

„Nie słowa, ale moc serca i myśli czyni nas wymownymi”
Lipsjusz

Nie trudno jest zablysnąć na niebie usianym gwiazdami, parafrazując tytuł wywiadu, jeśli połączy się własną pracowitość, umiejętności praktyka klinicysty, naukowca oraz trafiło się na właściwe miejsce i współpracowników. Wówczas dobrym uzupełnieniem opisu tej sytuacji jest również inna maksyma przypisywana renesansowemu filozofowi.

Jednakże skuteczność naszej działalności w dużej mierze zależy od dostępu do baz medycznych, czasopism specjalistycznych, które warunkują pozyskanie najnowszych informacji klinicznych i naukowych, przekładając się na większą efektywność nas samych i Uczelni. Przykładem wielkich potrzeb i wagi tych poczynań była ogólnopolska konferencja zorganizowana przez naszą Bibliotekę Medyczna z aktywnym i wartościowym udziałem jej pracowników, jak i Collegium Medicum.

Zbigniew Wolski



Spis Treści

Wywiad numeru

Trudniej zablysnąć na niebie usianym gwiazdami,
Wywiad z prof. dr hab. Jackiem Kubicą,
kierownikiem Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych 2

Z życia Uczelni

Inauguracja roku akademickiego 2008/2009 6
Medale za Długoletnią Służbę 6
Jubileusz Gimnazjum i Liceum Akademickiego 6
Dwóch ze stypendiami 7
Nagrody i Wyróżnienia Marszałka Województwa 7
Nowatorska nadbudowa pawilonu łóżkowego 8
Nowa dyrektor Szpitala Jurasza 8
Pięć lat Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego 9
10 lat Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych . . 10

Rozważania

Mit doktora Judyma a współczesne techniczno-medyczne
i społeczne wyzwania lekarza 11
Rozważania człowieka w wieku dojrzałym 15

Polemiki

Pielgrzymka do Ziemi Świętej Egiptu 17

Pielęgniarstwo

Dzieci z chorobą nowotworową i ich rodzice 18

Programy międzynarodowe

Proces Boloński i strategia internacjonalizacji szkolnictwa wyższego 19
Unijne środki na realizację projektu „Program rozwoju Collegium Medicum UMK” . . 20

Nauka - Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej 21

Historia medycyny

Historia zawodów medycznych - zawód pielęgniarki 23

Konferencje

26. Konferencja Problemowa Bibliotek Medycznych 24
Współpraca lekarza z biblioteką medyczną: spojrzenie lekarza 26
Współpraca lekarza z biblioteką medyczną: spojrzenie bibliotekarza 29

Sztuka

Światowy sukces Chóru Collegium Medicum 31
O degustacji wina 31

Z Biblioteki

Wystawa w Muzeum Uniwersyteckim w Toruniu
„Galaktyka Gutenberga. Inkunabuły ze zbiorów Biblioteki
Wyższego Seminarium Duchownego w Pelplinie” 33

Dydaktyka

LEP 2008 35

Studenci

IFMSA - wybory do Zarządu Oddziału Bydgoszcz 36
Praktyki wakacyjne IFMSA 36
Symposium Młodej Farmacji 37

Ze sportu

Powakacyjne remanenty sportowe
Międzynarodowe sukcesy studentów Collegium Medicum 38
Spływ kajakowy - Wda 2008 39

„Wiadomości Akademickie” wydaje Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu za zgodą Prorektora UMK ds. Collegium Medicum.

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania adjustments i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej:
prof. dr hab. Gerard Drewna

Członkowie Rady Programowej:

prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Wojciech Szczesny
dr Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki
Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch
Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz
tel.: 048 052 585-3509
e-mail: biblio@cm.umk.pl

Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

Korekta merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki

Korekta techniczna:

mgr Ewa Dominas

Druk:

Formator, Piotr Lorek

Stali współpracownicy:

dr Andrzej Drygas, dr Walentyna Korpalska,
mgr Mirosława Kram, dr Krystyna Kurowska,
dr hab. Jan Styczyński, dr Wojciech Szczesny

Okladka: Ioannes Dunst Scotus, Quaestiones in IV
libros Sententiarum, Norymberga 1481; inicjał wstępny,
Pelplin, BWSO Inc. F. 826 adl. (fot. A. Skowroński)

Trudniej zabłysnąć na niebie usianym gwiazdami

Wywiad z prof. dr. hab. Jackiem Kubicą, kierownikiem Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych

Redakcja: Dziękujemy, że mimo natłoku zajęć Pan Profesor zgodził się na rozmowę z *Wiadomościami Akademickimi* i znalazł na nią nieco czasu.

Redakcja: Zacznijmy od tego, że jest Pan najmłodszym kierownikiem Kliniki Kardiologii... Był Pan zresztą również jednym z najmłodszych profesorów medycyny...

Prof. Jacek Kubica: To prawda. Mimo, że od ośmiu lat kieruję Katedrą i Kliniką Kardiologii CM UMK to nadal, w dziedzinie, którą reprezentuję, pozostaję najmłodszym kierownikiem tego typu placówki w Polsce. Jest to sytuacja wyjątkowa a zarazem komfortowa dla osoby prowadzącej klinikę. Wydaje mi się, że zostając kierownikiem np. na 10 lat przed emeryturą, nie miałbym już takiego zapału ani perspektyw, by przenosić przysłowiowe góry. Wyobrażam sobie, że ja sam, gdy pozostanie mi 10 lat do emerytury, przekażę klinikę następcy, a sam przyjmę pozycję konsultanta, uwalniając się od ciężaru władzy. Tak myślę teraz i mam nadzieję, że nie zmienię zdania, gdy nadejdzie chwila podejmowania decyzji. Chociaż – mówiąc nieco żartobliwie – najbardziej chciałbym za owe kilkanaście lat zostać rentierem i przychodzić do pracy jedynie dla przyjemności, a żyć dla rodziny. Szkoda, że jest to tak mało prawdopodobne, chociaż kto wie – od czasu do czasu kupuję Totolotka.

Redakcja: Jakie predyspozycje powinien mieć kierownik Kliniki? Czy trudno jest pogodzić ze sobą kwestie kliniczne, dydaktyczne i organizacyjne?

Prof. Jacek Kubica: Powinien być skuteczny i kompetentny. Powinien się spełniać w tym co robi. O sobie tego powiedzieć nie mogę - zarządzanie nie sprawia mi przyjemności, przyjemność sprawia mi nauka, która zawsze mnie pociągała. Zarządzanie jest dla mnie koniecznością, która umożliwia mi realizowanie własnych projektów. Ludzie odnajdują się w różnych sytuacjach, niektórzy pragną władzy i w niej się spełniają. Dla mnie kierowanie kliniką nie jest spełnieniem marzeń, a jedynie drogą do realizacji dalszych planów.

Redakcja: Wśród pozostałych jednostek Collegium Medicum UMK pod względem publikowanych prac Pana Klinika zajmuje miejsce w pierwszej dziesiątce...

Prof. Jacek Kubica: Przez cały czas budujemy swój warsztat naukowy, zbieramy materiał kliniczny i liczymy, że w krótkim czasie zostaniemy nie tylko ośrodkiem liczącym się pod względem klinicznym, jakim już jesteśmy, ale i znaczącym ośrodkiem naukowym.

Uważam, że istnieją realne szanse, abyśmy mogli zbudować jeden z najmocniejszych w Polsce ośrodków kardiologii klinicznej.

Redakcja: To wielki sukces...

Prof. Jacek Kubica: No cóż, w realiach polskich pewnie tak. Trudo jednak na tej podstawie budować opinię o wybitności naszego ośrodka, a raczej o tym, że polska medycyna relatywnie nie jest zbyt mocna naukowo. Zawsze jednak łatwiej zabłysnąć na szarym tle niż na tle nieba usianego gwiazdami.

Redakcja: Wiemy, że czas jakiś spędził Pan Profesor na stażach zagranicznych. Jak zatem ocenia Pan stan polskiej kardiologii na tle europejskiego i światowego rozwoju tej dyscypliny medycznej. Czy bardzo odstawiamy od średniej europejskiej, czy może plasujemy się w czołówce?

Prof. Jacek Kubica: W pewnych, czysto praktycznych dziedzinach, np. leczenie chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, należymy do ścisłej czołówki światowej. Jednak, jak już mówiłem, naukę w Polsce oceniam relatywnie nisko. Nie pretenduję do tego, by oceniać inne dziedziny poza medycyną, ale spektakularne sukcesy naukowe w medycynie są wyjątkami potwierdzającymi regułę. Można na ten problem spojrzeć z perspektywy publikacji. Biorąc za parametr liczbę mieszkańców kraju i jego wielkość, w przypadku Polski, oryginalnych prac przyjmowanych do druku w najbardziej liczących się czasopismach z listy filadelfijskiej (np. *Lancet* czy *NEJM*), powinno się ukazywać co najmniej kilkanaście rocznie, a ukazuje się ledwie jedna - dwie na kilka lat. Nie mówię tu o udziale Polaków w różnego rodzaju przedsięwzięciach międzynarodowych, ale o projektach wychodzących z Polski. Chciałbym, żebyśmy i my stawali się motorami postępu, a nie tylko byli włączani do grup badawczych organizowanych przez kogoś innego.

Redakcja: Jak trafił Pan Profesor do Bydgoszczy?

Prof. Jacek Kubica: Od ukończenia studiów przez trzynaście lat byłem związany z Gdańskiem. W pewnym momencie zdecydowałem jednak, że nie jestem w stanie realizować tam swoich planów, do tego stopnia, że będąc doktorem habilitowanym i zastępcą kierownika jednej z klinik AMG z dnia na dzień zwołałem się z pracy. Rozważałem kilka propozycji – pracę w Warszawie w klinice przy ul. Spartańskiej, w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii w Zabrzu (Zabrze zawsze mi imponowało, jako najmocniejszy ośrodek polskiej kardiologii) oraz w Aka-

demii Medycznej w Bydgoszczy. Tymczasem moja żona oświadczyła, że na Śląsku nie zamieszka, obojgu nam nie odpowiadało życie w Warszawie i tak, drogą eliminacji wybrałem Bydgoszcz. Urodziłem się w Chojnicach, szkołę średnią kończyłem w Toruniu, tam też mieszkają moi rodzice, więc wybór Bydgoszczy tak do końca nie był przypadkowy. Teraz jestem tutaj i jestem z tego niezwykle zadowolony.

Redakcja: Czy był i jest Pan zadowolony z warunków lokalowych i sprzętu specjalistycznego Kliniki? Czy przez kilka ostatnich lat wymagała adaptacji lub poważniejszych remontów?

Prof. Jacek Kubica: Warunki lokalowe były wspaniałe – nie ma chyba drugiej kliniki kardiologii w Polsce, która mogłaby się pochwalić taką przestrzenią. Generalnie cały szpital imponuje rozmachem i oddechem przestrzeni. W Gdańsku pracowaliśmy w dużo większym ścisisku.

Sprzętowo, niestety zastałem duże niedostatki, charakterystyczne dla bardzo wielu polskich ośrodków. Do dzisiaj warunki lokalowe się nie zmieniły, aczkolwiek wobec wzrostu naszej aktywności są one głównym czynnikiem ograniczającym możliwości kliniki. Jeśli chodzi o nasze wyposażenie, to zasadniczo nie możemy narzekać. Nasz ośrodek został jednym z największych beneficjentów ogólnopolskiego programu POLKARD. W ciągu kilku ostatnich lat, w drodze konkursu udało nam się zdobyć z budżetu państwa bardzo poważne sumy na wyposażenie. W tej chwili najbardziej palący problem stanowi konieczność poprawy warunków socjalnych dla naszych pacjentów.

Redakcja: W głównym nurcie tematyki badań Kliniki leży miażdżycza tętnic wieńcowych. Czy może Pan przybliżyć tę chorobę i związane z nią problemy?

Prof. Jacek Kubica: Gdy pytam studentów, jakie są główne przyczyny zgonów w Polsce, to, o ile w przypadku mężczyzn nie ma większych wątpliwości, że pierwszym zabójcą jest choroba wieńcowa, w przypadku kobiet schematyczna odpowiedź brzmi, że choroby nowotworowe, a wśród nich rak piersi. W rzeczywistości na choroby układu krążenia rocznie umiera 52-53 % kobiet, a na wszelkiego typu nowotwory 27 %, w tym na raka piersi około 4 %. Oczywiście należy walczyć ze wszystkimi chorobami nowotworowymi, które wyraźnie ograniczają życie wielu pacjentów, ale należałoby przykładac właściwą miarę do odpowiednich zdarzeń. Nie znaczy to, że przeceniamy choroby nowotworowe, ale

zdecydowanie za mało czynimy, jeśli chodzi o kampanię informacyjną dotyczącą chorób układu krążenia. W efekcie wielu kobietom nie przychodzi do głowy, że ból w klatce piersiowej może być związany z sercem. Myślą o wszystkim, tylko nie o zawale i dlatego bardzo późno docierają do szpitala.

Redakcja: Może bardziej rozpowszechnione kampanie informacyjne związane z chorobami nowotworowymi wynikają z faktu, że choroby układu krążenia dotyczą raczej ludzi w starszym wieku a choroby nowotworowe w każdym?

Prof. Jacek Kubica: Jest to częściowo zdanie prawdziwe. Ale tylko częściowo. Większość z owych 50% kobiet umierających na choroby układu krążenia umiera w wieku zaawansowanym, ale to nie znaczy, że nie mamy młodych pacjentek. Gdy choruje kobieta młodsza, przebieg choroby jest znacznie groźniejszy. Gdy choroba dotyka kobiety przed menopauzą, śmiertelność jest dużo wyższa niż u mężczyzn. Istnieje cały szereg teorii na ten temat i żadnego dobrego wytłumaczenia. Natomiast u kobiet po menopauzie śmiertelność jest podobna jak u mężczyzn. Żeby zobrazować ów problem powiem, że nasza najmłodsza pacjentka z zawałem serca miała 25 lat i trafiła do nas krótko po urodzeniu dziecka. Tak więc nie jest to choroba wyłącznie staruszek i staruszków. Gdyby nie brać pod uwagę ludzi powyżej 65 roku życia, to śmiertelność z powodu samej choroby wieńcowej u kobiet jest podobna jak z powodu raka, identyfikowanego jako o wiele większe zagrożenie.

Redakcja: Jak ocenia Pan Profesor kwestie powołania w Collegium Medicum następnych szpitali klinicznych? Czy kardiologia będzie rozwijała się równolegle w obu ośrodkach klinicznych?

Prof. Jacek Kubica: Choroby układu krążenia są niewątpliwie bardzo istotnym problemem, a jakie jest zapotrzebowanie na łóżka kardiologiczne może zaświadczyć jedna wizyta na dowolnie wybranym oddziale internistycznym. Mogę pójść o zakład, że połowa pacjentów okaże się pacjentami przyjętymi z powodów kardiologicznych, dla których zabrakło miejsca na oddziale kardiologii. Najczęściej są to pacjenci z niewydolnością serca będącą konsekwencją uszkodzenia mięśnia sercowego w przebiegu choroby wieńcowej. To najlepsza miara takiego zapotrzebowania. Dlatego jesteśmy dalecy od uważania innych oddziałów za „konkurencję”.

Redakcja: Czy odsetek pacjentów kardiologicznych rośnie?

Prof. Jacek Kubica: Zmieniają się proporcje. W ostatnich latach obserwujemy bardzo wyraźny acz powolny trend zmniejszania się liczby zawałów serca. Z roku na rok jest ich coraz mniej. To duży sukces samych ludzi,



prof. dr hab. Jacek Kubica

którzy zaczynają traktować swoje zdrowie poważnie. W krajach zachodnich i Stanach Zjednoczonych trend ten pojawił się dużo wcześniej. Jako kraj idziemy w dobrym kierunku, ale wciąż cechuje nas duża zapadalność na chorobę wieńcową.

Generalnie natomiast zwiększa się liczba pacjentów z niewydolnością serca. Można powiedzieć, że jesteśmy trochę ofiarami własnego sukcesu, ponieważ pacjenci, którzy jeszcze kilka lat temu nie przeżywali zawału serca, teraz go przeżywają i trafiają na dalsze leczenie jako pacjenci z niewydolnością serca. Jak wielki postęp w ciągu kilku ostatnich lat dokonał się w leczeniu zawału serca obrazuje fakt, że w 2000 r. śmiertelność w naszym województwie wynosiła około 20 %, natomiast w tej chwili wynosi 7,2 %. Z obiektywnych danych pochodzących z ogólnopolskiego rejestru ostrych zespołów wieńcowych (rejestrowanego na podstawie aktów zgonów), w Polsce owa śmiertelność wynosi średnio 9,5 %. Na tym tle województwo kujawsko-pomorskie pozytywnie się wyróżnia.

Redakcja: Czy jest to związane z realizowanymi na terenie Pańskiej Kliniki programami telemedycznymi wczesnej inwazyjnej

interwencji kardiologicznej w leczeniu ostrego zawału serca?

Prof. Jacek Kubica: Jest to sukces, który osiągnęliśmy wszyscy – mam tu na myśli grupę lekarzy zajmujących się kardiologią w całym województwie kujawsko-pomorskim. W 2002 r. stworzyliśmy dokument pod nazwą „Strategia rozwoju kardiologii w województwie kujawsko-pomorskim”. Istotnym punktem owego dokumentu było podjęcie działań logistycznych mających na celu stworzenie warunków, by pacjenci z zawałem serca w najszybszy z możliwych sposobów docierali tam, gdzie najlepiej można im pomóc. Nasza skuteczność wynika z faktu, że pacjenci trafiają tam, gdzie powinni. Niby bardzo prosta rzecz, lecz ogólnie w Polsce na oddziały kardiologiczne trafia około 75 % pacjentów z zawałem serca, a u nas aż 95 %. To wydaje się banalne, ale nasz sukces polega nie na wyrefinowanych metodach leczenia, ale na dobrej logistyce. System opiera się na telemedycynie i działa na terenie całego województwa.

Jesteśmy ewenementem w skali kraju, jako że istnieją różnego rodzaju systemy telemedyczne na terenie miasta czy powiatu, natomiast nigdzie więcej nie ma systemu

działającego na terenie całego województwa. Już w karetce pogotowia lekarz ma szansę właściwie ocenić stan pacjenta i podjąć decyzję o zawiezieniu go do ośrodka kardiologicznego wyposażonego w pracownię kardiologii inwazyjnej, a nie do ośrodka najbliższego. W większości miejsc w Polsce nadal zawozi się pacjenta do najbliższego szpitala, tam wykonuje EKG i w razie konieczności przewozi go do kolejnego, lepiej wyposażonego ośrodka, a czas płynie. W zawałe rokowanie zależy od upływu czasu od pierwszych symptomów do skutecznego leczenia. Dlatego nasze rozwiązanie jest niesłychanie proste i skuteczne. Stało się to możliwe dzięki zaangażowaniu wszystkich kardiologów z województwa, a nie tylko naszej kliniki.

Redakcja: A jak udało się zaprząć telemedycynę w służbę kardiologii?

Prof. Jacek Kubica: Wzięliśmy udział w konkursie urzędu marszałkowskiego na programy wykorzystujące telemedycynę. Zaproponowaliśmy dwa projekty, oba zostały zakwalifikowane i zrealizowane. Oprócz tego, o którym wspominałem, a który umożliwia lekarzowi z karetki konsultacje i zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w odpowiednim ośrodku, drugi program łączy klinikę kardiologii ze wszystkimi ośrodkami kardiologicznymi województwa. Dawniej, gdy trzeba było skonsultować pacjenta np. z Włocławka, przygotowywało się dane na CD i z tą płytą lekarz, rodzina pacjenta lub sam pacjent przejeżdżał do naszego szpitala, co wymagało czasu i pieniędzy. Teraz posiadamy łącze wydzierżawione poza zwykłą siecią internetową z dużą prędkością przesyłania danych i możemy konsultować się na bieżąco, nawet

w trakcie wykonywania koronarografii. Czasami przyjmujemy trudniejszych pacjentów z innych ośrodków, nie dlatego, że jesteśmy przekonani o własnych ponadprzeciętnych umiejętnościach, ale dlatego, że znajdujemy się blisko kardiologii. Jak we wszystkich tego typu programach kluczem do sukcesu pozostaje dobra wola ludzi, bo można mieć najlepsze urządzenia i kosmiczne programy, ale nic nie zadziała, gdy ludzie nie zechcą ze sobą współpracować.

Redakcja: Jednym z większych osiągnięć Kliniki było wprowadzenie 24-godzinnego dyżuru pracowni kardiologii inwazyjnej zapewniającego możliwość inwazyjnego leczenia zawału serca przez całą dobę. Czy okazał się przydatny i potrzebny?

Prof. Jacek Kubica: Pracownia nie musi pracować 24 godziny na dobę, ale powinna być dostępna przez owe 24 godziny na dobę przez siedem dni w tygodniu, by pacjent z zawałem serca mógł być leczony natychmiast. To niezwykle ważne. Jeśli w ciągu 2-3 godzin otworzymy zamkniętą tętnicę wieńcową w zawałe, pacjent ma szansę wyjść z tego nieomal bez szwanku. Jednak już kilka godzin później, pomimo zastosowania leczenia, może zostać inwalidą do końca życia. Dlatego tak ważna jest dostępność do Pracowni Kardiologii Inwazyjnej. Jeśli chodzi o leczenie zawału serca Polska jest w tej chwili w pierwszej piątce w Europie, a my jesteśmy w czołówce w Polsce...

Redakcja: Co jako kierownik jednostki uważa Pan za swój największy sukces?

Prof. Jacek Kubica: Moim największym

sukcesem jako szefa kliniki jest stworzenie zespołu kompetentnych ludzi, którzy lubią ze sobą pracować. Do pracy można przychodzić z niechęcią, obojętnością, albo z przyjemnością, choćby praca była ciężka. Mam wrażenie, że ten cel udało mi się osiągnąć, co nie było łatwe. Ciężka praca zespołu przekłada się na wyniki finansowe Kliniki. Gdy objąłem kierownictwo kliniki zatrudnienie było nieco większe niż obecnie, natomiast roczny budżet wynosił ok. 6,5 mln. złotych. Minęło kilka lat, obecnie przy mniejszym zatrudnieniu nasz budżet wynosi aktualnie około 35 mln. złotych.

Redakcja: Wygląda na to, że Katedra i Klinika Kardiologii przynosi szpitalowi znaczne zyski...

Prof. Jacek Kubica: Dla nikogo nie jest tajemnicą, że jesteśmy motorem ekonomicznym naszego szpitala. A nie wszędzie oddziały kardiologiczne przynoszą zyski, niekiedy przynoszą i straty. To nie jest tak, że w kardiologii wszystko jest tak dobrze wycenione, że musi ona przynosić zyski. Nasza klinika całkiem świadomie prowadzi politykę współpracy z innymi ośrodkami, chętnie oddając pacjentów wymagających prostszych zabiegów, a wykonując procedury bardziej skomplikowane, ale też wyżej wycenione. Nie hamujemy rozwoju „konkurencji”, a stymulujemy rozwój ośrodków współpracujących. Staramy się prowadzić politykę podziału ról, co przynosi wymierne rezultaty. Choć nakłady na kardiologię w naszym województwie są znaczne, umiemy je lepiej spożytkować (przykładowo w województwie mazowieckim nakłady na kardiologię są znacznie większe, a wyniki wyraźnie gorsze).



Zespół kliniczny Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych

Redakcja: Jak ocenia Pan własny zespół i w jaki sposób stara się Pan dobierać nowych współpracowników?

Prof. Jacek Kubica: Zespół kompletował się w ciągu pierwszego roku po objęciu przeze mnie kierownictwa kliniki, część osób wywodzi się z zespołu wcześniejszego, a część przyjechała ze mną z Gdańska. Kluczem do wyboru moich współpracowników są kompetencje i umiejętność pracy w tym konkretnym zespole ludzi.

Redakcja: Czy wprowadziliście Państwo nowe metody diagnostyczne kardiologii inwazyjnej lub nowe metody terapeutyczne?

Prof. Jacek Kubica: Stworzyliśmy zupełnie nowe pola działania w kardiologii inwazyjnej i diagnostyce choroby miażdżycowej, wypracowaliśmy cały szereg niestosowanych dotąd nowych technik. Ostatnio jedna z firm z uwagi na nasze doświadczenie w jednej z technik – ablacji blaszek miażdżycowych, poprosiła nas o szkolenie w tejże technice dla lekarzy z innych krajów, co uważam za spore wyróżnienie. Zupełnie od podstaw stworzyliśmy pracownię elektrofizjologii otwierając nowe perspektywy leczenia chorych z arytmiami. Jako pierwsi w Polsce wprowadziliśmy krioablację do leczenia zaburzeń rytmu serca.

Redakcja: W jakim kierunku prowadzicie państwo badania naukowe?

Prof. Jacek Kubica: Mamy kilka równoległych prowadzonych nurtów badawczych. Od kilku lat zajmujemy się problemem zależności między zawałem serca a procesem zapalnym, to jeden z ważniejszych tematów. W zeszłym roku zorganizowaliśmy konferencję ekspertów z udziałem znaczących gości z Europy i mam nadzieję, że owa konferencja zaowocuje dalszą współpracą. Drugi temat to rola płytek krwi w ostrych stanach wieńcowych – zaostrzeniu choroby wieńcowej. I wreszcie są badania związane z elektroterapią, szczególnie badania korzyści płynących z zastosowania stymulacji resynchronizującej w leczeniu niewydolności serca.

Wchodzimy także na pole czystego eksperymentu – rozpoczęliśmy współpracę z Katedrą Muzykoterapii oraz z George Mason University w Fairfax w Stanach Zjednoczonych. Wspierani przez prof. Wojciecha Pospiecha, kierownika Katedry Muzykoterapii próbujemy wprowadzić muzykoterapię do praktyki klinicznej, a z kolegami zza oceanu pracujemy nad zastosowaniem muzyki jako narzędzia diagnostycznego.

Redakcja: W jakim zakresie współpracujecie z innymi katedrami Collegium Medicum?

Prof. Jacek Kubica: Jeśli chodzi o inne jednostki Collegium Medicum, najbliższą

współpracę rozwinęliśmy z Katedrą Patofizjologii prof. Danuty Rość, mamy wspólną Pracownię Kardiologii Eksperymentalnej a w niej całą bazę sprzętową. Współpracujemy także z Katedrą i Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej prof. Grażyny Odrowąż-Sypniewskiej, a ponadto z naszą „konkurencją” w Szpitalu Bizziela – Kliniką Kardiologii prof. Władysława Sinkiewicza. Wspólny projekt badawczy realizujemy z Kliniką Endokrynologii, kierowaną przez prof. Romana Junika. Natomiast jeśli chodzi o Uniwersytet Mikołaja Kopernika, poważnie przymierzamy się do współpracy z fizykami, a przede wszystkim z prof. Jackiem Fiszem.

Redakcja: A za granicą najczęściej Państwo współpracujecie z ...?

Prof. Jacek Kubica: Na pewno ze wspomnianym George Mason University w Fairfax, następnie z Uniwersytetem w Tübingen z (prof. Mainrad Gawaz), z Uniwersytetem w Parmie (prof. Diego Ardisino), z Uniwersytetem w Pavii (prof. Eloisa Arbustini, prof. Ezio Bramucci) oraz ze szpitalem w Monza (prof. Giuseppe Specchia), mieście słynnym z wyścigów samochodowych...

Redakcja:... i nazwiska, które nosi i Pan Profesore... Nie wiadomo, kto jest bardziej znany...

Prof. Jacek Kubica: Nie mam żadnych wątpliwości, kto jest bardziej znany – nie ja. Powiedziałem żartem, że gdy na koniec Robert Kubica znajdzie się w pierwszej trójce, to przyznam się do pokrewieństwa. Tak naprawdę moi dziadkowie wywodzą się z okolic Bielska-Białej, gdzie nazwisko Kubica jest niezwykle popularne, więc być może jakieś wspólne korzenie istnieją, ale trudno powiedzieć, ile pokoleń wstecz.

Redakcja: Z drugiej strony czy moglibyśmy prosić o kilka słów o życiu prywatnym Pana Profesora?

Prof. Jacek Kubica: Żonaty, dwie córki, szczęśliwy. W tym szpitalu, ze wszystkimi otaczającymi mnie ludźmi znalazłem wspaniałe miejsce do pracy. W Bydgoszczy, a właściwie w jej pobliżu znalazłem wspaniałe miejsce do życia. Moja codzienność oczywiście nie jest wolna od przeciwności, bólu i rozczarowań, ale kierując się zasadą, że nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło – bilans jest zawsze dodatni.

Redakcja: Dziękujemy za rozmowę.

Ze strony Redakcji wywiad prowadzili dr Krzysztof Nierzwicki - Redaktor naczelny i mgr Monika Kubiak - Sekretarz redakcji.

Prosimy także o bardziej osobiste wypowiedzi, składające się na tzw. kwestionariusz Prousta, czyli pytania, które w XIX w. krążyły wśród bywalców europejskich salonów (Marcel Proust odpowiadał na nie dwa razy):

Główna cecha mojego charakteru:
zdolność do podejmowania decyzji

Cechy, których szukam u mężczyzny, u kobiety:
ludzi przyjmując takimi, jakimi są nie próbując analizować

Co cenię najbardziej u przyjaciół:
jak każdy – szczerość i lojalność

Moja główna wada:
mam ich tyle, że trudno wybrać

Moje ulubione zajęcie:
mój ogród, niekoniecznie w sensie pracy, samo przebywanie w ogrodzie to przyjemność, chyba mam w sobie coś z chłopca małego (uśmiech).

Moje marzenie o szczęściu:
uważam, że człowiek pracuje po to, by żyć, a nie żyje po to, by pracować, a sensem życia jest rodzina

Co wzbudza we mnie obsesyjny lęk:
nic

Co byłoby dla mnie największym nieszczęściem:
wolałoby nie wyobrażać

Kim (lub czym) chciałbym być,
gdybym nie był tym, kim jestem:
chciałem zostać leśniczym, ale nie wiem, czy byłbym szczęśliwy

Kiedy kłamię:
nie chcę skłamać, więc nie powiem

Słowa, których nadużywam: nie wiem

Ulubieni bohaterowie literacy:
Koziołek Matołek
(duże fragmenty znam na pamięć)

Ulubieni bohaterowie życia codziennego:
wielu ludzi imponuje mi w różnych sytuacjach

Czego nie cierpię ponad wszystko:
staram się nie żywić takich odczuć

Moja dewiza:
nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło

Dar natury, który chciałbym posiadać:
chciałbym umieć śpiewać i tańczyć, co pozwala się domyśleć, że nie są to moje najsilniejsze strony

Jak chciałbym umrzeć:
nie pozostawiając spraw niezakończonych

Obecny stan mojego umysłu:
przytomny

Błędy, które najłatwiej wybaczam:
wszystkie, błędy to tylko błędy

Inauguracja roku akademickiego 2008/2009

www.aktualnosci.umk.pl

1 października w Auli UMK uroczystie zainaugurowano rok akademicki 2008/09 na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika.

Podczas uroczystości rektor ubiegłej kadencji - prof. Andrzej Jamiołkowski przekazał insygnia władzy: berło, łańcuch i pierścienie prof. Andrzejowi Radziwińskiemu. Ten obiecał, że uniwersytet zintensyfikuje wysiłki, by dotrzeć do zdolnej młodzieży odpowiednio wcześniej; przyznał, że jest szansa na podwyżki płac i zapowiedział rozwój studiów doktoranckich, podyplomowych oraz kształcenia prowadzonego na zamówienie instytucji publicznych. „Z drugiej strony musimy być przygotowani na zmniejszenie się naszej oferty studiów niestacjonarnych, a być może także - mówię to z pełną świadomością - nawet niektórych kierunków studiów stacjonarnych” stwierdził prof. Radziwiński. „Przyszłość naszego uniwersytetu upatruję przede wszystkim w rozwoju jakościowym, a nie ilościowym. Umocnienie potencjału uczelni, podnoszenie wysokiego poziomu badań naukowych i kształcenia jest dla mnie właściwszą drogą rozwoju niż tylko proste mnożenie kierunków i ambicja przyciągnięcia jak największej liczby studentów”.

Podczas uroczystości odbyła się immatrykulacja studentów i wręczenie odznaczeń państwowych, medali, nagród i wyróżnień. Tytuł



prof. Andrzej Jamiołkowski i prof. Andrzej Radziwiński

najlepszego absolwenta UMK w roku akademickim 2007-2008 otrzymała Joanna Kułaga z matematyki, najlepszym studentem został Maciej Nowacki z fizjoterapii, a najlepszym studentem sportowcem Magdalena Bolewska z socjologii, która reprezentowała uniwersytet w pływaniu.

Po wystąpieniach oficjeli wykład inauguracyjny „O akademickich powinnościach” wygłosił prof. Andrzej Jamiołkowski.

UMK tym roku uruchamia osiem nowych kierunków, przysięga się do budowy Collegium Humanisticum, Centrum Optyki Kwantowej i Interdyscyplinarnego Centrum

Nowych Technologii, szuka kontaktów już nie tylko w Europie, ale i w Korei Południowej, Libii, na Syberii i w Chinach. Na toruńskiej uczelni studiuje 35 tys. osób, w tym 20 tys. na studiach stacjonarnych.

W tegorocznej rekrutacji na UMK napłynęło ponad 22 tys. zgłoszeń, a naukę na pierwszym roku studiów pierwszego i drugiego stopnia oraz jednolitych studiach magisterskich rozpoczyna prawie 10 tys. osób, w tym 2 tys. w bydgoskim Collegium Medicum.

Medale za Długoletnią Służbę

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nadał odznaczenia państwowe 19 pracownikom UMK. Są to złote, srebrne i brązowe Medale za Długoletnią Służbę.

Medale Złote za Długoletnią Służbę otrzymali: dr Maria Berndt-Schreiber (Wydział Matematyki i Informatyki), prof. Witold Chmielewski (Wydział Sztuk Pięknych), prof. Marek Golański (Wydział Matematyki i Informatyki), prof. Arkadiusz Jawień (Wydział Lekarski), prof. Jacek Manitus (Wy-

dział Lekarski), mgr Włodzimierz Michalski (Studium Wychowania Fizycznego i Sportu CM), art. mal. Józef Pietrzyk (Wydział Sztuk Pięknych), prof. Maria Poksińska (Wydział Nauk Historycznych), dr Halina Rosa (Wydział Sztuk Pięknych), prof. Daniela Szymańska (Wydział Biologii i Nauk o Ziemi), mgr Franciszek Waleron (Studium Wychowania Fizycznego i Sportu CM), prof. Zbigniew Wolski (Wydział Lekarski).

Medale Srebrne za Długoletnią Służbę

otrzymali: prof. Zbigniew Bartuzi (Wydział Nauk o Zdrowiu), prof. Joanna Bebarska (Wydział Sztuk Pięknych), prof. Wojciech Kraszewski (Wydział Matematyki i Informatyki), prof. Andrzej Kurylak (Wydział Nauk o Zdrowiu), dr hab. Marek Szary (Wydział Sztuk Pięknych), prof. Ewa Żekanowska (Wydział Farmaceutyczny).

Medal Brązowy za Długoletnią służbę otrzymał prof. Jan Styczynski z Wydziału Lekarskiego.

Jubileusz Gimnazjum i Liceum Akademickiego

www.aktualnosci.umk.pl

Gimnazjum i Liceum Akademickie w Toruniu obchodzi 10-lecie. Oficjalne uroczystości odbyły się 27 września w Auli UMK.

Pomysł powołania szkoły średniej przy Uniwersytecie Mikołaja Kopernika powstał w pierwszej połowie lat 90. ubiegłego wieku. Nawiązywał do tradycji liceum im. Śniadeckich utworzonego w 1938 r. przy Uniwersytecie Stefana Batorego. W realizację pomysłu zaangażowały się ówczesne władze samorządowe i oświatowe województwa toruńskiego, oraz ministerstwo edukacji. W 1996 roku po-

wołano Radę Nadzorczą szkoły, której nazwa – Gimnazjum Akademickie – nawiązywała do słynnego w całej Europie Gimnazjum Toruńskiego założonego w 1568 r. Także w 1996 r. rozpoczęto budowę siedziby szkoły przy Szosie Chełmińskiej. Formalnie szkołę powołano w styczniu 1998 r., a pierwszy rocznik – czterdzieścioro uczniów – rozpoczął naukę 1 września. Po reformie oświaty Gimnazjum przekształciło się w Zespół Szkół Uniwersytetu Mikołaja Kopernika Gimnazjum i Liceum Akademickie, choć w praktyce podział między gimnazjum a liceum wprowadzono

w ubiegłym roku, co umożliwiło przyjmowanie do liceum uczniów, którzy nie uczyli się w Gimnazjum Akademickim.

Do szkoły, w której uczy się obecnie blisko 300 uczniów, przyjmowana jest szczególnie uzdolniona młodzież z całej Polski, w większości to finaliści i laureaci konkursów gimnazjalnych i olimpiad. Nauka jest bezpłatna. Założeniem szkoły jest jak najdalej idące zindywidualizowanie nauki i rozwijanie zainteresowań poszczególnych uczniów.

Dwóch ze stypendiami

www.aktualnosci.umk.pl

Wśród 21 osób nagrodzonych stypendiami po 25 tys. złotych w tegorocznej edycji konkursu tygodnika *Polityka* „Zostańcie z nami!” znalazło się dwóch naukowców z UMK.

Akcja - poprzez wspieranie młodych, najbardziej wyróżniających się naukowców - ma na celu zatrzymanie młodych talentów polskiej nauki w kraju, powstrzymanie ich przed emigracją.

W gronie tegorocznych laureatów znaleźli się dr Andrzej Araźny z Instytutu Geografii UMK (na zdjęciu po lewej) oraz dr Sebastian Maćkowski z Instytutu Fizyki UMK (na zdjęciu po prawej).

Dr Andrzej Araźny (36 lat) jest geografem, specjalizuje się w klimatologii. Pracę rozpoczął już na V roku studiów geograficznych na UMK. Studia ukończył w 1998 roku i do 2001 roku pracował w Instytucie Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN w Toruniu. Od 2001 r. jest pracownikiem naukowo-dydaktycznym w Zakładzie Klimatologii Instytutu Geografii UMK w Toruniu. Prowadził badania na Spitsbergenie (Arktyka) podczas kilku Toruńskich Wypraw Polarnych na Kaffiøyę oraz dwóch całorocznych wypraw Instytutu Geofizyki PAN do Hornsundu, gdzie był zastępcą kierownika (1999/2000), a także kierownikiem (2007/2008). W 1997 roku był stypendystą Fundacji im. Stefana Batorego w Warsza-

wie. W obszarach arktycznych spędził łącznie ponad 35 miesięcy. Jego główne zainteresowania naukowe dotyczą biometeorologii, bioklimatologii oraz zróżnicowania topoklimatycznego obszarów polarnych. Prowadzi badania nad biometeorologią, która bada wpływ zmiennych warunków środowiska atmosferycznego na żywe organizmy m.in. na organizm człowieka oraz nad bioklimatologią, która przedstawia uśredniony statystyczny opis zjawisk biometeorologicznych w skali dłuższego okresu. W 2004 roku odbył staż w Norweskim Instytucie Meteorologii w Oslo.

Ostatnio ukazała się książka dr Araźnego „Bioklimat Arktyki Norweskiej i jego zmienność w okresie 1971-2000”, która jest pierwszą tego typu monografią na świecie. Jego pasją są góry, podróże, dobre książki oraz sport. Z żoną Justyną wychowują 4-letniego syna Grzegorza.

Dr Sebastian Maćkowski (35 lat) jest fizykiem, zajmuje się spektroskopią optyczną nanostruktur. Od stycznia 2008 roku pracuje jako adiunkt w Instytucie Fizyki UMK. Studiował na Wydziale Fizyki Uniwersytetu Warszawskiego, doktorat poświęcony własnościom optycznym kropek kwantowych obronił w 2002 r. w Instytucie Fizyki PAN w Warszawie w grupie kierowanej przez prof. Jacka Kossuta. Przez ostatnie sześć lat przebywał na stażach zagranicznych. Następnie przez trzy lata kontynuował prace poświę-



dr Andrzej Araźny i dr Sebastian Maćkowski

cone kropkom kwantowym w Stanach Zjednoczonych na Wydziale Fizyki Uniwersytetu w Cincinnati, a od 2005 roku jako stypendystą Fundacji Alexandra von Humboldta przebywał na stażu na Wydziale Chemii i Biochemii Uniwersytetu Ludwika Maksymiliana w Monachium, gdzie zajmował się spektroskopią kompleksów fotosyntetycznych. Jest autorem i współautorem ponad 80 prac naukowych opublikowanych w czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym i licznych prezentacji na międzynarodowych konferencjach naukowych.

Razem z żoną mieszka w podtoruńskiej wsi, gdzie poza próbami tworzenia własnego ogrodu warzywnego opiekuje się trójką wspólnych kotów. Poza działalnością naukową współpracuje jako tłumacz z *Magazynem „OBYWATEL”*.

Fot. A. Romański

Nagrody i Wyróżnienia Marszałka Województwa

www.aktualnosci.umk.pl

Wśród laureatów Nagród i Wyróżnień Marszałka Województwa za rok 2007 znalazło się grono pracowników UMK.

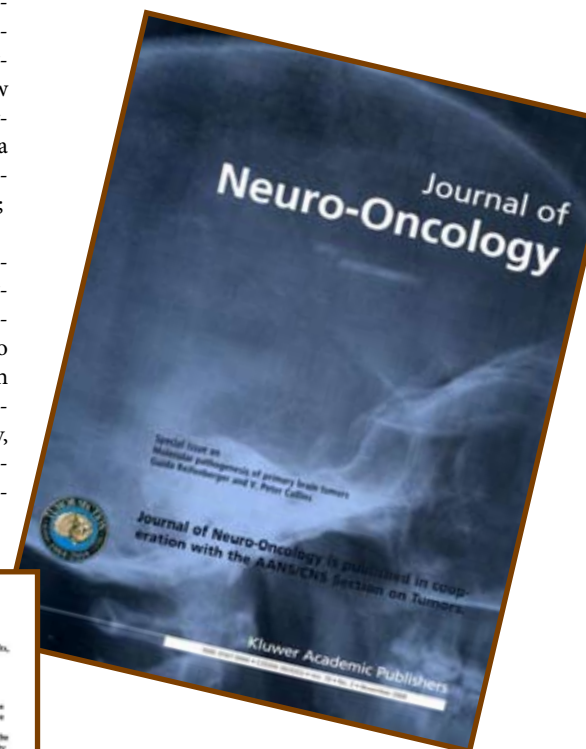
Podczas uroczystej gali, która odbyła się 15 października w Dworze Artusa wręczono:

- **W kategorii: Nauka i postęp techniczny** - nagrodę dla prof. Andrzeja Jamiołkowskiego za całokształt pracy na rzecz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, wkład w jego rozwój, a tym samym nauki polskiej oraz podnoszenie poziomu wykształcenia mieszkańców regionu;
- wyróżnienie dla zespołu naukowców z Collegium Medicum UMK w składzie: dr hab. n. med. Alina Woźniak, dr n. med. Celestyna Miła-Kierzenkowska, dr n. med. Bartosz Woźniak, dr n. med. Tomasz Drewa - za cykl 7 prac opublikowanych w 2007 roku, stanowiących istotny wkład w opracowywanie metod wykorzystywanych w inżynierii tkankowej i w badania dotyczące procesów pro- i antyoksydacyjnych;
- wyróżnienie dla zespołu naukowców w składzie: prof. Bogusław Buszewski, dr hab. Marek Jackowski, dr Jacek Szeliga, dr Michał Szumski, dr Ewa Klodzińska - za

poszukiwanie nowych rozwiązań metodycznych i aparaturowych, łączenie technik w układy wielowymiarowe i hybrydowe, służących interpretacji procesów wyodrębniania i oznaczania związków organicznych, ważnych z punktu widzenia weterynarii, medycyny, farmakologii, biotechnologii i toksykologii środowiskowej;

W kategorii Kultura:

- wyróżnienie dla prof. Kazimierza Rochedkiego, artysty-malarza, profesora Wydziału Sztuk Pięknych UMK - za stworzenie Forum Malarstwa Polskiego - jednego z najważniejszych i najwyżej ocenianych w Polsce wydarzeń artystycznych z dziedziny malarstwa, ogólnopolskiej imprezy, na którą składają się warsztaty artystyczne, wystawy malarstwa oraz przygotowane specjalistycznego wydawnictwa.



Nowatorska nadbudowa pawilonu łóżkowego

www.cm.umk.pl

Investycja „Nadbudowa budynku pawilonu łóżkowego dla potrzeb Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy” realizowana była na mocy umowy, którą Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu podpisało jeszcze w grudniu ubiegłego roku z firmą „Cadolto Polska” Spółka z o. o. z Wrocławia. Wejście na plac budowy nastąpiło 26 maja br.

Nadbudowa wykonywana była z prefabrykowanych elementów modułowych, które zawierają wszelkie niezbędne instalacje i media. W pierwszym etapie na istniejącym budynku wykonano specjalną podkonstrukcję stalową, stanowiącą podstawę dla nowo budowanego piętra.

Moduły składowane były na terenie od ul. Powstańców Wielkopolskich, później transportowano je na plac budowy, a stamtąd specjalistycznym dźwigiem podnoszono i stawiano na budynku. Montaż trwał kilka dni. Postawionych zostało 30 modułów, z których powstał Oddział Anestezjologii

i Intensywnej Terapii Dziecięcej. Wszelkie prace wykończeniowe związane z podłączeniem instalacji oraz wykonaniem fasady zostały wykonane i dokończone w terminie przewidzianym w umowie, czyli do końca sierpnia br.

Zakończenie prac i oddanie budynku w tak krótkim czasie umożliwiłoby szybką poprawę funkcjonowania Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej.



Nadbudowa budynku pawilonu łóżkowego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej w trakcie (po prawej) i po zakończeniu prac (po lewej).



Nowa dyrektor Szpitala Jurasza

Agnieszka Banach

Wanda Korzycka-Wilińska została dyrektorem Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Stanowisko objęła 5 września. Wcześniej obowiązki szefa największej lecznicy w regionie pełnił Kazimierz Turkiewicz. „Dyrektor złożył rezygnację – informuje prof. Małgorzata Tafil-Klawe, prorektor Collegium Medicum i dodaje – kierował szpitalem w trudnym dla niego okresie. Musiał tak zorganizować pracę w szpitalu, by spełnić wymogi ustawy dostosowującej polskie prawodawstwo do unijnego w sprawie czasu pracy, co mu się udało. Do jego zasług należy m.in. to, że zapobiegł dalszemu zadłużaniu się Jurasza, a jednostka osiągnęła nawet dodatni wynik finansowy.”

Nowa dyrektor wcześniej pracowała jako kierownik Działu Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością w Wojewódzkim Szpitalu im. Bizuela, była pełnomocnikiem dyrektora tego szpitala ds. systemu zarządzania jakością; pracowała w powołanym przez rektora UMK zespole przygotowującym Biziel do przekształcenia w placówkę uniwersytecką.

Pierwszą sprawą, którą dyrektor Korzycka-Wilińska zajęła się w Juraszu były ogromne kolejki do rejestracji w wyznaczony przez lecznicę dzień zapisów chorych do specjalistów pracujących w szpitalnianej przychodni. „Od teraz pacjenci będą rejestrowani na bieżąco, nie tylko do końca roku, ale i na rok przyszły. – obiecuje nowa szefowa – Przecież wiadomo, że poradnie nadal będą funkcjonowały, a NFZ

podpisze z nimi kontrakt na następny rok.”

Kolejną ważną decyzją, którą podejmie nowa dyrektor Jurasza będzie rozstrzygnięcie przetargu na informatyzację szpitala. Wanda Korzycka-Wilińska myśli też o decentralizacji zarządzania szpitalem i reaktywowaniu rady ordynatorów, która miałaby realny wpływ na podejmowane w sprawach szpitala decyzje. Zmiany nastąpią na pewno w strukturze organizacyjnej szpitala dotyczącej części administracyjnej. „Jest przestarzała. Powinna być bardziej uporządkowana, przejrzysta.” – uważa dyrektor Korzycka-Wilińska. Poradnie szpitalne, dotychczas samodzielne jednostki, do końca roku mają być podporządkowane klinikom. Od stycznia Jurasz wprowadzi, podobnie jak jest w Bizielu – wewnętrzne budżetowanie: „W szpitalu zostaną wydzielone jednostki usługowe i zadaniowe, które będą się nawzajem obciążać wykonanymi zleceniami – mówi Korzycka-Wilińska – Jeżeli laboratorium wykona badania, np. dla Kliniki Ortopedii, to obciąży ją ich kosztem. Chodzi o to, żeby każdy oddział zdawał sobie sprawę z tego jakie wydatki ponosi na konkretne badania i czy są one zasadne.”

Dyrektor Korzycka-Wilińska będzie też kontynuowała pracę w szpitalu nad budową systemu wartościowania stanowisk pracy, pomoże przygotować Uniwersytecki do przekształceń planowanych przez Ministerstwo Zdrowia – według zapowiedzi szpitale kliniczne mają stać się spółkami Skarbu Państwa.



Dr n. med. Wanda Korzycka-Wilińska ma 55 lat, mieszka w Toruniu. Ukończyła Wydział Biologii i Nauk o Ziemi na UMK w Toruniu oraz studia podyplomowe na Wydziale Nauk Ekonomicznych tej samej Uczelni. Posiada specjalizację I stopnia z analityki medycznej, a tytuł doktora nauk medycznych uzyskała w 2005 r. na Wydziale Lekarskim CM UMK. Pracowała m.in. w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Toruniu – jako kierownik Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej oraz kierownik Przychodni Medycyny Pracy; w „Citomed” Elana w Toruniu – jako kierownik Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej, prezes Zarządu Lecznicy „Citomed”; w SP ZOZ Brodnica – jako dyrektor ds. administracyjno-ekonomicznych. Ostatnim miejscem pracy doktor Korzyckiej-Wilińskiej był Wojewódzki Szpital im. Bizuela – pełniła tu obowiązki kierownika działu Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością oraz pełnomocnika dyrektora ds. systemu zarządzania jakością.

Pięć lat Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego

Jan Styczyński

W marcu 2000 r. wraz z bezpośrednią de-
cyzją przeniesienia Katedry i Kliniki Pediatrii,
Hematologii i Onkologii z Wojewódzkiego
Szpitala Dziecięcego do wieżowca w szpitalu
klinicznym (wówczas: PSK), powstała koncep-
cja utworzenia oddziału transplantacji szpiku
kostnego na 9 piętrze wieżowca. Twórcą tej
konceptji był prof. Mariusz Wysocki, a projekt
uzyskał akceptację JM Rektora, prof. Jana Do-
maniewskiego oraz Dyrekcji Szpitala.

W związku z koniecznością szkolenia per-
sonelu, dr Jan Styczyński został oddelegowany
na staż szkoleniowy do Oddziału TSK w In-
stytucie Pediatrii w Poznaniu na okres ponad
roku w latach 2000-2001. W dalszej kolejności
dr. Styczyński wyjechał na 3-miesięczny staż
w Oddziale TSK w Columbia University
w Nowym Jorku w roku 2002. System prowa-
dzenia stażów specjalizacyjnych i działalności
naukowej dr Styczyńskiego został ukończony
w styczniu 2004 r. zdaniem egzaminu państwo-
wego z transplantologii klinicznej, a w kwietniu
tego roku - egzaminu państwowego z onkologii
i hematologii dziecięcej. Tymi śladami podążył
dr Robert Dębski, który w latach 2002-2003 od-
był staże w Poznaniu i w Nowym Jorku.

W międzyczasie, dzięki staraniom prof.
Mariusza Wysockiego, oddział TSK nabrał
ostatecznego kształtu, a następnie został
wyposażony, dzięki akcji „Przeszczepić Siłę
Dębu” Bydgoskiej Fabryki Mebli oraz wspar-
ciu Fundacji Porozumienie Bez Barrier Jolanty
Kwaśniewskiej. W trakcie budowy i tuż po
jego otwarciu, Oddział wizytowało 3 mini-
strów zdrowia (Grzegorz Opala, Mariusz Ła-
piński i Leszek Sikorski). W oddziale znajduje
się 5 stanowisk transplantacyjnych, wyposażo-
nych w filtry HEPA, klimatyzację i przepływ
powietrza z nadciśnieniem oraz obowiązuje
podwyższony reżim higieniczno-sanitar-
ny. Pani Prezydentowa, Jolanta Kwaśniew-
ska przybyła na uroczystość otwarcia OTSK
w dniu 27 czerwca 2003 r., a jej autograf wid-
nieje na ścianie Kliniki, na 3 piętrze.

Pierwszy przeszczep allogeniczny, od dawcy
rodzinnego (siostra) odbył się 8 października
2003. Pierwszy przeszczep autologiczny 7 maja
2004 r. u 2-letniego chłopca z wznową nerwi-
ka zarodkowego neuroblastoma. W roku 2003
wykonaliśmy tylko jedną transplantację, w ro-
ku 2004 było ich 13. Liczba wykonywanych
przeszczepień od roku 2005 ustabilizowała się
na poziomie przewyższającym 20 w roku. Licz-
ba ta jest zależna od potrzeb obejmujących na-
sze województwo oraz współpracujące z nami
ośrodki onkologii dziecięcej z innych woje-
wództw. Najpierw przyjechali do nas pacjenci
ze Szczecina, potem z Gdańska i Białegostoku,
a także bydgoskiego Centrum Onkologii oraz
ze Szpitala Miejskiego w Toruniu. Zwiększają-
ca się liczba transplantacji, związana również
z procesami kwalifikacji pacjentów i rozmów
z dawcami, biorcami i rodzinami oraz opieką

poprzeszczepową, jak też prowadzenie innych
terapeutycznych procedur wysokospecjali-
stycznych u pacjentów z anemiami plastycz-
nymi, spowodował, że w maju 2005r do ze-
społu transplantacyjnego dołączyła dr Anna
Krenska. Miesiąc później Centralna Komisja
ds. Stopni i Tytułów Naukowych zatwierdziła
habilitację dr Styczyńskiego, co bardzo ułatwi-
ło nam współpracę międzyośrodkową.

W dniu 29 marca 2007 r. przeprowadzi-
liśmy pierwszą transplantację od dawcy nie-
spokrewnionego u 6-letniej dziewczynki po
kilku wznowach ostrej białaczki limfoblasty-
cznej. Komórki hematopoetyczne przy-
wieźliśmy z Frankfurtu n. Menem. Kolejnym
ważnym wydarzeniem była transplantacja
krwi pępowinowej, która miała miejsce 23
stycznia 2008r. Biorcą była 5-letnia dzie-
wczynka z wznową ostrej białaczki limfoblasty-
cznej. Chociaż okres jest zbyt krótki, aby
się chwalić, ale wszystko jest dobrze.

5-lecie oddziału zakończyliśmy liczbą
85 transplantacji. Czy to dużo, czy mało:
W Polsce rocznie wykonuje się około 130-
140 przeszczepień komórek hematopoetycz-
nych („szpiku”) u dzieci. Do dnia dzisiejszego
wykonywaliśmy transplantacje u pacjentów
z ostrymi i przewlekłymi białaczkami, ane-
miami aplastycznymi, chłoniakami niezarni-
cznymi, chorobą Hodgkina (ziarnicą złośliwą),
guzami mózgu, neuroblastoma, guzami Ewin-
ga, guzami zarodkowymi, rhabdomyosarcoma
i nietypowymi nowotworami nerek. W jednym
przypadku pacjent z wrodzonym niedoborem
odporności miał jednocześnie białaczkę.

W kategoriach przeżycia, zwłaszcza wol-
nego od nawrotu choroby - najlepsze wyniki,
bo ponad 80% wyleczeń, uzyskaliśmy u pa-
cjentów z chłoniakami, zarówno ziarniczymi
(czyli chorobą Hodgkina), jak i niezarniczy-
mi. Dobrze też wyglądają szanse naszych pa-
cjentów z anemiami aplastycznymi i białac-
kami szpikowymi (ostrymi i przewlekłymi).

Nadal trudno jest u pacjentów z neuro-

blastomą i guzami mózgu, ale trzeba sobie
zdawać sprawę, że do terapii wysokodawko-
wej i przeszczepienia autologicznych komó-
rek hematopoetycznych w tych chorobach,
kwalifikowani są pacjenci z najwyższymi
stopniami zaawansowania, z niekorzystny-
mi postaciami; pacjenci u których zawiodło
lub wiadomo, że zawiedzie konwencjonal-
ne leczenie onkologiczne. U sporej części
z nich, pomimo przeprowadzonego skojarzo-
nego leczenia onkologicznego obejmującego
również przeszczepienie komórek hemato-
poetycznych, dochodzi do wznowy choroby
nowotworowej. Dla takiej grupy pacjentów,
szanse wyleczenia sięgające 40-50% są na-
prawdę atrakcyjną propozycją - przynajmniej
wg stanu wiedzy medycznej w roku 2008.

Pierwsze 5 lat działalności bydgoskiego
ośrodka Transplantacji Szpiku Kostnego jest
związane z rozszerzaniem działalności w celu
umożliwienia wszystkim potrzebującym pa-
cjentom przeprowadzenia najlepszej dla nich
metody leczenia. Obecnie w ośrodku wy-
konywane są praktycznie wszystkie rodzaje
przeszczepień: autologiczne, allogeniczne od
dawców rodzinnych, niespokrewnionych, czę-
ściowo niezgodnych oraz z krwi pępowinowej.

Aktywność ośrodka jest widoczna w Pol-
sce i za granicą. W ośrodku realizowane są
projekty międzynarodowe, wdrażane są no-
woczesne metody leczenia (dożylny busulfan,
czynnik wzrostu keratynocytów, stymulowa-
nie komórek dawców przy użyciu czynników
wzrostu i inne). Ośrodek aktywnie uczestni-
czy w europejskich grupach roboczych (Eu-
ropean Blood and Marrow Transplantation
Society, Pediatric Diseases Working Party),
w międzynarodowych grupach eksperckich
(projekt rekomendacji ECIL) oraz współpra-
cuje z Columbia University w Nowym Jorku.

*dr hab. Jan Styczyński, jest adiunktem w Kate-
drze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii
kierowanej przez prof. dr hab. Mariusza Wysockiego*



Zespół Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego

10 lat Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych

Joanna Wiechecka-Korenkiewicz, Jacek Manitius

Początki bydgoskiej nefrologii, w tym dializoterapii, sięgają lat siedemdziesiątych, kiedy to w obrębie prowadzonego przez prof. dr. hab. med. Edmunda Nartowicza III Oddziału Wewnętrznej Szpitala Wojewódzkiego w Bydgoszczy w styczniu 1972 roku powstała Stacja Dializ, która dysponowała dwiema sztucznymi nerkami produkcji NRD.

Pierwszą 9-godzinną hemodializę przeprowadzono 22 stycznia 1973 roku u pacjenta z ostrą niewydolnością nerek. 10 września 1983 roku w Bydgoszczy powstało Polskie Towarzystwo Nefrologiczne i odbył się jego pierwszy zjazd.

W 1998 roku w wyniku podziału dotychczasowej Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, utworzono Katedrę i Klinikę Nefrologii. Klinika ta następnie w 2003 roku została przekształcona w Katedrę i Klinikę Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych AM w Bydgoszczy. Od 1998 roku jej kierownikiem jest prof. dr. hab. med. Jacek Manitius, który pełni również funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. nefrologii.

W listopadzie 2004 Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych w wyniku połączenia AM w Bydgoszczy i Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu weszła w struktury tego Uniwersytetu. W 2007 roku rozszerzono działalność naukową i dydaktyczną o Oddział Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu, którego ordynatorem jest dr med. Marek Muszytowski.

W latach 1998–2007 opublikowano 98 prac w czasopiśmie zagranicznych i 150 prac w czasopiśmie krajowych. Pracownicy tej jednostki uczestniczyli w około 45 konferencjach zagranicznych i w około 80 konfe-

rencjach i spotkaniach naukowych w kraju do 2006 roku.

W latach 1998–2008 ukończyli przewody doktorskie: Rafał Donderski, Grażyna Zarzycka-Lindner, Adam Plewa, Virginia Tomczak-Watras, Marek Kretowicz, Witold Doroszewski, Andrzej Brymora, Mariusz Fliński, Henryka Olejniczak, Maria Wojnicz, Mirosław Kozicki.

Zorganizowano 4 konferencje – w 2000 roku XII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, w 2003 roku „Zaburzenia odżywiania w chorobach nerek”, w 2004 roku „Postępy w leczeniu dializy otrzewnowej”, w 2005 roku „Nadciśnienie tętnicze – pomiędzy sercem a nerką”.

Od 1999 roku działa Fundacja „Nerkadar” na rzecz zapobiegania i leczenia chorób nerek, której 14 marca 2006 roku nadano status Organizacji Pożytku Publicznego. Celem Fundacji jest doskonalenie i upowszechnianie współczesnych metod profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób nerek.

W 2002 roku powstał Kujawsko-Pomorski Oddział Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. W 2006 roku Klinice Nefrologii przyznano certyfikat ISO 9001:2000 w zakresie wysokospecjalistycznej działalności terapeutycznej. W 2007 roku Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego nadało Klinice status Hypertension Excellence Centre.

Aktualnie w Klinice pracuje 17 lekarzy – specjalistów m.in. nefrologii, hipertensjologii i transplantologii klinicznej, 40 pielęgniarek i 2 pracowników technicznych.

Dzisiejsza Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, to ośrodek o aspiracjach naukowych zarówno w zakresie nefrologii klinicznej, jak i eksperymentalnej. Wśród działalności

klinicznej najważniejsze miejsce zajmują badania nad udziałem tkanki cewkowo-śródmiąższowej oraz nadciśnienia tętniczego w postępie chorób nerek. W zakresie nefrologii doświadczalnej wchodzi czynność naczyń i tkanki mięśniowej poprzecznie prążkowanej w doświadczalnie wywołanej przewlekłej niewydolności nerek.

Prowadzona jest szeroko zakrojona działalność naukowo-badawcza w współpracy z wieloma jednostkami naukowymi w ramach tej samej uczelni, jak i innymi ośrodkami, w tym zagranicznymi.

Działalność lecznicza Katedry, to diagnostyka i leczenie pierwotnych oraz wtórnych chorób nerek, leczenie zachowawcze i nerkozastępcze chorób nerek oraz diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego. W Klinice funkcjonuje Stacja Dializ, w której leczonych jest 120 chorych oraz ośrodek dializy otrzewnowej opiekujący się 38 chorymi, przy czym znaczna grupa tych chorych jest leczona przy zastosowaniu automatycznej dializy otrzewnowej.

Integralną częścią Katedry są dwie poradnie: nefrologiczna i nadciśnienia tętniczego, pod których opieką jest odpowiednio 1200 i 600 chorych, którym poza terapią farmakologiczną udzielane są konsultacje dietetyczne. Ponadto w ramach Katedry funkcjonuje Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki Nadciśnienia Tętniczego.

Katedra prowadzi również działalność dydaktyczną w zakresie szkolenia dyplomowego i podyplomowego. Organizuje kursy doskonalące z zakresu dializoterapii i diagnostyki nadciśnienia tętniczego. Od wielu lat pracownicy naszej Kliniki angażują się w akcje promujące profilaktykę chorób nerek i nadciśnienia tętniczego, czego odzwierciedleniem jest organizacja obchodów Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego i Światowego Dnia Nerki.

W tym roku mija 10 lat istnienia i działalności Kliniki Nefrologii w Bydgoszczy. Z tej okazji Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu we współpracy z Fundacją Nerkadar zorganizowała 27 i 28 września 2008 roku w Bydgoszczy konferencję naukową Gdańsko-Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, połączoną z obchodami 10-lecia. W programie – trzy sesje plenarne z udziałem licznych gości: Nadciśnienie tętnicze pierwotne – czy nierozpoznane wtórne? Leczenie nerkozastępcze – gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy. Jatrogenne choroby nerek: czynniki ryzyka oraz zapobieganie.

dr Joanna Wiechecka-Korenkiewicz pracuje w Katedrze i Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych kierowane przez prof. dr. hab. Jacka Manitiusa



Zespół Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych

Mit doktora Judyma a współczesne techniczno-medyczne i społeczne wyzwania lekarza

Sławomir Letkiewicz

„Phronesis kai thymos he arete estin”
(Wiedzieć czym jest dobro i przejawiać
wolę jego czynienia jest dopiero cnotą)

Tematem rozważań jest próba odpowiedzi na pytanie: czy wybór i wykonywanie zawodu lekarza determinowane jest rzeczywistym powołaniem, czy też profesją? Pytanie to dotyczy prawie wszystkich zawodów. Profesjonalizm, oddanie i poświęcenie to cechy, którymi powinien być obdarzony każdy „zawodowiec”. Wykonywanie pracy jako źródła utrzymania, człowiek powinien traktować z najwyższą powagą i determinacją. Dodatkowo również w pewnych grupach zawodowych niezbędna jest postawa pełna humanizmu. Niektóre zawody posiłkują się specjalnie zredagowanymi zasadami, które wytyczają normy etyczno-moralne dla osób, które te zawody uprawiają. Kodeks oficerski, kodeks honorowy, kodeks lekarski to najbardziej znane takie zbiory.

Pierwsze zasady etyczne obowiązujące lekarzy sformułowano w miastach Kos oraz Knidos w starożytnej Grecji. Opierały się one na aksjomacie, że człowiek stanowiący całość w sensie duchowym i fizycznym jest jedynym celem wszelkich wdrożonych postępowań leczniczych, co ostatecznie zostało zdefiniowane w przysiędze Hipokratesa.

Rozważania należy rozpocząć od demitologizacji idei dr Tomasza Judyma – pozytywisty i romantyka, głównego bohatera powieści Stefana Żeromskiego „Ludzie bezdomni”. W doktorze Judymie znaczna część społeczeństwa widzi biblijnego Samarytanina. Samarytanin jest do dzisiaj wzorem cenionej przez wszystkie wieki postawy człowieka miłosiernego i litościwego, istoty, która zdaje sobie sprawę z faktu, że miłość bliźniego wyraża się w trosce o dobro drugiego człowieka i w poświęceniu się dla niego.

Używając terminologii lekarskiej, można mówić o „syndromie doktora Judyma”. W opinii publicznej funkcjonuje binarne myślenie o lekarzu, który motywowany jest do pracy powołaniem, a tym, którego motywują „pieniądze”. Należy przypomnieć, że dr Judym miał robotnicze pochodzenie, był synem szewca – alkoholika. Z drugiej strony, Tomasz Judym to przepełniony poświęceniem lekarz, który chciał je realizować, mimo że nie potrafił. Wewnętrzny imperatyw nakazywał mu prowadzenie konkretnych działań na rzecz przedstawicieli klasy społecznej, z której się wywodził. Z drugiej strony presja klasy, w której znalazł się dzięki zdobytemu wykształceniu, stała się przyszłą trudną do pokonania przez młodego lekarza.

Autor powieści „Ludzie bezdomni” Stefan Żeromski, przedstawił Tomasza Judyma, jako pełnego rozterek lekarza. Przyrównał go

Sławomir Letkiewicz
(ur. 27 czerwca 1960 roku)

dr n. med. Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
dr n. hum. (filozofia) Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Wykształcenie zdobył na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach, Uniwersytecie Śląskim w Katowicach, Akademii Ekonomicznej w Katowicach.

W 1995 roku obronił pracę doktorską z medycyny (urologia) pt. „Wyniki skojarzonego leczenia przewlekłego bakteryjnego zapalenia gruczołu krokowego”.

W 2006 roku obronił pracę doktorską z filozofii (etyka) pt. „Etyka buntu Fryderyka Nietzschego a etyka prostomyślności”. Dysertacja wyróżniona przez Radę Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Śląskiego i przeznaczona w całości do druku.



dr Sławomir Letkiewicz

Sławomir Letkiewicz jest praktykującym lekarzem (chirurg, specjalista urolog). Zajmuje się problemami z zakresu andrologii. Pracuje w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Urologiczno - Andrologicznej „UROGEN” w Tarnowskich Górach, którego jest założycielem i właścicielem. Zakład jest trzykrotnym laureatem prestiżowej Nagrody Kruszc Biznesu oraz trzykrotnym zdobywcą tytułu Najlepszego Firmy w Regionie. Posiada tytuł Budowa Roku. W 2007 roku wdrożono normę ISO 9001-2000.

Wykłada bioetykę na Wydziale Fizjoterapii Górnośląskiej Wyższej Szkole Handlowej w Katowicach. Czynnice współpracuje z: Polską Akademią Nauk w zakresie terapii doświadczalnej (Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN) i bioetyki (Komitet Etyki w Nauce przy Prezydium PAN). Na zaproszenie Prezesa Polskiej Akademii Nauk w listopadzie 2007 roku wystąpił w Pałacu Prezydenckim w Warszawie na Międzynarodowej Konferencji Polskiej Akademii Nauk: *The Advancement of Science and the Dilemma of Dual Use: Why We Can't Afford to Fail*, gdzie jako pierwszy zwrócił uwagę na możliwość terrorystycznego użycia aptek internetowych przedstawiając wykład: *The potential dual use of online pharmacies*. W czerwcu 2008 roku również na zaproszenie Prezesa Polskiej Akademii Nauk wystąpił na Międzynarodowym Sympozjum Polskiej Akademii Nauk w Warszawie: *“Healthcare, the market and the public's needs and interests”*, przedstawiając wykład: *Disproportion of 10% versus 90% in the financial outlays for research on improvement of the general health of the society (RIHS)*.

Jest przewodniczącym Komisji Rewizyjnej Polskiego Towarzystwa Bioetycznego, przewodniczącym Sądu Koleżeńskiego Izby Przemysłowo – Handlowej.

W 2007 roku od Marszałka Województwa Śląskiego otrzymał Złotą Odznakę Honorową za Zasługi dla Województwa Śląskiego.

Jest autorem kilkunastu publikacji krajowych i zagranicznych.

Wydał książkę pt.: „Moralność dla wszystkich, czy dla każdego? Fryderyk Nietzsche - Józef Bańka”.

W przygotowaniu:

1. W tłumaczeniu na język słowacki książka pt.: „Przewartościowanie wartości – Fryderyk Nietzsche”.
2. W tłumaczeniu na języku angielski książka pt.: „Homoeuthyphronicus – powrót do źródeł wartości”.

Sławomir Letkiewicz jest członkiem towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych.

Jego hobby to: tresura psów obrończych i tropiących (trzykrotnie zdobył ze swoimi psami tytuł Mistrza Polski oraz Mistrza Śląska), strzelectwo z broni ostrej krótkiej palnej (jest laureatem konkursów strzeleckich), literatura, jogging.

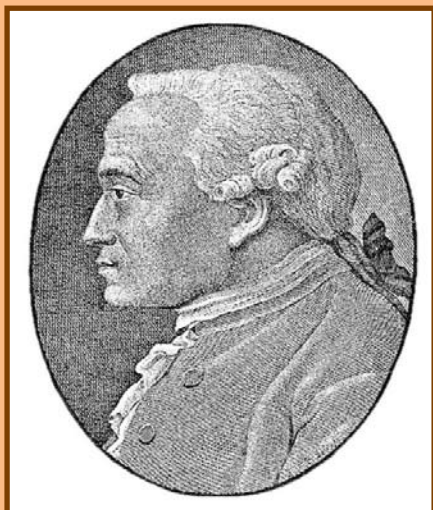
Jest żonaty, ma dwuletnią córkę.



Soren Kierkegaard



Jean-Paul Sartre



Immanuel Kant

do rozdartej sosny wiszącej z jednej strony w powietrzu, a z drugiej - trzymającej się ziemi. Na uwagę zasługuje fakt, iż Tomasz Judym nie pomagał biednym, tylko dlatego, że był dobry, współczujący i wrażliwy, ale dlatego, że traktował charytatywność jako dług wobec ludzi bezdomnych. Są to truizmy, ale nie dla

tej części społeczeństwa, które postać Judyma, lekarza-społecznika, zna tylko z opowiadań i postawę jego traktuje jako wręcz obowiązek dotyczący wszystkich lekarzy.

Musimy zdać sobie sprawę z faktu, wbrew krążącym w społeczeństwie „życzeniowym legendom o samarytaninie w bieli”, że lekarz to też zwykły człowiek. Lekarz, od którego oczekuje się pełnych poświęcenia postaw, pracy za przysłowiowe „dziękuję” – to nie tylko „dusza” żyjąca z satysfakcji, żyjąca swoją rodzinę pochwałami pacjentów i uściskami ich dłoni. Jak każdy człowiek jest on złożony z ciała i duszy. Jak każdy człowiek ma tzw. potrzeby niższe dotyczące ciała, jak i potrzeby wyższe, których zaspokojenia domaga się dusza. Są to potrzeby, które również mają żądni idealistycznych postaw lekarza pacjenci. Nie zawsze z ich strony, są to potrzeby duszy, dlatego może tak ciężko opinii publicznej zrozumieć, że lekarze ciężko pracują umysłowo i fizycznie.

Obraz eleganckiego medyka w nieskazitelnej bieli kojarzy się części społeczeństwa z innym światem. Pełnym dobrobytu, miłej pracy i beztroski. Praktykujący lekarze wiedzą jak złudny potrafi być ten obraz. Ogromna odpowiedzialność granicząca często z ekstremalnym ryzykiem, ciągle stresy związane z nowymi wyzwaniem, brak snu i praca po kilkadziesiąt godzin bez przerwy to lekarska rzeczywistość. Każdy pacjent jest inny, jak również nie ma dwóch identycznych chorób, w związku z tym nie ma utartych kanonów postępowania medycznego - mogą być tylko podobne. Każda sytuacja wymagająca ratowania życia ludzkiego jest inna i wymaga od lekarza największego wysiłku.

Sformułowany w ślad za zasadami etycznymi starożytnych lekarzy z Kos i Knidos postulat Hipokratesa – odnosi się do obu stron: leczącego lekarza i pełnego oczekiwań leczącego pacjenta, do tego należy dodać instytucje pośredniczące (Narodowy Fundusz Zdrowia). Najważniejsza zasada etyczna: Primum non nocere – po pierwsze nie szkodzić, nie tylko mówi o szkodzie pacjenta, ale i szkodzie lekarza, która często jest dla przepełnionego dobrymi intencjami medyka klęską zawodową i osobistą. A z drugiej strony tragedią rodziny po utracie kogoś bliskiego, wspomniany pośrednik wydaje się często zapominać, że po dwóch stronach stoją żywi i wrażliwi ludzie. A nie towar czy też rynek, kierujący się zasadą popytu i podaży. Często zapominamy, że nie wszystkie tajniki ludzkiego organizmu i przyczyny jego dysfunkcji zostały zbadane. Proces poznawczy ludzkiego ciała, jego fizjologii i patologii nadal trwa. To ciągle wiele zagadek, nad którymi pracują tysiące naukowców z całego świata. Odbierana tak często przez pacjentów szkoda wyrządzona ich najbliższej osobie, w wielu sytuacjach nie wynika z błędu lekarza, ale z indywidualnych cech organizmu chorego. Pomimo wdrożonych najlepszych metod diagnostycznie – terapeutycznych lekarz nie zawsze osiąga sukces. Porażka jest nierzadkim zjawiskiem. To tragedia nie tylko dla najbliższych pacjenta, ale również dla lekarza. Często to osobisty

dramat medyka, który wyciska piętno na jego dalszej karierze zawodowej i życiu osobistym. Primum non nocere - to zasada nie tylko dla nas lekarzy, ale również dla pacjentów ich rodzin, urzędników i decydentów.

Doktor Tomasz Judym wyniesiony przez część społeczeństwa na wyżyny dobroci, poświęcenia i charytatywności powinien przypomnieć tak pacjentom, ich rodzinom jak i decydentom państwowym nie tylko o obowiązkach, ale i o przywilejach lekarza. Postawa godności lekarza tak oczekiwana w strukturze społecznej, jest możliwa wyłącznie w godnych warunkach pracy, które w wielu placówkach leczniczych nie są najlepsze. Wiemy, że tak cenny „obiekt” jakim jest chory człowiek musi być leczony przez lekarza, którego warunki pracy są jak najlepsze. Przekłada się to bezpośrednio na jego decyzje i postępowanie w stosunku do pacjenta.

Ścisły związek między wolnością, a odpowiedzialnością człowieka głosił Immanuel Kant mówił, a wyraźnie podkreślał egzystencjalizm Jeana Paula Sartre'a. Dotyczy to w takim samym stopniu codziennej postawy człowieka, jak i wykonywanej profesji. Lekarz ma oczywiście wolność i ponosi, a nawet chce ponosić odpowiedzialność za swoje suwerenne decyzje – często mające daleko idące konsekwencje dla zdrowia pacjenta, ale i dla siebie samego. By temu sprostać współczesny lekarz musi być poddany profesjonalnemu procesowi kształcenia, dalej: musi mieć możliwość bezustannego samokształcenia. Proces ten jest ustawiczny i wymaga nie tylko osobistych, ale i wsparcia ze strony struktur organizujących służbę zdrowia, nakładów finansowych. Płatne kursy, szkolenia, konferencje naukowe, literatura, sprzęt elektroniczny, komputery, oprogramowanie to nieliczne przedsięwzięcia, które wymienię w procesie ustawicznego dokształcania lekarzy. Kolejnym wymogiem jest spełnienie tzw. warunków socjalnych, dostępu do specjalistycznego sprzętu wysokiej klasy, medykamentów, procedur. W otoczeniu lekarza XXI wieku muszą pracować profesjonalnie przeszkoleni pracownicy w zakresie średniego i niższego personelu. Również i tutaj nie są wymienione wszystkie wymogi – ich spełnienie można określić mianem zaspokojenia „potrzeb niższych” dla odpowiedzialnej pracy lekarza.

W Polsce funkcjonuje instytucja Rzecznika Praw Pacjenta Narodowego Funduszu Zdrowia, portal internetowy – Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Przy ich pomocy pacjent może dochodzić swoich praw. Pominąć należy kwestię bardzo przykrą i kłopotliwą w naszym zawodzie, którą jest doniesienie do prokuratury na lekarza. Oddzielnym zagadnieniem, które wymaga szczególnego podkreślenia jest sprawa tzw. „forum dyskusyjnego” pacjentów w Internecie. Lekarze często są obrażani przez roszczeniowych i niezadowolonych pacjentów. Niemożliwe jest, aby lekarz w gąszczu tysięcy decyzji i setek pacjentów na wszystkich z nich zrobił doskonałe wrażenie. Wszystkim poświęcił tyle samo uwagi, wszędzie był jednakowo uprzejmy i bezbłędny.

Operatorzy stron internetowych często nie ingerują w to co dzieje się na ich portalu. Znaną sprawą sądową w stosunku do osób, które zniesławiały w Internecie lekarzy w najbardziej brutalny i niespotykany dotychczas sposób. Chodzi tu o zasięg informacji i czas jej przechowywania na portalu.

W kwestii tak delikatnej jaką jest zdrowie pacjenta nie można uniknąć błędów i pomyłek. Wpływ na to ma szereg czynników: niejednakowy poziom intelektualny leczonych, którzy nie zawsze jednoznacznie określają to, co im dolega, ogromna różnorodność objawów chorobowych, różne ich nasilenie, próby samodzielnego leczenia co wpływa na zatarcie pierwotnych objawów chorobowych. Nie bez znaczenia jest grupa tzw. pacjentów rozszczeniowych, którzy doszukują się w postępowaniu lekarza pomyłek i błędów. Zgodnie z łacińską zasadą *errare humanum est* – mylić się jest rzeczą ludzką, także i w tym zawodzie, dotyczącym tak wrażliwej materii, jaką jest zdrowie, zdarzają się „niezawinione „winy” – błędy, bardzo często tzw. losowe, przypadkowe, gdzie niejednokrotnie przyczyną jest wadliwy sprzęt lub jego awaria. Współcześnie nie wyobrażamy sobie działań lekarza bez udziału nowoczesnego sprzętu, który jest niezbędny w codziennej praktyce w przychodniach, prywatnych gabinetach i szpitalach. Obserwując te zjawiska można dojść do wniosku, że lekarz pozbawiony jest sumienia, a jedynym motywem jest jego pazerność.

Grupa zawodowa lekarzy wyjątkowo chętnie „śledzona” jest przez „nadgorliwych” pracowników prasy, radia i telewizji. Jednak w coraz większym stopniu z mediów dowiadujemy się o „zawinionych” winach, które można określić mianem grzechu zawodowego. Panaceum na to zjawisko miała być deontologia, czyli etyka zawodowa. Innym środkiem zapobiegawczym miała być tzw. profilaktyka prawna. A więc karami z całą surowością nawet nieproporcjonalnie do winy. Obie te formy ograniczania samowoli lekarza nie zdały egzaminu. Okazało się, iż głównym – oczywiście w marginalnym odsetku, jeśli chodzi o profesję lekarzy (ale ta właśnie stanowi news dla mediów) - motywem owej samowoli stał się pieniądź. Lekarz idealista, wzywany przez Hipokratesa, stał się lekarzem materialistą odpowiadającym na wyzwania rynku ekonomicznego. Nasuwa się w tym miejscu, przypisywane W. Jamesowi powiedzenie, iż „miarą prawdy jest dolar”.

Postawić należy tezę, iż w przypadku tak ważnych społecznie zawodów jakim jest lekarz, nie tyle chodzi o wolność i odpowiedzialność kantowską, ile w większym stopniu o sokratejskiego daimoniona (sumienie). Lekarska „samowola” nie ma być ograniczana z zewnątrz w postaci „dekalogów deontologicznych”, czy innych paragrafów prawa stanowionego, ale winna wynikać z samoograniczenia. Chodzi tu o wysokie morale lekarza, którego arche (źródłem) jest u Sokratesa duch opiekuńczy – daimonion, co z kolei Fryderyk Nietzsche nazywa „instynktem moralnym” (sumienie).

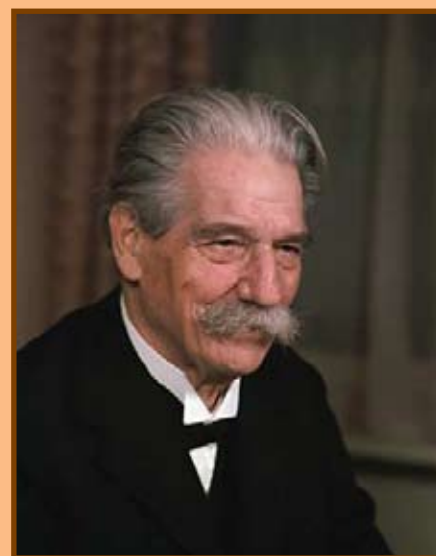
Tak zwane wysokie morale lekarza, god-

ność zawodu, normalność zachowań i postępowania lekarza muszą być oparte na instynkcie moralnym lekarza. Nasuwa się pytanie: czy wykonywany zawód determinuje dostojność człowieka, czy też wysoce etyczny i dostojny człowiek wykonuje etycznie i moralnie swoją profesję. Należy uznać obie alternatywy. Wynika to faktu, że efektem jednej czy drugiej „dostojności” jest humanitarne podejście do człowieka, będącego w głębokiej potrzebie. Faktem niezaprzeczalnym pozostaje, że człowiek, który jest sam w sobie dostojny w wyniku właściwego procesu kształtowania osobowości, będzie zawsze etyczny i moralny. W drugim, zaś przypadku, jeżeli będzie to wyłącznie etyka i moralność zawodowa, czyli dostojność determinowana określonym zawodem i realizowana wyłącznie w jego realizacji, to okazać się może, że taki człowiek, w warunkach innych niż zawodowe, zachowa się w sposób haniebny. Istotne jest, aby kształtować postawy etyczno-moralne dążące do dostojności nie tylko w procesie kształcenia, ale i wychowania człowieka, aby uniknąć sytuacji, że etyka i moralność mają zastosowanie tylko w określonych okolicznościach, często związanych z wykonywanym zawodem. Młody człowiek, który ma ukształtowaną we właściwy sposób osobowość, „wspina” się na wyższe stopnie człowieczeństwa, które odróżniają go od tych, którzy tego procesu nie przeszli we właściwy sposób lub nie chcieli go przejść.

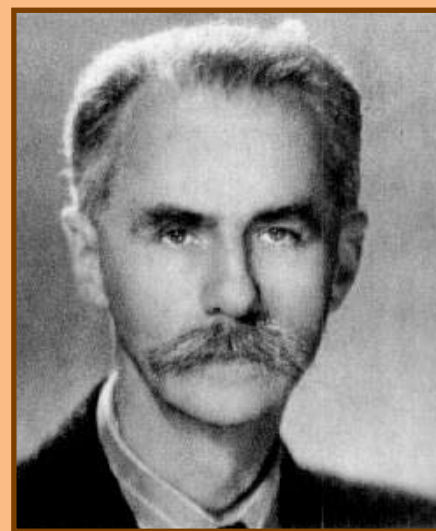
Decydująca dla przyszłych postaw zawodowych i prywatnych, na co dzień jest osobowość człowieka, bo ta zawiaduje tymi postawami. Lekarz we współczesnym świecie, staje wobec wyzwań ekonomicznych, technicznych, moralnych, a szczególnie wobec oczekiwań pacjenta, bez którego był lekarz pozbawiony jest nie tylko znaczenia, ale i sensu.

Wiek XX to lata rozwoju i transformacji techniki. W stosunku do poprzedniego stulecia, światowe zasoby naukowe wzrosły około tysiąc razy. Wynalazki XX wieku wskazywały ludzkości nowe drogi ku nieznaney i nieprzewidywalnej przyszłości. Nowe zadania i działania związane z postępem w dziedzinie biologii, techniki biochemii stawiają współczesnego lekarza w sytuacjach, o których nie myśleli lekarze kilkanaście lat temu. Postęp w etyce nie dokonał się równocześnie z postępem nauk biologicznych i medycznych i w związku z tym lekarz do wielu nowych, zaistniałych sytuacji może być nieprzygotowany. Nie ulega wątpliwości, że etyka jako nauka o normach i wartościach jest lekarzowi bliska, ze względu na jej integralne połączenie z zawodem medycznym. Gwałtowny proces technicyzacji, który dokonał rewolucji w diagnostyce i terapii postawił lekarza w sytuacji pełnej wyborów w zakresie etyczno – moralnym. Z jednej strony lekarz i skomplikowane urządzenie techniczne, z drugiej chory człowiek. Często „anonymowy”. Nie dlatego, że nie są znane jego personalia, ale dlatego, że obsługujący aparat diagnostyczny lekarz ma ograniczony kontakt osobisty z pacjentem.

Granica, która dzieli lekarza od pacjenta i odwrotnie nie wynika ze świadomej chę-



Albert Schweitzer



Tadeusz Kotarbiński



Dario Fo

ci izolowania się wzajemnie. Jest wynikiem postępującej w gwałtowny sposób w XX i XXI wieku globalizacji, unifikacji. Lekarz nie może stać się „operatorem” urządzeń technicznych. Musi pozostać humanistą o czynnej sferze uczuciowej – tymicznej (thymos). Nierzadko obserwujemy sytuacje gdzie w wyraźny sposób zaznacza się dominacja sfery rozumowej, racjonalnej – fronicznej (phronos) nad sferą uczuciową. Współczesny lekarz zaopatrzonego w arsenał urządzeń

technicznych, obciążony nadmierną pracą, często nie jest w stanie nawiązać właściwego kontaktu z pacjentem.

Wdrożona w opiekę medyczną ekonomia, a właściwie obecnie rządząca nią, narzuca lekarzom pracę ponad siły. Wymaga się od nich stale rosnącej wydajności. Znane w ekonomii prawo Parreta mówi, że 80 procent efektów wykonywanych jest przez 20 procent zaangażowanych czynników produkcyjnych. W związku z tym 80 procent czynników sprawczych (produkcji) należy uznać za zbędne. Relacja ta (wskaźnik) ulega ewolucji i obecnie mówi się o relacji (wskaźniku 10/90). „Prawo Pareta (zasada 20/80) bardzo długo przytłaczała sferę ekonomii, jak głaz narzutowy na krajobraz: prawo empiryczne, którego nikt nie potrafił wyjaśnić” – Josef Steindl.

Prawo to również funkcjonuje w medycynie. Współcześnie można powiedzieć, że mamy do czynienia ze zjawiskiem 10/90. Zarządzający szpitalami i przychodniami usiłują zrobić z tych placówek wysoce wydajne firmy. Dzieje się to kosztem personelu medycznego, a głównie lekarzy. Wymaga się od nich coraz więcej pracy ograniczając równocześnie liczbę etatów. Obecnie 10% zaangażowanych sił ma dać 90% efekt. W takich warunkach pracy lekarzowi trudno jest być humanistą, który w każdych warunkach swobodnie nawiązuje osobisty kontakt z pacjentem. Ciągły pośpiech, nadmiar pracy często uniemożliwia współczesnemu medykowi prezentowanie właściwych postaw etyczno-moralnych.

Doszło do powstania dysproporcji między rewolucją techniczną, a ewolucją wartości, określających sposoby bycia w świecie. Twórca nowych rozwiązań technologicznych stał się w wielu przypadkach ich ofiarą. Pojawił się problem adaptacji człowieka do nowego, sztucznego środowiska, które miało rozstrzygać problemy, a w istocie postawiło go przed nowymi o wiele trudniejszymi.

Na tego typu zagrożenia reakcją ma być proponowana przez Józefa Bańkę eutyfronika, która ma doprowadzić do harmonijnego współistnienia człowieka i środowiska, człowieka i maszyny, co pozwoli mu odnaleźć swoje miejsce i adaptować się w tym sztucznym, technologicznym środowisku. Najistotniejsze jest wyróżnienie w człowieku sfery tymicznej (uczuciowej) i sfery fronicznej (racjonalnej), które dla prawidłowego rozwoju człowieka muszą zostać zharmonizowane. Bańka podkreśla, że racjonalne sposoby odnajdywania siebie w nowym świecie technicznym podaje, opracowana przez Kotarbińskiego prakseologia, jak i ergonomia. Zadaniem proponowanej przez Bańkę eutyfroniki jest przeciwstawienie się dehumanizacji stosunków międzyludzkich oraz między człowiekiem, a środowiskiem cywilizacyjnym, czego przejawem jest lekkomyślność w zachwycie postępem technicznym. Eutyfronika, rozumiana jako nauka harmonizująca sferę thymos i phronesis to dobrze (eu-) pojętej jedności, zapobiega dekompozycji osobowości człowieka, a dzięki temu potrafi oprzeć się „szokowi przyszłości”. Sfery te nie mogą być sobie przeciwstawiane, czy też dominować

sobie wzajemnie, gdyż ma to kolosalne skutki dla zdrowia psychicznego człowieka. Ochrona środowiska psychicznego człowieka wymaga przewartościowania dotychczas obowiązujących ideałów i powrotu do źródeł człowieczeństwa, czyli do prostomyślności, jako jego właściwej moralnie postawy. Udając się w tę podróż odnajdzie on siebie w ideale homo eut-hyponicusa, który jest podmiotem poręczenia moralnego swoich działań i zachowań, czyli do indywidualnej za nie odpowiedzialności.

Współczesny kryzys aksjologiczny stworzył atmosferę dla swoistego „przewartościowania wartości” w atmosferze, którego normalność „tłumaczy się” przed nienormalnością, a nienormalność traktuje się jako normę. Przedstawiona diagnoza jest być może nazbyt przesadna, ale zgodnie z intencją autora ma być „włożeniem kija w mrowisko”, czyli głosem w dyskusji na temat dasmos współczesnego lekarza. Dasmos rozumiemy tu w znaczeniu wolności i odpowiedzialności danej profesji. Czy z tej diagnozy wypływają jakieś zalecenia dla terapii? Niestety nie, gdyż zawsze i w każdym zawodzie, a nawet w codziennym życiu człowieka spotykamy się z patologiami. Do tego rodzaju patologii należy zaliczyć tzw. dziedziczenie zawodu - nepotyzm, czy też niwelowanie „kompleksem ojca”. W pierwszym przypadku chodzi o niezrozumiałe, a zarazem tolerowane społecznie zjawisko, że syn lekarza musi być lekarzem. W drugim przypadku zaś o to, że ojciec nie mógł zostać lekarzem, więc jego syn na pewno nim zostanie. Efektem tego typu prób nacisku są czasami lekarze pozbawieni nie tylko powołania, ale i profesjonalizmu. Mimo iż jest także tak, że dziedziczona tradycja poparta ambicją i rzetelnymi studiami, owocuje wysokiej klasy specjalistami z ojca na syna.

Spotykany czasami w świecie medycznym nepotyzm nie jest częstszy, niż w innych wolnych zawodach. Przypomnę, że określenie nepotyzm powstało w średniowieczu, podczas gdy wysocy dostojnicy kościelni w osobach nawet papieży, starali się zapewnić swoim nieślubnym synom pozycję społeczną i majątek. Znane są przypadki, że członkowie ich rodzin zostawali papieżami. Aleksander, jeden z najbardziej skorumpowanych papieży, podniósł Alessandro Farnese, brata swojej kochanki, do godności kardynała; Farnese został potem papieżem Pawłem III. Paweł z kolei mianował kardynałami dwóch siostrzeńców w wieku lat czternastu i szesnastu. Praktykom tym kres położyła bulla papieża Innocentego XII z 1692, która raz na zawsze zakazała papieżom nadawania urzędów i godności jakimkolwiek krewnym. W dzisiejszych czasach oskarżane o nepotyzm są potężne rody polityczne w Stanach Zjednoczonych. Rodzina Kennedy, Bush znane są z tego rodzaju praktyk. Wracając do problemu nepotyzmu w dzisiejszych czasach w medycynie niestety czasami ma on miejsce. Odnotowujemy przypadki, gdzie przekroczone są, wszelkie granice nie tylko obyczajów w tym zakresie, ale nawet dobrego smaku.

Trzeba jednak zauważyć, że wychowanie w domu w „atmosferze medycznej”, w stałym

kontakcie z zawodem od najmłodszych lat często powoduje, że młody „dziedzic” zawodu lekarskiego nawet kiedy zakłada fartuch lekarski po raz pierwszy, to czyni to inaczej niż osoba spoza zawodu. Pewne cechy, modele zachowania wiodą się dziedziczy, co jest pomocne w procesie kształcenia lekarskiego i samej pracy. Rodzice – lekarze mogą przekazać swoim dzieciom doświadczenie w zakresie wykonywania zawodu, „przypadków medycznych” i etyki zawodowej. Dobrze jest kiedy doświadczenie przechodzi z „ojca na syna”. Nie jest natomiast dopuszczalne, aby dziecko które jest genialnym informatykiem, plastykiem, wielbicielem muzyki i sztuki, było przymuszane do wyboru tej samej profesji co rodzice, bo jest to „dobry kawałek chleba”. To nie jest postępowanie moralne. Młody człowiek może być pozbawiony zdolności do podjęcia decyzji odnośnie dalszego kształcenia, która rzutuje na jego całe życie. Nie można kierować tym wyborem na siłę unieszczęśliwiając swoje dziecko, a w przyszłości inne osoby, z którymi będzie pracował. Trzeba w umiejętny sposób pomóc dokonać wyboru, aby wszelkie zdolności jakimi obdarzony jest młody człowiek mogły rozkwitnąć w czasie procesu kształcenia i wykonywania pracy zawodowej. Rodzice zawsze muszą tak kierować dzieckiem, aby wykonywało ono zawód zgodnie ze swoim powołaniem, w pełni profesjonalnie, a nie wyłącznie samą profesję.

Opowiadając się po stronie realistów, należy zdać sobie sprawę, że niemożliwe jest pozbycie się wszystkich patologii i to zupełnie. Można jedynie dążyć do ich eliminacji, a przynajmniej w jak największym stopniu do ich ograniczenia. Jednym ze sposobów jest zwiększenie na studiach medycznych przedmiotów humanistycznych, takich jak antropologia filozoficzna i etyka. Innym sposobem jest powrót do swoistego „castingu” – nie opartego na nepotyzmie - do zawodu lekarza, który winni przeprowadzać profesjonalności z tzw. „najwyższej półki”. W zawodzie lekarza powinna być stosowana zasada: „im trudniej na początku – tym łatwiej dalej”.

Dobro w zawodzie lekarskim jest tym samym co dźwięk dla muzyka. Człowiek rodzi się z powołaniem jak i z wrażliwością muzyczną. Dla jednych piosenkarką, a wręcz pieśniarką operową będzie Maria Callas, innym wystarczają okrzyki człowieka poddanego średniowiecznym torturom. Jednym z kryteriów zwiększonej odpowiedzialności jest stosowany już sposób osiągnięcia specjalizacji lub też zdobywania tytułów naukowych, co w dzisiejszych czasach niejednokrotnie jest trudne. Szczególnie w dobie współczesnej waga i rola lekarza jest doceniana nie ze względów pozytywnych tj. możliwości pomagania pacjentowi, ile ze względów na zagrożenia, jakie niosą ze sobą dokonania współczesnej medycyny. Grecy mawiali, iż lekarstwo, aby być dobre musi być złe (gorzkie). Współcześnie ta zasada jest treścią kłamstwa. Aby poród był szczęśliwy, kobieta wcale nie musi rodzić w bólach, gdyż można to odczucie zwalczać. Ale z drugiej strony mamy też medialne prze-

kazy na temat stosowania tego typu środków przez handlarzy „skór”.

Lekarz współczesny, jego dasmos, a także deontologia powinny być oparte z jednej strony na zasadzie Hipokratesa, a z drugiej na postulatcie noblisty Alberta Schweizera. Pierwsza głosi, jak wspomniałem „przynajmniej nie szkodzić”; druga – „jestem życiem, które pragnie żyć, pośród życia, które pragnie żyć”. Uważam, że postawa lekarza znajduje się pośrodku między tymi biegunami etyki lekarskiej. Postawę tę najlepiej wyraził włoski laureat Nagrody Nobla z zakresu literatury Dario Fo, a mianowicie jak „najmniej szkodzić”.

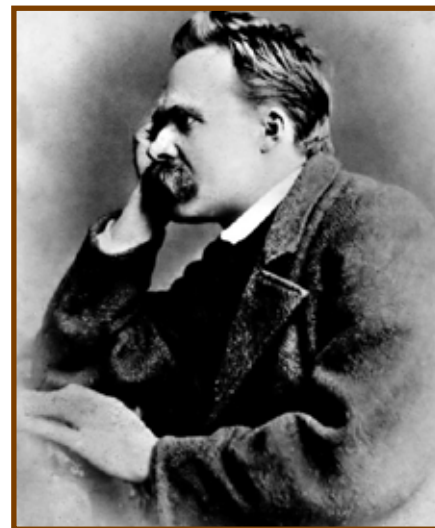
Perfekcjonizm lekarza wymaga pogodzenia się z realizmem, które stanowi treść tego, co nazywamy wolnością i odpowiedzialnością profesji. Jestem przekonany, że człowiek jest w stanie wyobrazić sobie świat, w którym zniknie zawód strażaka, bo wymyślimy materiały niepalne, z których będzie zbudowane nasze otoczenie. Również jestem przekonany, że kiedyś będą rodzić się ludzie tak dobrzy, że zawód policjanta czy też adwokata będą społecznie bezużyteczne. Ale nawet w Atlantydzie, czy w Arkadii będą mieszkali ludzie, którzy będą potrzebowali lekarzy. Moje przekonanie opieram na tezie Sorena Kirkegaarda, który twierdził, że człowiek jest „chory na śmierć”. Uprawomocniają to przekonanie odkrycia w zakresie współczesnej medycyny. Zwalczenie jednej choroby prowadzi do odkrycia innej, nowej dotychczas nie zdiagnozowanej i nieuleczalnej. Dzisiaj człowiek choruje na gruźlicę nie ze względu na niemoc medycyny, ale na brak profilaktyki i wsparcia dla działań lekarza ze strony państwa.

Swoistym paradoksem jest to, że encyklopedia medycyny zawierająca spis chorób rozszerza się wraz z postępowaniem medycyny, który to postęp mierzony jest długością życia człowieka. Człowiek średniowieczny według statystyki żył przeciętnie około 40 lat. Diagnoza choroby, na którą umierał zawierała spis, co najmniej wiele krótszy niż człowieka współczesnego, który żyje przeciętnie około 70 lat. Musi się pojawić pytanie o znaczenie zawodu lekarza i nikt rozsądny temu nie zaprzeczy, oraz o sens rozwoju medycyny. Czy rzeczywiście, jak głosi egzystencjalizm, że człowiek stoi przed wyborem umierania na dżumę lub na cholere. W odpowiedzi na pytanie, na co

łatwiej się umiera, lekarz odpowiada, że tak samo, bardzo cierpiąc.

Znany filozof, lekarz Albert Schweizer powiedział: „kto uważa, że jest chrześcijaninem, ponieważ uczęszcza do kościoła, ten jest w błędzie. Człowiek nie stanie się autem tylko dlatego, że wchodzi do garażu”. Nie stanie się lekarzem z powołania wyłącznie ten, który kończy studia medyczne. Sposób służenia pacjentowi swoją wiedzą z głębokim poświęceniem i powołaniem, nie jest tożsamy ze zdobytym wykształceniem. Pytanie: powołanie czy profesja należy zamienić na twierdzenie zawierające koniunkcję: powołanie i profesja. W żadnym wypadku oba modele zachowania i pracy zawodowej nie mogą być rozdzielone. Wszystkie profesje bez wyjątku muszą być wykonywane z powołaniem. To brzmi dumnie – lekarz z powołania, adwokat, ksiądz z powołania. Powołanie i profesja cechują człowieka dostojnego. Wszyscy pracują z ludźmi i dla ich dobra. Największy sukces, który może osiągnąć człowiek dostojny dla drugiego człowieka, to działanie dla jego dobra, zdrowia i szczęścia. Człowiek jest celem samym w sobie w zakresie harmonijnego rozwoju intelektualnego, osobowości, czyli tego czym naprawdę jest każdy z nas. W pełni jednak zawsze należy uszanować autonomię każdego i działać dla jego dobra w pełnym porozumieniu z nim. Niedopuszczalny jest tak często spotykany paternalizm w stosunku do osób, którym niesiemy pomoc. Nasze przeświadczenie o celowości prowadzonych działań dla drugiej jednostki, czyni nas czasami „ślepcami”. Nie dostrzegamy w nim człowieka, ale obiekt naszych starań. Człowiek dostojny uznaje wyłącznie model autonomiczny w niesieniu pomocy swojemu bliźniemu. Pełna akceptacja suwerennych myśli i czynów drugiego człowieka jest nakazem, którego trzeba przestrzegać. Na uwadze powinniśmy mieć fakt, że autonomia drugiego człowieka musi mieć pewne granice. Trzeba tylko je umiejętnie określić, co może mieć decydujące znaczenie dla wspólnego dobra. Człowieka dostojnego i drugiego człowieka - oby również dostojnego. Realizację tego celu Fryderyk Nietzsche powierza człowiekowi dostojnemu, o którym pisze, że: „człowiek odmiany dostojnej [...] wie, że w jego mocy jest nadawać wagę rzeczom, że dano mu tworzyć wartości”.

Współczesny lekarz – z powołania, a zara-



Fryderyk Nietzsche

zem profesjonalista buduje największe wartości. Ratuując człowieka od śmierci „tworzy” życie ludzkie „od nowa”, które jest największą wartością w przyrodzie. Człowiek, który pielęgnuje tę największą wartość stoi na szczycie hierarchii społecznej. Nie wolno tej pozycji nam lekarzom utracić. Tych spośród nas, którzy są awangardą naszego zawodu naśladowujemy, pielęgnujemy nasze kontakty z nimi, szanujemy. Tylko dorównując najlepszym właściwie kształtujemy nasze powołanie i profesjonalizm.



Okładka książki dr. Sławomira Letkiewicza „Moralność dla wszystkich, czy dla każdego? Fryderyk Nietzsche – Józef Bańka”

Rozważania człowieka w wieku dojrzałym

Krystyna Kurowska

Pragnienie nieśmiertelności i tęsknota za wieczną młodością, a równocześnie świadomość nieuchronności procesów starzenia i śmierci, pasjonowały ludzi od zarania dziejów. Cyceron w swoim traktacie *Katon Starszy* o starości, pochodzącym z I wieku przed naszą erą, pisze: „Kiedy się zastanawiam nad starością, cztery widzę przyczyny, dla których starość zwykliśmy uważać za nieszczęśliwy okres życia: oddała nas ona od życia czynnego, osłabia siły fizyczne, pozbawia nas

wszystkich zmysłowych przyjemności, bliską jest śmierć”. Rozważania Cycerona na temat przemijania i śmierci nie tracą i dziś na swej aktualności, albowiem pomimo nowoczesnych technik badawczych wiele pytań dotyczących starzenia się organizmu pozostaje bez odpowiedzi. Organizm w trakcie rozwoju osobniczego podlega ciągłym zmianom, których przejawem jest wzrost, rozwój, dojrzewanie oraz starzenie się. Przebieg tego procesu zależy od czynników genetycznych, od

środowiska, w jakim człowiek funkcjonował i obecnie funkcjonuje, od rodzaju przebytych chorób, urazów, stresów oraz nastawienia do życia. Z upływem lat pojawiają się nieodwracalne zmiany w organach. Procesy te nie następują jednocześnie i u każdej osoby przebiegają w inny sposób. Z wiekiem, wskutek chorób i zmian tkanek nerwowych, ulega redukcji wrażliwość większości zmysłów, zmniejsza się czas i szybkość reagowania na bodźce, pogarsza się stan mechanizmów

fizjologicznych, obniża się również sprawność ruchowa, życia codziennego, zdolności w zakresie komunikowania się, umiejętności dotyczące prac gospodarskich, pojawia się potrzeba coraz dłuższego wypoczynku i snu.

Z psychologicznego punktu widzenia główną kategorią opisu sytuacji społecznej człowieka w okresie późnej dorosłości jest pojęcie „strata”. Wielość zdarzeń o charakterze straty powoduje wzbudzenie negatywnych emocji i mogą one stać się przyczyną kryzysów. Człowiek zmuszony jest do zmiany swojego nastawienia wobec rzeczywistości, stworzenia nowej koncepcji, nowej filozofii życia. Pojawia się konieczność ponownej adaptacji. Do najczęściej spotykanych zdarzeń krytycznych zaliczyć tu można: utratę najbliższych, zdrowia i atrakcyjności fizycznej, statusu w społeczeństwie, poczucia bycia przydatnym i ważnym dla innych oraz obawę nadchodzącej śmierci. Wszystko to stanowi dla człowieka wyzwanie, konieczność przewartościowania dotychczasowego nastawienia do życia. Mechanizm przystosowania się do starości przebiega różnie u poszczególnych osób. Na podstawie prowadzonych obserwacji wyróżniono trzy teorie wyjaśniające ten mechanizm: teorię aktywności, wycofania oraz stresu starości. Teoria aktywności zakłada, że jednostka podlegając naturalnemu procesowi starzenia jest w stanie pozostawać czynna, uczestniczyć w życiu społecznym, znajdować inne formy aktywności zamiast dotychczasowych, nawiązywać nowe więzi z ludźmi, obdarzać miłością. Teoria wycofania się mówi, że właśnie wyłączenie się z aktywnego życia stanowi naturalną i korzystną potrzebę rozwojową człowieka i jest niezbędne dla dalszego rozwoju osobowości i osiągnięcia równowagi wewnętrznej, nabrania nowego spojrzenia na swoje przeszłe życie i dystansu do rzeczywistości. Teoria stresu starości zwraca uwagę na znaczenie zdarzeń krytycznych jako czynników stwarzających reakcje stresowe, które mają stanowić ułatwienie ponownej adaptacji.

W społeczeństwie polskim w świadomości osób starszych dominuje smutek, żal, przygnębienie, co doprowadza często do powstawania depresji starczej. Obwiniają się oni

za to, że nie byli dość dobrzy, obwiniają swoje otoczenie za brak miłości, zrozumienia, uwagi. Życie traci dla nich sens i znaczenie, czują się coraz bardziej osamotnieni, zwiększa się bariera pomiędzy nimi, a otoczeniem, niepewność odnośnie jutra, pojawia się poczucie bycia nieużytecznym. Wszystko to wynika z braku działania i aktywności, z beczynności, z braku interesujących zajęć, następuje obniżenie zainteresowań. Maleje motywacja do czerpania satysfakcji z osiągnięć osobistych, na rzecz dostarczania satysfakcji ludziom z otoczenia. Często następuje stępienie emocjonalności, osoby starsze stają się stereotypowe, bezkrytyczne, niepewne w podejmowaniu decyzji, skupione na sobie, przywiązane do swoich przyzwyczajzeń, boją się zmian i tracą zdolność przystosowywania się do nowych warunków. Każda nowość przyjmowana jest często z irytacją i nieradko z uprzedzeniem, gdyż odbierana jest jako zamach na osobisty spokój i stabilizację. Osoby starsze mając więcej czasu nie wykorzystują swoich możliwości psychicznych, ani czasu, którym dysponują dla dobra innych i nie przyczyniają się do duchowego postępu, a nawet często go hamują. W ten sposób pozbawiają się same swej tradycyjnej funkcji społecznej w rodzinie i zostają zepchnięte na margines życia społecznego. Istnieje duża zapadalność na choroby takie jak: schizofrenia, arterioskleroza mózgu, zaburzenia osobowości, psychoneurozy. Często choroby psychiczne są ubocznym produktem chorób somatycznych. Na to niewątpliwie wpływ ma: materialny i społeczny poziom życia, poziom wiedzy społeczeństwa, stan służby zdrowia, przemiany społeczne oraz predyspozycje genetyczne. Obecnie w naszej europejskiej cywilizacji odczuwa się brak szacunku dla osób starszych. Dominuje kult młodości, urody, siły. Za powszechnie uznawane i pożądane wzorce uznaje się wysportowane ciało i piękną twarz. W obliczu starzenia się społeczeństw, które nastąpiło w wyniku rozwoju nauk medycznych, jest to zjawisko niekorzystne.

Problem ludzi starych staje się problemem powszechnym i wymaga zmiany postaw społeczeństwa, zmiany stereotypów myślowych dotyczących poglądów na temat podeszle-

go wieku. Starość jest przecież naturalnym i nieuniknionym przeznaczeniem każdego człowieka. Rozwiązywanie problemów związanych z procesem starzenia powinno stać się więc oczywistym, moralnym obowiązkiem państw i społeczeństw. Osobom starszym należy się szacunek i uznanie za lata pracy. Powinno się korzystać z ich doświadczeń i mądrości życiowej, tak - jak czyniły to wielkie cywilizacje starożytne - dopiero człowiek w podeszłym wieku otrzymywał tam rzeczywiste uznanie społeczeństwa. Młodość powinna iść w parze z dojrzałością, śmiałością z rozsądkiem, młodzieńcze porywy z doświadczeniem. Niestety w cywilizacji współczesnej nastawionej na zdobywanie, gromadzenie dóbr kosztem zatracenia człowieczeństwa, spokoju i naturalności trudno żyć nie będąc na tyle silnym, użytecznym, sprawnym intelektualnie, przebojowym by dorównać młodszemu od siebie. Człowiek zbliżając się do kresu życia stopniowo traci swe liczne role, które odgrywał w społeczeństwie: zawodową, rodzinną, następuje rozluźnienie więzi społecznych z innymi. Sprzyja temu niewydolność organizmu, myśl o zbliżającej się śmierci, narastająca potrzeba wsparcia i opieki. Członkowie rodziny często odrzucają osoby stare, co również wpływa na utratę więzi łączących ze światem. Poczucie bycia kimś niepotrzebnym powoduje rezygnację z życia i w konsekwencji przyspieszenie procesu starzenia. Dla osób, które nie mogą z różnych przyczyn zamieszkiwać ze swoimi bliskimi i zdane są wyłącznie na swoje siły lub na pomoc instytucjonalną od osób obcych, życie staje się udręką i upokorzeniem.

Z badań gerontologii wynika, że istotnym czynnikiem mającym wpływ na samopoczucie osoby starszej i jej przystosowanie się do zmian, jakim podlega na tym etapie życia, jest dodatni bilans życiowy. Pozytywna ocena całego swojego życia, wszystkich doświadczeń, wpływa na dalszą potrzebę realizacji i na godne, satysfakcjonujące przeżywanie każdego dnia. Człowiek spełniony jest zadowolony z siebie, ma wysoką samoocenę, zdaje on sobie sprawę, że wszystko, co mu się w życiu przydarzyło miało swój głęboki sens i umożliwiło mu osiągnięcie tzw. życiowej mądrości, to człowiek akceptujący siebie, swoje otoczenie i uczestniczący aktywnie w tworzeniu rzeczywistości. Dystans, obiektywizm, wyciszenie pozwalają mu wnikliwie spoglądać na ludzkie problemy. Negatywny bilans życiowy prowadzi do depresji starczej: poczucia niespełnienia, odrzucenia, bezsensu życia, lęku przed śmiercią, nostalgii za utraconą młodością, samotności, izolacji, negacji, braku działania, a w rezultacie do wcześniejszej śmierci. Starość i śmierć są nieuniknionym przeznaczeniem każdego człowieka, ale są jednocześnie częściami życia i dlatego należy pojmować je jako kolejne etapy rozwoju w stronę wieczności.

dr Krystyna Kurowska jest adiunktem w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej



Danuta Szaflarska w filmie Doroty Kędzierzowskiej „Pora umierać”

Pielgrzymka do Ziemi Świętej Egiptu¹

Wojciech Szczęsny

Absolutnie nie jest to tekst reklamowy biura podróży, ani tym bardziej chwalenie się wojazami, zwłaszcza jeśli ostanie wczasy miało się dziesięć lat temu. Jako wiec się rzekło będzie o Egipcie i Izraelu. Destynacja, jak mawiają specjaliści od nowomowy turystycznej modna i trzeba przyznać dzięki mocnemu złotemu (przed kryzysem) w zasięgu kontraktowego doktora. Udało się zobaczyć większość znanych dotychczas ze zdjęć i filmów miejsc. Powalająca na kolana historia, dotknięcie przedmiotów które pamiętają nawet inny układ gwiazd na niebie. Po prostu niesamowite. Jak mówił Napoleon do swych żołnierzy: „czterdzieści wieków patrzy na was”. Dodałem dwa.

Jednak coś innego zajęło moją uwagę w czasie owej podróży. Wydawało mi się, że znam również dno życia. Kilkuletnia praca w Pogotowiu Ratunkowym odsłoniła przed młodym i naiwnym (tej cechy niestety nie pozbyłem się do dziś) lekarzem ciemne strony materialnej, a często i duchowej materii mieszkańców Bydgoszczy i okolic. Zatechłe sutereny, walące się oficyny i ogólnie coś nieuchwytnego, owo imponderabilium, które nasi zachodni sąsiedzi zwą „armer Leute Geruch”. Mieszkańców owych obszarów nadal widuję w Izbie Przyjęć a nierzadko i w Klinice. Lecz to co ujrzałem w Egipcie przeszło moje jakiegokolwiek oczekiwania. Już samo ostrzeżenie o „zemście faraona” dawało do myślenia. Uwagi bywalców tych stron: „nie pij wody, broń Boże lód do drinka, myj zęby mineralną” i podobne dopełniały obrazu czekającej mnie sytuacji epidemiologicznej. I rzeczywiście. Autobus zaczyna penetrować przedmieścia Kairu w drodze do hotelu - oazy dla dolarowych turystów. Po bokach szerokiej drogi domy – bloki z cegieł mułowych. Nie pada tu od 1971 roku. Może i dobrze, bo owe bloki, gdzie wydaje się że 2-3 mieszkania na 20 posiadają mieszkańców, rozpuściłyby się. Pomiedzy domami hałdy śmieci. Słowo hałda pasje tu jak najbardziej gdyż osiągały wysokość owych kopalnianych tworów, a część z nich tli się. Po owych górach śmieci biegają dzieci i psy. Autobus zatrzymuje się w korku na wysokiej estakadzie. Właściwie nie jest to korek ale zwolnienie ruchu, bo ruch drogowy w Kairze to osobny rozdział. Patrząc przez okno. Na dachu jednego z domków o powierzchni 10 m² oprócz starej pralki, starych mebli kilka kóz. Z głodu gryzą deski owych mebli. A może tylko ostrzą sobie zęby?

Turyści w ramach atrakcji zwiedzają największy bazar świata. Jest tu cały blichtr zwany rękodziełem a na obrabiarkach i frezarkach tłuczony „papierus” z bambusa i podobne cuda. Na jednej z uliczek ktoś wymiata breję, smród nie da porównać się z niczym. Na każdym (dosłownie) rogu policjant. Strach przed terroryzmem utrudnia czasami podróżowanie.

Tu w jednym miejscu mieszka 22 miliony ludzi, To nie jest normalne i nikt mnie nie

przekona że jest inaczej. Ponoć w Indiach i Brazylii jest jeszcze gorzej. Tak żyją ludzie. Tacy sami jak my, pasażerowie klimatyzowanego autobusu, który nie wyłącza silnika nawet na parkingu gdy zwiedzamy piramidy. Bo musi działać klima. Turysta nie może być jej pozbawiony. Pozbawieni jej są natomiast handlarze pamiątkami i poganiacze wielbłądów. Turysta musi się na nich przejechać - opłata w cenie wycieczki, tylko bakszys . . .

Podobno w owym mieście jest dzielnica zamieszkiwana przez sprzątaczy śmieci. Wejście do niej jest jednoznaczne z utratą ubrania, ze smrodu którego nos Europejczyka nie zdzierży, a przenika odzież na wskroś. Bogowie nie byli łaskawi dla nich. A może maklerzy z Wall Street. A najpewniej sami sobie winni.

Zacząłem zastanawiać się jak to jest, że ludzie ci anatomicznie, fizjologicznie i pewnie częściowo chociaż mentalnie zbliżeni do nas żyją na poziomie niewiele odbiegającym od owych kóz na dachu. Czy wiedzą, że opracowano już Infiximab i być może biegunki nękające jednego z nich od 10 lat, z powodu których właśnie umarł są do opanowania. Jest, a właściwie była jedna przeszkoda. Otóż całe śmieci Kairu nie wystarczyłyby na zakup leku. No może jeszcze kwestia lekarza. Może widzieli go z daleka.

Tymczasem w krajach, które przeskoczyły etap budowy piramid rozwój medycyny, a zwłaszcza diagnostyki jest niewyobrażalny. Również terapia poczyniła postępy, których nie sposób objąć. Człowiek zrealizował boski nakaz czynienia sobie ziemi poddanej. W dającym się przewidzieć czasie zostaną wprowadzone leki biologiczne, genetyczne czy wręcz celowane dla danego człowieka i jego choroby. Będzie tylko jedna przeszkoda już wspomniana. Cena. No, być może pojawia się po drodze zastrzeżenia natury etycznej czy religijnej, jeśli po drodze do uzyskania trzeba będzie poświęcić embriony. One choć złożone z niewielu komórek mają taką samą godność jak człowiek z dzielnicy zbieraczy, który nawiasem mówiąc embrionem też był, ale miał nieszczęście nie zostać zamrożony, ale przyszło mu żyć w innym ekstremum temperatury. Inne drogi są dozwolone bez żadnych zastrzeżeń. Jestem nawet pewien, że gdyby trzeba było poświęcić życie ludzkie dla ratowania kogoś kto jest w stanie za to zapłacić nie będzie problemu. Już teraz czyta się o „turystyce transplantacyjnej”. W końcu żeby zejść z hałdy śmieci w Bombaju można oddać jedną nerkę. Nie od parady Bóg, Allah czy Siwa dali człowiekowi dwie. Każdy bóg jest przeciw nieskończenie dobry i nieskończenie miłosierny. Więc człowiek bywa symetryczny.

Pan Kowalski piekli się w Izbie przyjęć, że czeka już godzinę na morfologię. Pewnie ma trochę racji. Płaci podatki. Pan Szmidt w Berlinie został załatwiony szybciej. Jednak aby tak się stało ktoś musiał pozbiierać śmieci w Kairze, a ktoś umrzeć z głodu w Bombaju. Ziemia jest bowiem systemem zamkniętym,



zwiększającym entropię. Ktoś pokusił się o obliczenie prostego faktu, że gdyby każdy obecny mieszkaniec naszej planety chciał żyć na poziomie przeciętnego Amerykanina trzeba by mieć zasoby trzech Ziemi. A jakoś się nie da. Istnieją zatem rozwiązania pośrednie. Eksploatuje się tereny zamieszkałe przez inne gatunki. Zwierzęta nie mają duszy i według większości religii są przedmiotami, które można bezkarnie zabijać czy to w szlachetnym celu zdobywania pożywienia lub ubrania, a czasami dla rozrywki. Można nie zabijać ich bezpośrednio (jak nawiasem mówiąc wykazały badania neuropsychologiczne człowiek unika bezpośredniego krzywdzenia innych). Można zatem wyciąć las gdzie mieszkają bo potrzebujemy pól uprawnych dla następnych setek tysięcy embrionów człowieka które zdążyły przekształcić się w noworodki. Ponadto człowiek lubi poruszać się, a do tego potrzebne jest paliwo. Biopaliwo wymaga przestrzeni do upraw. Czasami żyją tam jakieś pozbawione duszy stwory, ale to drobiazg. Bogowie wybaczą. A jest ich wielu.

Tak oto człowiek rozkręcił sobie koło fortuny. Nie dla wszystkich starczyło biletów. Część próbuje je fałszować lub kraść i mordować żeby je zdobyć. Co gorsza, chętnych jest coraz więcej. Już nie pukają do kasy biletowej ale wbijają się w nią samolotami pełnymi paliwa. Chcą aby ich bilety drukowane u nich mające błogosławieństwo ich boga były ważne. Ci od biletów „prawdziwych” jadą do nich i mordują tych którzy drukują te fałszywe. A może w końcu te fałszywe są prawdziwe. Kto wie ile ich jest? Może się też okazać, że maszyna szczęścia jest już zepsuta. Tak mi się wydawało w Ziemi Świętej Egiptu.

dr Wojciech Szczęsny jest starszym wykadawcą w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej

1) Tytuł artykułu jest świadomym plagiatem tytułu znakomitej powieści Tomasza Mirkowicza przedwcześnie zmarłego pisarza, tłumacza i intelektualisty.

Dzieci z chorobą nowotworową i ich rodzice

Mirosława Kram

Rozpoznanie nowotworu u dziecka, leczenie, przykro odczuwane objawy uboczne, powtarzające się pobyty w szpitalu - są zawsze źródłem głębokiego i przewlekłego stresu dla samego dziecka, jego rodziców, zdrowego rodzeństwa i dziadków.

Przystosowanie się rodziców do choroby dziecka

Przystosowanie się do zagrażającej życiu dziecka choroby odbywa się stopniowo. W momencie diagnozy rodzice często nie przyznają się do przeżywanego cierpienia, nie chcą martwić swojego dziecka. Przeżywają poczucie bezradności, doświadczają uczucia złości (na świat), smutku, depresji i lęku. Po upływie pewnego czasu rodzice zaczynają podejmować nowe wyzwania związane z opieką nad dzieckiem, a życie rodziny w pewnym stopniu stabilizuje się. U niektórych jednak rodziców mogą wystąpić wzmożone reakcje emocjonalne, takie jak: depresja, nasilenie własnych problemów zdrowotnych, nadużywanie alkoholu. Bardziej narażeni na wystąpienie nasilonych reakcji emocjonalnych są rodzice młodzi, o niskim statusie zawodowym, niskim wykształceniu i niskich dochodach. Rodziców należy ośmielać do wyrażania emocji, do otwartego rozmawiania o swoich wątpliwościach. Powinien nadejść także czas na włączenie innych członków rodziny do opieki nad chorym dzieckiem. Zwykle są nimi dziadkowie, ale niekiedy i dorosłe rodzeństwo.

Rodzice przy szpitalnym łóżku

„Matka 1,5-letniej Natalii chorej na białaczkę szpikową. Dziewczynka przybyła do kliniki na kolejny blok chemioterapii. Zanim pielęgniarki podłączyły kroplówkę z cytostatyków, Natalia biega po korytarzu, tam i z powrotem. Matka obserwuje ją, reaguje dopiero, gdy córka znika „za rogiem” korytarza. I tak to trwa około 10-15 min. Wydaje się, że matka otacza dziecko troską. Co budzi niepokój? Matka prawie wcale nie odzywa się do córki. Tak samo jest przy posiłkach, przy zabawie, która polega na tym, że daje Natalce zabawki i znowu cisza. I tak jest przez cały pobyt. Matka nie jest osobą niesłyszącą, a może jest niedosłyszącą? Z personelem rozmawia, choć są to krótkie zdania, a właściwie odpowiedzi „tak” lub „nie”. Nie rozmawia także z innymi rodzicami. Ma wykształcenie podstawowe, Natalia jest jej trzecim dzieckiem”.

„Robert, lat 3 chory na hepatoblastoma – wątrobiaka zarodkowego. W szpitalu chłopcem opiekuje się tata. W oczekiwaniu na kroplówkę, krótko po śniadaniu, Robert zasiada przy stoliku komputerowym, zaczyna grać w grę, obok zasiada tata. Robert pyta co chwilę: „tata, tata, dobrze gram?”. Mhm.

Tata, patrz! Mhm, mhm. Chłopiec daje ojcu spokój i pozwala mu przespać się na siedząco. Mija około 30 minut, przychodzi pielęgniarka podłączyć chłopcu „chemię”. Obydwójce przechodzą na salę, Robert do łóżka, tata na krzesło. Silny, zwarty i gotowy zaczyna czytać synowi książkę”.

Trzeba obiektywnie przyznać, że ojcowie równie dobrze opiekują się swoimi dziećmi. Mateuszowi, lat 12, choremu na ostrą białaczkę limfoblastyczną również towarzyszy tata.

„Kamil, 10-letni chłopiec, przebywa w klinice sam. Jest smutny, mało je, i, jak to się potocznie mówi, nie wygląda na swój wiek. Szczupły, niski. Nikt nie opiekuje się nim na stałe. Mama zmarła na tę samą chorobę nowotworową, na którą cierpi Kamil. Tata zagubiony, nie odwiedza go w szpitalu, cza-



„Świat zewnętrzny”, fot. Grzegorz Kubiak

sem tylko przychodzi babcia, ale to za mało. Chłopiec dostrzega, że przy innych dzieciach zawsze jest obecne któreś z rodziców”.

„Agata, lat 15, chora od 6 miesięcy na guza kości. Za każdym razem, gdy przychodzi do kliniki na kolejny blok chemoterapii, są przy niej mama albo tata. Po załatwieniu formalności przyjęcia na oddział, rozpakowuje się i zajmuje łóżko. Po chwili wyjmuje laptopa i od tej chwili świata poza nim nie widzi. Gadu-gadu zajmuje jej całe popołudnie, nawet wtedy, gdy ma już podłączoną kroplówkę z chemią”.

„14-letnim Krzysztofem opiekuje się na przemian mama i tata. Chłopiec jest jedynakiem. Choruje na białaczkę od 5 miesięcy. Aktualnie przebywa w klinice z powodu mielosupresji, wymaga w związku z tym tzw. izolacji. Kiedy jest tata, wszystko wydaje się

w porządku. Rozmawiają ze sobą, oglądają telewizję, wspólnie grają w gry komputerowe; tata cierpliwie zachęca do spożywania posiłków – chłopiec ma grzybicze zapalenie jamy ustnej. Kiedy jest przy nim mama sytuacja ulega odwróceniu; chłopiec staje się marudny i drażliwy. Dlaczego? Bo przez cały czas słyhać jej głos: „Krzysiu, pomoc Ci przy kąpielii?, Krzysiu, co jeszcze zjesz, tak mało zjadłeś, prawie nic!?, Krzysiu, poprawić Ci poduszkę?”

„7-letnią Kasią opiekuje się babcia. Dziewczynka choruje na białaczkę tzw. wysokiego ryzyka i jest przygotowywana do przeszczepienia szpiku kostnego. Rodzicom niełatwo jest codziennie przychodzić do szpitala, ponieważ mają starszą, niepełnosprawną córkę. Kasia to rozumie. W czasie pobytu w szpitalu dziewczynka nie potrafi usiedzieć na miejscu. Wspólnie z babcią rysują, grają w gry planszowe, a w świetlicy chętnie uczestniczy w zajęciach nie tylko dydaktycznych”.

„Klaudia, lat 2. W ciągu 7 dni rozpoznano u niej białaczkę. Bardzo przeżywa pobyt w klinice onkologii dziecięcej. Trudno się dziwić. Nagle wyrwana ze środowiska domowego. Rodzice przez cały czas przebywają z nią na oddziale. Tata w nocy, mama w dzień. Mimo to w stosunku do personelu oddziału wciąż nieufna, bardzo wrażliwa na dotyk. Pobranie krwi do badania trwa około 10 minut. Mama jest bardzo dzielna, tym bardziej, że za miesiąc oczekuje rozwiązania”

Rodzice czy rodzina opiekunami swojego dziecka?

Wszyscy - dla dobra chorego dziecka. Praca nad podtrzymaniem więzi rodzinnych i wspólnego radzenia sobie z problemem, jakim jest dla rodziny choroba dziecka, jawi się jako niezbędna nie tylko ze względu na przebieg leczenia, ale także dlatego, że dzięki niej dziecko ma szansę na powrót do prawidłowo funkcjonującego środowiska po zakończonym leczeniu. Często się bowiem zdarza, że w przypadku choroby dziecka struktura rodziny ulega zakłóceniu. Jedni jej członkowie czują się mniej potrzebni, kochani (szczególnie problem ten dotyczy zdrowego rodzeństwa), a inni nadmiernie przeciążeni obowiązkami (matka). Dlatego bardzo ważni są dziadkowie. Ich miłość do wnucząt może pokonać wszystkie bariery. Z racji wieku i doświadczenia życiowego często radzą sobie lepiej ze swoimi emocjami, a ich udział w zastępowaniu rodziców w szpitalu umożliwia rodzicom pracę zawodową i prowadzenie normalnego, codziennego życia, tak ważnego dla wszystkich.

mgr Mirosława Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatricznego

Proces Boloński i strategia internacjonalizacji szkolnictwa wyższego

Jan Styczyński

Internacjonalizacja szkolnictwa wyższego to umiędzynarodowienie działalności uczelni poprzez prowadzenie mobilności studentów, kadry naukowej i programów naukowych.

Proces ten w ostatnich 30 latach w Europie uzyskał znaczną akceptację, a od czasu wprowadzenia Deklaracji Bolońskiej w roku 1999 stał się jednym z najważniejszych programów Unii Europejskiej. Zapoczątkował on ideę Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego, chociaż koncepcja ta powstała już kilkaset lat temu, oczywiście w innych kategoriach. Można nawet zaryzykować tezę, że rozpoczęła się w roku 1088, kiedy to w Bolonii (!) powstała szkoła prawnicza będąca załącznikiem pierwszego uniwersytetu w Europie.

Główne 4 cele Procesu Bolońskiego to: przygotowanie absolwentów do potrzeb rynku pracy, rozwój i podtrzymanie podstaw wiedzy zaawansowanej, kształtowanie aktywnych postaw obywatelskich oraz rozwój osobowy studentów. Narzędziami umożliwiającymi realizację celów Procesu Bolońskiego są: trójstopniowe studia, system punktów ECTS, porównywalne dyplomy, mobilność studentów i kadry naukowej, kształcenie ustawiczne (proces uczenia się przez całe życie, long-life-learning), podnoszenie jakości kształcenia.

Wynika stąd konieczność długofalowych zmian organizacyjnych w uczelniach. Internacjonalizacja powinna przenikać wszystkie aspekty działania uczelni (a nie być wydzielonym elementem działań uczelni); konieczna jest zmiana zakresu działań naukowych, działań badań i działań współpracy z zagranicą. Kształcenie ustawiczne winno być połączone z kształceniem „tradycyjnym” (dziennym i niestacjonarnym).

Proces internacjonalizacji wyższych uczelni w Europie stał się już odrębną dziedziną naukową. W lipcu odbyło się w Kassel (Niemcy) szkolenie z zakresu internacjonalizacji szkolnictwa wyższego, oparte na wynikach badań naukowych (research-based). Tematyka kursu obejmowała następujące zagadnienie: koncepcja internacjonalizacji, europeizacji i globalizacji; internacjonalizacja widziana jako strategia instytucjonalna; mobilność akademicka (studenci i kadra naukowa); wymiana i eksport programów edukacyjnych (cross-border provision of higher education); narodowe strategie internacjonalizacji; przyszłość europeizacji i internacjonalizacji; określanie strategii instytucjonalnych w oparciu o strategię międzynarodowe (zarządzanie procesami internacjonalizacji, kontrola jakości, system internacjonalizacji w uniwersytecie, specyfika kierunków uniwersyteckich, problemy językowe).

Z raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD, Organisation

for Economic Co-operation and Development) wynika, że Polska zajmuje ostatnie miejsce w statystykach krajów OECD pod względem udziału obcokrajowców w ogólnej liczbie studentów. Na szczęście w każdym roku ich przybywa. Ponadto liczba polskich studentów wyjeżdżających na studia za granicę, szczególnie w ramach europejskiego programu stypendialnego Erasmus wzrosła niemal dziesięciokrotnie w ciągu dekady. Polskie środowisko akademickie jest zgodne, że problematyka umiędzynarodowienia ma kluczowe znaczenie dla przyszłości polskiego szkolnictwa wyższego.

Erasmus, międzynarodowy program wyjazdów stypendialnych, został ustanowiony w 1987 roku. Według szacunków każdego roku około 150 tys. studentów z całej Europy dzięki niemu wyjeżdża na uczelnię zagraniczną. Polska uczestniczy w nim od dziesięciu lat. W roku akademickim 1998/1999 z Erasmusa skorzystało 1426 polskich studentów, w roku 2006/2007 - już ponad 11 tysięcy. Obecnie dużo więcej polskich studentów wyjeżdża za granicę niż zagranicznych studentów przyjeżdża do Polski. Ogółem w latach 1998-2006 do Polski na stypendium Erasmusa przyjechało 9900 zagranicznych studentów. Jednym z najważniejszych zadań, jakie wylaniają się przed polskim szkolnictwem wyższym, jest taka jego reorganizacja, która zachęcałaby zagranicznych studentów do przyjazdu do polskich uczelni.

Polskie uczelnie wyższe wciąż mają zbyt ubogą infrastrukturę (zwłaszcza słabo wyposażone laboratoria), nie są przygotowane do wykładania w językach obcych oraz nie mają wspólnej strategii w przyjmowaniu zagranicznych studentów. Oczywiście, nie ma jednego prostego rozwiązania. Uczelnie same muszą określić swoje możliwości i na tej podstawie otworzyć się na zagranicznych studentów, realizując własną drogę rozwoju.

Zadaniem polskich uczelni wyższych jest również podniesienie poziomu internacjonalizacji naszych uczelni. Obserwuje się coraz większą mobilność studentów, przenoszenie się na zagraniczne uczelnie, ale także polskie szkoły wyższe muszą być w większym stopniu przygotowane na przyjmowanie studentów z zagranicy. Oznacza to dla polskich uczelni konieczność nauczania programów kształcenia w językach kongresowych. Duże uczelnie oferują już takie studia, ale skala tych działań jest jeszcze ciągle za mała. Oznacza to również, że polskie uczelnie muszą być dofinansowywane po to, żeby być atrakcyjne dla studentów zagranicznych. Internacjonalizacja w zakresie nauczania oznacza również, że studenci (i personel naukowo-dydaktyczny) w lepszym stopniu muszą znać języki obce.

Internacjonalizacja uczelni nie będzie sukcesem, jeśli nie będzie realizowany świadomy kurs polityki szkolnictwa wyższego poprzez otwarcie na świat. Konieczne jest też aktywne podejście państwa i władz uczelni. Należy dać kadry naukowej i studentom bardzo jasny i mocny sygnał. Trzeba pokazać, poprzez konkretne decyzje, także te finansowe, jak ważna jest internacjonalizacja. Uświadomić sobie, że nie ma osobnej polityki zdobywania studentów zagranicznych, wprowadzania ścieżek anglojęzycznych, konkurowania o międzynarodowe granty naukowe, pozycjonowania na światowym rynku edukacji, wprowadzania systemu bolońskiego itd. Te wszystkie elementy muszą być składnikami jednej, spójnej strategii internacjonalizacji.

Proces internacjonalizacji staje się jednym z najistotniejszych strategii w rozwoju szkolnictwa wyższego w Europie. Obecnie, poza mobilnością i wymianą studentów i pracowników naukowych, obejmuje on procesy: internacjonalizacji wewnętrznej (internationalisation at home) oraz wymiany/eksportu programów naukowych (GATS, General Agreement on Trade in Services).

Pierwotny cel internacjonalizacji jako wymiany naukowej i kulturowej prowadzonej w ramach szkolnictwa wyższego obecnie obejmuje aspekty europeizacji i globalizacji.

Obecnie na uczelniach zagranicznych studiuje 2,7 miliona „wędrujących studentów”. Według prognoz liczba ta wzrośnie niemalże trzykrotnie do 7,2 mln w 2025 r. Najlepsi tworzą falę migracji uzdolnionych, stają się międzynarodowymi profesjonalistami i podwyższają potencjał kompetencji swojego kraju.

Aktualne europejskie tendencje w procesach internacjonalizacji obejmują: stawianie nacisku na jakość wymiany (a nie na ilość); rozwijanie procesu internacjonalizacji w macierzystej uczelni (internationalization-at-home); eksport programów edukacyjnych oraz wzmacnianie roli dużych i silnych uniwersytetów.

Na kanwie odbytego w Kassel szkolenia wydaje się promowanie w naszym Uniwersytecie rozwoju w zakresie realizowania programów międzynarodowych poprzez następujące działania: (1) aktualizacja strategii uczelnianej w zakresie internacjonalizacji (częściowo wynikającej z misji Uniwersytetu i zadań Biura Programów Międzynarodowych); (2) aktualizacji programu kontroli jakości, zmierzającej do podwyższenia jakości realizowanych programów, wyrażonych efektem naukowym; (3) rozwój działalności naukowej z zakresu internacjonalizacji; (4) propagowanie dwustronnej mobilności młodej kadry naukowej w celach naukowych (zwłaszcza w Collegium Medicum).

Unijne środki na realizację projektu „Program rozwoju Collegium Medicum UMK”

Samodzielna Sekcja Zarządzania Funduszami Strukturalnymi



Projekt „Program rozwoju Collegium Medicum UMK” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu rozpoczyna realizację projektu „Program rozwoju Collegium Medicum UMK”, który uzyskał dofinansowanie w wysokości 9,3 mln zł w ramach poddziałania 4.1.1. „Wzmocnienie potencjału dydaktycznego uczelni”, priorytetu IV „Szkolnictwo wyższe i nauka”, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego.

W odpowiedzi na konkurs przeprowadzony przez Departament Wdrożeń i Innowacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, wpłynęło 287 wniosków z uczelni publicznych i niepublicznych z całego kraju, z czego jedynie 32 uzyskały dofinansowanie. Projekt „Program rozwoju Collegium Medicum UMK” zajął pierwsze miejsce w regionie kujawsko-pomorskim i 16 lokatę w skali kraju. Jesteśmy pierwszym, i jak dotąd jedynym w województwie beneficjentem środków Eu-

ropejskiego Funduszu Społecznego, kierowanych na wzmocnienie potencjału dydaktycznego uczelni w ramach poddziałania 4.1.1. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Przygotowanie i wdrożenie projektu wynika z potrzeby rozwoju oferty edukacyjnej Uczelni i konieczności jej elastycznego dostosowywania do warunków rynku pracy. Na bazie tych potrzeb zdefiniowane zostały następujące cele projektu:

- budowa potencjału rozwojowego Collegium Medicum UMK poprzez rozszerzenie oferty edukacyjnej i podniesienie jakości kształcenia,
- dostosowanie wiedzy i umiejętności studentów do potrzeb rynku pracy,
- wzmocnienie systemu zarządzania Uczelnią poprzez podniesienie kompetencji administracyjnej kadry kierowniczej.

„Program rozwoju Collegium Medicum UMK” obejmuje:

1. rozszerzenie oferty edukacyjnej uczelni poprzez otwarcie i realizację studiów stacjonarnych I stopnia na kierunku położnictwo,
2. pomoc dla studentów I roku farmacji i analityki medycznej w postaci programów wyrównawczych z matematyki,
3. pomoc dla studentów kierunku zdrowie publiczne poprzez organizację dodatkowych 3-miesięcznych praktyk śródrocznych w jednostkach związanych ze służbą zdrowia,
4. wsparcie dla Biura Karier w zakresie organizacji dla studentów Collegium Medicum UMK kompleksowego doradztwa i poradnictwa zawodowego oraz psychologicznego, a także wizyt studyjnych u pracodawców,
5. wsparcie dla kadry akademickiej poprzez organizację warsztatów/szkoleń i udział wykładowców j. angielskiego w studiach doktoranckich,
6. podniesienie kompetencji zawodowych administracyjnej kadry kierowniczej Collegium Medicum UMK poprzez sfinansowanie studiów podyplomowych, uzupełniających, kursów i szkoleń związanych z zadaniami realizowanymi na stanowiskach kierowniczych,
7. wsparcie finansowe dla słuchaczy studiów doktoranckich poprzez przydzielenie doktoranckiego stypendium rozwojowego EFS na przygotowanie pracy naukowej.

Proces wdrażania wymienionych zadań

rozpoczął się we wrześniu i październiku bieżącego roku. „Program rozwoju Collegium Medicum UMK” realizowany będzie do końca 2011 roku, a cały przebieg projektu zostanie wsparty promocją w mediach oraz bieżącym monitorowaniem postępów realizacji.

Collegium Medicum planuje objąć projektem łącznie 1318 osób: studentów, doktorantów, nauczycieli akademickich oraz kierowniczą kadre administracyjną. W przypadku studentów możliwe jest skorzystanie z kilku form wsparcia – np. uczestnik zajęć fakultatywnych z matematyki czy też studentka położnictwa będą mogli jednocześnie skorzystać z bogatej oferty Biura Karier.

Dofinansowanie projektu ze środków wspólnotowych pozwoli na wyposażenie Pracowni Podstaw Opieki Położniczej w profesjonalne środki dydaktyczne: fantomy, modele, symulatory i sprzęt medyczny, które umożliwią zdobycie wiedzy i zdolności niezbędnych w zawodzie położnej. Dzięki nowoczesnym pomocom dydaktycznym możliwy będzie praktyczny trening wszystkich czynności przedporodowych, porodowych i poporodowych oraz postępowania w stanach zagrożenia życia matki i dziecka w trakcie porodu i po porodzie. Wyposażenie pracowni będzie przydatne również w nauce umiejętności pielęgnowania kobiety ciężarnej, rodzącej, położnicy, chorej ginekologicznie i dziecka w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych. W ramach projektu zakupiony zostanie także sprzęt multimedialny i audiowizualny, gwarantujący prowadzenie zajęć dydaktycznych zgodnie z najnowszymi standardami nauczania.

„Program rozwoju Collegium Medicum UMK” jest odpowiedzią na potrzeby Uczelni, jej studentów i pracowników. Dzięki środkom finansowym z Europejskiego Funduszu Społecznego możliwe będzie wzmocnienie potencjału dydaktycznego Uczelni, wsparcie doktorantów, lepsze przygotowanie studentów do wejścia na rynek pracy, podniesienie kompetencji kadry akademickiej oraz kierowniczej kadry administracyjnej. Wynikiem realizacji „Programu rozwoju Collegium Medicum UMK” stanie się wzbogacenie oferty edukacyjnej, a także wyposażenie adresatów projektu w wiedzę i umiejętności przyczyniające się do rozwoju Uczelni.

Informacji udziela: Samodzielna Sekcja Zarządzania Funduszami Strukturalnymi, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, tel. 052/585 33 37; www.rozwoj.cm.umk.pl



Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę artykuły o IF powyżej 1 oraz okres zgłoszenia pracy od połowy maja do połowy października 2008 roku.

IF: 10.441

Tomasz Grzybowski

1.

Tytuł oryginału: Reconstructing the phylogeny of African mitochondrial DNA lineages in Slavs.

Autorzy: B.A. Malyarchuk, M. Derenko, M. Perkova, Tomasz Grzybowski, T. Vanecek, J. Lazur.

Źródło: - Eur. J. Hum. Genet. 2008 Vol. 16 s. 1091-1096.

IF: 4.003

2.

Tytuł oryginału: Mitochondrial DNA phylogeny in eastern and western slavs.

Autorzy: B. Malyarchuk, Tomasz Grzybowski, M. Derenko, M. Perkova, T. Vanecek, S. Lazur, I. Tsybovsky.

Źródło: - Mol. Biol. Evol. 2008 Vol. 25 nr 8 s. 1651-1658

IF: 6.438

IF: 7.672

Małgorzata Z. Zdzenicka

Tytuł oryginału: Artesunate derived from traditional Chinese medicine induces DNA damage and repair.

Autorzy: P.C.H. Li, E. Lam, W.P. Roos, Małgorzata Z. Zdzenicka, B. Kaina, T. Efferth.

Źródło: - Cancer Res. 2008 Vol. 68 nr 11 s. 4347-4351.

IF: 5.869

Jacek Szeliga

1.

Tytuł oryginału: NOD2/CARD15 polymorphism in patients with rectal cancer.

Autorzy: Jacek Szeliga, Z. Sońdka, Marek Jackowski, J. Jarkiewicz-Tretyn, A. Tretyn, M. Maleńczyk.

Źródło: - Med. Sci. Monitor 2008 Vol. 14 nr 9 s. CR480-CR484.

IF: 1.607

2.

Tytuł oryginału: Identification of volatile organic compounds secreted from cancer tissues and bacterial cultures.

Autorzy: B. Buszewski, A. Ulatowska, T. Ligor, Marek Jackowski, E. Kołodziejska, Jacek Szeliga.

Źródło: - J. Chromatogr. B 2008 Vol. 868 s. 88-94.

IF: 1.395

3.

Tytuł oryginału: Application of capillary zone electrophoresis (CZE) to the determination of pathogenic bacteria for medical diagnosis.

Autorzy: Marek Jackowski, Jacek Szeliga, E. Kłodzińska, B. Buszewski.

Źródło: - Anal. Bioanal. Chem. 2008 Vol. 391 s. 2153-2160.

IF: 2.867

IF: 5.690

Jan Styczyński

1.

Tytuł oryginału: Can conception of prostate cancer stem cells influence treatment dedicated to patients with disseminated disease?

Autorzy: Tomasz Drewna, Jan Styczyński.

Źródło: - Med. Hypotheses 2008 s. 694-699.

IF: 1.276

2.

Tytuł oryginału: Management of CMV, HHV-6, HHV-7 and Kaposi-sarcoma herpesvirus (HHV-8) infections in patients with hematological malignancies and after SCT.

Autorzy: P. Ljungman, R. de la Camara, C. Cordonnier, H. Einsele, D. Engelhard, P. Reusser, Jan Styczyński, K. Ward.

Źródło: - Bone Marrow Transpl. 2008 Vol. 42 s. 227-240.

IF: 3.000

3.

Tytuł oryginału: Prognostic impact of combined fludarabine, treosulfan and mitoxantrone resistance profile in childhood acute myeloid leukemia.

Autorzy: Jan Styczyński, Mariusz Wysocki, A. Dłużniewska, E. Juraszewska, W. Balwierz, K. Czyżewski, M. Wieczorek, I. Olejnik, M. Krawczuk-Rybak, M. Kuźmicz, J. Kowalczyk, J. Stefaniak, W. Badowska, D. Sońta-Jakimczyk, T. Szczepański, M. Matysiak, E. Stańczak, I. Malinowska, J. Wachowiak, B. Konatkowska, L. Gil, A. Balcerska, L. Kapuścińska, Joanna Szczepanek, Beata Kołodziej, Beata Rafińska, Małgorzata Kubicka.

Źródło: - Anticancer Res. 2008 Vol. 28 s. 1927-1931.

IF: 1.414

IF: 4.262

Marek Jackowski

1.

Tytuł oryginału: Identification of volatile organic compounds secreted from cancer tissues and bacterial cultures.

Autorzy: B. Buszewski, A. Ulatowska, T. Ligor, Marek Jackowski, E. Kołodziejska, Jacek Szeliga.

Źródło: - J. Chromatogr. B 2008 Vol. 868 s. 88-94.

IF: 1.395

2.

Tytuł oryginału: Application of capillary zone electrophoresis (CZE) to the determination of pathogenic bacteria for medical diagnosis.

Autorzy: Marek Jackowski, Jacek Szeliga, E. Kłodzińska, B. Buszewski.

Źródło: - Anal. Bioanal. Chem. 2008 Vol. 391 s. 2153-2160.

IF: 2.867

IF: 4.052

Krzysztof Buczkowski

1.

Tytuł oryginału: Patterns of motivations and ways of quitting smoking among Polish smokers: A questionnaire study.

Autorzy: A. Siemińska, Krzysztof Buczkowski, E. Jassem, K. Lewandowska, R. Ucińska, M. Chelmińska.

Źródło: - BMC Public Health 2008 Vol. 8 s. 1-9.

IF: 1.633

2.

Tytuł oryginału: Lack of association between serotonin transporter gene polymorphism 5-HTTLPR and smoking among Polish population: a case-control study.

Autorzy: A. Siemińska, Krzysztof Buczkowski, E. Jassem, E. Tkacz.

Źródło: - BMC Med. Genet. 2008 Vol. 9 76.

IF: 2.419

IF: 3.341

Mariusz Wysocki

1.

Tytuł oryginału: Beneficial and rapid effect of infliximab on the course of toxic epidermal necrolysis.

Autorzy: A. Wojtkiewicz, Mariusz Wysocki, J. Fortuna, Małgorzata Chrupek, M. Matczuk, Andrzej Kołtan.

Źródło: - Acta Dermatovenereol. 2008 Vol. 88 nr 4 s. 420-421.

IF: 1.927

2.

Tytuł oryginału: Prognostic impact of combined fludarabine, treosulfan and mitoxantrone resistance profile in childhood acute myeloid leukemia.

Autorzy: Jan Styczyński, Mariusz Wysocki, A. Dłużniewska, E. Juraszewska, W. Balwierz, K. Czyżewski, M. Wieczorek, I. Olejnik, M. Krawczuk-Rybak, M. Kuźmicz, J. Kowalczyk, J. Stefaniak, W. Badowska, D. Sońta-Jakimczyk, T. Szczepański, M. Matysiak, E. Stańczak, I. Malinowska, J. Wachowiak, B.

Konatkowska, L. Gil, A. Balcerska, L. Kapuścińska, Joanna Szczepanek, Beata Kołodziej, Beata Rafińska, Małgorzata Kubicka.

Źródło: - Anticancer Res. 2008 Vol. 28 s. 1927-1931.

IF: 1.414

IF: 3.330

Tomasz Drewa

1.

Tytuł oryginału: Can conception of prostate cancer stem cells influence treatment dedicated to patients with disseminated disease?

Autorzy: Tomasz Drewa, Jan Styczyński.

Źródło: - Med. Hypotheses 2008 s. 694-699. IF: 1.276

Tytuł oryginału: Bone marrow progenitors from animals with chronic renal failure lack capacity of in vitro proliferation.

Autorzy: T[omasz] Drewa, R[omana] Joachimiak, A[nna] Kaźnica, M[ariusz] Flisiński, A[ndrzej] Brymora, J[acek] Manitius.

Źródło: - Transplant. Proc. 2008 Vol. 40 s. 1668-1673.

IF: 1.027

2.

Tytuł oryginału: Alginate is not a good material for growth of rapidly proliferating cells.

Autorzy: M[arta] Pokrywczńska, T[omasz] Drewa, A. Jundziłł, J. Łysik.

Źródło: - Transplant. Proc. 2008 Vol. 40 s. 1664-1667.

IF: 1.027

IF: 2.878

Jacek Budzyński

Maria Kłopocka

Grzegorz Pulkowski

Karol Suppan

Jacek Fabisiak

Maciej Świątkowski

Tytuł oryginału: The effect of double dose of omeprazole on the course of angina pectoris and treadmill stress test in patients with coronary artery disease - a randomised, double-blind, placebo controlled, crossover trial.

Autorzy: Jacek Budzyński, Maria Kłopocka, Grzegorz Pulkowski, Karol Suppan, Jacek Fabisiak, M. Majer, Maciej Świątkowski.

Źródło: - Int. J. Cardiol. 2008 Vol. 127 nr 2 s. 233-239.

IF: 2.073

Piotr Cysewski

Alicja Nowaczyk

Tytuł oryginału: Ozonization of electronic conducting polymers, Part 3: the action of ozone on poly[3-pentylthiophene] film.

Autorzy: J. Nowaczyk, P. Olszowy, P[iotr] Cysewski, A[licja] Nowaczyk, W. Czerwiński.

Źródło: - Polym. Degrad. Stabil. 2008 Vol. 93 nr 7 s. 1275-1283.

IF: 1.927

Andrzej Kołtan

Tytuł oryginału: Beneficial and rapid effect of infliximab on the course of toxic epidermal necrolysis.

Autorzy: A. Wojtkiewicz, Mariusz Wysocki, J. Fortuna, Małgorzata Chrupek, M. Matczuk, Andrzej Kołtan.

Źródło: - Acta Dermatovenereol. 2008 Vol. 88 nr 4 s. 420-421

IF: 1.776

Bartłomiej J. Kałużny

Tytuł oryginału: Granular corneal dystrophy in 830-nm spectral optical coherence tomography.

Autorzy: Bartłomiej J. Kałużny, A. Szkulmowska, M. Szkulmowski, T. Bajraszewski, A. Wawrowska, M.R. Krawczyński, A. Kowalczyk, M. Wojtkowski.

Źródło: - Cornea 2008 Vol. 27 nr 7 s. 830-832.

IF: 1.414

Joanna Szczepanek

Beata Kołodziej

Beata Rafińska

Małgorzata Kubicka

Tytuł oryginału: Prognostic impact of combined fludarabine, treosulfan and mitoxantrone resistance profile in childhood acute myeloid leukemia.

Autorzy: Jan Styczyński, Mariusz Wysocki, A. Dłużniewska, E. Juraszewska, W. Balwierz, K. Czyżewski, M. Wieczorek, I. Olejnik, M. Krawczuk-Rybak, M. Kuźmicz, J. Kowalczyk, J. Stefaniak, W. Badowska, D. Sońta-Jakimczyk, T. Szczepański, M. Matysiak, E. Stańczak, I. Malinowska, J. Wachowiak, B. Konatkowska, L. Gil, A. Balcerska, L. Kapuścińska, Joanna Szczepanek, Beata Kołodziej, Beata Rafińska, Małgorzata Kubicka.

Źródło: - Anticancer Res. 2008 Vol. 28 s. 1927-1931.

IF: 1.357

Hanna Chaberska

Tytuł oryginału: The influence of solvent residue, support type and UV-irradiation on surface morphology of poly(methyl methacrylate) films studied by Atomic Force Microscopy.

Autorzy: H. Kaczmarek, Hanna Chaberska. Źródło: - Polym. Test. 2008 Vol. 27 s. 736-742.

IF: 1.208

Dariusz Grzanka,

Alina Grzanka

Lidia Gackowska

Anna Helmin-Basa

Tytuł oryginału: Hyperthermia-induced reorganization of microtubules and microfilaments and cell killing in CHO AA8 cell line.

Autorzy: D[ariusz] Grzanka, A. Stępień, A[lina] Grzanka, L[idia] Gackowska, A[nna] Helmin-Basa, M.A. Szczepański.

Źródło: - Neoplasma 2008 Vol. 55 nr 5 s. 409-415.

IF: 1.101

Mieczysław Muszyński

Ewa Żekanowska

Tytuł oryginału: P-selectin in placenta and gestational myometrium: its measurements and hypothetical role in hemostasis of placental bed after labor.

Autorzy: Mieczysław Uszyński, W. Uszyński, Ewa Żekanowska.

Źródło: - J. Perinat. Med. 2008 Vol. 36 s. 213-216.

IF: 1.066

Renata Studzińska

Marcin Wróblewski

Marcin Dramiński

Tytuł oryginału: Synthesis of new thiazolo[3,2-a]pyrimidin-5-one derivatives in reaction of 3-allyl-2-thiouracils cyclization.

Autorzy: Renata Studzińska, Marcin Wróblewski, Marcin Dramiński.

Źródło: - Heterocycles 2008 Vol. 75 nr 8 s. 1953-1961.

IF: 1.027

Marta Pokrywczńska

Tytuł oryginału: Alginate is not a good material for growth of rapidly proliferating cells.

Autorzy: M[arta] Pokrywczńska, T[omasz] Drewa, A. Jundziłł, J. Łysik.

Źródło: - Transplant. Proc. 2008 Vol. 40 s. 1664-1667.

IF: 1.027

Romana Joachimiak

Anna Kaźnica

Mariusz Flisiński

Andrzej Brymora

Jacek Manitius

Tytuł oryginału: Bone marrow progenitors from animals with chronic renal failure lack capacity of in vitro proliferation.

Autorzy: T[omasz] Drewa, R[omana] Joachimiak, A[nna] Kaźnica, M[ariusz] Flisiński, A[ndrzej] Brymora, J[acek] Manitius.

Źródło: - Transplant. Proc. 2008 Vol. 40 s. 1668-1673

Historia zawodów medycznych - zawód pielęgniarki

Walentyna Korpalska

Kolejna publikacja z cyklu historii zawodów medycznych na ziemiach polskich poświęcona jest pielęgniarkom. Poprzednie, prezentujące historię zawodów: położnej, farmaceuty i dentysty – lekarza stomatologa prezentowane były w „Wiadomościach Akademickich” nr 21 (czerwiec 2006) i nr 25 (czerwiec 2007). Redakcji najnowszego tomu: „Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku” dokonała również dr hab. Bożena Urbanek, a ukazał się on we wrześniu bieżącego roku w Warszawie, staraniem Instytutu Historii Nauki PAN i Śląskiego Instytutu Medycznego, pod honorowym patronatem Senatu Rzeczypospolitej Polskiej.

Prezentowana publikacja wypełnia dobitną lukę w piśmiennictwie poświęconym kształtowaniu zawodu pielęgniarskiego. O ile światowa literatura poświęcona historii pielęgniarstwa obejmuje poważny dorobek, o tyle polskie dokonania w tym zakresie są bardzo skromne. Jak pisze we wstępie B. Urbanek: „...w naszym kraju po dzień dzisiejszy przeważają na półkach bibliotecznych, ale już nie księgarskich, prace o charakterze przyczynkarskim, nawet tylko w niewielkim stopniu popularyzatorskim. Podręczniki do nauki historii pielęgniarstwa są nieliczne, dawno już wymagają weryfikacji (...) przedstawiają szata graficzna także nie zachęca do lektury...”.

Ukazanie się więc prezentowanego tomu, na który złożyły się prace historyków medycyny i pielęgniarstwa z różnych ośrodków akademickich z całej Polski, uznać należy za wielki sukces. Ramy czasowe opracowania obejmują ponad 170 lat i ukazują proces kształtowania się zawodu pielęgniarskiego, samej definicji tego pojęcia, zakres i sposób nauczania pielęgniarstwa i walki o jego status społeczno – prawny. W publikacji zachowany został chronologiczny układ treści.

Lektura kilkunastu pierwszych prac zawartych w prezentowanym tomie ukazuje, że przez cały XIX i połowę wieku XX opieka nad chorym zdominowana była przez zgromadzenia zakonne, co w pewnym sensie tłumaczy brak publikacji dotyczących historii pielęgniarstwa w okresie PRL.

Dzieje zgromadzeń zakonnych i pielęgniarstwa są silnie splecione. Wspólnoty zakonne stawiały sobie za cel bezinteresowne, wynikające z religijnych motywacji świadczenie opieki pielęgniarskiej. Dla zakonów chrześcijańskich opieka i pielęgnowanie były także skutecznym narzędziem ewangelizacji.

Kolejny cykl artykułów to publikacje obejmujące lata międzywojenne. Jak przekonują nas autorzy, przełamywanie tradycji pielę-

niarstwa o rodowdziej zakonnym następowało dość wolno. Rozwój wiedzy medycznej i wyłanianie się nowych specjalności stwarzały zapotrzebowanie na wykształconą, zdolną do pracy w tych dziedzinach kadrę. Wzrost wymagań sprzyjał procesom profesjonalizacji pielęgniarstwa. Równocześnie dwudziestolecie międzywojenne był to czas tworzenia podstaw prawnych i kształtowania się statusu zawodu pielęgniarskiego. Za wielki sukces należy uznać uchwalenie przez Sejm w 1935 roku Ustawy o pielęgniarstwie, która stanowiła fundament rozwiązań prawnych przez następne sześćdziesiąt lat.

Niezwykle istotne, dotąd często mało znane, są ustalenia autorów artykułów odnoszących się do sytuacji pielęgniarstwa po

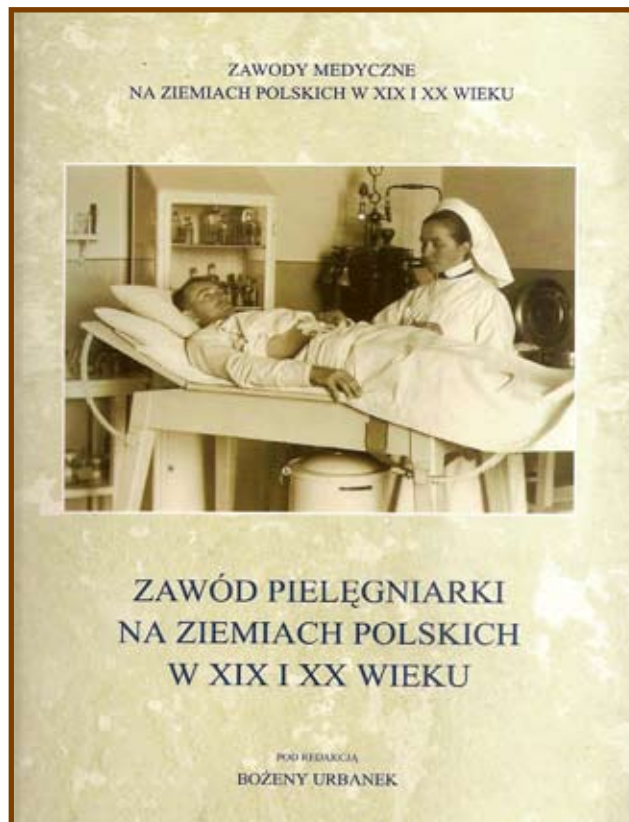
nia, co nieuchronnie prowadziło do obniżenia statusu zawodowego. Pielęgniarki uzyskiwały więc przygotowanie na poziomie szkoły średniej, co miało na celu szybkie uzupełnienie braków kadrowych, ale też pozwalało osiągnąć inny efekt, a mianowicie uzyskać klasowo odmienną strukturę tej grupy zawodowej w myśl hasła wychować „nową pielęgniarkę” w nowej „szkole ludowej”. Nastąpił proces eliminacji dawnej kadry (zwłaszcza kierowniczej i siostr zakonnych). Stosowano restrykcje wobec pielęgniarek zasłużonych w okresie międzywojennym, organizatorek przedwojennego szkolnictwa, osób zaangażowanych w działalność Armii Krajowej, czy Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie.

Konsekwencją podjętych działań było niedostateczne przygotowanie zawodowe pielęgniarek, a co za tym idzie obniżenie rangi ich zawodu. Na to nakładały się kiepskie wynagrodzenie i trudne warunki bytowe oraz brak własnej reprezentacji zawodowej. Mało znany jest fakt, że w wiele zdesperowanych pielęgniarek w marcu 1963 roku podjęło w Warszawie pierwszy protest, a właściwie strajk, który miał zwrócić uwagę władz na sytuację polskiego pielęgniarstwa. Konsekwencje, które spotkały strajkujące pielęgniarki były typowe dla czasów PRL. Klamrą zamykającą rozważania autorów są lata przełomu XX i XXI wieku, kiedy uwiecznione sukcesem zostały starania o ugruntowanie profilu i programu nauczania wyższego szkolnictwa pielęgniarskiego.

Z wielką satysfakcją należy stwierdzić, że wyniki badań przedstawione w recenzowanej publikacji zostały zaprezentowane na konferencji, która odbyła się 15 września 2008 r. w Warszawie w salach Senatu Rzeczypospolitej Polskiej. Obrady konferencji zgromadziły około 150 przedstawicieli różnych środowisk, którym historia zawodu pielęgniarskiego jest bliska. Patronat Senatu nad publikacją i konferencją w dużej mierze jest zasługą przewodniczącej Komitetu

Organizacyjnego, senator RP, dr n. med. Janiny Fetlińskiej, z wykształcenia pielęgniarki. Za sprawny przebieg konferencji oraz niezwykle starannie wydaną publikację należą się Pani senator ogromne wyrazy uznania. Pod adresem dr hab. Bożeny Urbanek należy zaś skierować wyrazy podziękowania za starania w przygotowywaniu kolejnych publikacji z serii „Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku”. Według zapewnień kolejna publikacja dotyczyć będzie zawodu lekarza.

dr Walentyna Korpalska jest kierownikiem Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa



„Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku”

drugiej wojnie światowej. Głównymi celami władzy „ludowej” wobec środowiska pielęgniarskiego były jego laicyzacja i ideologizacja. W pierwszych latach powojennych szkoły pielęgniarskie prowadzone przez służby zakonne zostały upaństwowione. W latach 1949-1950 zostały przejęte przez państwo lub samorządy wszystkie szpitale zgromadzeń zakonnych, a następnie przystąpiono do usuwania z tych placówek siostr zakonnych i osób związanych z Kościołem. Przeprowadzono to często w sposób gwałtowny, pozbawiając szpitale znacznej części fachowego personelu. Szybkie uzupełnienie wykwalifikowanej kadry musiało nastąpić kosztem obniżenia poziomu wykształce-

26. Konferencja Problemowa Bibliotek Medycznych

Monika Kubiak



dr Krzysztof Nierzwicki



prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe



dr Mirosław Supruniuk



dr hab. Ewa Głowacka, prof. MK



dr Radosława Staszak-Kowalska

W dniach 15-17 września 2008 roku Biblioteka Medyczna Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu po raz pierwszy w czasie swego istnienia zorganizowała ogólnopolską problemową konferencję bibliotek medycznych. Była to 26. edycja corocznej konferencji bibliotek medycznych przeprowadzona pod hasłem: „Naukowa informacja medyczna w Polsce. Biblioteki medyczne wobec potrzeb środowisk medycznych oraz perspektywy ich rozwoju w realiach Unii Europejskiej”. Na miejsce konferencji wybrano zabytkowe wnętrza hotelu „Pod Orłem” w Bydgoszczy, gdzie odbyły się zarówno obrady, jak i przerwy kawowo-obiadowe i gdzie nocowała spora część konferencyjnych gości.

Pierwszy dzień konferencji, 15 września był dniem integracyjnym, przeznaczonym dla uczestników, którzy z uwagi na dalsze odległości pragnęli przybyć nieco wcześniej, by móc wziąć udział w otwarciu i pierwszej sesji dnia następnego. Mimo niskich temperatur większość uczestników zdecydowała się na krótkie zwiedzanie Bydgoszczy z przewodnikiem, który krótko, lecz interesująco omówił najważniejsze, godne uwagi miejsca Bydgoszczy na ul. Gdańskiej, Mostowej, Długiej, Starym Rynku i Wyspie Młyńskiej. Wieczór zakończono w restauracji „Weranda”, która ugościła uczestników konferencji wyśmienitym jedzeniem, muzyką fortepianową na żywo i napojami rozgrzewającymi oraz cieszyła oczy ciepłym i gustownie urządzonej w stylu śródziemnomorskim wnętrzem.

Oficjalnie rejestracja uczestników i sama Konferencja rozpoczęły 16 września 2008 roku. O godzinie 9:00 Zastępca Dyrektora ds. Biblioteki Medycznej Biblioteki Uniwersyteckiej UMK, dr Krzysztof Nierzwicki otworzył Konferencję, witając gości i zachęcając do owocnych obrad. Kilka słów na powitanie wygłosił Prorektor ds. Collegium Medicum, prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe oraz Dyrektor Biblioteki Uniwersyteckiej, dr Mirosław Supruniuk. Wykład inauguracyjny poprowadziła zaproszona z Instytutu Informacji Naukowej i Bibliologii UMK, dr hab. Ewa Głowacka, prof. UMK, poruszając w nim kwestie zagrożeń i niebezpieczeństw kryjących się w natłoku informacyjnym wychwytywanych przez dopiero rozwijającą się ekologię informacji.

Pierwszą sesję poświęcono bibliotekom cyfrowym i repozytorium typu open access, i tak kolejno głos zabrali: Anna Ajdukiewicz-Tarkowska i Paweł Tarkowski z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, opowiadający o zasobach medycznych w polskich bibliotekach cyfrowych ze szczególnym uwzględnieniem zasobów medycznych; Bożena Bednarek-Michalska z Biblioteki Uniwersyteckiej UMK w Toruniu z dynamicznym wystąpieniem o bibliotekach cyfrowych będących

nową ofertą dla naukowych środowisk medycznych w Polsce, wspominająca m.in. o zasobach Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej i rodzajach licencji autorskich; Jolanta Przyłuska z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, omawiająca kwestie udostępniania przez naukowców własnych publikacji, doktoratów i rozpraw habilitacyjnych w otwartych repozytoriach (Repozytoria open access a dostęp do wiedzy medycznej) oraz emerytowany Dyrektor Biblioteki Akademii Medycznej w Poznaniu Bolesław Howorka, którego referat odnosił się do zmian istotnych dla bibliotek naukowych, w tym istotnych dla bibliotek cyfrowych praw autorskich po implementacji przepisów unijnych.

W kuluarach uczestnicy wymieniali się poglądami, kosztowali bufetu kanapkowo-ciasteczkowego przygotowanego przez hotel „Pod Orłem” i licznie odwiedzali usytuowane półkolem w pobliżu sali obrad stoiska sponsorów: A.B.E. Marketing, Akme Archive, EBSCO, Elsevier, IPS, Wolters Kluwer/Ovid, ProQuest, Splendor i Suweco, zapoznając się ze szczegółowymi ofertami i produktami tychże firm, korzystając z rad specjalistów i wymieniając gadżetami. Wzmocnieni na ciele i duchu uczestnicy powrócili na Salę Malinową na sesję drugą poświęconą serwisom i narzędziom wyszukiującym.

Rozpoczął ją przedstawiciel firmy Elsevier, Piotr Gólkowicz, przedstawiający przede wszystkim nowości w bazie Scopus i wyjaśniający jak znaleźć w niej informacje szybko i efektywnie. Również o wyszukiwaniu informacji medycznej, lecz poprzez wyszukiwarki naukowe (np. Scirus, GoogleScholar) mówiły Anna Budzińska i Kamila Kościńska z Akademii Medycznej we Wrocławiu. Niezwykle ciekawy temat internetu społecznościowego i technologii Wiki jako narzędzia przydatnego do tworzenia wspólnych zasobów profesjonalnej informacji dla bibliotekarzy medycznych poruszyła jedna z twórców europejskiego projektu Wiki, dr Barbara Niedźwiedzka z Zakładu Informacji Naukowej Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ. O nowoczesnych i być może bardziej efektywnych sposobach przeszukiwania zintegrowanych baz danych Polskiej Bibliografii Lekarskiej i Polskiego Tezaurusu Medycznego traktowało wystąpienie Jacka Głębockiego z firmy Splendor, który jako informatyk pracujący przy obu programach, zna je od podszewki. Na koniec drugiej sesji wystąpiła reprezentująca firmę Wolters Kluwer/Ovid Edyta Burczyk, omawiająca zarówno najnowsze zmiany i bazy oferowane przez Ovid, jak i możliwości bezpłatnego narzędzia Shibboleth, identyfikującego użytkowników posiadających prawa do korzystania z danego serwera, np. uczelnianego i wszystkich jego zasobów.

Po obiedzie uczestnicy konferencji wzięli udział w jednej z bardziej nietypowych sesji

poświęconych relacjom bibliotekarzy medycznych ze środowiskiem medycznym. Nie zdarzyło się do tej pory, by na konferencji bibliotek medycznych wystąpili przedstawiciele środowiska medycznego, prezentując własne poglądy i akcentując potrzeby użytkownika, tym bardziej sesja okazała się ciekawą. Jako pierwsza zajęła głos prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej, dr Radosława Staszak-Kowalska, pokrótce przedstawiając historię i strukturę Izby oraz jej powiązania z Biblioteką Medyczną Collegium Medicum UMK. Z następną prelekcją wystąpiły bibliotekarz - dyrektor Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UJ, Anna Uryga oraz farmaceuta - przedstawiciel Ośrodka Niezależnej Informacji o Leku, Ewa Zygadło, zastanawiające się, czy idea niezależnej informacji o leku wdrożona w krajach europejskich ma szansę rozwinąć się w Polsce. Temat współpracy lekarza z bibliotekarzem medycznym, opracowany z subiektywnego punktu widzenia, a dzięki temu barwniejszy i wysoce interesujący rozwinął dr hab. Jan Styczyński, z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum UMK. Niejako uzupełnieniem doskonale przyjętego wystąpienia dr hab. Jana Styczyńskiego była prezentacja przedstawiciela gospodarzy Konferencji, Moniki Kubiak z Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UMK, omawiająca pokrótce relacje bibliotekarza medycznego z lekarzem, tym razem z punktu widzenia bibliotekarza. Z kolei o modelach współpracy biblioteki z działem nauki uczelni medycznej mówił, tego dnia zabierający głos po raz drugi, przedstawiciel firmy Splendor, Jacek Głębocki, koncentrujący się na współpracy w zakresie tworzenia i wykorzystywania bibliografii dorobku naukowego pracowników danej uczelni. Popołudniową sesję zakończyło wystąpienie dwóch sponsorów: firmy Akme Archive reprezentowanej przez Joannę Kujawską (podkreślającej znaczenie narzędzi wspomagających takich jak RefWorks) a także pozostającej w bliskiej współpracy z Akme Archive firmy ProQuest, w której imieniu wystąpił Krzysztof Murawski (najczęściej wykorzystywane przez medyków bazy tej firmy to ProQuest Medical Library i Nursing and Allied Health).

Wieczorem główny sponsor konferencji - Wydawnictwo Lekarskie PZWL zaprosiło wszystkich uczestników na kolację w klimacie regionalno-ludowym w restauracji „Kummerówka” w Myślęcinku. Na stołach królował żurek i staropolskie kielbasy, szynki i paszety, a przed oczami gości w takt tańców kujawskich i folkloru miejskiego wirowały barwne suknie i kabaty Zespołu Pieśni i Tańca Ziemi Bydgoskiej. Zespół rozgrzał gości do tego stopnia, że żywo brali udział w śpiewie i sunącym przez całą salę tanecznym korowodzie.

W środę 17 września po nocnych zabawach powrócono do meritum Konferencji oraz sesji poświęconej wykorzystaniu serwisów i narzędzi wyszukiwawczych w działalności bibliotek medycznych. Jako pierwsza zabrała głos Danuta Dąbrowska-Charytoniuk, dy-



Uczestnicy Konferencji



W kuluarach



Występ Zespołu Pieśni i Tańca Ziemi Bydgoskiej



W Chacie Kujawskiej „Kummerówka”

rektor Biblioteki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, analizując zmieniające się zachowania informacyjne pracowników naukowo-dydaktycznych. Wbrew obiegowym opiniom okazuje się, że na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku czasopisma elektroniczne przegrywają z czasopismami w formie druku, a zachowania informacyjne użytkowników nie są tak oczywiste jakby mogło się zdawać. Jako kolejni wystąpili Lucjan Stalmach i Ireneusz Korfel z Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UJ z referatem „Internet platformą integracji usług i zasobów medycznej informacji naukowej w Uniwersytecie Jagiellońskim”, omawiający nie tylko założenia unowocześnianego portalu internetowego Biblioteki Collegium Medicum UJ, ale i szerszy kontekst łączenia w sieci źródeł wiedzy, usług oraz zasobów ludzkich. Mirosława Modrzewska i Małgorzata Omilian-Mucharska z Akademii Medycznej w Gdańsku zaprezentowały swoje przemyślenia na temat „Jakie są granice inwestowania w dostęp do wiedzy? Analiza statystyk wykorzystania zasobów elektronicznych Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 2003-2007”. Wystąpienie, mimo że w dużej mierze oparte na danych statystycznych, wzbudziło chyba najciekawszą i najbardziej ożywioną dyskusję wśród słuchaczy. Kwestia rosnących kosztów zakupu zasobów on-line (zwłaszcza kolekcji czasopism elektronicznych i narzędzi wspomagających) w połączeniu z malejącą liczbą ich wykorzystania budzi pytania o nieprzewidywalne zachowania informacyjne użytkowników, jak i rozterki związane z planowaniem budżetu bibliotek. Mimo wszystko, autorki referatu doszły do dość pozytywnego wniosku, iż tak czy inaczej koszt zakupu pojedynczego artykułu zamawianego przez użytkownika niemal dwukrotnie przewyższałby koszt ściągnięcia owego artykułu z bazy pełnotekstowej zakupionej przez Uczelnię. O przystosowywaniu zasobów bibliotek medycznych do oczekiwań środowiska medycznego traktowały również prelekcja Justyny Seifert ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach „Przystosowanie bazy PubMed z wykorzystaniem serwisów LinkOut i MyNCBI do potrzeb użytkowników Śląskiego Uniwersytetu Medycznego” oraz komunikat Renaty Sławińskiej i Teresy Trzcianowskiej-Grzywacz z Akademii Medycznej we Wrocławiu „Analiza oczekiwań środowiska naukowego Uczelni a statystyki wykorzystania źródeł

informacji”. Odrębną kwestią, choć również związaną z potrzebami użytkowników zajęła się Ewa Busse-Turczyńska z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, przedstawiając analizy bibliometryczne dla środowiska naukowego generowane na podstawie bazy danych Bibliografii Publikacji Pracowników. Jako że Bibliografia Publikacji Pracowników Uniwersytetu Medycznego w Lublinie pracuje na zupełnie innym oprogramowaniu, aniżeli większość bibliotek medycznych, stąd ciekawe porównanie. Na koniec sesji IV o serwisach EBSCO wspierających działalność bibliotek medycznych opowiedzieli przedstawiciele firmy EBSCO – Teresa Górecka i Leszek Czerwiński (wspominając m.in. o Medline with Full Text, katalogu A-Z czy bazie z ilustracjami medycznymi SMART).

Ostatnia, chociaż oczywiście nie pod względem merytorycznym była sesja poświęcona projektom Unii Europejskiej, zarówno tym już wdrożonym, jak i planowanym. Rozpoczął ją przedstawiciel firmy IPS, Marcin Gabriel, przedstawiając ofertę książek elektronicznych oferowanych przez IPS bibliotekom medycznym. Tuż po nim o Regionalnym Programie Operacyjnym województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2007-2013 ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju infrastruktury kultury opowiedział w sposób ogólny, lecz klarowny niewątpliwie kompetentny w tej kwestii Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Michał Korolko. O wykorzystaniu środków unijnych z podobnego, acz wcześniejszego źródła oraz o skomplikowanym procesie wyboru programu, przygotowania wniosku unijnego, jak i przeprowadzeniu i rozliczeniu projektu mówiła niezwykle sugestywnie i zajmująco Teresa Szymorowska, Dyrektor Książnicy Kopernikańskiej, Wojewódzkiej Biblioteki Publicznej w Toruniu. Z kolei Daria Butrym i Ireneusz Szreder z Collegium Medicum UMK przedstawili dwa lata pracy na rzecz środowiska medycznego regionu kujawsko-pomorskiego w zakresie naukowej informacji medycznej w Regionalnym Centrum Informacji Medycznej prowadzonym przy Bibliotece Medycznej Collegium Medicum UMK, omawiając zarówno założenia, działalność, jak i poparte statystykami efekty pracy RCIM-u. Kilka słów dopowiedział również dr Krzysztof Nierzwicki, koordynator niniejszego projektu, wskazując potrzebę i możli-

wości dalszego prowadzenia Centrum, które spotkało się ze sporym odzewem i uznaniem środowiska medycznego województwa kujawsko-pomorskiego. Inny, kończący się już projekt unijny, przybliżył Antoni Zwiefka z Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego w wystąpieniu „Znaczenie baz wiedzy systemu RIGHT w diagnostyce i leczeniu” (interesujący program czasu rzeczywistego bazujący na elektronicznym zapisie kart chorobowych pacjentów i baz wiedzy). Następnie Dagmara Budek z Pomorskiej Biblioteki Medycznej w Szczecinie w komunikacie „Zachodniopomorski System Informacji Regionalnej i Naukowej – początek drogi” opowiedziała o powstawaniu najnowszej biblioteki cyfrowej, opartej na współpracy bibliotek regionalnych i naukowych województwa zachodniopomorskiego. Sesję zakończyli przedstawiciele formy A.B.E. Marketing – Bogdan Czubak i Arkadiusz Grzegorski, omawiający publikacje elektroniczne w ofercie ABE ze szczególnym uwzględnieniem książek elektronicznych oraz platformy e-brary.

Zakończenie 26. Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych przebiegło w serdecznej atmosferze, z podziękowaniami i kwiatami dla Komitetu Organizacyjnego, a zwłaszcza Zastępcy Dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej UMK ds. Biblioteki Medycznej, dr. Krzysztofa Nierzwickiego. Poziom merytoryczny konferencji oceniono jako wysoki, doceniając zwłaszcza inicjatywę przedstawienia, obok wypowiedzi bibliotekarzy, poglądów lekarzy i farmaceutów (sesja poświęcona relacjom bibliotekarzy ze środowiskiem medycznym) oraz szerszej perspektywy pozyskiwania środków unijnych we współpracy z Urzędami Marszałkowskimi (sesja dotycząca projektów Unii Europejskiej). Jako że była to pierwsza ogólnopolska konferencja organizowana przez Bibliotekę Medyczną Collegium Medicum UMK, zapewne nie obyło się bez drobnych niedociągnięć, lecz generalnie można uznać 26. Konferencję Problemową Bibliotek Medycznych w Bydgoszczy za udany debiut organizatorów. Za rok na kolejną konferencję problemową, tym razem prawdopodobnie poświęconą zagadnieniom dydaktycznym zaprasza Biblioteka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej

Współpraca lekarza z biblioteką medyczną: spojrzenie lekarza

Jan Styczyński

Praca lekarza w klinice ma trzy aspekty: terapia pacjentów, działalność dydaktyczna i praca naukowa. Te trzy aspekty są ze sobą ściśle związane i tylko jednoczesna realizacja wszystkich trzech celów decyduje o jakości wykonywanych zadań. Z drugiej strony, taka potrójna działalność jest nietatwa do pogodzenia, ale przecież możliwa. Leczenie pacjentów w klinice jest związane z reguły z wyselekcjo-

nowaną grupą najtrudniejszych pod względem medycznym przypadków, wobec których ciągle należy poszukiwać nowych rozwiązań terapeutycznych, stosować indywidualne rozwiązania, prowadzić terapię wysokospecjalistyczną. Każdy pacjent jest inny i u każdego pojawiają się nowe wyzwania. Z prowadzenia najtrudniejszych klinicznie pacjentów wynika możliwość, potrzeba i konieczność opracowa-

nia naukowego w celu opisania doświadczeń klinicznych, rozwoju metod terapeutycznych i porównania swoich osiągnięć z osiągnięciami innych badaczy. Działalność dydaktyczna ma wiele aspektów: od regularnej pracy ze studentami, poprzez studenckie koła naukowe i pracę indywidualną ze studentami, po szkolenie podyplomowe lekarzy stażystów, specjalizujących się i zdających egzaminy specjalizacyjne. Ża-

den z tych trzech elementów nie będzie w pełni zrealizowany bez dwóch pozostałych.

Lekarz pracujący w klinice realizuje swoje dwie podstawowe ambicje związane z pracą: skuteczne leczenie pacjentów i awans zawodowo-naukowy. Ambicje te są jednocześnie obowiązkami wynikającymi z miejsca pracy. Lekarz zatrudniony w klinice ma wręcz obowiązek podnoszenia swoich kwalifikacji i obowiązek awansu naukowego (doktorat i habilitacja). W obydwu tych celach lekarz musi posiłkować się pomocą biblioteki medycznej, w bardzo szeroko rozumianym znaczeniu.

Biblioteka medyczna stanowi bardzo istotne źródło informacji zarówno do pracy klinicznej, a jeszcze bardziej pracy naukowej. Aktualne wymagania w pracy lekarza są związane ze stosowaniem zasad medycyny opartej na faktach (EBM, evidence-based-medicine). Trzeba więc opierać się na wiadomościach udowodnionych i opublikowanych lub je tworzyć poprzez publikowanie swoich doświadczeń, osiągnięć i porażek. Zasady EBM stosowane są (w sposób świadomy lub intuicyjne) w sposób ciągły w pracy klinicznej. Lekarze zdają sobie sprawę z hierarchii i wartości prac. Coraz częściej wartościuje się wiedzę wynikającą z publikacji poprzez systemy i skale jakości naukowej. Lekarz doksztala się, a jednocześnie szkoli swoich kolegów korzystając z podręczników, baz medycznych, czasopism specjalistycznych, biorąc udział w spotkaniach szkoleniowych i konferencjach naukowych.

Miejsca, które dają najwięcej możliwości pozyskania wiedzy to biblioteka i internet (choć wiedza internetowa najczęściej nie jest poddana weryfikacji typowej wg zasad naukowych). W ostatnich latach obserwuje się trend do połączenia tych możliwości, przy czym (na razie) jedna nie zastąpi drugiej. Coraz częściej, biblioteka medyczna staje się instytucją wirtualną, a własny laptop (często z mobilnym dostępem do Internetu) staje się portalem tej biblioteki, dostępnym o każdej porze, w każdym miejscu. Kluczową sprawą staje się możliwość zdalnego dostępu do oferty biblioteki oraz zakres tej oferty. Lekarz szuka w bibliotece medycznej bazy medycznej z abstraktami, pełnego tekstu pracy naukowej, podręcznika, monografii specjalistycznych, materiałów zjazdowych, książek (również w wersji elektronicznej). Lekarz naukowiec, zajmujący się nauką, poszukuje przede wszystkim pełnych tekstów prac naukowych. Wraz z własnym rozwojem naukowym, interesują go również efekty swojej pracy: poszukuje cytowań swoich prac, wpływu na życie swojej uczelni i innych podobnych uczelni w kraju, na praktyczne zastosowanie swoich doświadczeń, pomysłów i opracowań. To będzie wpływało na tempo i efektywność awansu zawodowego i naukowego (co zazwyczaj idzie w parze i trzeba o tym pamiętać).

Podstawowa dla lekarza baza medyczna Medline jest ogólnodostępna. Biblioteki

medyczne oferują jednak znacznie większe możliwości: są to inne bazy medyczne, bazy bibliograficzne wszystkich uczelni medycznych, bibliografię pracowników, ale przede wszystkim oferują dostęp do pełnych tekstów czasopism specjalistycznych i czasami również do książek.

W zależności od etapu rozwoju zawodowego, potrzeby twórcze i wymagania są różne. Inne oczekiwania ma student (praca licencjacka, praca magisterska), inne doktorant, inne habilitant, inne profesor, jeszcze inne lekarz praktyk. Działalność naukowa w medycynie jest finalizowana pracami do publikacji w czasopiśmie recenzowanych oraz pracami wieńczącymi poszczególne etapy rozwoju naukowego. Kluczowe momenty w życiu polskiego lekarza-naukowca to pisanie rozprawy doktorskiej i rozprawy habilitacyjnej.

Działalność naukowa ma coraz częściej swoje początki już w czasie studiów. Ma to duże znaczenie praktyczne, gdyż zapoznanie się z tzw. warsztatem naukowym i podstawowymi zasadami pisania prac naukowych wymaga nakładu czasu, z reguły 1-2 lat. Studen-



dr hab. Jan Styczyński

ci, którzy zaczynają pracę naukową w ramach Studenckich Kół Naukowych, w sposób naturalny łatwiej pokonują „przedszkole naukowe” i przygotowując swoje pierwsze prace na konferencje studenckie, poznają zasady działalności naukowej, co przyspiesza ich możliwości i rozwój naukowy po ukończeniu studiów. Jest to oczywiście możliwe, jeśli studenci posiadają opiekuna naukowego (chyba najlepsze aktualnie określenie międzynarodowe to „mentor”), który wprowadzi ich w tajniki pracy naukowej. Dobra współpraca studentów STN z personelem naukowym klinik i zakładów jest warunkiem ich właściwego rozwoju naukowego w czasie studiów. Drugim warunkiem jest umiejętność korzystania z osiągnięć innych, czyli pośrednio – z oferty biblioteki medycznej. Tego też trzeba się nauczyć. A potem korzystać w sposób ciągły.

Zadaniem biblioteki wobec naukowca jest ułatwić dostęp do artykułu ze specjalistycznego czasopisma, w sposób bezpośredni lub przez bazę medyczną. Duże znaczenie może też mieć udzielanie porad. Teoretycznie, każdy naukowiec zna się na swojej dziedzinie, ale często – tylko na swojej dziedzinie. Istnieje więc nieuświadomione przez wielu na-

ukowców zapotrzebowanie na poradnictwo biblioteczne, związane z poszukiwaniem prac opublikowanych oraz przygotowywaniu się do publikacji własnych wyników. W tym zakresie można jeszcze dużo zrobić. Rodzaje informacji mogą być różne, nawet forma księgowania własnych wyników, publikacji (własnych i innych).

Osobiście cenię sobie również książki, w których znajdują uporządkowane podstawowe (choć nie tylko) informacje z zakresu tematyki, która w danym momencie jest mi potrzebna. Rozwój technologii elektronicznej spowodował, że tradycyjna książka, podręcznik, czy drukowane czasopismo ma znaczenie „klasyczne” (jak w bibliotece), natomiast coraz większe znaczenie ma tekst w wersji elektronicznej. Poza opublikowanymi artykułami w wersji elektronicznej, szybko rośnie również zapotrzebowanie na książki w wersji elektronicznej. Idealem jest posiadanie podręcznika w swoim laptopie, a na potrzeby „dyżurowe” – w palmtopie. Coraz więcej książek jest sprzedawanych wraz z wersją on-line, corocznie aktualizowaną. W parze z takimi możliwościami idą inne nowoczesne możliwości o charakterze e-medycyny. Potrzeba szybkiego dostępu do informacji stała się normalnym elementem naszych czasów. Właściwie jest to jedno ze znamion okresu w którym żyjemy. Tak samo jest z pacjentami, którzy chcieliby mieć możliwość kontaktowania się z lekarzem całą dobę (tak jak na dyżurze lekarskim). Wyrazem tego jest częste udostępnianie pacjentom numerów swoich telefonów komórkowych.

Bazy medyczne

Rola biblioteki medycznej w udostępnianiu form drukowanych jeszcze długo będzie bardzo mocna, ale coraz bardziej potrzebna jest forma elektroniczna, zwłaszcza w zakresie działalności naukowej, a więc twórczej. Podstawowym elementem medycznej informacji elektronicznej są bazy naukowe. Dla lekarzy, jest to przede wszystkim PubMed, gromadzący ponad 17 mln rekordów z ponad 5 tysięcy czasopism z ponad 80 państw. Bazą o wiele mniejszym znaczeniu, ale również często wykorzystywaną jest Embase. Bazą dla artykułów w języku polskim jest Polska Bibliografia Lekarska (PBL), która jest zaskakująco dobrze oceniana przez międzynarodowych fachowców, jako cenne uzupełnienie dostępnych danych. W PBL znajduje się ponad 350 tysięcy rekordów od 1979 roku, z ponad 300 czasopism biomedycznych. Minusem PBL jest jej ograniczenie funkcjonalności jako wyszukiwarki, a poza tym nie wszystkie publikacje są w niej dostępne. Brakuje również polskich tekstów w wersji elektronicznej. W ten sposób to, co jest pełnym standardem na świecie u nas jest praktycznie niedostępne. Również, wobec rosnącej roli programów typu EndNote i Reference Manager, niezbędnych do prawidłowego cytowania innych materiałów źródłowych – niekompatybilność PBL z tymi

programami jest istotnym ograniczeniem. PBL nie spełnia więc roli polskiego PubMed'u.

Działalność naukowa

Działalność naukowa w pracy klinicznej najczęściej wynika z potrzeby rozwiązania konkretnego problemu klinicznego, zarówno w znaczeniu analizy retrospektywnej jak i prospektywnej. Pisanie każdej pracy rozpoczyna się od pojawienia się problemu i pomysłu na jego rozwiązanie oraz ustalenie aktualnego stanu wiedzy odnoszącego się do tego problemu. Potem jest pisanie karty tematycznej, projektowanie przebiegu pracy naukowej, pisanie wniosku do Komisji Bioetycznej. Po przeprowadzeniu wszystkich badań, następuje etap pisania pracy naukowej w oparciu o wstępnie stworzoną kartę tematyczną. Jest to etap pisania abstraktu (np. do prezentacji na zebraniu wewnętrznym lub na konferencji), a potem całości manuskryptu do publikacji. Na większości z tych etapów nieodzowne jest korzystanie z baz medycznych i pełnych publikacji, a więc korzystanie z możliwości biblioteki medycznej. I tak dzieje się zawsze, niezależnie czy jest to analiza pojedynczego przypadku, czy rozwiązywanie problemów klinicznych, czy też poszukiwanie trendów diagnostycznych i terapeutycznych. Dawniej odbywało się to przez zamawianie kserokopii (co trwało czasami kilka dni lub tygodni), dzisiaj dostępne są bazy medyczne i dostęp do dużej ilości czasopism i pełnych artykułów, a co więcej - możliwy jest dostęp z domu, (dla pracowników uczelni oraz dla lekarzy jako Regionalne Centrum Informacji Medycznej, RCIM). Oczywiście za tymi możliwościami kryją się koszty, jakie ponosi uczelnia. Nie wszystko jest więc dostępne. Wiele czasopism ciągle niedostępnych lub posiada „embargo” (zazwyczaj 1-roczone) na pełne teksty opublikowanych prac. Możliwa jest też defektywność systemu dostępu domowego (tak jak każdego systemu elektronicznego).

Cytowanie prac naukowych

Każda praca naukowa wiąże się z korzystaniem z istniejącego piśmiennictwa naukowego. Rozpoczęcie badań wiąże się z uprzednim przejrzaniem bibliograficznych baz danych i bibliografii w celu wyszukania literatury na ten sam lub podobny temat, czy też wykorzystujących podobne metody badawcze. Przeszukiwanie tego typu i zapoznanie się z wybranymi pracami są niezbędne chociażby po to, aby nie powielać badań, które ktoś już kiedyś przeprowadził. Naturalną konsekwencją zapoznania się z literaturą przez autora jest powołanie się na nią w przypisach w postaci spisu piśmiennictwa w każdej pracy naukowej. Istnieją 3 sposoby wykorzystania cytowań w działalności naukowej: najczęściej stosowane przez lekarzy - wyszukiwanie dokumentów (aspekt praktyczny), oraz ocena bibliometryczna obiektów nauki (uczonych, prac, instytucji, państw) i badania za pomocą cytowań struktury dziedziny lub nauki.

Najważniejsze powody cytowania innych prac to (wg Garfield): składanie hołdu pionierom poprzez cytowanie prac klasycznych; składanie hołdu równym sobie poprzez cytowanie pokrewnych prac współczesnych; wykorzystywanie metod, pojęć, idei z cudzych prac; dostarczanie tła lekturowego; poprawianie własnej wcześniejszej pracy; poprawianie prac innych autorów; krytyka poprzedniej pracy; konkretyzowanie lub uzasadnianie wcześniejszych twierdzeń; zapowiedź przyszłych prac; dostarczanie informacji o pracach mało znanych, rzadko cytowanych, trudno dostępnych; potwierdzenie danych (np. liczbowych) lub faktów; wskazanie pierwszych publikacji omawiających daną kwestię; wskazanie publikacji tworzących eponimy lub terminy później powszechnie używane; przeciwstawienie się cudzym ideom; zakwestionowanie roszczeń do pierwszeństwa.

Rodzaje czasopism

Na świecie ukazuje się ok. 24 tysięcy recenzowanych czasopism (w tym prawie 9 tysięcy z Listy Filadelfijskiej, indeksowanych przez ISI, Information Sciences Institute), publikujących rocznie ok. 2,5 miliona artykułów. Istnieją dwie możliwości darmowego rozpowszechniania publikacji naukowych: w czasopismach o otwartym dostępie oraz samodzielnym archiwizowaniu prac w internecie przez autorów. Należy tu podkreślić, że mowa wciąż wyłącznie o czasopismach recenzowanych i o dostępie do pełnych tekstów publikacji. W literaturze przedmiotu czasopisma realizujące tę pierwszą drogę noszą szaczkę miano „złoty”. Tylko około tysiąca czasopism zalicza się do grupy „złoty”, w tym spośród prawie 9 tysięcy czasopism indeksowanych przez ISI, „złoty” jest niespełna 200. I choć liczby te również wykazują tendencję wzrostową, trudno spodziewać się istotnych zmian proporcji w najbliższej przyszłości. Należy tu dodać, że wiele spośród owych „złoty” czasopism kosztami publikacji obciąża autorów. Wiąże się to z interesami finansowymi poszczególnych wydawnictw.

Drugą możliwością udostępniania publikacji jest samodzielne internetowe udostępnianie przez autorów prac publikowanych w czasopismach. Istnieje jednak problem prawa do takiego postępowania, gdyż wiele czasopism naukowych, przyjmując prace do druku, przejmuje jednocześnie prawa wydawnicze i opublikowanie pracy w Internecie wymaga więc zazwyczaj uzyskania od wydawcy czasopisma pozwolenia. Czasopisma, które owej zgody w takiej czy innej formie udzielają, zaliczane są do grupy „zielony”.

Jednak większość czasopism nie wyraża zgody na darmowe udostępnianie artykułów, co oznacza, że publikowane w nich artykuły (czy to w wersji papierowej, czy elektronicznej) są dostępne wyłącznie za opłatą. Stanowią one grupę czasopism „szarych”, do których należy około 80% czasopism.

Znaczenie jakości i ilości w publikacjach

Oferta biblioteki medycznej jest wykonywana do oceny dorobku naukowego osób lub jednostek naukowych. Życie naukowe środowisk akademickich podlega ciągłej ocenie w różnych aspektach. Ocena ta jest oparta głównie na analizie publikacji: ilości i jakości (czasami wg zasady „publikuj lub gin”), ale w ostatnim okresie coraz większe znaczenie ma również ilość cytowań danego autora. Cytowalność jest bowiem traktowana jako bezpośrednia miara jakości lepsza niż impact factor czasopisma w którym artykuł jest opublikowany. Oceny w dziedzinie dokonań naukowych mierzone są punktami które posiadają czasopisma. W kwestii jakości ocenia się głównie punktacją MNiSW/KBN oraz impact factor i cytowania danego artykułu, umieszczone w bazach cytowań, jak na przykład „Science Citation Index”. Ocenia się również wartość tematyczną, a więc przede wszystkim oryginalne prace twórcze, czyli wkład w tworzenie rozwiązywanie problemów.

Rolę wskaźników dorobku badawczego, może spełnić np. liczba publikacji (oddzielnie prac oryginalnych, opublikowanych w światowych czasopismach o wysokiej renomie, prac o zasięgu lokalnym, artykułów przeglądowych itp.). Dorobek dydaktyczny charakteryzuje również liczba wydanych podręczników, skryptów, odbytych wykładów, wypromowanych dyplomantów itp. O reputacji naukowej świadczą nagrody naukowe, stopnie honorowe, udział w komitetach i władzach organizacji naukowych, liczba cytowań, a także zaproszenia do wygłaszania referatów i wykładów plenarnych na prestiżowych konferencjach naukowych.

Łatwo zauważyć, że ocena jednowskaźnikowa nie daje wiarygodnej informacji o dorobku naukowym badacza. Wybór decydującego wskaźnika jest w znacznym stopniu dowolny, a uzyskany obraz jest powierzchniowy i jednostronny. Zdecydowanie lepsze są systemy wielowskaźnikowe. Zbiór dużej liczby dobrze określonych wskaźników daje stosunkowo obiektywny obraz dorobku i reputacji. Okazuje się, że spośród wszystkich stosowanych wskaźników ilościowych, wskaźniki bibliometryczne (liczba publikacji i ich cytowań) w najlepszy sposób odzwierciedlają jakość prowadzonej pracy naukowej.

Oczekiwania w stosunku do pracowników bibliotek

Coraz większe oczekiwania ze strony lekarzy, zapewne mają też stymulujący wpływ na pracowników bibliotek medycznych. Istnieje przecież zapotrzebowanie na różne analizy wykonywane przez biblioteki dla lekarzy. Tematów nie zabraknie, a takie analizy mogłyby przyczynić się do ujednolicenia wymagań w różnych uczelniach, np. dotyczących różnych awansów naukowych (doktoraty, habilitacje). Niewątpliwie po roku 2000, zwiększyła się liczba polskich publikacji w czasopismach z Listy Filadelfijskiej. Pojawia się pytanie, czy

na tle osiągnięć innych naukowców, istnieją szanse na to aby Polak otrzymał nagrodę Nobla, lub inne prestiżowe wyróżnienie w dziedzinie medycyny.

Uważam, że istnieje zapotrzebowanie na powstawanie doktoratów z zakresu bibliotekoznawstwa medycznego. Komputeryzacja naszego życia przyczynia się do przyspieszenia obiegu informacji i skrócenia czasu pisanie pracy oraz zwiększenia ich ilości. Istnieje zapotrzebowanie na działalność naukową bibliotek medycznych.

Podsumowanie: przykłady z życia wzięte

Gdy pisałem moją pierwszą pracę zjazdową (1992), wystarczyło przeczytanie 1 rozdziału z książki. Gdy pisałem samodzielnie pierwszą pracę oryginalną (1994) potrzebne mi było zapoznanie się z kilkoma pracami, skorzystałem też z Głównej Biblioteki Lekarskiej (GBL). Gdy pisałem doktorat (1995), znalazłem wszystkie publikacje i abstrakty polskie oraz wszystkie publikacje zagraniczne (których zdobycie zajęło mi kilka tygodni) związane z tematem mojej pracy doktorskiej, zmieściły się one w jednym cienkim segregatorze, złożyłem też 2 wizyty w GBL. Do napisania pierwszej pracy za granicę (1998) potrzebny był mi 1 segregator z kserokopia-

mi publikacji. Przy pisaniu pierwszej „zaimprowizowanej” pracy na zachód (2001) zebrałem już 2 segregatory kserokopii. Gdy pisałem habilitację (2003-2004) zebrałem 4 segregatory kserokopii w przeciągu ponad 2 lat, a w komputerze utworzyłem 679 plików danych o łącznej wielkości 95 MB. Przy pisaniu rozdziału do książki amerykańskiej (2006) potrzebne mi były materiały źródłowe o łącznej wielkości ponad 50 MB. Przykłady te pokazują ewolucję ilości danych potrzebnych do tworzenia publikacji.

dr hab. Jan Styczyński jest adiunktem w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Współpraca lekarza z biblioteką medyczną: spojrzenie bibliotekarza

Monika Kubiak

Praca bibliotekarza medycznego nie odbiega zbyt od pracy bibliotekarskiej jako takiej, obejmując wszystkie jej aspekty: gromadzenie, opracowanie i udostępnianie zbiorów. Jednakże są to zbiory specyficzne, nastawione na potrzeby i wymagania szeroko pojętego środowiska medycznego, a przede wszystkim kręgu uczelni medycznej, czyli studentów i pracowników naukowo-dydaktycznych. Rzecz jasna, użytkownikom biblioteki mniej interesuje sam proces zamawiania czy opracowywania zbiorów, a bardziej efekt finalny – dostęp do książek, czasopism i multimediów. Studenci pierwszych lat poszukują podręczników, skryptów i artykułów w języku polskim, późniejsze roczniki, podobnie jak uczestnicy studiów doktoranckich i pracownicy naukowo-dydaktyczni rozszerzają zakres poszukiwań na szersze spektrum monografii i artykuły w języku obcym (przede wszystkim angielskim) oraz e-booki.

Z punktu widzenia bibliotekarza aspekty gromadzenia i wypożyczania zbiorów nie zmieniły się od lat. W ostatnich latach większość bibliotek wprowadziła ten lub inny zintegrowany system biblioteczny, niosący ze sobą m.in. możliwość wglądu użytkownika we własne konto biblioteczne i zamawiania książek on-line (liczba zamówionych pozycji i okres wypożyczenia zależy od statusu czytelnika); zwiększyła liczbę miejsc w ogólnodostępnych czytelniach i pracowniach, a gdzieś tam umożliwiła wolny dostęp do półek, zarówno w czytelniach, jak i magazynach.

Siłą rzeczy, za rozwojem bazy technologiczno-sprzętowej nadąża poziom wykształcenia bibliotekarzy uczelnianych, którzy w większości ukończyli studia magisterskie, często uzupełniane specjalistycznymi studiami podyplomowymi bądź dodatkowymi kursami i warsztatami programowymi, by tym efektywniej zmierzyć się z wyzwaniami współczesnego bibliotekarstwa i potrzebami czytelników. Niewątpliwie wraz z rozwojem nowoczesnych technologii i sieci internetowej najbardziej dynamiczne zmiany dotknęły działu naukowej informacji medycznej i dostępu do światowych zasobów piśmiennictwa. Zewnętrznym objawem tychże zmian

jest poszerzenie bazy komputerowej bibliotek (m.in. katalogi komputerowe czy powstawanie wielostanowiskowych pracowni komputerowych), a co ważniejsze, rozszerzenie dostępu do bibliograficznych i pełnotekstowych baz medycznych, programów interakcyjnych i książek elektronicznych dostępnych dla wszystkich jednostek w wewnętrznej sieci uczelnianej.

Bazy medyczne

Czymże byłaby naukowa informacja medyczna bez baz danych? Biblioteki medyczne od zawsze były inicjatorami i propagatorami baz w środowisku medycznym (niegdyś drukowanych, dzisiaj zastąpionych źródłami online). Dla lekarzy podstawową bazą medyczną pozostaje Medline oraz jego polski odpowiednik – Polska Bibliografia Lekarska. Dzięki nim użytkownik jest w stanie zaznajomić się ze stanem badań w danej dziedzinie czy specjalizacji, nad określonym problemem czy chorobą, w danym przedziale czasowym, docierając w ten sposób do informacji wiarygodnych i zweryfikowanych (w przeciwieństwie do informacji zaczerpniętych z wszelkiego rodzaju przeglądarek internetowych, których rzetelność i prawdziwość trudno być pewnym). Poszukujący informacji niejako podwójnie zweryfikowanych i stanowiących kwintesencję badań klinicznych i naukowych powinni sięgnąć do baz opartych na faktach (Evidence-based-medicine), jak np. Cochrane czy Dynamed. Jednakże zarówno bazy bibliograficzne typu Medline, jak i oparte na faktach udostępniają jedynie streszczenia wyszukanych artykułów, a dostępu do pełnych tekstów należy szukać w bazach pełnotekstowych - kolekcjach czasopism elektronicznych.

Głównym zadaniem bibliotekarza pracującego w dziale informacji naukowej powinna być pomoc użytkownikowi w poruszaniu się w owym chaosie informacyjnym, kierowanie go do odpowiednich źródeł (serwisów i baz) oraz wpojenie umiejętności wyszukiwania informacji, w tym płynnego przechodzenia z baz bibliograficznych i katalogów do pełnych tekstów, czy to w druku, czy on-line.



mgr Monika Kubiak

Czasopisma elektroniczne

Z każdym rokiem rośnie liczba, zasięg i znaczenie kolekcji czasopism elektronicznych. Można nawet pokusić się o tezę, że czasopisma elektroniczne powoli wypierają z rynku czasopisma drukowane, zwłaszcza jeśli chodzi o pisma anglojęzyczne. Biorąc pod uwagę ceny czasopism drukowanych i baz pełnotekstowych, biblioteki medyczne coraz częściej decydują się raczej na zakup baz obejmujących większą liczbę tytułów czasopism, dostępnych jednocześnie dla większej liczby użytkowników, tym bardziej, że w sukurs przychodzi im zawiązywanie się konsorcjów, co obniża cenę prenumeraty. Kupując czasopisma w druku, biblioteki również najczęściej decydują się na zakup pakietu związanego – czasopisma w druku i jednocześnie on-line. W ten sposób rośnie liczba czasopism elektronicznych dostępnych dla użytkowników biblioteki: studentów, lekarzy i pracowników nauki. Niestety, bazy pełnotekstowe obejmują przede wszystkim czasopisma obcojęzyczne i chociaż część wydawców polskich oferuje na stronach internetowych dostęp do pełnych artykułów, w większości przypadków panuje całkowita dowolność (od zaledwie strony informacyjnej poprzez streszczenia do pełnych tekstów dostępnych bez ograniczenia, na hasło lub po przesłaniu płatnego sms-u) i wciąż brakuje pełnotekstowej bazy czasopism polskich.

Bazy pełnotekstowe prenumerowane przez biblioteki medyczne obejmują kolekcje czasopism pochodzących bezpośrednio od wydawców (np. Blackwell, Mary Ann Liebert, Lippincott, Williams and Wilkins,

Science Direct – czasopisma Elseviera, Springer, Wiley) lub pośrednio od dystrybutorów (bazy EBSCO, ProQuest Medical Library), ta druga możliwość niesie ze sobą ryzyko wystąpienia czasowego embarga (opóźnionego dostępu) na niektóre tytuły. Biblioteki umożliwiają również dostęp do czasopism typu open access oraz czasopism pojawiających się w dostęпах testowych. Narzędziem, które ułatwia poruszanie się po wszystkich zasobach elektronicznych pozostającym w posiadaniu biblioteki pozostaje katalog czasopism elektronicznych (lista A-Z). Od pewnego czasu katalogi czasopism elektronicznych, grupując wszystkie czasopisma on-line dostępne w uczelni stanowią doskonale uzupełnienie tradycyjnych katalogów książek i czasopism gromadzonych w druku. Niewątpliwie warto użytkownikowi z nich korzystać, jeśli nie chce przeoczyć rosnących w liczbę elektronicznych zasobów biblioteki.

E-booki i biblioteki cyfrowe

Oprócz kolekcji czasopism elektronicznych coraz większą rzeszę zwolenników zdobywają e-booki, książki w postaci elektronicznej, których niewątpliwym plusem jest płynność poruszania się po rozdziałach i indeksach, natychmiastowa aktualizacja treści oraz łatwość odnajdowania w tekście słów kluczowych. Większość cenionych wydawców (m.in. Elsevier, Springer, Ovid) rozszerzyło swoją ofertę o książki elektroniczne, a analizując statystykę bibliotecznych dostępow testowych można dojść do wniosku, że zainteresowanie nimi z roku na rok wzrasta.

Podobnie jak w przypadku czasopism elektronicznych, oprócz kolekcji książek komercyjnych oferowanych przez wydawców rozwija się aspekt open access, publikacji w wolnym dostępie - przy uczelniach zaczęły powstawać repozytoria naukowe, otwarte archiwa, w których za zgodą pracowników naukowo-dydaktycznych zamieszcza się ich publikacje i rozprawy. Dzięki licencjom CC (Creative Commons, pewne prawa zastrzeżone) autorzy tekstów zachowują własne prawa a jednocześnie mogą dzielić się swoją twórczością z innymi. Licencje typu Creative Commons okazały się także przydatne w przypadku bibliotek cyfrowych (np. Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa), które do tej pory w większości opierały się na publikacjach wcześniejszych, do których wygasły prawa autorskie. Biblioteki cyfrowe oraz repozytoria naukowe (stanowiące niekiedy jedno) pozostają otwarte na współpracę z pragnącymi zamieścić publikacje w sieci. W ten sposób współpraca pomiędzy bibliotekarzem a użytkownikiem nabiera nietypowego zabarwienia (to czytelnik zachęcony przez pracownika biblioteki cyfrowej używa swoich publikacji).

Porady i szkolenia

Bibliotekarze przekazują umiejętność korzystania z katalogów i baz medycznych na

szkoleniach grupowych i indywidualnych, prowadząc zajęcia ze studentami I roku (prze-sposobienie biblioteczne), V roku (naukowa informacja medyczna) oraz na studiach doktoranckich (źródła informacji w biomedycynie). Jednakże wydaje się, że elementy naukowej informacji medycznej powinny być przekazywane znacznie wcześniej, gdyż poszukiwanie informacji z polskich czasopism biomedycznych (Polska Bibliografia Lekarska) czy literatury światowej (Medline) bywa powszechne, a umiejętności wyszukiwawcze studentów nie dorównują ich pędowi ku wiedzy. Indywidualne wyjaśnianie zasad funkcjonowania poszczególnych baz medycznych i dostępu do czasopism elektronicznych pochłania większość czasu pracy bibliotekarza z działu informacji medycznej.

Biblioteki starają się przekazywać informacje o nowozakupionych oraz dostępnych w testach bazach i kolekcjach czasopism elektronicznych jak największemu kręgowi osób zainteresowanych, umieszczając informacje w aktualnościach na stronie internetowej i rozsyłając zawiadomienia pocztą elektroniczną do wszystkich jednostek uczelnianych.

Usługi biblioteczne

Z poszerzonych możliwości bibliotek medycznych (dostępu do baz bibliograficznych i szerokiej gamy czasopism elektronicznych oraz e-booków) korzystają zarówno lekarze praktycy, jak i lekarze prowadzący intensywną pracę naukową (analiza przypadków, rozwiązywanie problemów klinicznych, rozpoznawanie nowych kierunków diagnostycznych i terapeutycznych, przygotowywanie publikacji naukowych, zbieranie materiałów do pracy doktorskiej czy rozprawy habilitacyjnej).

Pracownicy działów naukowej informacji medycznej oprócz szkoleń grupowych i porad indywidualnych wspomagają użytkowników, wykonując zestawienia bibliograficzne i wyszukiwania pełnych tekstów na określone tematy, sprawdzając dostępność artykułów w bazach pełnotekstowych, a w razie konieczności, sprowadzając poszukiwane artykuły, materiały zjazdowe czy monografie z innych bibliotek polskich i zagranicznych (wypożyczalnia międzybiblioteczna). W tym ostatnim przypadku popularne niegdyś kserokopie powoli zastępowane są plikami elektronicznymi, przesyłanymi w ramach obejmującego większość bibliotek uczelnianych systemu doc@med, jak i ściągniętymi bezpośrednio z internetu w ramach zasobów open access.

Zarówno w przypadku zestawień tematycznych, jak i wypożyczalni międzybibliotecznej największym problemem jawi się uściślenie danych, jak i powściągnięcie pewnego rodzaju niecierpliwości użytkowników. Zdecydowanie łatwiej jest bibliotekarzowi odszukać artykuły o poprawnym i zweryfikowanym opisie bibliograficznym (tytuł, autor, źródło), jak i sprawdzonej lokalizacji. Bywa, że zamawiane przez użytkownika publikacje znajdują się w zasobach biblioteki w postaci drukowanej lub online bądź są ogólnodostępne w sieci. Dlatego

warto poświęcić chwilę na sprawdzenie źródła poszukiwanego materiału w bibliotecznym katalogu książek i czasopism w druku, katalogu czasopism elektronicznych, jak i dowolnej przeglądarce internetowej.

Bibliografia publikacji pracowników

W większości przypadków to wyspecjalizowani bibliotekarze gromadzą materiały i prowadzą bibliografię publikacji pracowników danej uczelni, prowadząc ożywione kontakty z autorami tekstów. Problemy z dostarczaniem materiałów do bibliografii część uczelni rozwiązała dzięki zarządzeniom rektorskim, które nakładają na pracowników obowiązek przekazywania opublikowanych materiałów. W środowisku medycznym (i szerzej, nauk biologicznych i ścisłych) wykazanie się odpowiednim dorobkiem naukowym jest istotne zarówno dla pracownika, jak i reprezentowanej przez niego jednostki, jako że m.in. na podstawie oceny parametrycznej nawiązuje się lub przedłuża umowy o pracę oraz przynajmniej środki z działalności statutowej uczelni.

Podsumowanie

Większość użytkowników wywodzących się ze środowiska medycznego doskonale radzi sobie ze specyfiką pracy na komputerze i w Internecie. Chętnie korzysta również z zasobów bibliotecznych on-line. Wielkim plusem było wprowadzenie dostępu do medycznych baz naukowych poprzez odpowiednie numery IP, czyli w całej wewnętrznej sieci Uczelni. Jeszcze większym zainteresowaniem cieszy się możliwość dostępu do baz i kolekcji czasopism z dowolnego miejsca na hasło (co umożliwia m.in. projekt Regionalnego Centrum Informacji Medycznej). Mimo to użytkownicy dosyć często zwracają się o pomoc do bibliotekarzy z działu naukowej informacji medycznej, prosząc o zestawienia tematyczne, wyjaśnienia w przypadku nowych lub testowych baz danych, bądź potwierdzenia dostępności czasopism w zbiorach biblioteki. Prawdą jest, że medycyna jest dziedziną wymagającą, narzucającą konieczność ciągłego kształcenia i poszukiwania, a jednym z zadań biblioteki jest ułatwienie użytkownikowi dostępu do specjalistycznych książek i artykułów (w druku i w postaci elektronicznej). Obecnie miast poszukiwać informacji w księgach i bibliografiach drukowanych większy nacisk kładzie się na informacje dostępne on-line, ale samo zadanie nie uległo zmianie. We współpracy bibliotekarza z użytkownikiem liczy się dostęp do zasobów, poprawna weryfikacja danych czy jasność sformułowanego zapytania. Im więcej czasu zarezerwujemy sobie na wyszukiwanie, im dokładniej sprawdzimy dane, tym większa efektywność wyników. Bywa także, że to, co dla bibliotekarza jest oczywiste, niekoniecznie musi być oczywiste dla użytkownika, a wówczas zadaniem bibliotekarza jest ową wzajemną oczywistość osiągnąć.

Światowy sukces Chóru Collegium Medicum

www.cm.umk.pl

W dniach 8-13 lipca 2008 r. Chór Collegium Medicum pod dyрекcją prof. Janusza Staneckiego uczestniczył w jednej z najbardziej prestiżowych światowych imprez chóralnych - Międzynarodowym Festiwalu Chóralnym w Llangollen (Wielka Brytania), gdzie odniósł największy sukces w dotychczasowej działalności.

Konkurs w Llangollen należy do najtrudniejszych. Międzynarodowe jury niezwykle wnikliwie ocenia poszczególne zespoły chóralne i przyznaje jedynie pojedyncze nagrody i miejsca (w przeciwieństwie do wielu konkursów, w których chóry klasyfikuje się w grupach np. pierwszych miejsc czy złotych medali). Opinie o występie każdego z chórów odczytuje się publicznie po występie każdej z kategorii.

Bydgoscy chórzyci ciężko pracowali przez wiele miesięcy, by uzyskać poziom pozwalający rywalizować z najlepszymi zespołami z całego świata. W konkursie w Llangollen wzięły udział znakomite zespoły między innymi z Singapuru, Filipin, Stanów Zjednoczonych, Republiki Południowej Afryki oraz wielu krajów europejskich. Chór Collegium Medicum jeszcze przed ogłoszeniem wyników festiwalu uzyskał wiele bardzo pozytywnych opinii i recenzji ze swoich występów. Potwierdziła to oficjalna informacja o nagrodach i miejscach oraz punktacji. Bydgoski chór medyków odniósł największy sukces w swoim dotychczasowym dorobku (od roku 1985), uzyskując:

- II nagrodę w kategorii chórów żeńskich,
- 4 miejsce w kategorii chórów kameralnych,
- 5 miejsce w kategorii chórów ludowych,
- 6 miejsce w kategorii chórów młodzieżowych.



Chór Collegium Medicum UMK pod dyрекcją prof. Janusza Staneckiego w Llangollen



Chór Collegium Medicum znakomicie promował naszą Uczelnię, a także miasto i region w światowym zestawieniu. Wyjazd

Chóru mógł dojść do skutku dzięki wsparciu władz Uniwersytetu oraz dotacji Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego.

O degustacji wina

Władysław Sinkiewicz

Po pierwszej serii naszych opowieści o historii wina zajmijmy się stroną praktyczną spożywania tego szlachetnego trunku. Wbrew pozorom nie jest to wcale takie proste i oczywiste. Pomimo niewątpliwego postępu w ostatnich latach, który obserwujemy w zakresie kultury picia wina, wciąż jeszcze napotykamy na wiele trudności przy wyborze odpowiedniej butelki w sklepie lub restauracji. Żyjmy nadzieją, że ten skrótowy „savoir vivre” sprawi, że wybór wina nie będzie niepotrzebnym stresem, a przeciwnie sprawi nam wiele satysfakcji i niezapomnianych zmysłowych wrażeń w czasie degustacji.

Degustacja wina jest próbą określenia jego koloru, aromatu oraz jego smaku. Z kolei te cechy mogą przybliżyć nas do miejsca pochodzenia wina, rodzaju winogron, z których je wyprodukowano oraz wieku wina. Degustując wino angażujemy trzy główne zmysły: wzrok, węch i smak, stąd rozróżnia się trzy zasadnicze fazy degustacji wina:

Degustacja wizualna, czyli oczy, kolor, klarowność

Wino degustuje się najpierw wzrokiem. Po nalaniu do kieliszka (mniej więcej 1/3 objętości) obserwujemy czy powierzchnia jest lśniąca, a wino klarowne. Następnie obserwujemy, czy w winie nie ma ciał obcych (od korka lub innych zanieczyszczeń), powierzchnia nie jest oleista i nie opalizuje tęczowym kolorem, co może być objawem choroby wina lub jego utlenienia. Gdy wino jest już w kieliszku zakręcimy nim lekko, na ściance kieliszka zaczęną pojawiać się charakterystyczne nóżki, łezki, smużki, mniej lub bardziej długie, jakby wino było oleiste. Wskazują one na większą zawartość w winie alkoholu i cukrów. Obecność dwutlenku węgla objawia się małą bąbelkami. W szampanie bąbelki te są bardziej eleganckie, szlachetne. Szybsze lub wolniejsze ulatnianie się dwutlenku węgla świadczy o klasie szampana. Im mniejsze bąbelki, dłużej

i wolniej wydobywają się z kieliszka, tym szlachetniejszy jest trunek. Przezrzystość wina jest oznaką jego zdrowia. Jeśli wino jest zmaczone, może to oznaczać, że jest zepsute, a gdy było to wino stare, przez nieuwagę mogliśmy zmaczyć je osadem z dna. Stare roczniki win zwykle dekantuje się przed podaniem na stół. Przy dobrym oświetleniu, na białym tle, badamy kolor i odcienie wina. Kolor wina określamy jako jego szata, zależy od wielu czynników, głównie od wieku i stanu konserwacji wina. Wina białe mogą być bezbarwne, bladeżółte, jasnożółte, żółciste, słomkowe, bursztynowe, pomarańczowe a nawet rudawobrązowe. Wina różowe miewają kolory bardzo zróżnicowane od blad różowego do ciemnoróżowego, a nawet fioletowo-różowego. Dla niektórych kolorów trudno jest nawet znaleźć odpowiednią nazwę. Wina czerwone posiadają najbardziej złożoną paletę barw, od koloru granatu, fioleto, aż po brąz i mahoń. Dojrzewając zmieniają barwę z czerwonej z odcieniem wiśni, rubinu,

purpury na cegląstą. Oczywiście wszystkie te zmiany można zaobserwować w winach o dużym potencjale starzenia. Jeśli młode białe wino ma odcień bursztynowy, a czerwone brązowy, oznaczać to będzie jedynie, że nie ucieszymy się tym winem.

Degustacja węchowa, czyli nos, bukiet, powonienie

Degustacja węchowa powinna przebiegać w trzech fazach. Na początku, bez zakręcania kieliszkiem wachamy wino. Jest to pierwszy test wina, tzw. pierwszy nos („premier nez”). Wąchanie wina w nieruchomym kieliszku pozwala wyczuć zapachy najbardziej lotne. Następnie krótko zakręcamy winem w kieliszku, ten manewr uwalniając cięższe aromaty wina pozwala na pierwsze wrażenie, czy wino jest poprawne, czy złe. Jest to tzw. drugi nos („deuxieme nez”). Wreszcie intensywnie mieszając winem w kieliszku w celu jego dobrego napowietrzenia, powodujemy uwolnienie się wszystkich zapachów wina - dobrych lub złych. Jest to tzw. trzeci nos („troisieme nez”).

Oczywiście nasze wrażenia zależą od wielu czynników: klasy wina, jego wieku, pochodzenia itd. Trzeba wiedzieć, że wino nie ma swojego, specyficznego zapachu. Zapach wina identyfikuje się więc przez podobieństwo do innych. Młode wina cechują tzw. zapachy pierwotne, zależne od szczepu winogron i ich dojrzałości. Po pewnym czasie dojrzewania w butelce w winie pojawiają się tzw. zapachy wtórne, zależne od sposobu maceracji i winifikacji. Stare, długowieczne wina posiadają to, co zwykle nazywamy bukietem wina. W złożonym bukiecie wina wykryć możemy jego odcienie, które przypominają nam mogą aromaty: kwiatów akacji, fiołków, róży, jaśminu, tymianku, lawendy itp., świeżych owoców: jabłek, bananów, wiśni, malin, czarnych porzeczek, cytryn, pigwy, itd.), roślin: świeżo skoszonej trawy, ściółki, torfu, paproci, korzeni: wanilii, lukrecji, pieprzu, jałowca, gałki muszkatołowej, goździków, pochodzące z palenia różnych produktów i substancji: kawy, chleba, tytoniu, dymu, prażonych migdałów, zwierząt: piżma, ambry, skóry itp.

Specjaliści od zapachów identyfikują ich nawet ponad pięćset. Wymienione wyżej



aromaty wina zwykle rozwijają się w określonym porządku: najpierw zapach kwiatów, potem owoców, roślin a potem pozostałe. W czerwonych winach dojrzewających w dębie, łatwo wyczuwalny jest zapach wanilii.

Degustacja smakowa, czyli podniebienie, smak

Powszechnie wiadomo, że nasze usta mogą wyczuwać dosyć ograniczony zestaw smaków: kwaśny, słodki, słony i gorzki. Słonego smaku raczej nie powinniśmy oczekiwać w winie, również gorycz nie jest w nim oczekiwana. W winach wytrawnych o małej zawartości kwasów, aksamienny posmak alkoholu może sprawiać, że wino może wydać nam się minimalnie słodkie. Degustacja smakowa polega na tym, że bierzemy do ust dostateczną ilość wina, jednocześnie wciągając powietrze, by je dotlenić. „Przeżuujemy” je mieszając językiem starając się zidentyfikować zawartość cukrów, kwasów oraz garbników. Oceniając wszystkie te elementy ustalamy stopień zrównoważenia wina, czyli harmonii. Język francuski posiada bardzo bogate słownictwo rozwijające te trzy określenia, niestety język polski nie ma w tym zakresie dostatecznie rozwiniętej palety słów, by w tłumaczeniu nie narazić się na śmieszność. Terminy określające smak wina winny być dosyć ściśle określone i znane degustującym, bo np. jeśli powiemy o winie, że jest tępe, ciężkawe i bez wyrazu to winniśmy wiedzieć, że brakuje im kwasowości absolutnie niezbędnej w każdym winie. Przewaga garbników i kwasowości daje wina zamknięte, twarde lub sztywne. Przewaga kwasów nad garbnikami daje wina „kanciaste”. Zbyt duża zawartość garbników sprawia, że wino jest cierpkie. W winach młodych przeważają kwasy i cukier czyni, że są łatwymi do picia. Jeśli w nich przeważa słodycz mówi się o nich, że są zwinne, gdy kwasowość - że są kruche.

Jednym z istotnych dla smakowych cech degustacyjnych wina jest jego „długość”, czyli wyrażony w sekundach czas, w którym aromat i smak wina pozostaje w ustach. Im wino lepsze, tym ma większą „długość”, czyli długi język, długi finisz”, czyli, gdy już je przełknijemy, czujemy w ustach jeszcze przez wiele sekund - są nawet na to odpowiednie miary. Niektórzy badają tę właściwość ze stoperami w rękę. O takim winie mówi się, że ma pawi ogon. Bywają wina, które odchodzą przez kilkadziesiąt sekund.

Niezwykle trudno jest sprecyzować słowa mające określić smak wina. Wino należy do najbardziej złożonych, kompleksowych smaków jakich doświadczamy, co wyjaśnia dlaczego język wina jest często taki dziwny. Ponadto smak jest odczuciem często bardzo subiektywnym, a nie naukowym. W końcu to nasze własne podniebienie jest naszym najlepszym przewodnikiem.

Smaki niektórych win odmianowych.

Odmiany białe:
Sauvignon Blanc: agrest, szparagi.

Sémillon: pomarańcza, miód, limonka.
Chardonnay: masło, melon, jabłko, ananas, wanilia (jeśli dojrzewa w dębie)
Chenin Blanc: mokra wełna, wosk pszczele, miód, jabłko, migdały.
Riesling: owoce cytrusowe, ropa, miód.
Gewürztraminer: kwiat róży, przyprawy korzenne.
Viognier: owoce brzoskwini, gruszki, gałki muszkatołowej, moreli.
Marsanne: migdały, marcepan.
Odmiany czerwone:
Gamay: banan, guma do żucia, czerwone owoce.
Pinot Noir: maliny, wiśnie, fiołki, „podwórce gospodarskie” (z wiekiem).
Zinfandel: czarna wiśnia, mieszane przyprawy, mięta.
Syrah: tytoń, pieprz, jeżyna.
Grenache: pieprz, malina.
Tempranillo: wanilia, truskawka, tytoń.
Sangiovese: zioła, czarna wiśnia, ziemia.
Nebbiolo: skóra, uduszone suszone śliwki, czekolada, lukrecja.
Merlot: czarna wiśnia, śliwki, pieprz, kawa.

Ogólne zasady degustacji i podawania wina

Ważne dla gospodarza:

1. Na przyjęciach wina podawane winno być najpierw paniom, osobom starszym, pozostałym gościom, na końcu gospodarzowi
2. Dobrze jest zaprosić tylko taką liczbę gości, która pomieści się wygodnie w Twoim domu, zbyt ni tłum onieśmiela gości.
3. Należy zadbać o wodę do płukania ust i kieliszków, jeżeli nie przewidujemy odrębnych dla każdego wina
4. Podczas degustacji można podać niesolone krakersy, bagietkę. Nie powinno się podawać potraw o silnym smaku.

Ważne dla gości:

1. Kieliszek należy trzymać za nóżkę, nigdy za czaszę, co wydaje się być nagminne. Nie podgrzewamy wtedy wina i nie zostawiamy śladów na kieliszku.
2. Idąc na degustację należy z umiarem używać perfum, wody kolońskiej, płynów po goleniu, itp.
3. Przed degustacją nie należy palić papierosów lub cygar, ponieważ niekorzystnie wpływa to na smak wina.
4. Po używaniu gumy do żucia należy koniecznie wypłukać usta przed degustacją.

Po tej krótkiej rozprawie teoretycznej proponuję ćwiczenia praktyczne, np. kupić po jednym winie z tzw. wyższej i niższej półki i prześledzić tok degustacji według wyżej opisanego scenariusza. A nuż wśród nas drzemie geniusz z „nosem” zdolnym do rozróżniania 501 zapachów, lub zdarzy się nam kupić wino o „pawim ogonie”?

dr hab. Władysław Sinkiewicz, prof. UMK jest kierownikiem Katedry i Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii

Wystawa w Muzeum Uniwersyteckim w Toruniu „Galaktyka Gutenberga. Inkunabuły ze zbiorów Biblioteki Wyższego Seminarium Duchownego w Pelplinie”

Krzysztof Nierzwicki

Pelplin – niewielkie miasteczko kociewskie – swe istnienie zawdzięcza przede wszystkim cystersom, którzy poprzez wieś Pogódki przybyli tu z meklemburskiego Doberanu w drugiej połowie XIII stulecia. Klasztor w szybkim czasie stał się jednym z największych opactw na Pomorzu, zaś jego doskonała kondycja do dziś jeszcze widoczna jest w postaci pięknej bazyliki katedralnej oraz kompleksu zabudowań klasztornych. Ważnym wydarzeniem dla rozwoju Pelplina było przeniesienie tutaj w 1823 r. stolicy starego biskupstwa chełmińskiego mającego dotychczas siedzibę w Chełmży, a także związanych z nim instytucji w tym seminarium duchownego (od 1829), które przyczyniło się do utworzenia biblioteki spełniającej funkcję księgozbioru naukowego. Owa tworzona w XIX w. biblioteka seminaryjna to dziś – pomimo licznych strat wojennych – bogata księżnica licząca blisko 13 tysięcy starodruków i ponad 600 rękopisów, w tym około 250 wytworzonych w okresie średniowiecza. Obok manuskryptów średniowiecznych drugą pod względem cenności zbiorów jest kolekcja druków XV w. – inkunabułów, licząca obecnie blisko 550 egzemplarzy w niespełna 400 woluminach, będąca jedną z 10. największych w kraju. Szczególna jej wartość wynika z bardzo znacznej liczby przechowywanych w Pelplinie druków rzadkich lub unikatowych, a także – jak pisze prof. Janusz Tondel, autor obszernej pracy o pelplińskich paleotypach – z niezłego stanu zachowania zbioru. Bez wątpienia księżnica pelplińska znana jest przede wszystkim z jedynej w Polsce Biblii tłoczonyj w warsztacie mistrza Jana z Moguncji – Gu-

tenberga. Walory pelplińskiego zbioru podnoszą również pokazywane częściowo na wystawie bardzo cenne polonika XV w. – produkty oficyny Malborka, Wrocławia czy też przypisywane Braciom Wspólnego Życia z Chełmna.

Kolekcja inkunabułów – podobnie jak i cała zabytkowa część zbiorów pelplińskich – swój kształt przybrała w okresie pokasacyjnym, czyli w pierwszej połowie XIX wieku. Zasadniczy jej zrząd tworzą fragmenty lub zgoła całe kolekcje ze skasowanych klasztorów pomorskich, resztę stanowią pozostałości po księgozbiorach seminarium chełmińskiego, kapituły katedralnej oraz dawnych bibliotek parafialnych, biskupów, kanoników i kleru diecezjalnego. Największe zespoły proveniencyjne to kolekcje miejscowego opactwa cystersów, klasztoru kartuzów z Kartuz, czy też piękny zbiór biblioteki bernardynów z Lubawy. Niemal fragment kolekcji to książki pochodzące z bibliotek klasztornych Gdańska i Torunia.

Tytuł wystawy nawiązuje do słynnej książki wielkiego znawcy mediów Herberta Marshalla McLuhana „Galaktyka Gutenberga” z 1962 roku, który uznał, że zastosowanie ruchomej czcionki drukarskiej, a więc wynalazku Johanna Gutenberga – do powielania tekstów miało ogromny wpływ na rozwój kultury nowoczesnej Europy. W przenośni galaktyką Gutenberga możemy określić także przestrzeń europejskiej szybko rozwijającej się typografii XV wieku, która w dużej części poprzez uczniowie Mistrza Jana pozostawała w orbicie wpływów tego mogunckiego wynalazcy.

Wystawa pomyślana była w pewnym sensie jako oprawa i ilustracja dla promocji wspomnianej pracy prof. Janusza Tondela poświęconej inkunabułom Biblioteki Seminaryjnej w Pelplinie. Opasły wolumin pracy Profesora – wydany w kooperacji przez Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika oraz Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej „Bernardinum” jest bez wątpienia dziełem zachwycającym. Znakomita szata graficzna, zaprojektowana przez eksperta tej branży Andrzeja Tomaszewskiego, połączona z mistrzowsko wykonanymi fotografiami Andrzeja Skowrońskiego, przy znakomitych parametrach druku, papieru a także oprawy dała w rezultacie pracę, której odpowiednika trudno byłoby szukać we współczesnym edytorstwie naukowym. Ale jej walory nie ograniczają się tylko do warstwy edytorskiej. Książka początkowo pomyślana, jako katalog inkunabułów biblioteki przerodziła się w ciągu lat pracy nad zbiorem w dzieło daleko bardziej ambitne. Autor, ów katalog inkunabułów, potraktował jako empiryczną część popelnionej obok niego, obszernej monografii pelplińskiej kolekcji, podejmując się omówienia wszystkich aspektów związanych z przechowywanymi w Pelplinie pa-



Ioannes Balbus, Catholicon, Strasburg 1482; ekslibris malowany biskupa chełmińskiego Stefana z Nidzicy (fot. A. Skowroński)

leotypami. Czytelnik zatem zapozna się zarówno z dziejami i proveniencją pelplińskich inkunabułów, przeczyta o ich walorach edytorskich a także – dzięki licznym ustaleniom Profesora – dowie się wielu ważnych kwestii związanych z oprawą książek i ich zdobnictwem. Wszystko to doskonale zilustrowane licznymi fotografiami daje w efekcie obraz dzieła ze wszech miar znakomitego. Wydaje się zatem, że w polskiej, ale pewnie i nie tylko polskiej bibliologii, książka prof. Janusza Tondela wytycza nowe, bardzo ambitne normy dla badań inkunabulistycznych, zwłaszcza



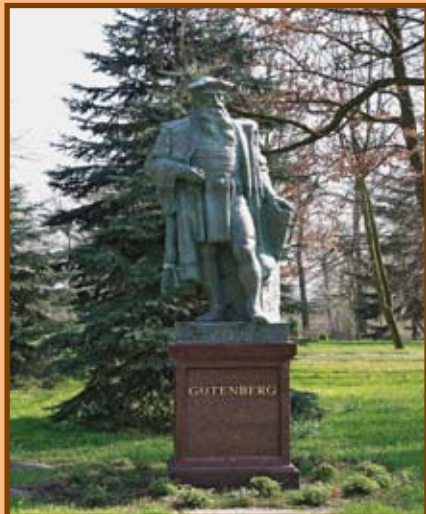
Janusz Tondel, Inkunabuły w zbiorach Biblioteki Wyższego Seminarium Duchownego w Pelplinie, Pelplin-Toruń 2008



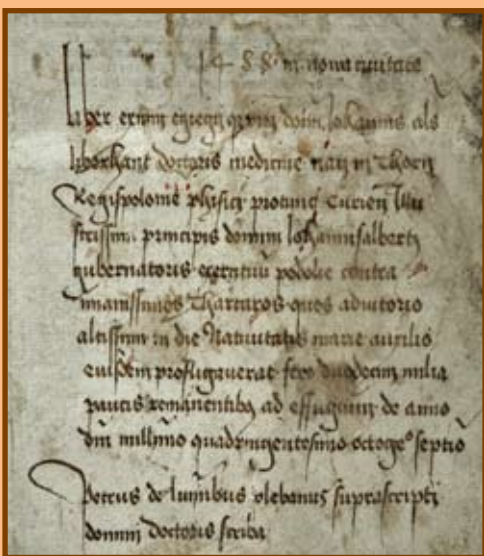
Ioannes Dunst Scotus, Quaestiones in IV libros Sententiarum, Norymberga 1481; inicjał wstępny, Pelplin, BWSD Inc. F. 826 adl. (fot. A. Skowroński)



Biblia Gutenberga, Moguncja 1454/1455; pierwsza karta z inicjałem złoconym E, kopia z faksymile, Pelplin 2002 Wydaw. Bernardinum



Pomnik Jana Gutenberga, aut. S. Radwański 1996, Pelplin ogród biskupi (fot. A. Skowroński).



Haly filius Abenragel, Liber in iudicis astrorum, Wenecja 1485; notatka proveniencyjna toruńskiego medyka Jana Liberhanta, k. tyt. (fot. K. Nierzwicki)

w zakresie publikacji katalogów druków XV w.

Wartość pracy – dostrzeżona również szybko w środowisku naukowym i nagrodzona prestiżową nagrodą Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego – zyskała także życzliwość władz biskupich i seminaryjnych w Pelplinie, które zgodziły się na wypożyczenie tytułu zabytków, dała asumpt do przygotowania wystawy. Nieprzypadkowe jest również i miejsce ekspozycji. Zorganizowano ją bowiem w Muzeum Uniwersyteckim w Collegium Maximum przy placu Rapackiego 1, mającym swą siedzibę w pięknym manierystycznym budynku dawnego banku NBP – zlokalizowanym w centrum Torunia, a przy tym dającym gwarancję bezpieczeństwa zbiorów, podlegającym jednocześnie instytucji hołdującej książce – Bibliotece Uniwersyteckiej.

W rezultacie konsultacji z prof. Tondelem z Pelplina do Torunia przyjechało ponad 50 dzieł w 33 woluminach z pięknie wydanym w ostatnich latach faksymile Biblii Gutenberga na czele. W czasie wernisażu lokalne media z pewnym rozżaleniem wytykały kuratorom brak oryginału, jednakże jego wypożyczenie z wielu względów było niemożliwe. Dość wspomnieć choćby tylko jego wartość, szacowaną na miliony dolarów, co w perspektywie przysporzyłoby ogromnych kosztów transportu i ubezpieczenia. Z drugiej strony, wg słusznej opinii dyrektora Muzeum Diecezjalnego w Pelplinie ks. Wincentego Pytlika, niewielka odległość, jaka dzieli oba miasta nie powinna stanowić przeszkody, aby oryginał dzieła obejrzeć na miejscu w Pelplinie. Epatowanie zaś mediów, a za ich pośrednictwem opinii publicznej spektakularnym, tryumfalnym pojawieniem się cennego oryginału wydaje się zupełnie niezasadne a wręcz niezgodne z praktyką muzealniczą. Zresztą faksymile pelplińskiej Biblii Gutenberga – dzięki niezwykłemu staraniu wydawcy o drobiazgowo odtworzenie wszystkich detali oryginału – pozwala zwiedzającym wyobrazić sobie, jak naprawdę wygląda owo arcydzieło czarnej sztuki. Biblia przechowywana w Pelplinie jest jedną z kilkunastu kompletów zachowanych na świecie, a wyróżnia ją z tego zasobu drobny szczegół uwidoczniiony na 46 karcie pierwszego tomu (Stary Testament) – tzw. ślad przewróconej czcionki, która zapewne wypadła z rąk zecera i zabrudziła dolny margines wspomnianej karty. Dzisiaj jest to charakterystyczna, znana w literaturze mała plama, która miała jednak wielkie znaczenie, pozwoliła bowiem badaczom na ustalenie wielkości słupka czcionki Gutenberga. Pelpliński oryginał cechuje jeszcze jeden walor podnoszący jego wartość – mianowicie XV-wieczna, sygnowana oprawa wykonana w lubeckiej pracowni Henryka Costera.

Wystawa jednak – co umknęło relacjonującym jej wernisaż mediom – to nie tylko Biblia Gutenberga. Niezwykle ciekawe, a przy tym wyjątkowo cenne i rzadkie są również dzieła, które w literaturze określamy mianem polonika. W szczególności na miano dzieła wielkiej rzadkości zasługuje żywot św. Doroty pióra Jana z Kwidzyna drukowany w 1492 r. w malborskiej efemerycznej oficynie złotnika Jakuba Karweyse – jeden z dwu zachowanych

na świecie (obok Biblioteki Narodowej w Petersburgu). Jest to pierwszy sygnowany druk pomorski, przedmiot dumy naszego regionu, który już w XV stuleciu mógł poszczycić się działalnością oficyny typograficznej. Jeszcze ciekawszym bodaj woluminem jest tom zawierający m. in. prace paryskiego teologa Jana Gersona. Opuściły one prasy dotychczas niezidentyfikowanej oficyny drukarskiej, w literaturze bibliologicznej przypisywanej chełmińskiemu zgromadzeniu Braci Wspólnego Życia, którzy kilkadziesiąt lat przełomu XV i XVI wieku prowadzili w Chełmnie szkołę. Zgodnie z przypuszczeniem jednej z badaczek – Elizy Szandorowskiej owi Bracia – dzięki wydaniu wspomnianych książek – mogli być pierwszymi, którzy zaprowadzili na polskiej ziemi sztukę typografii. W nauce o książce utrwaliło się przekonanie, że pierwszym drukarzem działającym na terenie Polski był Kasper Straube, Niemiec z pochodzenia, który w końcu 1473 lub początkach 1474 wyłoczył w Krakowie jednokartowy kalendarz na rok 1474, uważany za pierwszy druk, który wyszedł spod polskiej prasy. W efekcie żmudnych badań Eliza Szandorowska nie bezpodstawnie zaryzykowała tezę, że druki, które niewątpliwie zostały wykonane na ziemiach Polski, ale nie można ustalić ich drukarza - nazywając go umownie Typographus Leonis I papae, Sermones (drukarz kazań papieża Leona I), pochodzą być może z chełmińskiego warsztatu, przywiezionego przez Braci z ich domu macierzystego w Niderlandach (Zwolle), za czym przemawia niderlandzki krój czcionek występujący w owych drukach. Datowanie domniemyanych wytworów warsztatu Braci ustaliła autorka na rok 1473, tym samym podważając pierwszeństwo krakowskiej oficyny Kaspra Straubego. Interesująca ta hipoteza do dzisiaj czeka na wyjaśnienie. Jakkolwiek chełmińskie pochodzenie wspomnianego woluminu nie jest pewne, tak prezentowany obok niego kolejny tom posiada oprawę, którą wykonano w niewątpliwie funkcjonującym w zgromadzeniu braci warsztacie intrologatorskim.

Na wystawie zaprezentowano także inne „pomeranica”, jak choćby wolumin zaopatrzony w oprawę wykonaną przez Konrada Baumgarta – intrologatora a zarazem pierwszego typografa Gdańska, mającego w swym dorobku obszerne dzieło liturgiczne – Agendę, której egzemplarz jeszcze przed wojną znajdował się w zbiorach pelplińskich. Obok wspomnianej oprawy gdańskiej prezentujemy także dwa woluminy zaopatrzone w okładziny w mającym wysoką renomę warsztacie toruńskim Macieja Hadebera. Innym ciekawym dziełem, którego losy poprzez profesję i biografię właściciela wiążą się ze światem medycznym a także z Toruniem, jest wolumin zawierający wenecką edycję jednego z arabskich dzieł astrologicznych – Liber in iudicis astrorum. Właścicielem tomu – czego potwierdzeniem jest piękna, datowana na rok 1488, kaligraficzna notka proveniencyjna na pierwszej karcie książki – był urodzony w Toruniu doktor medycyny oraz fizyk królewski,

odnotowany w literaturze, Jan Liberhant.

Ekspozycyjny zasób inkunabułów w znacznej części – o czym wspomniano – pochodzi z dawnego kaszubskiego klasztoru kartuzów w Kartuzach. Zakon ten – zwłaszcza w okresie średniowiecza – słynący z pielęgnacji i wysokiej kultury książki – również w swej pomorskiej pustelni hołdował tym zwyczajom. Samych inkunabułów z dawnej – liczącej ponad 3300 egzemplarzy – biblioteki zachowała się prawie setka, w tym dzieła niezwykłej urody, ozdobione pięknymi i oryginalnymi iluminacjami. Na wystawie znalazło się kilkanaście woluminów tej proweniencji, z których najciekawszy jest tom zawierający dzieła Jana Dunsza Szkota w norymberskiej edycji Antona Kobergera, ozdobiony niezwykle malowanym inicjałem wstępnym – jak pisze J. Tondel – przedstawiającym w swym obrysie hybrydyczne monstrum, będące połączeniem smoczego tułowia z osadzoną na nim ludzką głową (zob. okładka Wiadomości Akademickich). Walory woluminu podnosi również fakt, iż zanim trafił do zbiorów kartuskich a potem pelplińskich znajdował się w XV w. w rękach wybitnego bibliofila gdańskiego, znanego z podręczników do historii książki – Jana Waltera z Chojnic.

Kilka woluminów zaprezentowanych na ekspozycji pochodzi ze wspomnianej biblioteki franciszkanów obserwantów – bernardynów z Lubawy. Z owego zbioru wyróżnia się opasły tom dzieła Jana Balbusa – Catholicon w edycji strasburskiej z 1482 r. z pięknie ozdobioną inicjałem i bogatą floraturą pierwszą kartą, na której umieszczono portret biskupa chełmińskiego Stefana z Nidzicy.

Z pozostałych książek pokazywanych na wystawie odnotowania godnym jest ogromnie cenny inkunabuł norymberskiej drukarni Kobergera „Liber chronicarum” Hartmanna Schedla, dzieło nie mającego równych sobie w dorobku XV-wiecznej typografii, pięknie ilustrowane 1800 drzeworytami w tym m. in. wizerunkami miast europejskich, spośród których

znalazł się również Kraków z Kazimierzem.

Dopełnieniem ekspozycji są egzemplarze ozdobione pięknymi iluminowanymi inicjałami oraz floraturami, a także woluminy wybrane ze względu na wyjątkowe walory typograficzne, złożone szlachetnymi czcionkami czy też wyposażone w dekoracyjne ilustracje drzeworytnicze.

Wystawa prezentowana jest w Muzeum Uniwersyteckim do 15 listopada 2008 r. Jej kuratorami są Sławomir Majoch i piszący te słowa.

Biorąc pod uwagę wartość dzieł, ich uni-

kalność oraz fakt, iż rzadko pokazywane są na otwartych ekspozycjach warto było pofatygować się do Torunia i zobaczyć tę niezwykłą ekspozycję, ilustrującą przełom w europejskiej kulturze mediów, przełom, którego skutki oraz zasięg oddziaływania po wiekach nazwano Galaktyką Gutenberga.

dr Krzysztof Nierzwicki jest Zastępcą Dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej ds. Biblioteki Medycznej i jednym z organizatorów wystawy



Widok Pelplina, litografia 1836 (fot. A. Skowroński)



Hartmann Schedel, Liber chronicarum, Norymberga 1493, karta z wizerunkiem Krakowa i Kazimierza (fot. A. Skowroński)

LEP 2008

Marcin Dramiński

W sesji jesiennej LEP zdaje większość lekarzy stażystów, którzy zamierzają rozpocząć regularną pracę w społeczeństwie. Dlatego wynikami tej sesji interesują się wszyscy związani ze sprawami osobowymi medycyny w Kraju.

W poprzedniej notatce (Wiadomości Akademickie 29 czerwca 2008 roku) anonsowałem zainteresowanie wynikami jesiennej sesji LEP-2008 i wyrażałem nadzieję, że będą one korzystne dla CM UMK. I rzeczywiście śred-

ni wynik egzaminu (145,3 prawidłowych odpowiedzi) umieścił naszą Uczelnię na piątym miejscu w Polsce. W poprzednich jesiennych sesjach zajmowaliśmy dalsze pozycje.

Wyniki te należy jednak interpretować bardzo ostrożnie, gdyż SD średniej (144,1) wynosi ok. 16 odpowiedzi a najlepsza akademia medyczna uzyskała średnio 152,9 poprawnych odpowiedzi (ostatnia 137,2). Praktycznie poziom kształcenia jest wyrównany i wyniki mieszczą się w zakresie odchylenia standardowego.

Jednak miejsce zajęte wśród krajowych Uczelni daje satysfakcję, gdyż jest wynikiem naszych wysiłków dydaktycznych – studentów i nauczycieli akademickich.

Wartości liczbowe na podstawie publikowanych przez CEM w Internecie (www.cem.edu.pl) statystyk LEP. Dziękuję profesorowi Stanisławowi Orkiszowi za niepublikowane statystyczne szczegóły LEP.

prof. dr hab. Marcin Dramiński jest kierownikiem Katedry i Zakładu Chemii Ogólnej

Wyniki ogólnopolskie				Wyniki lekarzy stażystów CM UMK			Uzyskane oceny punktowe ogólnopolskie			Uzyskane oceny punktowe CM UMK				
Rok	Zdawało	Zdało	% niepowodzeń	Zdawało	Zdało	% niepowodzeń	Min	Max	Średnia	Min	Max	Średnia	Różnica średnich	Miejsce w Kraju
2004	2081	2043	1,82	117	117	0	64	182	147,9	113	178	144,8	-3,1	11
2005	2308	2219	3,86	169	162	4,14	49	174	141,1	91	166	134,4	-6,7	11
2006	2037	1916	5,94	122	110	9,84	48	179	139,9	77	165	134,4	-5,5	11
2007	2028	1958	3,45	115	112	2,60	0	178	145,3	105	167	142,9	-2,6	9
2008	2392	2302	3,76	119	118	0,84	55	183	144,1	106	175	145,3	= 1,2	5

Wyniki jesiennych sesji egzaminu LEP

IFMSA - wybory do Zarządu Oddziału Bydgoszcz

W związku z przeprowadzonymi w dniu 13 października 2008 roku wyborami do Zarządu Oddziału Bydgoszcz Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA – Poland podajemy do wiadomości aktualny skład Zarządu Oddziału Bydgoszcz:

Prezydent Oddziału Bydgoszcz – Bartosz Kozłowski (V rok, Wydział Lekarski)
 Skarbnik Oddziału Bydgoszcz – Magdalena Karpów (V rok, Wydział Lekarski)
 Sekretarz Oddziału Bydgoszcz – Tomasz Kolesiński (V rok, Wydział Lekarski)
 Koordynator Lokalny ds. Praktyk Wakacyjnych – wakat

Koordynator Lokalny ds. Wymiany Naukowej – Paulina Nowicka (II rok, Wydział Lekarski)

Koordynator Lokalny ds. Zdrowia Publicznego – Zuzanna Pawlikowska (V rok, Wydział Lekarski)

Koordynator Lokalny ds. Edukacji Medycznej – Agnieszka Banaszek (V rok, Wydział Lekarski)

Koordynator Lokalny ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS – wakat

Koordynator Lokalny ds. Praw Człowieka i Pokoju – Alicja Rymaszewska (IV rok, Wydział Lekarski)

Poza Zarządem Oddziału członkowie Stowarzyszenia wybrali nową Komisję Rewizyjną w składzie:

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej – Agnieszka Kuczkowska (IV rok, Wydział Lekarski)

Członek Komisji Rewizyjnej – Katarzyna Gieryn (IV rok, Wydział Lekarski)

Członek Komisji Rewizyjnej – Przemysław Cieślak (IV rok, Wydział Lekarski)

Ponadto do końca 2008 roku Bartosz Kozłowski pełni w Zarządzie Głównym Stowarzyszenia funkcję Wiceprezydenta IFMSA – Poland ds. zasobów ludzkich.

Praktyki wakacyjne IFMSA

Marta Spychalska

Każdego roku setki studentów medycyny z całego świata biorą udział w profesjonalnej wymianie, w ramach programu SCOPE, działającego w IFMSA. IFMSA – Poland ma podpisanych blisko 360 kontraktów na wymiany z różnymi krajami.

W większości są to wymiany bilateralne, co oznacza, że na miejsce studenta wyjeżdżającego z Polski, przyjeżdża student z zagranicy i odbywa praktyki w naszych szpitalach uniwersyteckich. W Bydgoszczy są to Szpitale: Jurasza i Bizieła. W skrócie, profesjonalna wymiana polega na tym, że członkowie

IFMSA wyjeżdżają na wakacyjne praktyki do szpitali w innych krajach, realizując tam program obowiązkowych praktyk studentów medycyny.

W tym roku, w Bydgoszczy, gościliśmy 18 studentów m.in. z Brazylii, Bułgarii, Egiptu, Indonezji, Węgier, Włoch, Hiszpanii, Turcji i Ukrainy, którzy pracowali w naszych szpitalach w miesiącach wakacyjnych. W tym miejscu pragnę podziękować kierownikom i pracownikom wszystkich katedr, za umożliwienie im zapoznania się z polską służbą zdrowia, z polską rzeczywistością oraz zapewnienie im dogodnych warunków do nauki i pracy. Na szczególne podziękowania zasługują: dr hab. n. med. Lech Anisimowicz, prof. UMK oraz Katedra i Klinika Kardiochirurgii, prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi oraz Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, prof. dr hab. Arkadiusz Jawień oraz Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, dr hab. Andrzej Zieliński, prof. UMK oraz Katedra i Klinika Chirurgii Plastycznej, prof. dr hab. n. med. Mariusz Wysocki oraz Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, dr hab. n. med. Wojciech Beuth, prof. UMK oraz Katedra i Klinika Neurologii i Neurotraumatologii, prof. dr hab. n. med. Zbigniew Wolski oraz Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej.

Nasz kraj na obcokrajowców robi ogromne wrażenie. Nasza historia, zabytki, góry, morze, jedzenie i... piwo zabierają ze sobą w najmiłszych i najzabawniejszych wspomnieniach z Polski. W czasie miesięcznych praktyk, staraliśmy się zadbać o to, by obcokrajowcy zobaczyli wszystko, co najlepsze w naszym kraju. Zabieraliśmy ich na wycieczki do takich miast jak Wrocław, Kraków, Zakopane, Gdańsk, które zazwyczaj robią na nich ogromne wrażenie. Opiekujemy się nimi, załatwiamy wszelkie formalności i dbamy o to, żeby czuli się u nas dobrze i bezpiecznie. Chciałabym tutaj wyrazić moją ogromną wdzięczność polskim studentom, któ-

rzy w tym roku ogromnie mi pomogli, zajmując się bydgoską grupą studentów w lipcu i sierpniu, tj. Agnieszce Dąbek i Michałowi Dankowi, studentom Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Ale wymiana, to nie tylko konieczność opieki nad cudzoziemcami w Polsce, to również możliwość podróżowania do innych krajów i poznawania tajników służby zdrowia na miejscu. W tym roku, 18 studentów z naszego bydgoskiego oddziału IFMSA – Poland, odwiedziło między innymi Brazylię, Bułgarię, Hiszpanię, Serbię, Tunezję, Turcję, Chorwację, Włochy i Macedonię. Mnie w udziale przypadła przyjemność pracy w największym szpitalu w hiszpańskiej Andaluzji – Virgen del Rocío, gdzie z ogromną satysfakcją spędziłam cały lipiec. Każdego studenta medycyny zachęcam do wzięcia udziału w fantastycznej przygodzie, jaką jest wyjazd na praktyki w ramach programu SCOPE. Nie tylko można w ten sposób zdobyć nowe doświadczenie, nauczyć się zabiegów medycznych, zobaczyć inne szpitale, inne standardy opieki medycznej i zachowanie lekarzy, ale również, stosunkowo tanim kosztem, zwiedzić kawał świata.

Hiszpania zrobiła na mnie ogromne wrażenie, pod każdym niemal względem. Zaczynając od szpitala, który, jak już wspomniałam, uchodzi za jeden z największych w Europie – przynajmniej, że czasami trudno było znaleźć drogę – i który robił wrażenie pod względem sprzętu i logistyki szpitalnej. Każdy pacjent w tym szpitalu ma swój kod kreskowy, nie ma konieczności wypisywania miliona dokumentów na każdym kroku, w każdym gabinecie znajduje się czytnik kodów, a wszystkie wiadomości na temat pacjenta, łącznie z najnowszymi wynikami badań gotowymi do wydruku, znajdują się w bazie komputerowej.

W czasie, w którym tam byłam, w szpitalu przebywało blisko 500 świeżo upieczonych medyków, rezydentów. W związku z tym, na każdym oddziale internistycznym – gdyż tam odbywałam praktykę, praca polegała na



Turcja – z kolegą z Serbii, opiekującym się nami lekarzem i certyfikatami potwierdzającymi odbycie praktyk



Nasi goście we Wrocławiu

dyskusjach, rozważaniach i konsultacjach na temat pacjentów, z których nawet ja, czyli 3-letni, polski student, mogłam wyciągnąć wiele pouczających wniosków na przyszłość.

Alé poza szpitalem jest jeszcze druga, wspaniała strona praktyk... Wraz ze mną w Seville było jeszcze ponad 30 studentów z innych krajów, w tym z Meksyku, Tajwanu, Indonezji, Izraela, Turcji, Grecji, Słowenii, Słowacji, Czech, Francji, Brazylii i Armenii, czyli istny kocioł kulturowy! Czyli rewelacyjna zabawa w międzynarodowym towarzystwie. Codzienne wyprawy do centrum, weekendowe zwiedzanie Andaluzji, wycieczka do Jerez,

gdzie akurat Robert Kubica trenował przed zawodami Formuły, Alhambra w Granadzie, meczet w Kordobie, plaże w Kadyksie. Tęgo wszystkiego mogliśmy doświadczyć podczas naszego miesięcznego tam pobytu. Oprócz zwiedzania i zabawy, jest jeszcze kwestia języka, którego nie sposób się uczyć w lepszych, niż takie, jak na wymianie, okolicznościach.

Czy istnieje jeszcze ktokolwiek, kto wątpi we wspaniałość pomysłu, jaki ktoś miał około 50 lat temu, kiedy to wymyślił program SCOPE i rozpoczął od tego działalność IFMSA? Praktyki dostępne są dla wszystkich studentów uczelni medycznych, którzy są ak-

tywnymi działaczami IFMSA, tj. biorą udział w naszych akcjach, i którzy ponadto szczerzą się biegłą znajomością języka angielskiego. Praktyki dają możliwość nauczenia się wiele z zakresu medycyny, poćwiczenia języków obcych, wreszcie, poznanie innych kultur i krajów. To były już moje drugie praktyki, po zesłorocznych, które odbyłam w Turcji i szczerze polecam je każdemu, ciekawemu Świata studentowi!

Marta Spychalska, Asystent Narodowego Koordynatora ds. Praktyk Wakacyjnych IFMSA – Poland, Lokalny Koordynator ds. Praktyk Wakacyjnych Oddział Bydgoszcz

Symposium Młodej Farmacji

Małgorzata Gaczkowska

W dniu 29 maja 2008 roku na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu odbyło się II Symposium Farmaceutyczne. Przedsięwzięcie zostało zorganizowane przez Sekcję Studentką Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego Młoda Farmacja we współpracy z Biurem Karier CM UMK. Po raz kolejny studenci naszej uczelni mieli możliwość dowiedzieć się jak różnorodne i ciekawe możliwości rozwoju i zatrudnienia stwarza zawód farmaceuty. Patronat honorowy nad Symposium uprzejmi byli objąć dr hab. Bronisław Grzegorzewski, prof. UMK Dziekan Wydziału Farmaceutycznego oraz prof. dr hab. n. med. Małgorzata Tafil-Klawe Prorektor ds. Collegium Medicum UMK w Toruniu. Sponsorami przedsięwzięcia byli FSP FILOFARM Bydgoszcz, A-Team Recruitment Sp. z o. o., a także Oddział Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, natomiast patronat medialny objął: „Manager Apteki”

Symposium zostało podzielone na dwie części: wykładową i warsztatową, które odbyły się równolegle w czasie. Obie z nich spotkały się z dużym zainteresowaniem ze strony studentów, którzy z ciekawością wysłuchali prelekcji zaproszonych gości. Część wykładowa odbyła się w auli nowego budynku dydaktycznego patomorfologii i rozpoczęła się uroczystym otwarciem Pana Dziekana i powitaniem zaproszonych gości. Każdy z uczestników otrzymał dyplom, teczkę materiałów wykładowych wraz z długopisem, a także brał udział w losowaniu cennych nagród (kubki, pendrive, książka, MP4) ufundowanych przez głównych sponsorów, a także Dziekana Wydziału Farmaceutycznego. Nad sprawnym przebiegiem całego Symposium czuwali Alicja Ochudło (przewodnicząca Młodej Farmacji oddział Bydgoszcz) wraz z pracownikami Biura Karier: Iloną Patużyńską i Justyną Lipińską

Cykl wykładów rozpoczął się od prezentacji pani dr Loretty Pobłockiej-Olech z Katedry i Zakładu Farmakognozji Akademii Medycznej w Gdańsku na temat badania ekstraktów roślinnych wykorzystywanych w lecznictwie

na przykładzie kory wierzby. Słuchacze mogli poznać tajniki nowoczesnego leku roślinnego, który w ostatnich latach spotkał się ze wzrostem zainteresowania wśród pacjentów i lekarzy. Kolejnym prelegentem był specjalista do spraw rejestracji z Farmaceutycznej Spółdzielni Pracy Filofarm, mgr farm. Grzegorz Barca. Przedstawiciel tej firmy przypomniał nam że farmaceuta w dzisiejszych czasach to nie tylko zawód aptekarza, a kierunków i dróg rozwoju kariery po ukończeniu studiów jest coraz więcej. Kolejnym punktem programu, który spotkał się z ogromnym zainteresowaniem, była prezentacja A-Team Recruitment „Farmaceuta na polskim i zagranicznym rynku”. Pani Katarzyna Barańska z tejże firmy przybliżyła słuchaczom możliwości rozwoju na krajowym rynku pracy, a także zachęcała przyszłych farmaceutów do wyjazdu za granicę, opowiadając o warunkach zatrudnienia i pracy w międzynarodowym środowisku. Następnie odbyła się prezentacja firmy ACP Pharma S.A. pt. „Jak zdobyć atrakcyjną pracę”. Pani Magda Al-Bayati i Magdalena Gajewska mówiły o prawach jakimi rządzą się procesy rekrutacji i selekcji pracowników.

W tym dniu nie mogło zabraknąć także wykładów wygłoszonych przez zaproszonych gości z kadry naukowej CM UMK. Jako pierwsza wystąpiła dr n. farm. Bogumiła Kupcewicz z Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej. Uczestnicy zostali wprowadzeni w zagadnienie roli fitoestrogenów w medycynie i zastosowania ich jako alternatywy hormonalnej terapii zastępczej w okresie menopauzy. Kolejnym prelegentem był dr n. chem. Marcin Koba z Katedry i Zakładu Chemii Leków, który zaprezentował temat „Oddziaływania DNA – związek w aspekcie aktywności przeciwnowotworowej leków”. Walka z nowotworami do dziś stanowi bowiem wielkie wyzwanie współczesnej nauki i medycyny. Jako ostatni wystąpił mgr Krzysztof Sobiesiak z Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej, który przedstawił temat dotyczący połączenia skomplikowanej struktury kwasów nukleinowych i analizy biochemicznej w prezentacji pt. „Elektrochemiczna detekcja DNA”. Pod



Otwarcie Symposium



Uczestnicy Symposium



Warsztaty

koniec części wykładowej odbyło się losowanie nagród ufundowanych przez sponsorów, które wzbudziło wiele emocji wśród studentów biorących udział w Symposium.

Przed aulą wykładową znajdowały się stoiska firmy FSP Filofarm, A-Team Recruitment, a także patrona medialnego „Menadżer Apteki”, które umożliwiły swobodną rozmowę uczestników z wystawcami. Bezpośrednie spotkania z przedstawicielami firm są bowiem najlepszą metodą zdobycia cennych

informacji i uzyskania odpowiedzi na nurtujące nas pytania. Wszyscy chętni studenci mogli także wziąć udział w warsztatach: „Merchandising – skuteczna ekspozycja produktu w aptece” (prowadziła pani Jolanta Borowa z firmy US Pharmacia), „Jak przygotować angielskie CV?” (A-Team Recruitment; trener pani Katarzyna Barańska), oraz „Jak pokonać stres?” (Centrum Informacji i Planowania

Kariery Zawodowej; trener pani Patrycja Nowak). Zajęcia odbywały się w miłej atmosferze i pozwoliły studentom poszerzyć zasób swoich umiejętności, bliżej przyrzeć się praktycznym aspektom przyszłego zawodu farmaceuty, a także wyjaśnić ewentualne wątpliwości.

„II Sympozjum Farmaceutyczne Bydgoszcz 2008” po raz kolejny okazało się znakomitym przedsięwzięciem, które pozwoliło

studentom zdobyć cenną wiedzę, rozeznac się na rynku pracy, a także osiągnąć nowe praktyczne umiejętności. Mamy nadzieję, że w przyszłym roku Młoda Farmacja i Biuro Karier CM UMK będą mieli zaszczyt po raz trzeci zaprosić wszystkich zainteresowanych na kolejne Sympozjum Farmaceutyczne.

Małgorzata Gaczkowska jest członkiem Młodej Farmacji

Powakacyjne remanenty sportowe Międzynarodowe sukcesy studentów Collegium Medicum

Włodzimierz Michalski

Chyba coś takiego istnieje, że nierealne staje się realne. Bo jak inaczej wytłumaczyć fakt, że studenci Collegium Medicum pomimo trudnych i czasochłonnych studiów uzyskali sukcesy sportowe na wysokim międzynarodowym poziomie. Uzyskane przez nich wyniki, zaprzeczają obiegowej opinii, że jeżeli ktoś chce uprawiać sport wyczynowo to tylko na AWF-ie, najlepiej niestacjonarnie i o indywidualnym toku studiów. Nasi studenci podkreślają, duże obciążenie tokiem studiów, napięty harmonogram dnia, brak czasu na odnowę, ale za-

znaczają jednocześnie, że decydując się na uprawianie sportu i studia na wysokim uniwersyteckim poziomie, są na podobny tok pracy przygotowani Trójka naszych studentów: Edyta Jasińska, Marta Liniewska i Łukasz Michalski, reprezentanci trzech różnych dyscyplin sportowych, w miesiącach letnich 2008 r. osiągnęła najwyższe w historii Akademii Medycznej i Collegium Medicum sukcesy sportowe.

Edyta Jasińska

(studentka wydziału farmaceutycznego, kie-

runek analytyka medyczna, średnia ocen -4.0)

Kolarstwo torowe uprawia dopiero od dwóch lat. Jest członkinią kadry narodowej. Największe sukcesy odniosła na Młodzieżowych Mistrzostwach Europy rozegranych w tym roku w Pruszkowie, podczas których poprawiła o 2 sekundy 10-letni rekord Polski seniorek, uzyskując czas 3 min. 48 s.

- W roku 2008 uzyskała następujące wyniki:
- 1 miejsce 3000m indywidualnie w Młodzieżowych Mistrzostwach Polski 22 sierpnia - Żyrardów
 - 1 miejsce 3000m indywidualnie w Mistrzostwach Polski Elity (seniorów) 12 września - Szczecin
 - 2 miejsce w wyścigu punktowym w Mistrzostwach Polski w Szczecinie
 - 4 miejsce w wyścigu drużynowym na 3.000 m, Mistrzostwa Europy U-23-24 września - Pruszków
 - 10 miejsce na 3000m indywidualnie w Mistrzostwach Europy w Pruszkowie

Marta Liniewska

(studentka II roku wydziału nauk o zdrowiu, kierunek fizjoterapia, średnia ocen 3.75.)

Uprawia wioślarstwo. Reprezentowała Polskę na Akademickich Mistrzostwach Europy w Zagrzebiu. Zdobyła tam wraz z Kingą Kantorską, Katarzyną Wołną i Anną Jankowską złoty medal.

- Najważniejsze osiągnięcia 2008 roku:
- 2 miejsce w Młodzieżowych Mistrzostwach Polski w Kruszwicy (czwórka bez sterniczki i ósemka)
 - 2 miejsce w Mistrzostwach Polski seniorów w Poznaniu (czwórka bez sterniczki i ósemka)
 - 1 miejsce na Długodystansowych Mistrzostwach Polski w Warszawie

Łukasz Michalski

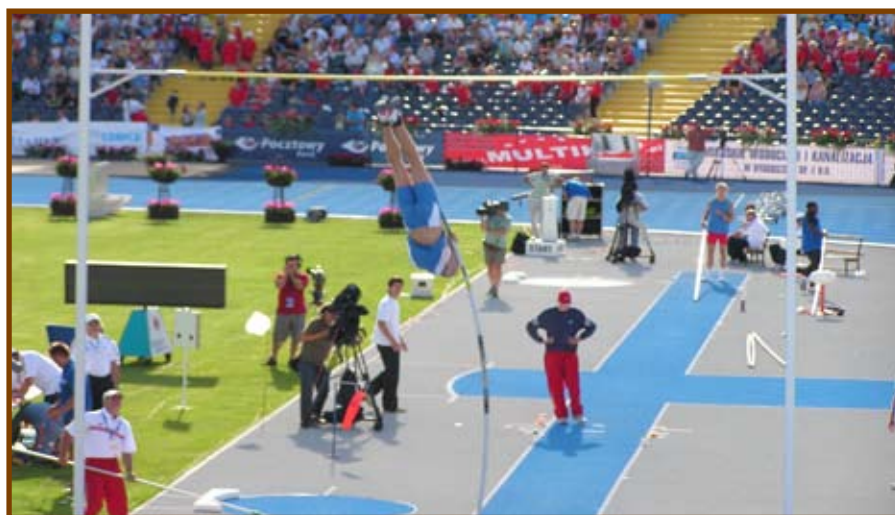
(student II roku wydziału lekarskiego, kierunku lekarskiego średnia ocen 4.35)

Od 9 lat trenuje skok o tyczce. Był członkiem kadry olimpijskiej Pekin 2008. Członek kadry narodowej 2009.

Najważniejsze osiągnięcia w roku 2008:



Zaraz będę szybował



Międzynarodowy Mityng w Bydgoszczy



Już myślimy o Londynie 2012



Edyta na finiszu

- 1 miejsce w Młodzieżowych Mistrzostwach Polski w Grudniadzu 5,40 m
- 2 miejsce w Mistrzostwach Polski seniorów w Szczecinie 5,50 m
- 2 miejsce w Międzynarodowym Meczu Polska-Niemcy 5,40 m
- 2 miejsce w Międzynarodowym Meetingu w Hof [Niemcy] 5,51m
- 7 miejsce w Międzynarodowym Meetingu w Bydgoszczy 5,51 m



Pewne zwycięstwo



Dekoracja zwycięzców

Szczególnym momentem w życiu Uczelni jest tradycja nagradzania najlepszych absolwentów oraz przyznanie tytułu najlepszego studenta – sportowca UMK w dniu Inauguracji Roku Akademickiego. W krótkiej historii Collegium Medium żadnemu ze studentów nie udało się uzyskać tego wyróżnienia. Nie wynika to z braku kandydatów spełniających wymagane kryteria, ale twardych zasad zakończenia roku akademickiego i złożenia indeksu w pierwszym tygodniu września. Dla większości sportowców po intensywnym okresie zawodów w lipcu i w sierpniu, to czas obowiązkowych czterotygodniowych praktyk studenckich. Nierealnym staje się zatem spełnienie założeń regulaminowych kandydowania do zaszczytnego tytułu.

mgr Włodzimierz Michalski, ojciec i trener Łukasza, jest pracownikiem Studium Wychowania Fizycznego i Sportu

Splyw kajakowy - Wda 2008

Ania Skórczewska, Magda Karpińska

Jak co roku splyw Wdą zaczął się w Lipu-szu, ale tym razem o tydzień szybciej – czyli 27 czerwca. Na polu biwakowym czekała na nas zróżnicowana ekipa: nasz Pan i Władca – Franciszek Waleron z żoną oraz znajomi z różnych kierunków naszej uczelni i nie tylko. Po czułym przywitaniu dowiedzieliśmy się od pana Franka, że nie wszystkie kajaki wypłyną, ponieważ część uczestników w ostatnim momencie zrezygnowała (cóż, ich strata!). Na dodatek pogoda nie miała zamiaru nas rozpieszczać i co chwilę serwowała deszcz na przemian ze słońcem. Na szczęście wieczorem opady ustały, humory poprawiły się i mogliśmy rozpalic ognisko. W blasku płomieni nasz Wódz – Wielki Franek rozdzielił funkcje oraz sprzęty „użytku wspólnego” – najwięcej emocji

wzbudził oczywiście przydział saperki. Po części oficjalnej rozpoczęła się zabawa integracyjna – śpiew, a chwilami wycie, gitara i mnóstwo śmiechu. Stan taki utrzymywał się do późnych godzin nocnych.

Rankiem, dnia drugiego wszyscy uwijali się jak w ukropie (oprócz tych, którzy robili sobie właśnie jajecznicę), próbując włożyć swoje plecaki, spiwory, namioty, karimaty oraz przydzielony sprzęt do kajaków – co wcale nie jest łatwe – i pamiętając, że sami musimy się tam jeszcze zmieścić. Gdy nasze „tymczasowe środki transportu wodnego” zostały zapakowane, nastąpiło wodowanie i praktyczne rozpoczęcie splywu (pomijam osobę jedzącą jajecznicę). Tym razem pogoda

nie zawiodła i mogliśmy podziwiać przyrodę w pełnym słońcu.

Nasz pierwszy przystanek i nocleg był we Wdzydzach Kiszewskich. W tym miejscu muszę podziękować organizatorom, że mogliśmy spać na PRAWDZIWYM polu namiotowym, a nie na cyplu, prawie w kniejach, z dala od cywilizacji i do tego w deszczu (tak właśnie było w zeszłym roku). Wdzydze tak nam się spodobały, że zostaliśmy na dwie noce. Dzięki dłuższemu pobytowi mieliśmy okazję zwiedzić tamtejszy skansen, posłuchać prawdziwych pieśni żeglarskich podczas koncertu – festiwalu Burczybas 2008 (niesamowite, że ludzie w deszczu bawili się jakby nigdy nic) oraz, co najważniejsze dla maniaków futbolu, obejrzelśmy mecz Niemcy – Holandia.

Następne dni miały nam na błogim leniuchowaniu, opalaniu się, podglądaniu bobrów, ważek, które bez strachu siadały na kajakach i na nas też, śpiewaniu (a może powinno się to nazywać płoszeniem leśnej zwierzyny i dręczeniem uszu nadrzecznej ludności?) i oczywiście na pokonywaniu dziesiątek kilo-

metrów. Były też chwile, gdy brakowało sił na wiosłowanie, więc łączyliśmy się burtami kajaków i pozwalaliśmy, aby nurt rzeczny niósł nas swoim tempem. W rezerwacie Kamienne Kregi w Odrach także była okazja naładowania akumulatorów na dalsze zmagania z żywiołem oraz codzienne zabawy integracyjne

ze złocistym trunkiem w rękę.

Wieczorami zawsze towarzyszyła nam gitara, coś co miało być śpiewem oraz ognisko z kielbaskami. Również obowiązkowym punktem naszych nocnych rozrywek stała się gra w „mafię”. Dodatkowymi atrakcjami, nie zdarzającymi się codziennie było uczczenie urodzin naszego wspaniałego budowniczego namiotów (urodzinowy wafelek plus łyk ognistej wody), a także występ naszej sekcji wokalnolno – muzycznej, która w tajemnicy przed wszystkimi, spiskując za ich plecami ułożyła hymn o spływie i każdym jego uczestniku (niestety niektóre zwrotki nie nadają się do publikacji, a poza tym ciągle nie możemy znaleźć oryginału). Za to refren był mniej więcej taki:

*„Z Lipusza do Tlenia zabawa trwa,
Szaleje farma i hista też gra.
Nad wszystkim czuwa pan Franek nasz,
By spłynąć kajakiem dziś wszystko oddasz.”*

Tak oto miały nam beztrudno kolejne dni i kilometry, na których ku mojemu zdziwieniu wcale nie spotkaliśmy tak dużo zwalonych drzew i niezdiscyplinowanych grup kajakarzy – szaleńców jak w roku 2007. Nie zdając sobie sprawy jak szybko leci czas, nagle okazało się, że tzw. „zielona noc”, czyli nasza ostatnia wspólna noc, właśnie nadeszła. W świetle księżyca i przy wtórze gitary pan Franek wręczył niespodzianki trójce spływowiczów. Były to własnego wyrobu marakasy wykonane z przedmiotów znalezionych w lesie (mówię tu nie tylko o patykach czy szyszkach) z wyrzeźbionym napisem „Wda 2008” od naszej firmy organizującej „Waleron Hand-made”. Po tych miłych upominkach zaczęła się część rozrywkowa z wielką improwizacją i własną interpretacją piosenki o pszczołce Mai (plus oryginalny układ taneczny), gra w kalambury, co przy blasku ogniska jest sprawą dość skomplikowaną, pieczone kielbaski z serem oraz jak zwykle śpiew, a w niektórych przypadkach pseudo – śpiew, płoszący wszystkie leśne stworzenia.

Finałową przystanią był Tleń, gdzie czekały na nas stęsknione rodziny. Jednak by paść w ich opiekuńcze ramiona musieliśmy pokonać ostatnią przeszkodę, kto wie czy nie najgroźniejszą – szalonego łabędzia! Zwierzę to podjęło morderczy atak, zbliżając się do naszej kajakarskiej brygady z zawrotną prędkością. Na szczęście nasze wytrenowane w ciągu poprzednich dni mięśnie napięły się maksymalnie umożliwiały ucieczkę przed żądnym krwią ptakiem i bezpieczne dotarcie do brzegu.

To był mój trzeci spływ kajakowy na Wdzie i po raz trzeci z panem Frankiem. Ten wypad uważam za najlepszy, z niecierpliwością czekam na następny. Natomiast Magda była pierwszy raz i zapewnia, że za rok pojedzie znowu.

relacjonowały: Ania (Skóra) Skórczewska z IV roku lekarskiego i Magda (Syra) Karpińska z II roku tegoż samego kierunku



Uczestników spływu w Tleniu witał prezes AZS prof. Wojciech Zegarki



Przymusowa kąpiel borowinowa



Upragniona przerwa w podróży