Każdy z tych sposobów oddychania wpływa w określony sposób na chemię mózgu. Świadomy oddech pozwala wywołać stan radości i równowagi. Duży wpływ na dobre samopoczucie ma również właściwa dieta bogata w wartościowe składniki odżywcze. Kluczową rolę w walce z jesienno-zimowym smutkiem odgrywa pozytywne nastawienie. W jego zbudowaniu pomóc może ulubiona muzyka. Odpowiednio dobrana kompozycja pomoże pozbyć się gniewu, uwolni od przygnębienia, może stanowić doskonały impuls do działania. Pozytywnym efektem muzykoterapii jest także jej zdolność oddziaływania jako środek uspokajający oraz redukujący stres. Słuchanie muzyki klasycznej pomaga zmniejszyć lęk, obniżyć ciśnienie krwi i tętno, działa bardziej dobroczynnie niż cisza [2]. Australijski dyplomowany psychiatra i uzdrowiciel holistyczny, dr John Diamond, używa muzyki jako istotnej części prowadzonej przez siebie terapii. Muzykoterapię można wykorzystywać w celu redukcji stresu, relaksacji, jako formę znieczulenia, w przezwyciężaniu lęków i fobii oraz do łagodzenia bezsenności. Doświadczenia doktora Johna Diamonda zostały poparte badaniami, które potwierdziły dobroczynny wpływ muzyki na różne schorzenia, takie jak choroby serca, nadpobudliwość i depresja [3,4].

Obok muzyki, celebrowanie codziennych rytuałów, takich jak pyszne śniadanie, pasjonująca lektura, ciekawy film lub rozmowa z bliską osobą w istotnym stopniu przyczyniają się do lepszego samopoczucia. Te drobne przyjemności realizowane każdego dnia efektywnie regenerują obciążony stresami organizm.

Jeżeli jednak cyklicznie w okresie zimowym, pojawia-

ją się takie objawy jak: przygnębienie, uczucie zmęczenia, nadmierna senność, niepokój, stała drażliwość, trudności z koncentracją, spadek libido oraz wzmożony apetyt (szczególnie na słodkie), może to świadczyć o depresji sezonowej. W 1984 r. została ona nazwana przez psychiatrę Normana Rosenthala chorobą afektywną sezonową (ang. Seasonal Affective Disorder, SAD). Charakterystycznym jej objawem jest wzmożony apetyt, szczególnie wieczorem i w nocy, oraz przyrost masy ciała. Jest to typowy objaw depresji sezonowej przeciwstawny do innych rodzajów depresji, w których występuje spadek apetytu [5]. Objawy te muszą się powtórzyć przynajmniej przez dwa następujące po sobie sezony zimowe. Depresja sezonowa rozpoznawana jest dwa do trzech razy częściej u kobiet; trwa zazwyczaj od kilku tygodni do kilku miesięcy, a nasilenie objawów może być od łagodnego po umiarkowane. Pierwszy epizod choroby afektywnej sezonowej ujawnia się w trzeciej dekadzie życia pomiędzy 20 a 30 rokiem życia, jednak pacjenci sięgają zwykle po pomoc dopiero między 35 a 45 rokiem życia [6]. Główną przyczyną choroby jest niewystarczająca ilość światła słonecznego w okresie jesienno-zimowym, zakłócająca naturalny rytm snu i czuwania. Zaburzenia rytmu snu wpływają na zwiększenie wydzielania melatoniny, hormonu, który jest wydzielany przez szyszynkę podczas nocy. Zwiększone stężenie melatoniny w organizmie skutkuje objawami depresyjnymi. Bardzo skutecznym sposobem leczenia depresji zimowej jest terapia światłem z wykorzystaniem specjalnych lamp, które dają bardzo silne białe światło o natężeniu od 2500 do 10000 luksów. Najlepsze efekty uzyskuje się stosując fototerapię w godzinach porannych. Czas naświetlania wynosi od 1 do 2 godzin dziennie. Fototerapię należy stosować codziennie przez okres 4-5 tygodni, efekty odczuwane są już po tygodniu. Skutkiem ubocznym terapii światłem może być zaczerwienienie spojówek, mogą także pojawić się umiarkowane bóle głowy. Liczne badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych, Szwajcarii, krajach skandynawskich, jak również w Polsce pokazują, że zarówno światło słoneczne, jak również jasne światło sztuczne zbliżone parametrami do światła słonecznego są najsilniejszymi fizycznymi synchronizatorami rytmów biologicznych organizmów żywych [7, 8, 9].

Kolejną metodą leczenia depresji sezonowej, jednak o mniejszej skuteczności niż terapia światłem, jest ujemna jonizacja powietrza, podczas której dochodzi do uwolnienia ujemnie naładowanych cząsteczek powietrza. Odbывается ona przez specjalne urządzenia. Poza działaniem regulującym zegar biologiczny, aniony znajdujące się w powietrzu wykazują również działania bakteriobójcze. Niezwykle istotnym etapem leczenia depresji sezonowej jest wizyta u psychoterapeuty, który za pomocą psychoedukacji uświadomi, które z odczuwanych do-

legliwości są wynikiem choroby, a poprzez pracę terapeutyczną pomoże zmienić obciążające przekonania oraz wypracować odpowiednie sposoby radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Najlepsze rezultaty w leczeniu choroby afektywnej sezonowej daje połączenie obu form leczenia: psychoterapii i fototerapii (71% redukcja objawów) oraz odpowiednie ćwiczenia oddechowe, aktywność fizyczna i zbilansowana dieta [11].

W statystykach światowych depresja sezonowa znajduje się na czwartym miejscu najczęstszych problemów zdrowotnych, obok AIDS i alergii. W Polsce nawet do 10% osób odczuwa wpływ braku słońca na samopoczucie oraz doświadczają mniej lub bardziej nasilonych objawów choroby [6]. Szczególnie ważna jest szybka diagnoza i wdrożenie skutecznych metod leczenia depresji sezonowej, aby nie dopuścić do sytuacji, w której osoby chore przez kilka miesięcy w roku pod względem umysłowym i społecznym funkcjonują poniżej swoich możliwości.

Piśmiennictwo:

1. Kwaśniewska M., Drygas W.: Aktywność fizyczna w zapobieganiu i leczeniu depresji. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Instytut Kardiologii w Warszawie, 2010
2. Salamon E et al.: Sound Therapy Induced Relaxation. Bio-Sonic Enterprises, 2002
3. Diamond J.: Your Body Doesn't Lie. New York: HarperCollins, 1979
4. Diamond J.: The Life Energy in Music, vols I-III. New York: Archaeus Press, 1986
5. Pużyński S.: Depresja i zaburzenia afektywne. PZWL. Warszawa 2008.
6. Bereza B.: Depresja sezonowa – wybrane aspekty diagnostyczne i terapeutyczne. *Pediatr Med Rodz* 2009, 5 (2), 113-119.
7. Dunai A. et al.: Moderate Exercise and Bright Light Treatment in Overweight and Obese Individuals. *Obesity*, 2007, 15 (7), 1749-1757.
8. Kuller R.: The influence of light on circadian rhythms in humans. *J Physiol Anthropol* Appl Human Sci, 2002, 21 (2), 87-91.
9. Pracka D.: Fototerapia w klinice. *Post Hig Med Dośw*, 1999, 53 (3), 517-523.
10. Rohan K.J., Roecklein K.A., Tierney Lindsey K. et al.: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. *J Consult Clin Psychol*, 2007, 75, 489-500.

Kasia Żbikowska

NASI BRACIA MNIEJSI...

"Jeśli przygarniesz głodnego psa, nakarmisz go i zapewnisz mu godny byt, nigdy cię nie ugryzie.

Oto zasadnicza różnica pomiędzy psem a człowiekiem"

-Mark Twain



Słowami Marka Twaina rozpocznę pisanie tych kilku słów w Twoją stronę. Zbliży się zima. Już idąc rano do pracy możemy odczuć zimne powietrze i wiatr czasami bezlitośnie smagający nas po twarzy, drażniący nasze dłonie, jeszcze nieprzywykłe do rękawiczek....

Co ma powiedzieć, co ma czuć bezdomny pies, bezdomny kot, który skulony całą noc czuwał w strachu o swoje życie przy piwnicznym okienku lub pod zadaszeniem śmietnika..? Jego łapki również gryzie mróz, jego ciało również dotyka śnieg, deszcz, a wiatr przenika do szpiku kości. Pomyślałeś kiedyś o tym, że prócz tego, iż pomagasz ludziom (bardzo chcę wierzyć, że pomagasz), trzeba pamiętać również o naszych braciach mniejszych? O tym, że bardzo wiele zwierząt nie ma domu lub tkwi samotnie w schroniskowym boksie, wyczekując tylko na miłość ze strony człowieka. Bzdurą jest twierdzenie, że psy i koty w mieście łatwo same znajdą sobie pożywienie. Coraz gorsze są ich warunki bytowania; nowoczesne pojemniki na śmieci, zsypy w budynkach, szczelnie zapakowane odpady żywienia uniemożliwiają im wydobycie czegokolwiek, by przez chwilę nie czuć tego podłego ucisku w wygłodzonym do granic wytrzymałości ciele. Szczelne okienka piwniczne, likwidacja bazarów i ciągła rozbudowa miast znacznie ograniczają zwierzętom dostęp do schronienia - szczególnie w zimie skazując je na choroby i śmierć. Nawet jeśli nie jesteś zwierzołubem pamiętaj, że nikt nie każe ci posiadać zwierzęcia w domu, ale jeśli zrozumiesz jak ważne są np. koty wolno żyjące, dzięki którym unikamy plagi szczurów obecnych dosłownie wszędzie - może troszkę łaskawiej na nie spojrzysz i pomożesz przetrwać zimę? Od kilku lat zawsze noszę w torebce saszetkę dla bezdomniaka. To nie zajmuje wiele miejsca, nie kosztuje wiele (tyle pieniędzy wydajemy na często jakże nieważne rzeczy!) a może sprawić, że bezdomne kocisko przez kilka godzin wreszcie i DZIĘKI TOBIE nie będzie czuło głodu. Możesz oczywiście pójść krok dalej i wybrać się wieczorem, po zmierzchu, na krótki osiedlowy spacer, gdyż właśnie

wieczorem koty harcują najbardziej - w końcu prowadzą nocny tryb życia. Możesz wtedy zabrać trochę więcej karmy i pozostawić ją w miejscu osłoniętym od opadów. Oczywiście zwierzę to nie śmietnik i tak samo jak Ty zasługuje na to, by zjeść chociaż na plastikowym talerzyku lub pojemniku. Nie wolno pozostawiać ości z ryb i kości z mięsa. Aby karmienie nie szarpnęło za bardzo Twojego portfela, możesz zmieszać puszkę dla kotów zmieszaną z gotowanym ryżem lub drobnym makaronem albo np. podroby drobiowe. Sucha karma zimą nie zamarza, więc warto poczęstować bezdomniaki również i taką.

Warto również, jeśli masz taką możliwość, odrobinę dobrej woli i czasu, zorientować się, które z dokarmianych kotów są koteczkami i spróbować wyłapać je do zabiegu sterylizacji. Z początkiem każdego roku TOZ w Zabrze (styczeń/luty) posiada talony na sterylizację kotów wolno żyjących, które możesz nabyć i umówić się z którąś z lecznic na zabieg. Pomagasz tym sposobem, nawet nie wiesz jak bardzo!

Sterylizacja jest najbardziej skuteczną i korzystną dla zdrowia kotek metodą antykoncepcji - zapobiegamy tym sposobem pojawianiu się kolejnych kociąt, które jako bezdomne będą chore, głodne i niechciane. Schroniska pękają w szwach od psich i kocich tragedii i nie wolno nam pozostawać biernymi w tej sprawie. Kotom i psom - nieważne w domu - czy bezdomnym, należy się szacunek wobec ich indywidualności. Nie wolno stosować wobec zwierząt żadnej przemocy nawet w niewinnych (naszym zdaniem) pieszczotach i zabawach. Uczmy swoje dzieci miłości do zwierząt nie pozwólmy im na traktowanie zwierzęcia jak zabawki. Dzieci muszą uczyć się od nas, dorosłych - szacunku i delikatności wobec innych żyjących stworzeń.

Pamiętaj:

Należy chronić kota przed ludzką agresywnością, nie straszyć kotów, nie dokuczać im, nie szczuć psami.

Należy podejmować interwencje wobec osób, które dręczą zwierzęta - nigdy się tego nie bójcie!!!

Nie sądzić, że koty podwórkowe (wolno żyjące) to zwierzęta gorsze od kosztownych i rasowych, mieszkających z ludźmi.

Nasze "dachowce" to też koty rasowe - reprezentują rasę europejską. :)

Jeśli możesz, adoptuj zwierzę ze schroniska. To najlepsze, co możesz zrobić, jeśli masz do tego warunki. Ale i najtrudniejsze. Trzeba zdać sobie sprawę z tego, że adoptując zwierzę, bierze się za nie odpowiedzialność na kilka, a często na kilkanaście lat. Zwykle czworonóg, który szuka domu, swoje już w życiu przeszedł i bywa, że ma wiele problemów, z którymi

trzeba sobie będzie poradzić. Przed podjęciem decyzji o adopcji warto ją omówić ze wszystkimi domownikami i przygotować się na wizytę przedadopcijną, którą składają pracownicy i wolontariusze schronisk i fundacji – sprawdzają oni, czy masz odpowiednie warunki do przyjęcia pod swój dach żywego stworzenia.

Jeśli możesz, wspieraj akcje organizowane na rzecz schronisk lub domów tymczasowych, gdzie znajdują się psy i koty oczekujące na dom

Organizujemy właśnie akcję dla zabrzańskiego Schroniska dla zwierząt "Psitul mnie". Jeśli masz ochotę zapraszamy, przyłącz się! Każda pomoc jest na wagę złota i znaczy dla bezdomniaków bardzo wiele! O problemach bezdomnych zwierząt warto mówić znajomym, przyjacielom, rodzinie, sąsiadom, kolegom. Nie wszyscy zdają sobie sprawę jak wielka jest skala bezdomności psów i kotów, a każdy z nas może przecież coś zrobić. Nie każdy będzie chciał cię słuchać, wiadomo - ludzie są różni, ale nie rezygnuj i pamiętaj, robisz coś dobrego i pięknego!

To tylko pies, tak mówisz

tylko pies...

a ja ci powiem

że pies to często jest więcej niż człowiek

on nie ma duszy, mówisz...

popatrz jeszcze raz

psia dusza większa jest od psa

i kiedy się uśmiechasz do niej

ona się huśta na ogonie

a kiedy się pożegnać trzeba

i psu czas iść do psiego nieba

to niedaleko pies wyrusza

przecież przy tobie jest psie niebo

z tobą zostanie jego dusza

B. Borzymowska





Działania Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Flagowe programy Fundacji

Tak dla Transplantacji (TDT) to ogólnopolski program Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, którego głównym zadaniem jest popularyzacja idei transplantacji, promocji sportu po przeszczepie narządów i zdrowego stylu życia oraz organizowanie akcji dla najmłodszych pacjentów, dzieci z domów dziecka i przedszkoli.

Program ten jest programem wyjątkowym nie tylko ze względu na samą ideę, ale także fakt, że współrealizują go beneficjenci transplantacji. Pomagają wolontariusze (młodzież licealna, piłkarki KKS Zabrze). Wspierają nas także pracownicy Śląskiego Centrum Chorób Serca (zespół rehabilitacji, pielęgniarki, lekarze i pracownicy techniczni). W ostatnim czasie włączają się również rodzice dzieci po przeszczepie.

Podjęliśmy także współpracę z innymi podmiotami, aby poszerzać promocję programu, ale także i SCCS.

Kampanie popularyzujące ideę transplantacji i zdrowego stylu życia realizujemy podczas imprez okolicznościowych, sportowych, a także konferencji w miejscowościach, do których nas zapraszają. Piszemy wnioski i projekty, aby pozyskiwać finanse na ich zorganizowanie.

Sportowo realizujemy i integrujemy się z środowiskiem lokalnym podczas udziału w biegach ulicznych, maratonach, marszach integracyjnych. Rywalizujemy podczas mistrzostw, igrzysk, olimpiad sportowych. Biegamy i zjeżdżamy na nartach, pływamy, skaczemy, gramy w tenisa ziemnego i stołowego, biegamy na krótkich i długich dystansach, rzucamy kulą, oszczepem i piłeczką. Podczas takich zawodów sportowych staramy się popularyzować ideę transplantacji. Organizujemy od wielu lat wyprawy rowerowe, a podczas ferii zimowych -

warsztaty sportowe. Włączamy się w projekty sportowe dla osób po przeszczepie; od 12.06 otwieramy program kijkowy ze Stowarzyszeniem Nordic Walking.

Współpracujemy ze sławnymi sportowcami (Jerzy Górski, Przemysław Saleta, Paweł Januszewski, Artur Siódmiak), którzy przyłączają nasze akcje do swoich.

Program „WSZYSTKIE DZIECI SĄ NASZE” to spotkania i odwiedziny dzieci w poradni, oddziałach; pamiętamy i wspieramy maluchy także na co dzień, przynosząc im książki, słodycze, owoce, kredki i zabawki. Podczas



corocznej akcji „PODUSZKA DLA MALUSZKA” organizowanej przez naszych wolontariuszy, Rafała i Olę, dzieci i młodzież ze szkół w województwie małopolskim i śląskim zbierają poduszki, maskotki i pieniądze na spełnianie marzeń chorych dzieci.

Organizujemy kolonie i zimowiska, warsztaty psychologiczne oraz współorganizujemy zjazdy dzieci i młodzieży po transplantacji serca.

Dzięki hojności firm i osób prywatnych organizowane w ramach programu święta: Dzień Dziecka, Mikołaj, Wielkanoc są dla naszych podopiecznych bogatsze i bardziej radosne.

Wspieramy wiele imprez o charakterze sportowym i rekreacyjnym. Pomagamy „wrócić” po transplantacji do normalnego funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym.

Dzięki zaangażowaniu wszystkich, program ten można porównać do zdrowego bijącego serca.

Więcej informacji:
www.fundajscs.pl



*To właśnie tej nocy, gdy wiatr zimnym śniegiem dmucha
w serca złamane i smutne, cicha wstępuje otucha.
To właśnie tego wieczoru, od bardzo wielu już wieków,
pod dachem tkliwej kołody, Bóg się rodzi w człowieku*

Kochani,

zbliża się koniec roku i z wielką przyjemnością informuję, że zakończyliśmy realizację programu „TAK DLA TRANSPLANTACJI” 2015.

Państwa zaangażowanie pozwoliło nam promować wyjątkową ideę i pomagać tym, którzy na pomoc czekali. Przed nami nowe 366 dni pełne pomysłów, nowych wyzwań wymagających pracy, siły charakteru ale także empatii i uśmiechu.

Dziękujemy za DOBRO jakiego doświadczyliśmy; mamy nadzieję, że dzięki naszemu wspólnemu przedsięwzięciu zyskamy jeszcze większe poparcie społeczne dla idei transplantacji.

Korzystając z okazji składamy Państwu życzenia świąteczne, aby wszystkie dni w roku były tak piękne i szczęśliwe, jak ten jeden wigilijny wieczór, buzię zawsze rozpromieniał uśmiech, Gwiazdka Betlejemka prowadziła ku dobremu, a zbliżający się Nowy Rok 2016 pozwolił rozwinąć skrzydła.

Z wyrazami szacunku,

Alicja Chachaj z Wolontariuszami Fundacji SCCS



**Śląski Park Technologii
Medycznych -
Kardio-Med Silesia:
Podsumowanie roku,
plany na rok 2016**



Adam Konka

21 września br. odbyło się uroczyste otwarcie Śląskiego Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia. To pierwszy tego typu park na Śląsku, bardzo nowoczesny ośrodek naukowo-badawczy, spełniający najwyższe światowe standardy.

Jaki był ten pierwszy rok działalności Parku, jakie plany ma Zespół KMS na nadchodzące miesiące – pytamy o to jego prezesa, Adama Konkę.



Redakcja: Jakimi obszarami badawczymi będzie zajmować się Park?

Adam Konka: W ramach nowo stworzonej infrastruktury KMS utworzyliśmy przestrzeń oraz korzystne warunki dla rozwoju nauki i innowacyjnych technologii, wspierania nowych inicjatyw służących wzrostowi przedsiębiorczości w regionie i kraju. Dla realizacji tych działań w Śląskim Parku KMS powołane zostały następujące jednostki zadaniowe: Centrum Rozwoju Technologii Medycznych, Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej i Izolowanych Tkanek i Narządów, Laboratorium Genomiki, Laboratorium Testowo-Wdrożeniowe Nowych Technologii i Rozwiązań Medycznych, Laboratorium Zagrożeń Środowiskowych i Cywilizacyjnych, Laboratorium Izolowanych Organów, Platforma Wiedzy i Eduka-

cji, Laboratorium i Centrum Telemedyczne. W Parku istnieje możliwość realizacji badań przedklinicznych i klinicznych w: kardiologii, kardiologii interwencyjnej, kardiochirurgii, onkologii, diabetologii, geriatrici oraz obszarze chorób środowiskowych i cywilizacyjnych.

R: Grudzień to czas refleksji i podsumowań minionych miesięcy. Jak z dzisiejszej perspektywy ocenia Pan ten zbliżający się ku końcowi rok? Czy udało się osiągnąć zaplanowane cele i zamierzenia?



AK: Rok 2015 był rokiem bardzo wytężonej pracy dla całego Zespołu Kardio-Med Silesia. Przede wszystkim uruchomiliśmy oficjalnie budynek Parku. Dzięki wzorcowej współpracy z urzędnikami Miasta Zabrze i Śląskiego Urzędu Marszałkowskiego udało się w zaplanowanym terminie zakończyć inwestycję utworzenia „Śląskiego Parku Technologii Medycznych KMS”. Przypomnę, że otwarcie Parku odbyło się 21 września 2015 r. a pierwsze prace budowlane rozpoczęto 21 czerwca 2014 r. – nieco ponad rok wcześniej. Pierwotna wartość Projektu opiewała na kwotę 29,840 mln zł. Ostatecznie inwestycja została zrealizowana za kwotę 18,449 mln zł.

Ponadto w minionym okresie udało nam się pozyskać razem z naszymi Partnerami kilka bardzo ważnych grantów dla:

- Projekt Nomed-AF: opracowanie i wdrożenie do działania systemu długoterminowego, nieinwazyjnego monitorowania rytmu serca, umożliwiającego wczesne rozpoznanie występowania migotania przedsionków (AF), zwłaszcza tzw. cichego, bezobjawowego AF
- Projekt Phoenix: celem jest zbadanie możliwości regeneracji serca przy użyciu autologicznych stromalnych komórek mezenchymalnych (MSC), podawanych pacjentom z zaawansowaną niewydolnością serca bezpośrednio

do mięśnia sercowego lub poprzez wzbogacone komórkowo rusztowanie (skafold)

- Projekt RH ROT: celem projektu jest wykreowanie postępu w zastosowaniu mechanicznego wspomaganie serca w leczeniu niewydolności serca w Polsce, co zostanie osiągnięte poprzez rozwój oraz wdrożenie do praktyki klinicznej zarówno innowacyjnej technologii wszczepialnej pompy wirowej do długoterminowego wspomaganie serca, jak i zaawansowanych metod postępowania medycznego poprawiających bezpieczeństwo oraz skuteczność stosowania długoterminowego wspomaganie serca.

W roku 2015 rozpoczęliśmy także, wspólnie z Fundacją Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Śląskim Centrum Chorób Serca, Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach i firmą Silvermedia realizację projektu FitPolka, innowacyjnego programu edukacji i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych u kobiet.

W roku 2015 zorganizowaliśmy także dwie konferencje:

- pierwsza z nich to MedTrends - Europejskie Forum Nowoczesnej Ochrony Zdrowia, w której udział wzięli członkowie eksperci m.in. z dziedziny kardiologii, kardiologii, diabetologii, onkologii, neurologii, geriatry itp. Ta autorska konferencja, z założenia cykliczna, ma na celu wymianę wiedzy i doświadczeń pomiędzy przedstawicielami sektora nauki, medycyny, nowych technologii i rozwiązań telemedycznych oraz świata biznesu z Polski i innych krajów europejskich. I edycja - Polsko-Brytyjskie Forum Nowoczesnej Ochrony Zdrowia zorganizowana została w dniach 27-28.03.2015 we współpracy ze Śląskim Centrum Chorób Serca, Miastem Zabrze i Fundacją SCCS. Druga edycja Forum zaplanowana jest na 18-19 marca 2016 r. Przyszłoroczne spotkanie odbędzie się pod hasłem „medycyny spersonalizowanej” – szczegóły na stronie www.medtrends.pl

- druga to XXII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń”, organizowana w dniach 28-29.05.2015 w ramach obchodów Zabrzeńskiego Tygodnia Serca.

R: W tak krótkim czasie udało się Państwu tak wiele zdziałać – gratulujemy! A jakie są plany Parku KMS na rok 2016?

AK: Obecnie Kardio-Med Silesia przechodzi serię akredytacji i certyfikacji, które w roku 2016 pozwolą nam na pełne wykorzystywanie stworzonej infrastruktury badawczo-naukowej. Koncentrujemy się obecnie nad rejestracją Banku Komórek i Tkanek. Pełne uruchomienie Banku zakładamy do czerwca 2016 r. Obecnie jesteśmy po pozytywnej weryfikacji przez „Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek”. Przed nami jeszcze druga część akredytacji, przed Głównym Inspektorem Farmaceutycznym. Niezbędne dla eksperymentów wykonywanych w Kardio-Med Silesia jest uzyskanie certyfikatu GMP (Good Manufacturing Practice - Dobra Praktyka Produkcyjna). Równolegle do powyższych działań przygotowujemy się do zabiegów badawczo-szkoleniowych z wykorzystaniem dużych zwierząt. Do przeprowadzania pierwszych tego typu procedur będziemy gotowi w I kwartale 2016 r. Wierzymy, że podejmowane przez nas działania pozwolą nam nawiązać współpracę z krajowymi i europejskimi firmami z branży badawczej, farmaceutycznej, sprzętowej i szkoleniowej.

W roku 2016 będziemy również kontynuowali ubieganie się o nowe granty dla Kardio-Medu przy bliskiej i ścisłej współpracy ze Śląskim Centrum Chorób Serca, Śląskim Uniwersytetem Medycznym, Politechniką Śląską, Fundacją SCCS i FRK, Instytutem Techniki i Aparatury Medycznej ITAM oraz innymi kluczowymi ośrodkami naukowo-medycznymi z regionu województwa śląskiego i całego kraju.

Mamy nadzieję, że dzięki uporowi, determinacji oraz pracowitości uda nam się osiągnąć zaplanowane na ten rok cele, że będzie to dla nas bardzo pracowity, ale dobry rok.

R: Nie pozostaje zatem nam nic innego, jak życzyć Państwu dobrego, jak najlepszego roku! Dziękujemy za rozmowę.





Wpływ elektronicznego obiegu dokumentów na model usług medycznych dla pacjentów z zagrożeniem życia w aspekcie psychologii zdrowia

Means sana in corpore sano (łac.) - Zdrowy duch w zdrowym ciele

Psycholodzy zdrowia badają m.in., w jaki sposób procesy środowiskowe, społeczne i psychologiczne wpływają na rozwój i przebieg choroby ciała (1). Tematyka niniejszej pracy mieści się w ramach problematyki medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Nie przedstawia zagadnień fizycznego leczenia choroby ciała przez lekarza, a wyłącznie zajmuje się psychiką pacjenta; opiera się na przemyśleniach filozofów i wynikach badań psychologów zdrowia i jest adresowana do wszystkich pracujących z pacjentami.

Niniejsza praca nie dotyczy określonej placówki służby zdrowia, adresowana jest do wiadomości personelu medycznego wszystkich szczebli. W artykule wzięto pod uwagę lecnictwo otwarte – poradnie specjalistyczne.

Aby leczenie mogło być realizowane zgodnie z zaleceniami psychologii zdrowia i zgodnie z przedstawioną na wstępie maksymą „zdrowy duch w zdrowym ciele”, ku zadowoleniu pacjenta, muszą być spełnione określone warunki w ramach usługi zdrowotnej. Pracownik służby zdrowia jest zobowiązany traktować pacjenta jako istotę społeczną, która myśli, czuje i decyduje. Choroba zakłóca nie tylko prawidłową funkcję ciała chorego, ale także wpływa na jego psychikę, powoduje, że milczy, jest zły, pobudzony, niepewny, agresywny czy zrezygnowany (2,3).

Gdy pacjent otrzymuje skierowanie na leczenie do takich poradni jak: onkologiczna, kardiologiczna, hematologiczna, jest przekonany, że jego zdrowie i życie jest zagrożone. Emocje których doznaje, polegają na uruchomieniu gotowości do działania, nadaje on tym działaniom priorytet. Powstałe emocje są wynikiem subiektywnej oceny danego zdarzenia. Czasem motywują one pacjenta do działania, a czasem przeciwnie, powodują, że staje się on bierny i zrezygnowany (2,3).

Rodzaj i siła emocji związanych z chorobą zależy od somatycznego skojarzenia z nazwą choroby co do możliwości jej wyleczenia. Emocje strachu i przerażenia aktywują system reakcji alarmowej organizmu, uruchamiają i przygotowują go na zbliżające się niebezpieczeństwo. Chory popada w stres, czyli zespół uporczywego pobudzenia, przekraczający dostępne zasoby psychiczne, możliwości poradenia sobie z nim (2,3).

Czynnik wywołujący stres występuje w poważnych sytuacjach życia społecznego. Jak podaje Kim i in., najczęściej jest związany z pracą, bezrobociem, problemami małżeńskimi; ten o najwyższym natężeniu występuje w poważnej chorobie. Prawie zawsze takiemu stresowi towarzyszy depresja, czyli utrata nadziei.

Pacjent w takiej sytuacji cierpi nie tylko na chorobę ciała, ale również równowaga jego psychiki jest poważnie zaburzona. Podstawą zwalczania stresu jest konieczność zaprzestania działania stresora, a przynajmniej zmniejszenie jego natężenia. W ciężkiej chorobie ciała próbą poprawy stanu psychicznego pacjenta, zalecanym sposobem z wyboru jest wsparcie społeczne, polegające głównie na komunikacji interpersonalnej.

KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA

Prawidłowa komunikacja interpersonalna może skutecznie pomóc pacjentowi w przywracaniu jego równowagi psychicznej. Niestety, właściwa rola takiej komunikacji jest niedoceniana a nawet bagatelizowana w modelu usług biomedycznych, co z całą pewnością niekorzystnie wpływa na psychikę pacjenta, a tym samym nie pozwala go aktywnie włączyć w proces leczenia (3,4).

Wybitni amerykańscy badacze psychologii zdrowia, Zimbardo i Gerrig oraz Gordon i Sterling wykazali, że członkowie wielu kultur przywiązują dużą wagę do spokoju umysłu i dobroci i te czynniki ściśle powiązane są ze zdrowiem ciała i ducha (1,4). Ta orientacja kulturowa gwarantuje, że psychiczna pomoc osobie cierpiącej, będącej w stanie chorobowym ciała, będzie potężnym systemem wsparcia społecznego. Taki model postępowania w leczeniu jest określany przez psychologów jako **biopsychospołeczny**.

Biopsychospołeczny model zdrowia przedstawia trzy składowe. Część bio oznacza fizyczną chorobę ciała a część psychosocjalna wskazuje na psychologiczne i społeczne komponenty zdrowia.

Mimo tego oczywistego stwierdzenia, w niektórych krajach, zwłaszcza Europy, nadal jest reprezentowany **naukowy model postępowania leczniczego**. Początek tego sposobu myślenia dał filozof Kartezjusz, przedstawiając własną interpretację teorii dualizmu dla medycyny. Jego hipoteza zakłada, że ciało i umysł tworzą dwa niezależne systemy (3). Twierdził on, że umysł nie może bezpośrednio wpływać na procesy zachodzące w organizmie, dlatego pozostaje poza zainteresowaniem medycyny. Ta teoria, określana jako leczniczy model biomedyczny, jest ciągle uznawana i praktykowana przez większość pracowników służby zdrowia.

Holizm dostrzega jedność ciała i umysłu; Salomon uważał, że „czynniki psychologiczne wpływają na choroby fizyczne” (5). Hipokrates już w V wieku p.n.e. zwrócił uwagę, że klucz do zrozumienia choroby fizycznej jest zależny od psychologicz-

nych cech człowieka (1). Oprócz psychologów zdrowia dla niektórych intelektualistów i myślicieli jedność ciała i umysłu jest przekonywująca. I tak wybitny pisarz Erich Segal w swoim dziele „Doktorzy” zamieścił filozoficzne stwierdzenie „uczyniliśmy lekarzy bogami i czcimy ich boskość, oddając im ciało i duszę”; dalej o pracownikach ochrony zdrowia mówi „boleśnie świadomi, że nie są w stanie spełnić naszych oczekiwań, ich frustracja jest niepomiaralnie dotkliwa” (6).

Ta oczywista prawda, że ciało i umysł są ze sobą ściśle związane i nie wolno ich traktować jako odmienne układy, skłoniła dwóch badaczy psychologii zdrowia, Zimbardo i Gerriga, aby ukierunkować zmiany leczenia z modelu biomedycznego w kierunku biopsychospołecznego, jak to ma miejsce w krajach Wschodu i Ameryce (1).

Z punktu widzenia psychologii zdrowia, za bardzo ważny składnik kontaktu z pacjentem należy uznać komunikację interpersonalną. Tomas Gordon z Chicago jest powszechnie uznawany za znawcę i pioniera rozwijania komunikacji interpersonalnej, która w modelu biopsychospołecznym opieki zdrowotnej stanowi główny trzon wsparcia społecznego (4). Aby komunikacja interpersonalna dała oczekiwane efekty powinna mieć charakter partnerski. Komunikujący się z chorym pracownik ochrony zdrowia musi uznać własne potrzeby informacji za tak samo ważne jak potrzeby pacjenta.

Chcąc spełnić oczekiwania pacjenta należy:

1. Traktować go podmiotowo - stawiać w centrum uwagi
2. Bardzo się o niego troszczyć
3. Poświęcić wiele czasu na jego wysłuchanie.

KOMUNIKACJA NIEWERBALNA

Komunikację interpersonalną nie jest łatwo przetwarzać na działanie, nie znając podstaw i wyników badań jej prowadzenia (4). Przekonanie, że tylko język słów jest jedynym sposobem porozumiewania się, jest poważnym błędem. Ludzie porozumiewają się przez gesty, wyraz i mimikę twarzy, postawę, ruchy ciała i ton głosu.

Badania wykazały, że prowadząc rozmowę zaledwie 7% informacji jest przekazywanych werbalnie; aż 93% stanowią przekazy niewerbalne. W przedziale niewerbalnym z kolei 38% stanowią nie słowa, ale sposób mówienia, a w 55% - tylko mowa ciała (5,7).

Twarz i ruchy głowy stanowią bezcenny zasób informacji o stanie fizycznym i emocjonalnym pacjenta. Natomiast wyraz twarzy pracownika ochrony zdrowia może i powinien przekazywać zrozumienie, współczucie i optymizm. Oczy chorego są najbardziej wyrazistym przekazywaczem jego emocji, oczy pracownika służby zdrowia powinny wyrażać zaangażowanie i zainteresowanie problemami pacjenta (2,4).

KOMUNIKACJA A CZAS

Poważną barierą w komunikacji interpersonalnej jest czas a zwłaszcza jego brak. Zbyt duże ograniczenie czasowe, wynikające z konieczności m.in. prowadzenia elektronicznego obiegu dokumentacji medycznej, to czynniki stanowiące przeszkody w poznawaniu i zrozumieniu problemów pacjenta, uniemożliwiające właściwe oddziaływanie terapeutyczne (7).

WZAJEMNE ZROZUMIENIE

Pacjenci najbardziej skarżą się, że nie rozumieją często znaczenia pojęć i określeń medycznych. Często z tego powodu chory już po kilku sekundach rezygnuje z zadawania przygotowanych pytań dotyczących ważnych i dręczących go problemów. Psycholodzy zdrowia ubolewają, że pracownicy ochrony zdrowia zapominają o sztuce medycznej i nie skupiają się na osobie – jej odczuciach, kładąc główny nacisk na naukę i wiedzę, a zbyt mało na wsparcie psychiczne. Leczenie kosztuje miliony a opieka i troska wynika z serca i duszy, dlatego Spencer wzywa do nasycenia opieki zdrowotnej humanizmem (4).

PACJENT WYSOKIEGO RYZYKA

W kontakcie z pacjentem wysokiego ryzyka, występują dwa główne problemy z zakresu psychologii zdrowia:

1. Jak uzyskać zaufanie pacjenta?

Inicjatywa powinna należeć tu do personelu medycznego – to on powinien taki interpersonalny kontakt zainicjować (4,6)

2. Wsparcie społeczne w trudnej sytuacji

Drugi problem wychodzi prawie zawsze od pacjenta; on oczekuje i pragnie wsparcia społecznego w swojej trudnej sytuacji. Przedstawia – sam od siebie – swoje wątpliwości, niekiedy przerażenie i oczekuje pomocy, która powinna być umiejętnie udzielona przez pracownika ochrony zdrowia (2,9).

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM A ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA PACJENTA

Obecnie pracownik ochrony zdrowia musi poświęcić dużą ilość czasu czynnościom administracyjnym, związanym z elektronicznym obiegiem dokumentów w czasie trwania bezpośredniego kontaktu z pacjentem, co chory odbiera czasem jako brak zainteresowania jego osobą, stanem zdrowia.

Procedury usługowe przyznawane jednostce służby zdrowia przez Narodowy Fundusz Zdrowia, są obwarowane licznymi zaleceniami, zarządzeniami, nakazami a nawet karami. Dotyczą wymaganych informacji administracyjno-medycznych, które obecnie muszą być w pierwszej kolejności wykonywane metodą elektroniczną. Procedury te rozpoczynają się już od zarejestrowania pacjenta na usługę lekarską. Polega to na sprawdzeniu przez pracownika administracyjnego nazwiska,

odnotowaniu numeru PESEL, uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego, daty usługi, zaznaczeniu odpowiednich kodów a w przypadku lekarza – na sporządzeniu dokumentacji badania (4). Z konieczności wzrok – począwszy od osoby rejestrującej po lekarza leczącego – często jest skierowany na ekran monitora, celem odczytywania i prawidłowego wprowadzania odpowiednich informacji. Wymienione czynności wymagają skupienia i uwagi, aby nie popełnić błędu, pochłaniają personelowi dużo czasu, mimo wyraźnych życzeń pacjenta, oczekującego wsparcia społecznego w formie komunikacji interpersonalnej.

Pierwszy kontakt pacjenta w poradni specjalistycznej ma miejsce z rejestratorką. Badania T. Tomaszewskiego z ośrodka onkologicznego i moje własne spostrzeżenia wykazują, że najczęściej już w pierwszych słowach pacjent szuka wsparcia społecznego słowami: jestem ciężko chory(a), umieram, proszę o pomoc, proszę o ratunek. Te słowa nie powinny, wręcz nie mogą pozostawać bez życzliwej odpowiedzi w formie wsparcia psychologicznego (1). Pacjent zazwyczaj nie może być przyjęty w dniu zgłoszenia, dlatego zachodzi konieczność, aby rejestratorka w ramach zakresu swoich obowiązków mogła „od zaraz, od ręki” kierować pacjenta na określone badanie kliniczne zalecone przez lekarza - na przykład na prosty test onkologiczny, badanie elektrokardiograficzne, czy określone badanie krwi, w zależności od profilu poradni. Pacjent zwykle życzy sobie jak najdłużej prowadzić rozmowę na temat ważnych dla niego problemów zdrowotnych (5). Mając jednak na uwadze także czas i dobro innych czekających Pacjentów, należy tej rozmowy zbytnio nie przeciągać i zakończyć ją w taki sposób, aby pacjent nie czuł się „urazony”.

Wysoki poziom zadowolenia PACJENTA jest ściśle związany z podstawowymi działaniami, takimi jak ciepły, życzliwy i uprzejmy stosunkiem pracownika ochrony zdrowia do pacjenta, zachęcenie do rozmowy i zadawania pytań. Wzbudzenie nadziei, utrzymywanie stałego kontaktu wzrokowego i umiejętność przekazywania informacji mają cechy wsparcia społecznego i dają zadowolenie choremu z usługi zdrowotnej (3,4,7).

W tym miejscu prosi się, aby przytoczyć zalecenie dwóch wybitnych badaczy psychologii zdrowia P. Zimbardo i R. Gerriga „w stronę modelu biopsychospołecznego”. Wymienieni powyżej badacze wykazują swoje wątpliwości dotyczące możliwości wprowadzenia tego modelu do realizacji w placówkach służby zdrowia, zarządzanych przez firmy ubezpieczeniowe. Stwierdzają dalej, że model biomedyczny leczy tylko ciało a umysł uważa jako mało ważny w tym procesie. Wątpliwym pocieszeniem jest stwierdzenie, że taki model biomedyczny jak w Polsce stosowany jest w większości krajów naszego europejskiego kontynentu (1).

Badania naukowe ustaliły, jaki typ wsparcia jest najbardziej pomocny w leczeniu. Stosowanie wsparcia emocjonalnego

i informacyjnego jako składowe modelu biopsychospołecznego umożliwiły osobom chorym w czasie leczenia podawania mniejszej ilości leków i krócej trwało samo leczenie choroby ciała (1,3). Prosi się o odpowiedź na pytanie, czy jest możliwość zastosowania przedstawionych powyżej zaleceń. W nakazowym systemie elektronicznego obrotu dokumentów medycznych w obecności trwania kontaktu z pacjentem nie ma często czasu ani miejsca na realizację działań zalecanych przez szerokie grono psychologów zdrowia, aby wprowadzić biopsychospołeczny model usług zdrowotnych (1).

Przedstawiona w publikacji propozycja próby zastosowania modelu biopsychospołecznego jest z całą pewnością przekonująca, ale trudna do wykonania i abstrakcyjna (1) w obowiązujących wymaganiach narzuconego systemu usług medycznych. Jednak przy znajomości powyższych zagadnień i życzliwości personelu medycznego, powyższy model chociaż w formie szczątkowej należy próbować stosować.

Piśmiennictwo:

1. Zimbardo P. G., Gerrig R. J.: Psychologia Zdrowia. PW Warszawa 2012, 504-547
2. Trzcieniecka-Green A.: Psychologia. Universitas. Kraków 2006, 300-444
3. Salomon P.: Psychologia w medycynie. GWP Gdańsk 2002, 21-51
4. Gordon T., Sterling E.: Pacjent jako partner. PAX 1999, 17 -33
5. Stelmach E.: Rejestratorka - jak wzbudzić zaufanie u pacjenta kardiologicznego. Szlachetne Zdrowie 2013, 18-19
6. Segal E.: Doktors. Ploys Inc. 1998, 7-10
7. Steciwko A., Barański J.: Porozumiewanie się lekarza z pacjentem I jego rodziną. Elsevier urban i Partner. Wrocław 2012, 19-25
8. Herszen-Niejadek J., Sęk H.: Psychologia Zdrowia. PWN 1997, 30-31
9. Kamińska M., Brodowski J., Bożydło M.: Postawy personelu medycznego a poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Family Medicine 2009, 11, 4, 881-885
10. Tomaszewski T.: Centrum Onkologii. Portal Publiczny Rejestratorki 02.2014
11. Kim H. S., Sherman D. K., Taylor S. E.: Culture and social support. American Psychologist 2008, 63, 6, 518-526

Czas to ...



Nad stracony czas nic bardziej nie boli

Michał Aniol

No właśnie, czas. Czym jest dla każdego z nas? Wpisując to słowo w jedną z największych wyszukiwarek internetowych wyświetla się około 177 000 000 wyników definicji, słów powiązanych, interpretacji, sentencji.

Czas... dla jednych jest na wagę złota. Czas to pieniądź. Jedni działają aktywnie, pracują, czasami nawet za dużo i za długo, bo czas jest dla nich na wagę złota, bo mija, bo biegnie za szybko, a przecież jest tyle do zrobienia. Nie ma czasu na rozdrabnianie się, na pasję, hobby. Spieszą się bo czas ucieka. Ale czy na pewno ucieka tylko czas? Czy nie ucieka coś jeszcze? A jeśli coś jeszcze, to co?

Czas... dla innych – „spokojnie mam jeszcze czas” lub „przyjdzie na to czas”. Czyż nie słyszymy często takich stwierdzeń? A i owszem, bardzo często. Szczególnie od tych, którzy tkwią i chcą tkwić w tym samym status quo. Co masz zrobić dzisiaj, zrób jutro. Ulubione powiedzenie, wymówka do podjęcia działania. I tak na okrągło.

Czy jedna i druga skrajność jest dobra? Nie sądzę. Teraz zbliża się czas szczególny. Czas zwariowanego, ale i oczekiwanego przedświątecznego pośpiechu, by następnie przejść w czas świątecznego błogiego relaksu i zadumy. I to właśnie w te święta proponuję zastanowić się nad swoim czasem. Nad jego wykorzystywaniem, stratą.

Każdy z nas bez względu na płeć, wiek, pochodzenie, status społeczny, rodzaj niepełnosprawności, doświadczeń życiowych czy chorobowych ma tą samą ilość czasu. **24 godziny dziennie, 1 440 minut, 86 400 sekund. Aż tyle i tylko tyle.** Jak znaleźć równowagę w każdym dniu? Każdy dzień przynosi nam tą samą ilość sekund. Scherer Hermann w książce „Dzieci szczęścia” przyrów-

nał czas do banku, który codziennie na nasze konto przelewa nam 86 400 bezcennej waluty, cenniejszej niż pieniądze. Waluty zwanej „czasem”. Każdej nocy ten bank zeruje to, co nie zostało wykorzystane. Zeruje wszystkie sekundy. Nie możemy niewykorzystanej waluty przelać na kolejny dzień, aby mieć nadwyżkę czy dokonać jej transferu na inne konto, do innego banku. Tylko jednego dnia możesz spożytkować, wykorzystać cały przelew. Całe 86 400 sekund bezcennej waluty. „Czas robi swoje. A ty człowieku?” tak powiedział Stanisław Jerzy Lec. Jak Ty wykorzystasz swoje 86 400 sekund z każdego dnia? Co robisz? Co zaczniesz robić, aby mieć poczucie dobrze wykorzystanego czasu? Czasu wykorzystanego dla siebie, dla rodziny, przyjaciół, dla swojego hobby, pasji, dla drugiego człowieka, dla swojego zwierzaka. Jeśli już wykorzystujesz go tak, że możesz z najgłębszą szczerością i przekonaniem powiedzieć „Ja walutą gospodaruję efektywnie i jestem szczęśliwy” - to gratuluję Ci szczerze. Jeśli jednak jest inaczej, zainwestuj kilka, kilkadziesiąt minut w znalezienie rozwiązań, które uczynią Twoje życie szczęśliwszym, pełnym sensu i spełnienia. Tak, abyś mógł usłyszeć któregoś dnia „Podziwiam Cię, za to, że nie tracisz czasu i znajdujesz go dla swojej rodziny, pracy, przyjaciół i hobby”.

I takich słów, i takiego gospodarowania czasem serdecznie Ci życzę!

Adriana Szklarz

Przeszczep serca 05.11.2009





Poduszka dla Maluszka

to ogólnopolska akcja charytatywna
organizowana przez Fundację Śląskiego
Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

Najważniejszym celem jest uszczęśliwienie dzieci,
pacjentów kliniki Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu
oraz Szpitala Powiatowego w Oświęcimiu.

Poduszkami dzielimy się podczas wizyt mikołajkowych,
wielkanocnych i w dniu dziecka, a środki finansowe
wydajemy na organizację obozów rehabilitacyjnych
dla dzieci po transplantacji.

www.poduszka.org



Tak dla transplantacji

to ogólnopolski program Fundacji Śląskiego Centrum
Chorób Serca w Zabrzu, którego głównym zadaniem jest popularyzacja
idei transplantacji, pomoc osobom niepełnosprawnym (w tym dzieci i młodzieży)
oraz wsparcie budowy modułu C Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu,
w którym mieścić się będzie Centrum Leczenia Mukowiscydozy i Przeszczepu Płuc.

www.takdlatransplantacji.pl



Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu

od 2004 roku wspiera działalność
Śląskiego Centrum Chorób Serca
w podnoszeniu jakości i unowocześnia-
niu metod diagnostyki i leczenia chorób
u osób dorosłych i dzieci poprzez:

- ♥ finansowanie zakupu aparatury i sprzętu medycznego, ratujących życie pacjentom
- ♥ organizowanie szkoleń, konferencji i warsztatów doskonalących umiejętności kadry medycznej
- ♥ popularyzacja idei transplantacji narządów oraz zdrowego stylu życia w ramach programu „**Tak dla transplantacji**”
- ♥ prowadzenie akcji „**Wszystkie dzieci są nasze**” na rzecz najmłodszych pacjentów szpitala - „**Poduszka dla Maluszka**”, wizyty Mikołaja




FitPolka

KRS 0000219230

FUNDACJA ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHORÓB SERCA
ul. Wolności 182
41-800 Zabrze
Bank Zachodni WBK SA | Oddział w Zabrzu
08 109020370000000103210905
NIP 6482517005



przeznacz 1% podatku