



Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 8 Sierpień 2013

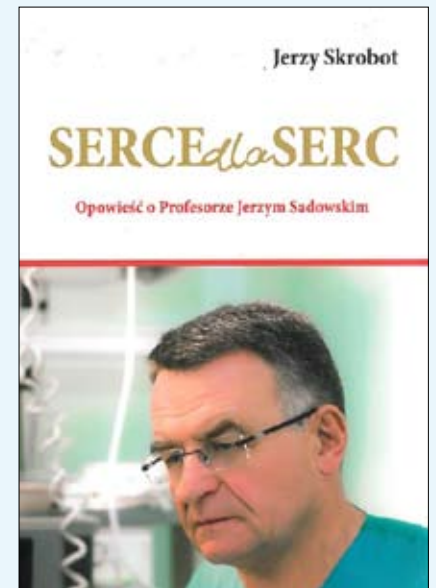
Wywiad-rzeka z *Profesorem Jerzym Sadowskim*

SERCE DLA SERC

„Serce dla serc” pióra redaktora Jerzego Skrobot, znanego dziennikarza krakowskiego, to wywiad – rzeka z prof. dr. hab. med. Jerzym Sadowskim, Ordynatorem Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie, Dyrektorem Instytutu Kardiologii UJCM. Książka przybliży sylwetkę tej, jakże znanej postaci świata kardiologii, ucznia i następcę prof. Antoniego Działkowiaka. Poznajemy pasje Profesora Sadowskiego: muzykę i żeglarstwo, dobrą książkę, Jego upodobania sceniczne, które sprawiły, że kiedyś wędrował z kabaretem, a obecnie utrzymuje ciepłe kontakty towarzyskie z wieloma postaciami ze świata artystycznego. Książkę należy również traktować jako nieocenione źródło wiedzy o historii Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie, na jej kartach ożywa wiele osób, które ją tworzyły.

„Serce dla serc” to jednocześnie kompendium wiedzy o kardiologii i kardiologii: zawierające rzetelnie zreferowane kalendarium rozwoju tych dziedzin, począwszy od roku ok. 400 p.n.e., kiedy to Hipokrates wyróżnił w organizmie człowieka 4 podstawowe płyny: krew, żółć, śluz i czarną żółć i wskazał, że to zaburzenia równowagi między nimi są przyczyną chorób, aż do roku 1967, kiedy to dr Christian Barnard przeprowadził pierwszą udaną transplantację serca (w Polsce pierwsza transplantacja serca miała miejsce dwa lata później, w roku 1969, choć można powiedzieć, że był to właściwie rok, ponieważ operacja w Kapsztadzie odbyła się w grudniu 1967, a operacja w Polsce – w styczniu 1969). Autor przypomina, że data pierwszego przeszczepu serca, niezależnie od jej faktycznego znaczenia dla rozwoju kardiologii została uznana za przełomowa w tej dyscyplinie.

Nie rozczarują się ci czytelnicy, którzy szukają w publikacji zapisu historii polskiej kardiologii, która nabrała tempa w latach 70-tych, i o której czyta się bez znużenia. Czytelnik, dla którego zagadnienia, jakimi zajmują się kardiolog i kardiochirurg są nowymi, znajdzie w książce również słowniczek przydatnych terminów medycznych.

*dr n. med. Grzegorz Kopeć, Oddział Kliniczny Chorób Serca i Naczyń*

■ JAK ZAPOBIEGAĆ CHOROBYM SERCA I NACZYŃ

Główną przyczyną przedwczesnych zgonów w Polsce są choroby układu krążenia rozwijające się na podłożu miażdżycy, tzw. choroby sercowo-naczyniowe. Należą do nich m. in.: choroba niedokrwienna serca, zawał serca, miażdżycza zarostowa tętnic kończyn dolnych i udar mózgu. Ich występowanie związane jest z nieprawidłowym stylem życia a zwłaszcza paleniem tytoniu, niezdrowymi nawykami żywieniowymi, brakiem aktywności fizycznej, otyłością i stresem. Wymienione tu czynniki ryzyka u osób predysponowanych genetycznie prowadzą do rozwoju nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii i cukrzycy a w konsekwencji chorób sercowo-naczyniowych.

*dr n. med. Grzegorz Kopeć**Nasza historia*

Czy wiesz, że...

Właśnie tak wyglądał kiedyś nasz Szpital, którego początki sięgają roku 1917? Leczono tu przede wszystkim chorych na gruźlicę.



Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych dzielimy na modyfikowalne, czyli takie, na które mamy wpływ, oraz niemodyfikowalne, czyli takie, które są od nas niezależne.

Modyfikowalne:

- Palenie papierosów
- Nieprawidłowe nawyki żywieniowe
- Mała aktywność fizyczna
- Stres
- Nadwaga i otyłość
- Nadciśnienie tętnicze
- Cukrzyca
- Wysokie stężenie cholesterolu
- Zespół metaboliczny
- Grypa
- Przyspieszona spoczynkowa częstotliwość rytmu serca

Niemodyfikowalne:

- Wiek
- Płeć męska
- Choroby sercowo-naczyniowe w rodzinie

NUMERY RATUNKOWE

999 i 112

Jeśli podejrzewasz zawał serca:

- spokojnie połóż się
- poproś o pomoc i zadzwoń po pogotowie: 112 lub 999
- zapamiętaj numer alarmowy: 112 lub 999



Zasady zdrowego stylu życia

- nie pal papierosów i nie przebywaj w pomieszczeniach, w których palą inni,
 - ćwicz co najmniej 30 min 5 x w tygodniu
 - odżywiaj się zdrowo: zastąp tłuszcze zwierzęce tłuszczami roślinnymi, nie dosalaj pokarmów, jedz owoce i warzywa 2-3 razy dziennie, ryby co najmniej 2 razy w tygodniu, ogranicz spożycie alkoholu, spożywaj produkty zbożowe pełnoziarniste
 - zachowaj prawidłową masę ciała
 - zadbaj prawidłowe ciśnienie tętnicze (<140/90 mmHg) i stężenie cholesterolu we krwi (< 5 mmol/l)
 - unikaj stresu
 - przestrzegaj zaleceń lekarza
 - nie zwlekaj z wezwaniem pomocy gdy niepokojące objawy wystąpią nagle

Zawał serca - objawy ostrzegawcze

Pęknięcie blaszki miażdżycowej w tętnicy wieńcowej, czyli tętnicy doprowadzającej krew do mięśnia sercowego powoduje jej zamknięcie. Początkowo w wyniku niedokrwienia komórki mięśnia sercowego tzw. kardiomiocyty przestają się prawidłowo kurczyć a następnie rozpadają a

w ich miejscu z czasem pojawia się blizna. Tak dochodzi do zawału (martwicy) serca.

Ból zgłaszany przez chorego ma charakter rozlany, a nie punktowy, tzn. nie można wskazać miejsca bólu jednym palcem. Trwa około 20 min; może się utrzymywać stale lub ustępować i nawracać wielokrotnie.

Do objawów zawału serca należą:

- ból za mostkiem
- ból w żuchwie, szyi, plecach, ręce lub barku,
- ból brzucha z towarzyszącymi nudnościami lub wymiotami
- duszność
- obfite poty i zawroty głowy
- lęk przed zbliżającą się śmiercią
- zasłabnięcie, utrata przytomności.



Pacjenci Oddziału Rehabilitacyjnego podczas ćwiczeń

Co robić gdy podejrzewasz zawał serca?

Jeśli ból w klatce piersiowej utrzymuje się ponad 5 minut i nie ustępuje po odpoczynku lub zastosowaniu nitrogliceryny (dotyczy pacjentów, którym lekarz uprzednio zapisał ten lek) należy niezwłocznie zadzwonić pod numer telefonu ratunkowego 999 lub 112 i położyć się.

Jedynym bezpiecznym transportem do szpitala osoby z podejrzeniem zawału serca jest karetka pogotowia, ponieważ już w czasie drogi do szpitala można rozpocząć leczenie chorego.



mgr B. Szczuka z Pacjentką

■ SZTUKA ROZMOWY Z PACJENTEM

Wielu z nas spotkało się z sytuacją, gdy sama rozmowa z lekarzem lub pielęgniarką przyniosła nam ulgę, uciszyła nasz lęk związany z chorobą. Wielu z nas musi również odbywać, nie zawsze najłatwiejsze, rozmowy z chorującymi bliskimi. I bywa, że ta rozmowa jest męcząca, irytująca, „nie klei się”. Dlaczego tak się dzieje – wyjaśnia mgr Bogusława Liszka- Kisiełewska, psycholog kliniczny z Oddziału Rehabilitacji Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II.

Rozmowa z pacjentem - znaczenie informacyjne i terapeutyczne.

Często wydaje się nam, iż wyrażamy się do kogoś jasno i precyzyjnie, a on nas nie rozumie, jak gdyby mówił innym językiem lub wręcz rozumie nas opacznie i czuje się dotknięty. Zastanawiamy się wówczas dlaczego tak się dzieje? Mówimy: „chciałam kogoś uspokoić, a on jeszcze bardziej się wystraszył” lub „mam wrażenie, że rozmawiam ze ścianą”. Pojawia się uczucie, które dobrze określają potoczne przysłowia, typu: „Dziad o gruszcze, a baba o pietruszce”. Dzieje się tak dlatego, że wszelkie porozumiewanie się, w tym również z pacjentem, podlega tym samym prawom wzajemnego komunikowania się, które muszą być spełnione, aby było ono skuteczne.

Efektywne porozumiewanie się polega na wywoływaniu u odbiorcy stanu zrozumienia przekazywanych treści, zgodnie z zamierzoną intencją nadawcy.

Rozmowa jest z natury swego wydarzeniem społecznym. Potrzebujemy do niej kontaktu z innymi ludźmi. Przekazujemy w jej trakcie informacje od siebie, lecz także uzyskujemy je od innych. Stąd mówimy, iż porozumiewanie się ludzi ma charakter sprzężenia zwrotnego tj. zakłada wzajemną wymianę informacji między uczestnikami rozmowy. Osoba, która jest nadawcą informacji, może być również jej odbiorcą z otoczenia. Rozmowa jest też procesem zachodzącym w określonym czasie, miejscu i przestrzeni między dwiema lub więcej osobami.

Tutaj na marginesie muszę zaznaczyć, iż porozumiewają się między sobą nie tylko ludzie, lecz również zwierzęta, jednak komunikowanie się to przebiega na poziomie sygnałów dźwiękowych i zachowań, poza sferą językową i zdolnością werbalizacji, która jest charakterystyczna je-

dynie dla ludzi. Odmienną formą rozmowy jest również rozmowa człowieka samego ze sobą, którą na pewno każdemu z nas czasem zdarza się przeprowadzać. Nie ma jednak ona charakteru wymiany informacji, lecz bardziej jest uzewnętrznioną formą mowy wewnętrznej tj. naszych przemyśleń, rozterek, dylematów.

Porozumiewanie się skuteczne między ludźmi, wymaga posługiwania się ujednoczonymi regułami np. kulturowymi, religijnymi i językiem znanym wszystkim uczestnikom rozmowy. Konieczne jest też dostosowanie informacji do wieku rozmówców oraz ich poziomu intelektualnego.

Ludzie potrzebują kontaktu, chcą dzielić się z innymi swoimi odczuciami, myślami, spostrzeżeniami. Chcą też tych samych komunikatów od otoczenia. Dlatego więzienie, izolacja od innych ludzi jest tak dotkliwą karą lub próbą, kiedy jest wyborem osobistym i świadomym (np. pustelników). Według psychologów Adlera i Rodmana komunikowanie między ludźmi zaspokaja szereg naszych potrzeb:

1. Potrzeby fizyczne – ich zdaniem satysfakcjonujące kontakty z innymi ludźmi są niezbędne dla naszego zdrowia fizycznego (wg badań osoby wyizolowane społecznie lub czujące się samotne żyją 2 lub 3 razy krócej).

2. Potrzeby psychiczne – w rozmowach z innymi dowiadujemy się jak jesteśmy postrzegani i oceniani przez otoczenie. Zarówno poczucie tożsamości, jak i odpowiedź na szereg pytań dotyczących cech osobowości, są efektem wymiany informacji między ludźmi.

3. Potrzeby społeczne - przez komunikowanie się wiążemy się społecznie z innymi ludźmi:

- mamy poczucie przynależności do jakiejś grupy społecznej, nie czujemy się osamotnieni,
- mamy poczucie kontroli nad otoczeniem i możliwości wywierania na nie wpływu,
- zaspokajamy potrzebę opiekowania się innymi ludźmi i doświadczania opieki od innych,
- przekazujemy i uzyskujemy informacje istotne dla sprawnego funkcjonowania w życiu (w szkole, w sklepie, na ulicy).



mgr Bogusława Liszka- Kisiełewska



mgr B. Liszka-Kisiełewska podczas rozmowy z Pacjentem

Wzorzec komunikacji

Na każdym z tych etapów mogą powstać zakłócenia wynikające z faktu, że nadawca może powiedzieć nie to, co zamierzał lub nie tak jak zamierzał. Odbiorca może źle usłyszeć np. ze względu na hałas, dużą odległość lub inne nie sprzyjające warunki otoczenia. Również odbiorca może zinterpretować przekaz niezgodnie z intencjami nadawcy z powodu tzw. szumu psychologicznego (tj. nastroju, doświadczenia, przeżywanych emocji, cech osobowości). Dlatego warunkiem efektywnej komunikacji jest sprawdzenie czy rozumienie treści przekazu przez odbiorcę jest zgodne z intencjami nadawcy.

Rozumienie przekazu nie oznacza, że musimy zgodzić się z jego treścią!

Wyznaczniki skuteczności rozmowy z pacjentem.

O tym, czy nasza wypowiedź będzie skuteczna i czy pacjent będzie rozmową z nami zainteresowany, decydują:

- jego zaufanie do nas,
- nasze kompetencje zawodowe,
- nasza prawdomówność i szczerść,
- sympatia,
- siła osobowości,
- opanowanie własnych emocji,
- intencje podjęcia rozmowy (pacjent przyjmie nasze współczucie, lecz nie litość).

Jak widać, nie każdy może przeprowadzać tzw. rozmowy trudne z pacjentem, gdyż wymagają one szczególnie dużego wysiłku emocjonalnego i predyspozycji osobowościowych.

Przekaz informacji winien być:

- głównie racjonalny i oparty na faktach,
- z pozytywnym nastawieniem emocjonalnym do pacjenta (rozumienie, empatia, serdeczność), lecz bez elementów lęku i napięcia,
- pełen szacunku i powagi, lecz również z umiejętnym stosowaniem elementów humoru,
- z zachowaniem poczucia intymności i bezpośredniości rozmowy.

Ostatecznie o tym, czy pacjent zachce z nami rozmawiać i podporządkować się naszym zaleceniom decyduje jego:

- ogólna postawa (pozytywna lub negatywna) do leczenia,
- podatność na sugestię i perswazję,
- chęć zmiany swoich przyzwyczajeń,
- zdolności intelektualne (stopień zrozumienia),
- ekstrawertywny (otwarty) stosunek do otoczenia i ludzi,
- cechy osobowości,
- poziom lęku przed chorobą (mechanizmy obronne, zaburzenia emocjonalne).

Nie każdy pacjent jest gotowy na uzyskanie od nas informacji o swoim stanie zdrowia, rokowaniu lub na poruszanie spraw dla niego drażliwych i przykrych. Trzeba pamiętać, że każda rozmowa jest wypadkową gotowości niesienia pomocy i predyspozycji osobowościowych per-

sonelu medycznego i gotowości przyjęcia tej pomocy oraz stanu emocjonalnego i intelektualnego pacjenta. Dlatego też tak trudne jest określanie sztywnych reguł „dobrej” rozmowy pomiędzy leczącym i leczonym. Odwiecznym dylematem jest też: mówić, czy nie mówić pacjentom o złym rokowaniu. Obecnie w psychologii i medycynie przyznaje się pacjentowi niezbywalne prawo do pełnej informacji o jego stanie zdrowia (jeżeli chodzi o dziecko



lek. med. Iwona Chrzan, O. Klin. Chor. Wieńcowej, podczas rozmowy z Pacjentem

informację taką powinni otrzymać jego rodzice). Jednak w tak szczególnej sytuacji, jak choroby terminalne, musimy brać pod uwagę wspomnianą wcześniej gotowość emocjonalną pacjenta do uzyskania tego typu informacji. Trudnością jest tu jednak fakt, iż głównie od empatii, takty i doświadczenia życiowego lekarza prowadzącego zależy czy potrafi właściwie tę gotowość u pacjenta określić. Głównie decydują tu walory osobowościowe personelu medycznego, a nie jego umiejętności zawodowe (niestety na studiach medycznych nie można nabyć tych umiejętności).

Komunikowanie się między ludźmi przebiega na dwóch poziomach: werbalnym i niewerbalnym.

O tajnikach komunikacji niewerbalnej będą mogli Państwo przeczytać w kolejnych wydaniach „Przewodnika Pacjenta”.

Wydawca: Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
Redakcja: Biuro Marketingu i Promocji
e-mail: promocja@szpitaljp2.krakow.pl
Druk: Drukarnia Kraków
Sierpień 2013
Nakład: 2 tys. egz.

