



Wiadomości Akademickie

Pismo Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

ISSN 1508-2180


Nr 39

Grudzień 2010



Medicalia 2010

Moje badania nad snem trwają od czasu studiów
*Wywiad z dr. hab. Jackiem Klawe, prof. UMK,
kierownikiem Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii*



Przyszła mi na wigilię zziębnięta głuchociemna
z gwiazdą jak z jasną twarzą - wigilia przedwojenna
z domem co został jeszcze na cienkiej fotografii
z sercem co nigdy umrzeć porządnie nie potrafi
z niemądrym bardzo piórem skrobiącym w kałamarzu
z przedpotopowym świętym z Piłsudskim w kalendarzu
z mamusią co od nieszczęść zasłonić chciała łzami
podając barszcz czerwony co śmieszył nas uszkami
z lampką z czajnikiem starym wydartym chyba niebu
z całą rodziną jeszcze to znaczy sprzed pogrzebów
Nad stołem mym samotnym zwiesiła czułą głowę
Nad wszystkie figi z makiem - dziś już posoborowe
Przyszła usiadła sobie . Jak żołnierz pomilczała
Jezusa z klasy pierwszej z oplatkiem mi podała

*ks. Jan Twardowski
„Wigilia przedwojenna”*

Pełnych radosnej atmosfery Świąt, wspólnego
kolędowania w gronie rodziny i przyjaciół
oraz wielu niezapomnianych chwil
w duchu Bożego Narodzenia

życzy

Małgorzata Tafil-Klawe

Przy wigilijnym stole
Łamiąc opłatek święty,
Pomnijcie, że dzień ten radosny
w miłości jest poczęty...
Jan Kasprówicz
„Przy wigilijnym stole”

Przyjaznych, serdecznych i wyjątkowych Świąt Bożego Narodzenia
oraz wielu spełnionych marzeń i obietnic w Nowym Roku

życzą Redakcja i Rada Programowa Wiadomości Akademickich



Spis Treści

Wywiad numeru

Moje badania nad snem trwają od czasu studiów, wywiad z dr. hab. Jackiem Klawe, prof. UMK, kierownikiem Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii 2

Polemiki

Dwa tematy wcale nie gwiazdkowe, choć jeden prokreacyjny 7

Z życia Uczelni

IX Uniwersytecki Koncert Charytatywny 8

Farmacja widziana okiem Dziekana 9

Medicalia 2010 10

Nowi Profesorowie: Alina Grzanka 11

Nowi Profesorowie: Marek Jackowski 11

Medycyna i pielęgniarstwo

Nobel za in vitro 12

Primus inter pares - czerwone wino, czy gorzka czekolada? 13

Antyoksydanty w medycynie, dietetyce i kosmetyce 15

Teoria potrzeb w pielęgnowaniu 16

W czasie tych badań nie zaśniesz 17

Prace licencyjne na kierunku pielęgniarstwo 19

Oderwaliśmy się na parę chwil od szpitalnych trosk 20

Medycyna i sztuka

Wotywnie figury woskowe jako ciało imitacyjne i świadectwo przebytych chorób 21

Muzyka jako czynnik wzmacniający relacje rodzinne 25

Muzykoterapia dla dzieci 26

Kobieta ciężarna w sztuce 27

Wspomnienie

Beata Gniazdowska 29

Historia medycyny

XVIII-wieczne leki roślinne i zwierzęce przeciw chorobom układu oddechowego 30

Nauka - Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej 32

Konferencje

Refleksje po konferencji „In-vitro, szanse i zagrożenia” 33

12. Kongres Biochemii Klinicznej regionu Azji-Pacyfiku 34

Symposium Medycyny Ratowniczej i Intensywnej Terapii 2010 34

Sprawy studenckie

W ramach Akademickiego Inkubatora Przedsiębiorczości 36

AIDS nadal groźne 37

Studencki splyw kajakowy 2010 41

Dni orientacyjne dla „Erasmusów” 43

Jubileusz IFMSA 44

Z Biblioteki

Analiza badań jakości usług bibliotecznych przeprowadzonych wśród użytkowników Biblioteki Medycznej CM UMK w Bydgoszczy w roku akademickim 2009/2010 na podstawie zmodyfikowanej wersji modelu SERVQUAL 38

Biblioteczne dostępy testowe: MD Consult 44

„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 Drewa

Członkowie Rady Programowej:

prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko

dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK

prof. dr hab. Bogusław Hładoń

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Wojciech Szczęsny

dr hab. Maria Szewczyk

dr Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch

Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

Adiustacja: mgr Joanna Hładoń-Więcek

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

Redakcja merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Janusz Tyloch

Korekta:

mgr Ewa Dominas

Druk: Formator, Piotr Lorek

Stali współpracownicy:

dr Andrzej Drygas, dr hab. Walentyna Korpalska,

dr Mirosława Kram, dr hab. Jan Styczyński,

prof. UMK, dr Wojciech Szczęsny

Okładka I i IV: fot. dr Janusz Tyloch

Moje badania nad snem trwają od czasu studiów

wywiad z dr. hab. Jackiem Klawe, prof. UMK, kierownikiem Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii

Redakcja: Z jakim miejscem na Ziemi czuje się Pan Profesor najbardziej związany?

Prof. Klawe: Jestem warszawiakiem od paru pokoleń. Moja rodzina od czasów pradziadka była rodziną farmaceutyczną – firma Towarzystwo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego, dr. mgr Klawe SA to wówczas jedna z większych firm farmaceutycznych w Polsce, działająca na warszawskiej Woli, przy ul. Karolkowej. Oczywiście, po wojnie została przejęta przez państwo. Obecnie mieści się tam Polfa Warszawa. W powiecie grójeckim w Drwalewie mieściła się wytwórnia surowic i szczepionek. Mój ojciec i jego dwóch braci to powstańcy warszawscy, ojciec został odznaczony Krzyżem Virtuti Militarii za udział w Powstaniu Warszawskim. Z Warszawą zawsze wiele mnie wiązało. Jedynie w czasie szkoły średniej miałem krótką, bo dwuletnią przygodę z Krakowem u sławetnych Pijarów (to do tej pory jedna z najlepszych szkół), wówczas gromadzili tych bardziej niepokornych. Maturę jednak zdawałem już w Warszawie, potem pracowałem w Centralnym Szpitalu Klinicznym na bloku operacyjnym, a później ukończyłem studia, które od zawsze planowałem. Ponieważ rodzice byli chirurgami, tradycja miała być zachowana. Oczekiwano ode mnie, że również zostanę chirurgiem, jednak z różnych względów potoczyło się inaczej. W zasadzie mimo dyplomu lekarza, na wiele lat całkowicie odszedłem od medycyny praktycznej. Może ostatnio, będąc epidemiologiem szpitalnym, nieco wróciłem do tej formy naszej profesji.

Redakcja: Trudno wyobrazić sobie Pana Profesora przy stole operacyjnym... Z taką brodą?

Prof. Klawe: Brodę miałem od zawsze. A czy chirurg może mieć brodę? Oczywiście, to tylko kwestia... odpowiedniej maski. W końcu stałem z nią przy stole operacyjnym w czasie studiów i stażu... A wystarczy spojrzeć na portret Rydygiera w naszej Sali Senackiej...

Redakcja: Studia skończył Pan Profesor na Akademii Medycznej w Warszawie, tam też obronił doktorat „Wpływ pobudzenia baroreceptorów tętnicznych i mechanoreceptorów krtani i tchawicy na opór dróg oddechowych u ludzi” i przez wiele lat pracował w tamtejszej Akademii Medycznej w Zakładzie Fizjologii Człowieka. Jednym słowem po studiach został Pan na uczelni...

Prof. Klawe: Przez 7 lat pracowałem w Katedrze Fizjologii Człowieka w Warszawie. W międzyczasie był wyjazd zagraniczny do Niemiec na Uniwersytet Filipa w Marburgu.

Redakcja: A więc skąd pomysł na przeprowadzkę do Bydgoszczy?

Prof. Klawe: Ówczesny nasz szef w Niemczech, prof. G. Hilderbrandt znał prof. Narębskiego i bydgoską Katedrę. Po śmierci profesora Narębskiego zasugerował mojej żonie, że warto zainteresować się tą katedrą. Do pierwszego konkursu na kierownika nie podeszła, choć przyjechalśmy do Bydgoszczy zorientować się w sytuacji, lecz po pół roku złożyła papiery i została kierowni-



dr hab. Jacek Klawe, prof. UMK

kiem Katedry i Zakładu Fizjologii. Początki były dziwne, ja wciąż pracowałem w Warszawie, choć miałem trochę zajęć ze studentami w Bydgoszczy, żona pracowała na miejscu, jeździliśmy pociągami w tę i z powrotem, często mijając się na stacji Bydgoszcz Leśna, by choć pomachać sobie z okien. Po pół roku zapadła decyzja, że przenosimy się na dobre do Bydgoszczy. Jeszcze dłużej potrwalo, nim znaleźliśmy nowe lokum i sprzedaliśmy dom w Warszawie. Dokonałiśmy tego w odwrotnej (wbrew logice) kolejności, popadając w niezłe tarapaty finansowe. Dom warszawski sprzedawaliśmy bardzo długo, jako że sytuacja na rynku nieruchomości była w owym czasie (a był rok 1995) niezbyt sprzyjająca, a nam nigdy interesy nie wychodziły... Po przenosinach rektor prof. Jan Domaniewski zaproponował mi objęcie Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii. Biłem się z myślami, ale się zgodziłem.

Redakcja: Zakład Higieny i Epidemiologii (wtedy jeszcze Filii Akademii Medycznej w Gdańsku) został powołany 1 czerwca 1977 r. Kierownikiem Zakładu została dr hab. farm. Bolesława Doboszyńska. Później przez kilka lat był nim prof. dr hab. med. Marian Sygit. Pan Profesor objął p.o. w 1996 r. Jak wyglądały początki samego Zakładu?

Prof. Klawe: Prof. Doboszyńska, która założyła i prowadziła Zakład od początku, kładła nacisk przede wszystkim na dydaktykę, podobnie prof. Sygit, który przejął Katedrę, lecz dojeżdżał ze Szczecina. W zakresie badań naukowych działało się niewiele.

Redakcja: Sporą część Państwa aktywności wypełnia dydaktyka uczelniana. W jakiej proporcji kształtuje się ona wobec badań naukowych?

Prof. Klawe: Tak naprawdę podstawą działania każdego zakładu jest dydaktyka. Prowadzimy jej bardzo dużo, praktycznie na każdym kierunku i wydziale, więc była potrzeba zatrudnienia odpowiedniej liczby ludzi. Sądzę, że w tej chwili mamy trzy razy więcej pracowników, niż w momencie gdy obejmowałem Katedrę.

Główna cecha mojego charakteru: niezależność

Cechy, których szukam u mężczyzny:

lojalność, uczciwość

Cechy, których szukam u kobiety:

wrażliwość, inteligencja, poczucie humoru

Co cenię u przyjaciół: lojalność, uczciwość

Moja główna wada:

zostawianie wszystkiego na ostatnią chwilę (nauczyłem się od żony)

Moje ulubione zajęcia:

jest ich wiele, zależy od sytuacji

Moje marzenie o szczęściu:

mam, nie marzę

Co wzbudza we mnie obsesyjny lęk: stomatolog!!!!

Co byłoby dla mnie największym nieszczęściem: utrata bliskich

Kim (lub czym) chciałbym być,

gdybym nie był tym, kim jestem:

chcę być sobą

Kiedy kłamię: staram się nie kłamać,

ale nie zawsze się to udaje

Słowa, których nadużywam: są takie

i nie będę ich cytował ...

Ulubieni bohaterowie literaccy:

bohaterowie książek Remarque'a

Ulubieni bohaterowie życia codziennego:

bliscy mi ludzie

Czego nie cierpię ponad wszystko:

chamstwa, oszołomów - szczególnie

tych związanych z polityką, głupoty!!!

Dar natury, który chciałbym posiadać:

skrzydła

Jak chciałbym umrzeć:

w ogóle nie chcę umierać

Obecny stan mojego umysłu:

nie jest tak źle, jak wygląda

Błędy, które najłatwiej wybaczam:

cudze, nie własne

Redakcja: Jak w tej chwili przedstawia się struktura Zakładu i jego lokum? Czy lokalizacja i wyposażenie wydają się wystarczające, czy też nie spełniają Pana oczekiwań?

Prof. Klawe: Od początku mieszciliśmy się już w Szpitalu Jurasza, chociaż lokum dzieliłiśmy z Zakładem Statystyki Medycznej, więc było nieco ciasno. Oczywiście zawsze, gdy zespół się rozwija, pojawia się potrzeba zwiększenia powierzchni, jest nas dwa razy więcej, niż na początku mojej pracy (17 osób), a dodatkowo – w Katedrze „mieszka” szpitalna jednostka – zespół rejestracji zakażeń szpitalnych (dodatkowo 4 osoby).

Redakcja: W Katedrze realizowaliście m.in. granty KBN-owskie („Opracowanie norm oceny indywidualnej predyspozycji do pracy na nocnej zmianie w różnych grupach zawodowych i wiekowych na podstawie badań przeprowadzonych w regionie bydgoskim” i „Wpływ pracy nocnej na występowanie bezdechów sennych i wzrost ciśnienia tętniczego u pacjentów zmianowych z obturacyjnym bezdechem sennym”). Czy w dzisiejszej rzeczywistości granty ministerialne bywają opłacalne?

Prof. Klawe: Sprzęt i aparatura w Katedrze pochodzą głównie z grantów KBN, zwłaszcza jednego dotyczącego wspomnianej przez Państwa pracy zmianowej, który był tzw. grantem SPR, czyli projektem zamawianym przez rząd, a kontrolowanym przez Centralny Instytut Ochrony Pracy. Tenże grant umożliwił nam wybudowanie Pracowni Chronobiologicznej. W tej chwili mamy trzy Pracownie: Pracownię Chronobiologii, Chronomedycyny i Badań nad Snem, Pracownię Absorpcji Atomowej oraz Pracownię Mikrobiologiczną. Wszystkie pieniądze uzyskiwane dodatkowo są opłacalne, bo przecież nie można liczyć na duże zakupy z funduszy Uczelni. Już z uzyskaniem środków na konserwację i naprawy nie jest łatwo.

Redakcja: Pracownia Chronobiologii, Chronomedycyny i Badań nad Snem została utworzona i funkcjonuje we współpracy z Katedrą Fizjologii. Zasadnicze kierunki badań prowadzone w Pracowni dotyczą oceny okołodobowych rytmów biologicznych w zakresie czynności autonomicznego układu nerwowego, zmian temperatury głębokiej ciała oraz przebiegu snu. Ostatnio badacie Państwo, w jaki sposób brak snu wpływa na człowieka (zob. artykuł w tychże Wiadomościach)...

Prof. Klawe: Od lat studenckich wywodzą się moje badania nad snem. W Niemczech w Instytucie Fizjologii Pracy i Rehabilitacji rozpoczęliśmy badania nad zaburzeniami oddychania w czasie snu. Wówczas było ledwie kilka ośrodków na świecie, które zajmowały się tym zagadnieniem, a Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Filipa w Marburgu była topowym ośrodkiem. Współpracowaliśmy z tą kliniką, a żona była jej pracownikiem po zakończeniu stypendium i dojeżdżała do Marburga regularnie już z Warszawy. Dopiero drugi syn zmienił te nawyki pracy w dwóch ośrodkach, bo zupełnie nie tolerował wyjazdów żony. A gdy mu raz zniknęliśmy oboje jednocześnie (w celach naukowych), to wróciliśmy do dziecka z zapaleniem płuc. Do tej pory w Marburgu miesi się najlepsze Laboratorium Snu w Niemczech. Praca w Niemczech zajęła nam z przerwami w sumie około 5-6 lat. Po

powrocie do Polski stworzyliśmy pracownię do badań zaburzeń oddychania w czasie snu w Katedrze Fizjologii w Warszawie, współpracując z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc (Pracownią Fizjopatologii Oddychania). Nie zarzuciliśmy tych badań w Bydgoszczy. Snem zajmowano się tutaj wcześniej, ponieważ była to domena prof. Narębskiego i jego zespołu, a dr Pracka kontynuuje tę tematykę w swojej pracowni. Po jakimś czasie udało nam się (wspólnymi siłami Katedry Fizjologii i Katedry Higieny i Epidemiologii) stworzyć pracownię, która spełnia funkcję bunkra chronobiologicznego. Przebywający w niej badani mogą być całkowicie odizolowani od otoczenia i czasu – można zorganizować dobę w dowolny sposób. Jest w niej sztuczne okno, którego światło jest porównywalne ze światłem słonecznym: białe światło o natężeniu ok. 8 tysięcy luksów. W Polsce jest to jedyny bunkier chronobiologiczny.

Redakcja: To jakaś specyficzna budowla?

Prof. Klawe: Nie. Jest to praktycznie mieszkanie z pokojem, kuchnią i łazienką, jako że badania nad snem mogą trwać dość długo. Fizycznie miesi się w podziemiach Szpitala im A. Jurasza. Co ciekawe, gdy tylko je wybudowaliśmy, jak na złość tuż obok urządzono lądowisko dla helikoptera. Obawialiśmy się, że przebywający wewnątrz będą słyszeli warkot silników, ale na szczęście okazało się, że pomieszczenie jest naprawdę dobrze wyciszone.

Redakcja: Skąd werbujecie Państwo ochotników?

Prof. Klawe: Z tym zawsze jest problem, ponieważ do badań fizjologicznych potrzebujemy ludzi młodych i zdrowych. Tych naprawdę zdrowych trudno jest znaleźć, a jedna osoba z np. umiarkowanym nadciśnieniem może zaburzyć wyniki.

Redakcja: Czy mógłby Pan Profesor przybliżyć główne kierunki badań nad snem?

Prof. Klawe: Istotną kwestią jest funkcjonowanie organizmu we śnie. Wszystko, co dzieje się w organizmie, dzieje się w pewnym rytmie: praca serca, oddychanie, wydzielanie hormonów i ten najbardziej spektakularny rytm snu i czuwania. Problem z rytмами biologicznymi zaczął się w dobie rozwoju technologii, gdy np. zaczęliśmy latać w poprzek stref czasowych. Nas szczególnie interesuje funkcjonowanie autonomicznego układu nerwowego i kontrolowanych przez niego mechanizmów regulacyjnych w rytmie okołodobowym lub w sytuacji jego zaburzenia.

Redakcja: Strefy czasowe to jedyny problem zakłóceń rytmu?

Prof. Klawe: Ależ nie. Strefy czasowe to jedno. Następna bardzo ważna rzecz to wszelkie technologie kosmiczne. Planując loty, trzeba określić w jaki sposób będzie zachowywał się organizm, kiedy doba zostanie całkowicie zaburzona. Podobnie dzieje się na podwodnych okrętach atomowych, które mogą pozostawać w głębinach przez rok. Bódcze zewnętrzne tam nie docierają. Rodzi się pytanie, jak zorganizować funkcjonowanie życia na owej łodzi. Jak ukształtować dobę. Czy podzielić ją – tak jak na lądzie – na 24 godziny a może inaczej? Rosjanie ustalili dobę 24-godzinną i stąd organizują 4 sześciogodzinne wachty (jako że człowiek

funkcjonuje najbardziej wydajnie około 6 godzin). Amerykanie przyjęli rozwiązanie 18-godzinne, dzieląc służbę na 3 wachty (w ten sposób potrzebują nieco mniej marynarzy, za to mogą zabrać więcej torped).

Redakcja: Czy to możliwe żeby tak sztucznie podzielić dobę?

Prof. Klawe: Okazuje się, że człowiek bardzo dobrze przystosowuje się zarówno do wydłużonej, jak i skróconej doby. Po dłuższym przebywaniu np. w bunkrze chronobiologicznym, gdzie nie działają zewnętrzne synchronizatory rytmów biologicznych, w tym brak cyklu światło-ciemność, doba najczęściej się wydłuża i człowiek zaczyna funkcjonować w rytmie 26-, 27-godzinnym. Najgorszy jest okres przejściowy, gdy zaburzeniu ulega praca serca, oddychanie, temperatura ciała, wydzielanie hormonów. Okres snu i czuwania reguluje się po 2-3 dniach, pozostałe rytmy – po 2-3 tygodniach. Niedopasowanie rytmu snu i czuwania z innymi rytмами skutkuje zaburzeniami zdolności psychofizycznych i prawidłowego kojarzenia i funkcjonowania.

Redakcja: Ale praca zmianowa zaburza okres snu i czuwania na dłuższy czas?

Prof. Klawe: Praca zmianowa to całkiem odrębna sprawa. To bardzo duży problem nie do końca u nas doceniany i zauważany, chociażby przez lekarzy. Liczba dolegliwości, które pojawiają się u pracowników zmianowych jest duża i niestandardowa. Medycyna pracy mówi o zespołach nietolerancji pracy zmianowej, które to określenie obejmuje całość zaburzeń, powodowanych sztucznymi warunkami pracy zmianowej.

Redakcja: Zajmujecie się także badaniami zaburzeń oddychania w czasie snu...

Prof. Klawe: Rzeczywiście. Druga rzecz to badania zaburzeń oddychania w czasie snu. Stworzyliśmy stanowisko do tychże badań ze specjalistyczną aparaturą, która rejestruje wiele parametrów, dzięki czemu możemy ocenić, czy występują zaburzenia i jakiego rodzaju.

Redakcja: Czy podobne zaburzenia dają się leczyć?

Prof. Klawe: Tak, na różne sposoby, zależnie od rodzaju zaburzenia. Najmniej skuteczną jest farmakologia. Swoje metody, najczęściej związane z usztywnianiem ściany gardła mają laryngolodzy, a chyba najlepszą metodą jest spanie w odpowiedniej masce, w której jest podwyższone ciśnienie, dzięki czemu nie dochodzi do zapadania dróg oddechowych. Maski stosuje się w warunkach domowych. W Bydgoszczy diagnostyką i leczeniem tych zaburzeń zajmuje się Centrum Pulmonologii przy ul. Seminaryjnej. O ile dobrze pamiętam, metoda oddychania pod dodatnim ciśnieniem, jest częściowo refundowana przez NFZ.

Redakcja: Czy spanie w masce nie przeszkadza śpiącemu?

Prof. Klawe: Człowiek, który cierpi na nasilone zaburzenia oddychania w czasie snu, jest zazwyczaj bardzo nieszczęśliwy i zmęczony, często w ogóle „nie do życia”. W czasie snu powinien się regenerować. Muszą wystąpić wszystkie fazy snu. Gdy dochodzi do zaburzeń

oddychania w czasie snu, niektóre z tych faz całkowicie wypadają. Pacjent jest niewyspany, za dnia nieprzytomny. Dlatego spanie w masce jest znacznie lepsze niż nieprawidłowy sen, pozwala na regenerację.

Redakcja: Ile powinien trwać prawidłowy sen?

Prof. Klawe: Różnie u różnych ludzi, ale mniej więcej od 6 do 8 godzin, kobiety podobno trochę więcej, najdłużej dzieci. Badania dużych populacji mówią, że jeżeli długość snu skorelujemy ze śmiertelnością, to niedobrze spać krócej niż 6 godzin i dłużej niż 9, ale zawsze ważne jest indywidualne spojrzenie, a nie prawa wielkich liczb. Cykle snu są około półtrogodzinne, non-REM 1, 2, 3, 4, potem REM i następny cykl. W miarę trwania snu, poszczególne cykle różnią się długością faz i stadiów.

Redakcja: Co dzieje się przy zaburzeniach oddychania?

Prof. Klawe: Przy zaburzeniach oddychania najczęściej wypada sen głęboki i faza REM. Jest to poważny problem, powiedziałbym problem społeczny. Człowiek z zaburzeniami jest po prostu niewyspany. Niebezpiecznie robi się, kiedy siada np. za kierownicę. W Polsce nie ma uregulowań prawnych w tej kwestii, ale np. w Stanach Zjednoczonych zawodowi kierowcy są badani pod względem zaburzeń oddychania w czasie snu. Podobnie dzieje się w przypadku pilotów (wykryte zaburzenie musi być obowiązkowo leczone, jeśli chory nie zgadza się na nie, traci licencję).

Redakcja: Jak wielki jest odsetek ludzi z podobnymi zaburzeniami?

Prof. Klawe: Z wiekiem wzrasta, powyżej 60 roku życia to już około 70% populacji, szczególnie mężczyzn, oczywiście chodzi o zaburzenia o różnym stopniu nasilenia.

Redakcja: Panie Profesorze, zadamy banalne pytanie. O której należy się położyć, aby dobrze się wyspać?

Prof. Klawe: Cóż. To zależy od człowieka. Ludzi można by podzielić na trzy grupy:



skowronki, sowy i grupę mieszaną. Osoby zwane skowronkami wstają z samego rana np. o 5, pełni życia i wigoru, za to wcześniej chodzą spać. Nie nadają się do pracy nocnej czy zmianowej. Odwrotnie sowy – rano wstają niechętnie, najlepiej ok. 10.00, ale potrafią funkcjonować do późna. Typ mieszany przystosowuje się do zmiennych warunków. Cały świat stara się pracować w nienormowanym czasie pracy, by każdy mógł przyjść do pracy o odpowiedniej dla siebie porze. W wybranym przez siebie czasie lepiej funkcjonuje. Co za pożytek z pracownika, który przyjdzie o 6.00 rano, ale do 9.00 drzemie, ratując się kawą? Lepiej, żeby przyszedł o 9.00 i pracował bardziej efektywnie. Dla ludzi sów to prawdziwa katorga. Energia wkładana w zaburzenie własnego chronotypu jest niewspółmierna do efektywności pracy. Poza tym w rytmie biologicznym w godzinach wczesno-popołudniowych spada zdolność do pracy, należy odpocząć i dlatego na całym świecie jest przerwa na lunch. I warto na to zwrócić uwagę.

Redakcja: W jaki sposób zgadnąć, kto jest skowronkiem, a kto sową?

Prof. Klawe: Łatwo ustalić, kto jest skowronkiem, a kto sową, mierząc temperaturę wewnętrzną. W ciągu doby temperatura zmienia się o dobrych parę kresiek. Najbardziej widoczne jest to u dzieci. Stąd w godzinach popołudniowych zaniepokojone mamy często biegną z dziećmi do lekarza, bo te – według nich – mają stan podgorączkowy. W godzinach popołudniowych temperatura lekko rośnie. Minimum temperatury występuje w godzinach porannych (u skowronków w godzinach wczesno-porannych). Następnie rośnie odrobinę do godz. 12-13, później spada i znowu rośnie po południu.

Redakcja: A Pan Profesor jest skowronkiem czy sową?

Prof. Klawe: Sową, zdecydowanie sową.

Redakcja: Szkoda, że w polskich warunkach pracodawcy nie biorą pod uwagę chronotypu pracownika...

Prof. Klawe: To prawda. Podobnie w związku partnerskim. Byłoby najlepiej, gdyby pary dobiegały się w ramach tego samego chronotypu. Inaczej partnerzy ledwo mogą się ze sobą spotkać.

Redakcja: Skąd pochodzą pacjenci z zaburzeniami oddychania, których badacie?

Prof. Klawe: Współpracujemy m.in. z Kli-

niką Laryngologii prof. Kukwy w Warszawie i nawzajem przekazujemy sobie pacjentów.

Redakcja: Jak wspomnieliśmy, oprócz Pracowni Chronobiologii prowadzicie Państwo również Pracownię Spektrometrii Absorpcji Atomowej oraz Mikrobiologiczną. Czy możemy prosić o kilka słów na ich temat?

Prof. Klawe: Pracownia Absorpcji Atomowej jest związana z badaniami nad żywieniem. Mamy nowoczesną aparaturę, pozwalającą na określenie śladowych ilości pierwiastków w różnym, odpowiednio przygotowanym materiale biologicznym. Zdecydowaliśmy się na badania włosów. Ilość mikroelementów koreluje z prawidłowym bądź nieprawidłowym żywieniem. Ostatnio jedna z naszych pracownic obroniła doktorat, który dotyczył anoreksji i bulimii u młodych dziewcząt. Choroba odzwierciedlała się również w zaburzeniach składu mikroelementów we włosach. Metoda ta jest bardzo nowoczesna i daje świetne wyniki, ale dosyć droga zarówno pod względem sprzętu – spektrometr (w naszym wypadku kupiony z grantu KBN), jak i eksploatacji.

Redakcja: Czy tylko włosy nadają się do tego typu badań?

Prof. Klawe: Naturalnie, że nie. Z każdego materiału biologicznego można uzyskać wyniki, ale cała sztuka polega na odpowiednim przygotowaniu próbki. Włosy są wygodnym materiałem, chociażby poprzez łatwość jego pobrania. Wprawdzie w przypadku badań nad anoreksją pojawił się problem, bowiem trudno było znaleźć włosy... niefarbowane. Tymczasem prowadząc badania na młodych, zdrowych mężczyznach, w większości strażakach, problemem było uzyskanie dostatecznej ilości materiału, ponieważ zazwyczaj panowie ci mieli włosy niezwykle krótko ścięte.

Redakcja: A Pracownia Mikrobiologii?

Prof. Klawe: Pracownia Mikrobiologii istnieje najdłużej, w zasadzie zajmujemy się w niej jedną bakterią – *Campylobacter*, odpowiedzialną za wiele zatruc pokarmowych. Na całym świecie rutynowo bada się *Campylobacter*, w Polsce nie. Europejskie ośrodki badawcze wskazują, że zakażeń *Campylobacter* jest więcej niż np. salmonelloz. *Campylobacter* występuje m.in. w mięsie drobiowym, bardzo często w wodzie, a także, jak udowodniła nasza doktorantka, jest przenoszona przez psy i koty. Wywołuje ostre schorzenie żołądkowo-jelitowe, często mylone z pokarmową infekcją wirusową czy salmonellozą. Po paru dniach samo przechodzi... Przy skażeniu wody może powodować większe epidemie. Badaliśmy także różne rekreacyjne zbiorniki wody w Bydgoszczy i okolicy.

Redakcja: I jakie wyniki?

Prof. Klawe: Różnie z tym było. *Campylobacter* przenosi niestety najczęściej ptactwo wodne.

Redakcja: Mimo wszystko w Katedrze dominują badania nad snem w różnych aspektach...

Prof. Klawe: Cały czas zajmujemy się mechanizmami regulacyjnymi w układzie krążenia i oddychania, zarówno w rytmie okołodobowym, jak i w konkretnych sytuacjach zaburzających ów rytm, np. ostatnio prowadzimy duże badania



Bunkier chronobiologiczny

dotyczące deprywacji snu. Ponadto niedawno popełniliśmy całą serię artykułów do „Inżynierii biomedycznej” opisujących używane przez nas, a nowe w Polsce metody oceny funkcjonowania układu autonomicznego.

Redakcja: Czy badania nad snem to łatwy kawałek chleba?

Prof. Klawe: Nie, to nie jest łatwy kawałek chleba. Szczególnie badania na ludziach są żmudne. Mamy związane ręce, jeśli chodzi o pozyskiwanie obiektów do badań. Komisja Biotyczna bywa restrykcyjna, nie dopuszcza np., studentów, policjantów, strażaków czy żołnierzy. Jednak pomimo tego na badania dotyczące deprywacji snu pozyskaliśmy sporą grupę ponad 60-osobową (30 w tym roku, 30 w następnym).

Redakcja: To nie wszystkie badania jakimi zajmujecie się Państwo?

Prof. Klawe: Jeśli chodzi o mechanizmy regulacyjne w układzie krążenia i oddychania, prowadziliśmy bardzo ciekawe badania dotyczące komór kriogenicznych, gdzie panuje temperatura nawet do minus 130 stopni. Jest to dyskusyjna metoda używana w rehabilitacji, sporcie i regeneracji. W niewielu państwach funkcjonują kriokomory. W Polsce jest to dość popularne, stąd np. wielu sportowców przyjeżdża do nas z zagranicy, by skorzystać z kriokomory. Niestety tak naprawdę nie wiadomo, co się dzieje z człowiekiem w kriokomorze, oprócz tego, że poddawany jest silnemu działaniu bodźcowemu. Chętny, w skarpetkach, rękawiczkach, majtkach i okryciu na piersi przechodzi przez dwie śluzę, najpierw ok. -7 stopni, później ok. -20 stopni, a dopiero na koniec na maks. 3 minuty -120 stopni. Temat ten nas bardzo zainteresował. Badania te prowadziliśmy w Ciechocinku w sanatorium „Pod Tężniąmi”. W styczniu 2011 r. na podstawie tych badań obronił się (mam nadzieję) kolejny doktorant.

Redakcja: Prowadzicie Państwo ciekawe badania dotyczące temperatury człowieka?

Prof. Klawe: Jako jedyny ośrodek medyczny w Polsce prowadzimy telemetryczny pomiar temperatury u pacjenta. Pacjent łyka kapsułkę, a urządzenie przypięte do paska rejestruje temperaturę wewnętrzną. Używaliśmy również kamery termowizyjnej. O dziwo, temperatura ciała w komorze krioterapii spada o wiele później, niż by nam się wydawało. Ponieważ niedaleko komory kriogenicznej była sauna, zrobiliśmy badania i w saunie. Zarówno przypadku krioterapii, jak i sauny ważne, by określić przeciwwskazania, które są obecnie niedookreślone. Co ciekawe, gdy prezentowaliśmy nasze wyniki na konferencji zagranicznej, Amerykanie w ogóle nie wiedzieli, o czym mówimy, ponieważ u nich w ogóle nie stosuje się komór kriogenicznych. W związku z tym wywiązała się ciekawa dyskusja pomiędzy prowadzącym obrady Amerykaninem, a jak najbardziej obeznaną w temacie Rosjanką.

Redakcja: Współpracujecie z ośrodkami w Polsce oraz na uczelni macierzystej. Z kim współpraca układa się najlepiej? A współpraca z zagranicą? Słyszeliśmy o kontaktach m.in. z Kliniką Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu im. Filipa w Marburgu

Prof. Klawe: Od ponad 20 lat współpracujemy z Kliniką Chorób Wewnętrznych Uniwersy-

tetu w Marburgu. Obok tego współpracujemy z Zakładem Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Jeśli chodzi o współpracę na miejscu, zaburzenia oddychania w czasie snu badaliśmy również u pacjentów dializowanych, stąd współpraca z Kliniką Nefrologii prof. Jacka Manitusia. Pracownia Absorpcji Atomowej dokonuje pomiarów dla Zakładu Ekologii prof. Piotra Kamińskiego. Jakiś czas temu współpracowaliśmy ze Szpitalem Gruzlicy i Chorób Płuc w Bydgoszczy, z dr M. Malinowską-Czajkowską.

Redakcja: Macie Państwo w ofercie również coś dla kosmetologów?

Prof. Klawe: A tak. Prowadziliśmy również badania dotyczące... cellulitu. Jako że moi pracownicy są po różnych kierunkach, jedna z pracownic ukończyła zdrowie publiczne, a przedtem kosmetologię - stąd badania nad cellulitem. Posiadamy znakomite urządzenie do oceny składu ciała. W Polsce działa ich zaledwie cztery. Badania te prowadzimy we współpracy z Katedrą Radiologii. Lekarze radiolodzy wykonują dla nas badania ultrasonograficzne zmian cellulitowych, a my robimy dalsze pomiary.

Redakcja: Czym zajmuje się Zespół Rejestracji i Kontroli Zakażeń Szpitalnych?

Prof. Klawe: Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach nakłada na każdy zakład opieki zdrowotnej tworzenie podobnych zespołów. Powinien być w niej lekarz i pielęgniarki epidemiologiczne (jedna na 200 pacjentów). W naszym zespole są cztery pielęgniarki i lekarz. Ponieważ szpital nie znalazł miejsca dla zespołu, wygospodarowaliśmy jedno pomieszczenie w naszym Zakładzie. Ścisłe współpracujemy z Katedrą Mikrobiologii prof. Eugenii Gospodarek. A czym się zajmujemy? Po pierwsze profilaktykę. Szkolimy wszystkich nowo przyjętych do pracy wskazując, na co należy zwracać uwagę, jak postępować, by do zakażeń nie dochodziło. Po drugie monitorujemy sytuację na poszczególnych oddziałach. Każda z pielęgniarek ma swoje oddziały i pojawia się na nich niespodziewanie o różnych porach dnia i nocy, doradzając i szkoląc, a jednocześnie kontrolując. Po trzecie prowadzimy szkolenia okresowe pielęgniarek i lekarzy. Ponadto rejestrujemy wszystkie zakażenia szpitalne zgłaszane z poszczególnych oddziałów i kontrolowane w Zakładzie Mikrobiologii. Dodatkowo monitorujemy zużycie antybiotyków z tzw. górnej półki, stosowanych do zwalczania zakażeń.

Redakcja: Jak ocenia Pan Profesor Szpital Jurasza pod względem zagrożeń zakażeniami?

Prof. Klawe: Nasz szpital wygląda całkiem przyzwoicie, chociaż ze współpracą bywa różnie. Musieliśmy opracować i wdrożyć procedury, ponieważ przy każdym ewentualnym procesie wytoczonym szpitalowi przez zakażonego pacjenta, jako pierwsze pada pytanie o przestrzeganie procedur.

Redakcja: Zorganizowaliście Państwo niejedną konferencję naukową...

Prof. Klawe: Wspólnie z Katedrą Fizjologii organizowaliśmy duży zjazd Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego. Sam Zakład Higieny zorganizował 2-3 drobniejsze konferencje.

Redakcja: Jak wspomina Pan Profesor doświadczenia z okresu pełnienia obowiązków konsultanta krajowego ds. higieny i epidemiologii?

Prof. Klawe: Był to 1998 rok. Ku mojemu zaskoczeniu zaproponowano mi, bym został konsultantem krajowym ds. higieny i epidemiologii. Byłem nim przez 4 lata, później przez 6 lat byłem konsultantem wojewódzkim w mazowieckim i małopolskim. Była to odpowiedzialna i szalenie absorbująca praca. Przypadł wówczas okres reformy specjalizacji lekarskich, tworzyliśmy nowe programy. Walczyłem o to, by specjalizacja pozostała jako podstawowa. Teraz nie ma higieny epidemiologicznej, jest tylko epidemiologia.

Redakcja: Działa Pan aktywnie w kilku Towarzystwach (np. Polskie Towarzystwo Fizjologiczne, Polskie Towarzystwo Higieniczne, Polskie Towarzystwo Antropologiczne, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych). Czy podobna działalność zabiera wiele czasu i wysiłku?

W tym momencie najaktywniej działam w Towarzystwie Zdrowia Publicznego, jestem przewodniczącym oddziału kujawsko-pomorskiego. Ponadto wszyscy kierownicy katedr higieny i epidemiologii utworzyli swego rodzaju Kolegium. Spotykamy się raz do roku i ustalamy plany pod kątem dydaktyki i badań naukowych (np. a propos żywienia współpracowaliśmy z Krakowem, Białymstokiem, a nawet Grodnem). Właśnie istotne są ustalenia dydaktyczne, aby kończący licencjat na jednej uczelni mógł bez problemu rozpocząć studia magisterskie na innej uczelni.

Redakcja: W jaki sposób dobiera Pan Profesor nowych współpracowników? Co sądzi Pan



Pracownia Absorpcji Atomowej

o swoim obecnym zespole?

Prof. Klawe: Jeśli chodzi o pracowników dydaktycznych są to wykładowcy, adiunkci i asystenci. Dwie osoby zostały ze starego zespołu: dr Roman Graczykowski (szef epidemiologii w bydgoskim Sanepidzie) i dr Maciej Borowiecki (wieloletni Dyrektor Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Bydgoszczy). Oprócz tego mam jedną lekarzkę i ludzi po analityce medycznej, po chemii, po fizjoterapii, po zdrowiu publicznym. W większości to młody zespół. Uważam, że najpierw trzeba kogoś poznać, by dokonać wyboru, dlatego np. jeden z pracowników został u nas po obronie doktoratu. Zespół oceniam bardzo dobrze. Co najważniejsze – młodzi ludzie rozwijają się i nie boją się nietypowych wyzwań.

Redakcja: Wspomnijmy o Pana pasjach sportowych. W 2000 r. studenci Akademii Medycznej w Bydgoszczy pod Pana opieką zorganizowali Pierwszą Wysokogórską Wyprawę Naukową na Mont Blanc. Drugą w 2003 r. zorganizowano na Chan Tengri, a w 2007 r. celem wyprawy stało się zdobycie szczytu Elbrus. Od kiedy trwa zafascynowanie wspinaczką wysokogórską? Co pozostaje największym marzeniem Pana Profesora?

Prof. Klawe: Wyprawy były powiązane z badaniami naukowymi, jako że interesowałem się funkcjonowaniem organizmu na dużych wysokościach, a takie wyjazdy umożliwiały podobne badania. Laboratoriów wysokogórskich jest niewiele, trudno się do nich dostać, więc pozostają warunki naturalne. Wyprawy zaczęły się od Mont Blanc, która niestety była niezbyt udana alpinistycznie i naukowo. Całkowicie pozamarażał nam sprzęt, a pogoda zmusiła do odwrotu. Nie zdobyliśmy szczytu. Z tych wymienionych trzech zdobyliśmy Elbrus, nieco wyższy i tak naprawdę najwyższy szczyt Europy. W wyprawie na Czan Tengri również przeszkodziła nam pogoda, w bazie powyżej 5 tysięcy m. zasypało nas śniegiem tak, że wykopywaliśmy się z namiotów. W wysokich partiach schodziły lawiny, więc zarządziliśmy odwrot. Zespół stanowili

głównie studenci i absolwenci naszej Uczelni. Planowaliśmy w lutym 2011 roku ruszyć na Kilimandżaro, co marzy mi się od kilku lat, ale większość studentów rozjechała się po całej Polsce. Ale wrócimy do tego...

Redakcja: Wymaga to chyba niezłej kondycji, aby wytrzymać trudy takich wypraw...

Prof. Klawe: Trzeba nad tym pracować.

Redakcja: Nie obce są też Panu inne sporty, choćby żeglarstwo...

Prof. Klawe: Żegluję od zawsze, chyba od szkoły podstawowej. Zaczynałem w Yacht Club w Warszawie, trochę regatowo, a potem bardziej turystycznie. Marzyłem o wypłynięciu na morze, dlatego patent sternika robiłem w Trzebieży na Zalewie Szczecińskim. Wówczas niestety nie udało mi się zdobyć paszportu ani książeczki pływaka morskich. Stąd przez wiele lat pozostawało mi żeglarstwo śródlądowe, głównie Mazury, a teraz Zalew Koronowski, na którym trzymamy własną łódkę. Jednak żeglarstwo morskie dalej kusilo. Obecnie kilka razy w ciągu roku staram się wypłynąć w morze. Pochwalę się, że w ubiegłym roku 11 grudnia opłynąłem przylądek Horn i mam ku temu odpowiedni certyfikat. Ekipa była polska, męska, płynęliśmy polskim jachtem Selma Expedition z Puerto Madrin wzdłuż Argentyny do Chile, do portu, w którym przechodzi się odprawę przed opłynięciem przylądka Horn, potem wypłynęliśmy przez kanały Patagonii na Pacyfik i z zachodu na wschód opłynęliśmy Horn. Cały rejs zakończył się szczęśliwie w Ushuai w Argentynie.

Redakcja: Rzeczywiście trudno go opłynąć?

Prof. Klawe: Mogło być gorzej. Był moment, że zdawało się, że będziemy musieli się wycofać, ale troszeczkę się uspokoiło i daliśmy radę. Cała wyprawa zajęła ponad 2 tygodnie. Ostatni wypadek jachtu Nashachata w okolicach Ushuai pokazuje jednak, że nie wszyscy mieli tyle szczęścia... Teraz w listopadzie byłem na Bałtyku, piękna pogoda, ciepło i spokojnie, nie to co na wodach w okolicach Hornu.

Redakcja: A narty?

Od lat co roku staram się pojeździć na nartach. Ponadto przynajmniej przez 2 tygodnie udzielam się na obozach fizjoterapii i ratownictwa medycznego jako instruktor narciarstwa, bo mam i takie uprawnienia, a także jako lekarz.

Redakcja: Zdaje się, że Pan Profesor w ogóle nie ma nietypowe zainteresowania. Latem często widuje się Pana na motorze...

Prof. Klawe: Motor miałem od zawsze. Najpierw komarki, potem coraz większe motory. Przez wiele lat interesowałem się starymi motocyklami, ale po grzebaniu w starych silnikach ręce nie nadawały się na blok operacyjny. Musiałem zarzucić motory, lecz wróciłem do nich parę lat temu. Teraz jeżdżę Yamahą Virago, ale może ten model urośnie...

Redakcja: Nawiązując do kultowego filmu z lat 60. „Mąż swojej żony”, to czy trudno jest być mężem Pani Prorektor? Czy w jakiś sposób wpływa to na czas wolny lub jego brak czy też dodatkowy stres?

Prof. Klawe: Oj, trudno. To obowiązki 24 godziny na dobę. Telefony dzwonią bez przerwy, nie mówiąc już o zaangażowaniu emocjonalnym, bez którego nie można zarządzać dużą instytucją. Trudno znaleźć czas na wspólny urlop. Do tej pory wyglądało to tak, że jak tylko gdzieś wyjechaliśmy, to żona zaraz musiała wracać. W tym roku na Wyspach Kanaryjskich mieliśmy szczęście. Przede wszystkim pierwszego dnia ukradli mi telefon i nie musiałem się o nic martwić... Przynajmniej ten jeden milczał, a było na tyle daleko, że nagły powrót na jeden dzień nie wchodził w grę. Bo podczas wspólnego rejsu na Bałtyku przerabialiśmy sytuację, kiedy żona „ganiała” nasz jacht promem.

Redakcja: Dziękujemy za rozmowę.

ze strony Redakcji rozmowę prowadzili: dr Krzysztof Nierzwicki oraz mgr Monika Kubiak



zespół Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii

Dwa tematy wcale nie gwiazdkowe, choć jeden prokreacyjny

Wojciech Szczęsny

Mijający rok obfitował w wydarzenia raczej złe. Katastrofa smoleńska, która niewątpliwie długo jeszcze będzie budzić skrajne emocje, oraz wydarzenia późniejsze z nią związane, a potem tragiczna powódź. Politycy różnych opcji starali się wzmiankowane tragedie wykorzystywać niekiedy w sposób niegodny nawet wspomnienia. Mniej-sza o to, to już chyba Witkacy powiedział, że polityka to: „pomyje w kryształach”. Chyba się nie mylił. Jednak obok toczy się normalne życie, gdzie ścierają się również poglądy i polityczne i religijne. Zatrzymam się na dwóch tematach. Pierwszy to tzw. „dopalacze”.

Jakiś czas temu zadzwoniła do mnie pani redaktor z pewnej gazety i zapytała czy słyszałem o kręgarzu, który rozpoczął działalność w okolicach Bydgoszczy. Oprócz tradycyjnych działań manualnych, posiada on maść (żel?), który wsmarowuje się wzdłuż kręgosłupa. Cudowny ów specyfik (jak sądzę drogą diadermalną) przenika do krążków międzykręgowych, przywracając im turgor i właściwości, jakimi charakteryzuje się ów twór anatomiczny w trzeciej-czwartej dekadzie życia. Informację przyjąłem z udawanym zainteresowaniem, a następnie poinformowałem moją rozmówczynię, że mój entuzjazm dotyczący walki z szarlatanerią nieco osłabł. Przyczyn jest kilka. Po pierwsze i najważniejsze, kiedy zobaczyłem w czasie moich peregrynacji po urzędach, których obowiązkiem jest stać na straży przestrzegania prawa (mam na myśli prokuraturę, Urząd Kontroli Skarbowej, Inspekcję Sanitarną czy wreszcie Policję), że delikatnie mówiąc - mają mnie i problem, który wyłuszczałem - w dużym poważaniu, powiedziałem sobie basta. Nie będę szargał swojego nazwiska na sprawie jak widzę z góry skazanej na przegrana.

Jednak sprawa dopalaczy, niczym prostowskie magdalenki, przypominała mi, w jakim kraju, przyszło nam żyć. Tragedia kilku osób (w tym śmierć) uświadomiła naszemu stróżom prawa, że w Polsce w sklepach „kolekcjonerskich” można nabyć „dopalacze”. Jako człowiek, mimo dojrzałego już wieku naiwny, sądziłem, że kolekcjonuje się monety, stare zegary czy znaczki. O kolekcji substancji psychoaktywnych nie słyszałem nigdy dotąd. A pewnie powinienem, bo mądrzy ludzie, prawnicy, jak sądzę po głębokiej analizie problemu, tak nazwali torebki z ziołem. Interes kwitł zatem znakomicie. Policja, Sanepid czy wreszcie Konstanty Dombrowicz przechodzili obok „sklepów kolekcjonerskich” codziennie. Jakoś nie dostrzegali problemu (ciekawe czemu?). I nagle: „Larum grają! Ojczyzna w niebezpieczeństwie!, Panowie szlachta do szabel

i na koń!”. Premier, panie i panowie ministrowie prześcigają się w pomysłach jak przeszkodzić „kolekcjonerom”. Ba, z ust Prezesa Rady Ministrów dowiedziałem się, że będziemy działać na granicy prawa, ale wszystkie „kolekcje” zostaną zniszczone. Prezydent Bydgoszczy jako pierwszy (oklaski na stojąco!) zamknął sklepy „kolekcjonerskie”. Jeśli ktoś sądzi, że obiekty zbieractwa szczyły, grubo się myli. Są nadal sprzedawane, lecz w innych miejscach i nieco zdrożały (sami Państwo rozumiecie, praca rynku).

Czemu o tym napisałem, ano dlatego, że spodziewam się, w bliższej lub dalszej przyszłości, iż ktoś umrze po zastosowaniu cudownego żelu na krążki międzykręgowce, lub „natchniony głęboką wiarą i osobistą ascezą” (słowa abp. Pylaka) filipiński healer zamiast „bezkrawej operacji” spowoduje ciężkie uszkodzenie ciała. Wówczas ktoś krzyknie z trybuny Sejmu: „Jak to możliwe, aby w naszym kraju działały takie rzeczy? Jak mogą działać naruszając istniejące prawo oszczędności i szarlatanów? Co robi Izba Lekarska?!” Ano mogą i działają pani/panie parlamentarzysto, którego (której) nazwiska jeszcze nie znam. Tak jak przez kilka lat sprzedawano dzieciakom i starszym truciznę jako „przedmioty kolekcjonerskie”. Myślę nawet, że był ktoś (taki „głupek wioskowy” jak ja), który mówił, że sprzedawanie „dragów” jako kolekcji nie jest dobrym pomysłem i może nie powinno być takiego prawa. Pewnie zlekceważono go, tak jak mnie zlekcewał pewien prokurator w gazecie, pisząc, że Filipińczyk nie leczy tylko „masuje olejkami migdałowymi” i to za zgodą i za pieniądze wielu chętnych.

Jedna tylko myśl nie daje mi spokoju, czy aby na pewno przyczyną owego larum były zgony i ciężki rozstrój zdrowia kilku osób. Może i tak. A może ktoś nie podzielił się zyskami z kim trzeba? A kto z kim lepiej nie wiedzieć....

Drugi temat to „in vitro”. Wcale nie nowy, lecz wrócił z nową energią dzięki obradom Sejmu na ów właśnie temat. Wśród projektów zgłoszonych Wysokiej Izbie był i taki, który stosowanie w Polsce metody nagrodzonej tegorocznym Noblem zamierzał karać więzieniem. Równoległe z obradami naszego Parlamentu w Bydgoszczy odbyła się konferencja „In vitro szansa czy zagrożenie?”. Zapytany przez „Gazetę Wyborczą” o ową konferencję, skrytykowałem ją. Moja krytyka dotyczyła nie idei dyskusji (bo taka jest potrzebna), lecz sposobu urządzenia owego spotkania. Organizowanie konferencji z udziałem li tylko zwolenników danej teorii nie ma sensu dla rozwoju nauki. Nauka to ścieranie się poglądów, „burza mózgów”, dyskusje czasami nawet ostre i



niezbyt miłe, ale merytoryczne. Tymczasem wystarczyło przejrzeć program, aby wiedzieć, że nie ma tu nikogo, kto choćby zająknie się, że „in vitro” jest jakąś szansą. Oczywiście zapewne celem było przekonanie audytorium o słuszności poglądów prelegentów. Przypomina to jednak nieco sytuację, gdy ksiądz z ambony gani tych, którzy nie przyszli do kościoła. Odnoszę bowiem wrażenie, że zwolenników sztucznego zapłodnienia po prostu tam nie było, bo i po co mieliby przyjść, kiedy nie dopuszczono ich do wygłoszenia referatów. Chyba, że dostali zaproszenie do przedstawienia swoich poglądów (w sesji w postaci wykładów, rzecz jasna, a nie jako „głos w dyskusji”) i odmówili. Wtedy zwracam honor. Osobiście gdybym był organizatorem rzeczonoj konferencji, zaproponowałbym naprzemiennie wykłady np. po wykładzie księdza prof. Mariana Machinka, głos zabiera etyk – ateista np. prof. Jan Hartman z CM UJ. Po wykładzie prof. Chazana, prof. Grabiec lub ktoś z ginekologów „pro in vitro” i tak dalej. Potem dyskusja moderowana przez niezależnego dziennikarza. Myślę, że red. Terlikowski nie obraziłby się, gdybym nazwał go dziennikarzem katolickim. Oczywiście to tylko moja sugestia, jakiś pomysł.

Mam pewien problem. Na konferencji nie byłem i znam ją jedynie z relacji kilku osób. Nie powiem, wybierałem się, jednak w tym czasie prowadziłem sesję dla pielęgniarek na spotkaniu chirurgicznym w Krakowie. Temat jednak zgłębiam od dłuższego czasu. Przejawia się tu niczym mantra słowo naprotechnologia. Zanim przejdę dalej, chcę wyraźnie podkreślić, że „in vitro” powinno być ostatnim sposobem leczenia niepłodności partnerskiej (nie tylko małżeńskiej, co dla mnie oczywiste). Tak, leczenia. Jest to bowiem choroba, która ma swój ICD-10. Zawsze budził moje zdumienie „argument”, że „in vitro” nie leczy niepłodności, bowiem bezpłodna para nawet po porodzie dziecka sztucznie poczętego będzie nadal bezpłodna. Fakt, ale pacjent po opuszczeniu stacji

dializ nadal będzie miał niewydolne nerki. Czy ktoś nawołuje do zaprzestania dializ? Zaraz usłyszycie oczywiście, że dializa nie jest okupiona zamrażaniem nadliczbowych zarodków. Tak, ale do tego jeszcze wrócę.

Naprotechnologia. Już sama nazwa budzi respekt, kogoś, kto nie wie o co chodzi. To zapewne – myśli sobie bezpłodna para – jakaś „kosmiczna” technologia, jakieś leki, działania czy zabiegi, które spowodują, że będziemy mieli dziecko. Nie do końca. W istocie naprotechnologia to dokładne badanie kobiety i cyklu owulacyjnego, zabiegi laparoskopowe, hormony itp. Prawdę powiedziawszy jest to to, co każda kobieta winna mieć wykonane przed stwierdzeniem, że jedyną drogą zajścia w ciążę jest „in vitro”. W przypadku niepłodności męskiej, metoda ta zawodzi. Przedstawianie więc naprotechnologii jako panaceum na niepłodność jest nadużyciem godnym najwyższego potępienia. Zdaję sobie całkowicie sprawę, że żadna z metod medycznych, w tym „in vitro”, nie jest panaceum.

Wspomniany wyżej prof. Chazan wygłosił referat pt. „Prawo czy etyka, medycyna czy weterynaria?” Nie wiem czemu weterynaria ma być gorsza od medycyny. Weterynarze to też lekarze. Mają swoją

etykę, starają się pomagać braciom mniejszym. Zwierzę odczuwa ból, cierpi z głodu czy zimna. Nawiasem mówiąc, człowiek też jest zwierzęciem, tyle że myślącym. A jeśli myśli to nie powinien chyba poniżać innych. Pycha jest jednym z grzechów głównych, kiedyś uważanym za najgorszy z nich. Przyznam, że postawienie weterynarii w opozycji (w konotacji pejoratywnej) do leczenia ludzi, wzbudza moją odrazę. Stąd już krok do wydzielenie pewnych grup ludzi, którzy są jakby „nie nasi”. A dalej? Nawet nie chcę o tym myśleć. To już było....

Kościół winien nauczać swoich wiernych jakie jest współczesne magisterium dotyczące prokreacji. Jeżeli Polska jest w istocie krajem ludzi głęboko wierzących, firmy produkujące środki antykoncepcyjne winny dawno zbankrutować, w przeciwnieństwie do producentów termometrów. Jeśli jestem katolikiem to współżyję z moją żoną od ślubu kościelnego. Stosuję, co oczywiście dla mnie i dla niej, tylko naturalne metody regulacji poczęć. Jeśli żona zachodzi po raz siedemnasty w ciążę, przyjmuję owo dziecko z radością jako dar Boga. Jeżeli przeciwnie, Bóg nie obdarzył mnie potomstwem, a naprotechnologia nie pomogła nam, przyjmuję to jako krzyż,

który Bóg dał mi do dzwigniania na tej ziemi, bo widać tak się mu spodobało. Tak powinien postępować katolik. Tymczasem, cytując ks. Chmielowskiego: „Koń jaki jest każdy widzi”. Nie zraza to jednak Kościoła do prób narzucenia swojej wizji wszystkim jako prawa stanowionego.

Wreszcie problem samego „in vitro”. To jedyna jak dotąd metoda dla wielu bezpłodnych par. Nikt nikogo nie zmusza do jej stosowania. Ta technologia medyczna nadal ewoluuje. Jedyne dalsze jej stosowanie i rozwijanie może doprowadzić do sytuacji, kiedy nie trzeba będzie „produkować” nadliczbowych zarodków. Tylko nauka pozwoli na rozwiązanie tego problemu. Wszystko co może być zrobione, zrobionym będzie. Na nic zakazy religijne, czy polityczne. Najwyżej zrobi się to nieco później, w jakimś zakątku świata i nieco gorzej. Chyba, że ktoś myśli, że jest nieomylny i jego prawda jest jedyną. Wtedy naprawdę zaczną się bać, mimo tego, że w okresie Świąt Bożego Narodzenia podobno wszyscy stajemy się lepsi. Czego sobie i PT Czytelnikom serdecznie życzę.

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

IX Uniwersytecki Koncert Charytatywny

11 grudnia o 17:00 w Auli UMK odbył się IX Uniwersytecki Koncert Charytatywny „Światło nadziei”. Była to wyjątkowa okazja, by spełnić dobry uczynek, racząc ucho i duszę poezją śpiewaną w wykonaniu Andrzeja Sikorowskiego z córką Mają Sikorowską oraz krakowskim zespołem „Pod Budą”. W programie znalazł się również występ Chóru Gaudio Affecti pod dyktando Krzysztofa Zarembki.

Koncert stał się już tradycją, a uzyskiwany dzięki niemu dochód wspiera podopiecznych Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych Intelktualnie w Grabiu (powiat aleksandrowski).

Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych Intelktualnie w Grabiu prowadzony jest przez Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety od 1922 roku. Aktualnie mieszka w nim siedemdziesięcioro podopiecznych niepełnosprawnych fizycznie oraz intelektualnie w stopniu umiarkowanym, znacznym, lecz w większości w stopniu głębokim. Siostry dbają o wszechstronny rozwój dzieci, zapewniają im terapię zajęciową i rehabilitację. Ośrodek wspomaga swoją pracą także osoby świeckie, przede wszystkim nauczyciele szkoły specjalnej. Działalność Domu utrudniają jednak problemy finansowe.

Obecnie koncert stanowi ważne wydarzenie kulturalne Torunia i regionu. Jego historia jednakże ma swoje początki w prostej akcji studentki UMK – Agnieszki Szwałkowskiej, która przejęła się losem mieszkańców Domu w Grabiu. Organizowała więc kwesty pod ha-

słem „Hej studencie, nie bądź taki – daj złotówkę na dzieciaki”. Jedną ze zbiorów umożliwiła zakup takiej ilości artykułów spożywczych, która nie zmieściła się do samochodu Agnieszki. W zorganizowaniu transportu pomógł ówczesny Prodziekan Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania UMK – prof. Włodzimierz Karaszewski. Działania studentów na tyle zainteresowały Profesora, że udał się wraz z nimi do Grabia. Osobista wizyta i związane z nią emocje jeszcze bardziej wzmocniły zaangażowanie Profesora, które trwa do dziś.

W 2004 roku pracownicy UMK pomogli Siostrze Zgromadzenia św. Elżbiety Prowincji Toruńskiej założyć fundację SERCE DLA DZIECKA. Bez środków pozyskiwanych dzięki działalności fundacji Dom w Grabiu nie byłby w stanie zaspokajać wszystkich potrzeb mieszkających w nim dzieci.

Jak możemy przeczytać na stronie UMK, idea koncertu narodziła się jako podsumowanie całorocznych prac fundacji oraz forma podziękowania wszystkim zaangażowanym, a w szczególności Siostrze Elżbietankom. Jej pomysłodawcą był współpracujący z Wydziałem Nauk Ekonomicznych i Zarządzania amerykański biznesmen Roger Fisher, członek Board of Trustees Dominican University. Ten Przedsiębiorca Roku 1995 w USA corocznie wspiera inicjatywę, także finansowo.

W tym roku do grona wolontariuszy dołączyli również studenci Collegium Medicum. Ewelina Romanowska, studentka kierunku lekarskiego, którą pamiętamy z udziału w Wyborach Miss UMK 2010, od kwietnia bierze

udział w grupowych wyjazdach do Domu w Grabiu. Działając ponadto indywidualnie, pozyskała pomoc Piekarni Bartkowskiej z Torunia oraz firmy Syleni. Na czym polegają wyjazdy grupowe do Domu w Grabiu? Wiosną studenci pomagali na przykład pomalować płot. – „Siostry zawsze dla nas coś przygotowują. Tradycyjnie jest poczęstunek, wtedy zorganizowały ognisko i pieczenie kiełbisek” – wspomina Ewelina. Grupa wolontariuszy Collegium Medicum jest jeszcze w trakcie tworzenia. 27 listopada pojechało do Grabia około 10 osób z III i IV roku kierunku lekarskiego. Czwooro naszych studentów włączyło się również w realizację spotkania mikołajkowego 6 grudnia. Dzieci zostały obdarowane prezentami, wspólnie z wolontariuszami ubierały choinkę i śpiewały kolędy.

W tym miejscu zachęcamy także studentów fizjoterapii do poszerzenia grona wolontariuszy, którzy ofiarowują swój czas i serce mieszkańcom Domu w Grabiu. – „Najważniejsze, by z tymi dziećmi po prostu być. Gdy przyjeżdżamy, dla nich jest to wydarzenie dnia” – opowiada Ewelina Romanowska.

oprac. Karolina Bartoszewicz



Farmacja widziana okiem Dziekana

wywiad z dr. hab. Bronisławem Grzegorzewskim, prof. UMK



Miłosz Sadecki: Panie Dziekanie, gdzie Pan studiował?

prof. Bronisław Grzegorzewski: Studia ukończyłem na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika na ówczesnym Wydziale Matematyki, Fizyki i Chemii. Studiowałem na kierunku fizyka.

Miłosz Sadecki: Jak długo pracuje Pan na naszej Uczelni?

prof. Bronisław Grzegorzewski: W Katedrze Biofizyki pracuję od 1999 roku.

Miłosz Sadecki: Kiedy został Pan Dziekanem Wydziału Farmaceutycznego?

prof. Bronisław Grzegorzewski: W 1996 roku zostałem prodziekanem. Potem kolejno byłem dziekanem, prorektorem ds. studenckich i obecnie znów jestem dziekanem.

Miłosz Sadecki: Dlaczego właśnie Pan pełnił te funkcje?

prof. Bronisław Grzegorzewski: Nasz Wydział do 2002 roku prowadził kształcenie w zakresie analityki medycznej. W tym czasie na Wydziale pracowali lekarze, biolodzy, chemicy i fizycy. Na Wydziale nie było ani jednego farmaceuty, stąd wybór pracownika Katedry Biofizyki był dość naturalny.

Miłosz Sadecki: Kiedy na naszym Wydziale pojawili się farmaceuci?

prof. Bronisław Grzegorzewski: Jest to długa i bardzo ciekawa historia. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych rektorem Akademii Medycznej był prof. Jan Domaniewski. Udało mi się przekonać prof. Domaniewskiego do podjęcia działań zmierzających do zatrudnienia pierwszych farmaceutów. To jednak był dopiero początek drogi.

Musieliśmy przekonać zarówno środo-

wisko farmaceutów oraz, przede wszystkim, stosowne władze o tym, że w Bydgoszczy jesteśmy w stanie kształcić farmaceutów. W 2000 roku uzyskaliśmy wszelkie zgody i w tym roku na naszym wydziale pojawili się pierwsi studenci farmacji.

Miłosz Sadecki: Jakie są Pańskie zainteresowania naukowe?

prof. Bronisław Grzegorzewski: W moim pierwszym miejscu pracy w Akademii Techniczno-Rolniczej w Bydgoszczy zajmowałem się rozpraszaniem światła. Poszukiwałem także sposobów aplikacji wyników badań. W naszej Uczelni początkowo prowadziłem badania dotyczące soczewki oka. Obecnie zajmuję się badaniem agregacji oraz sedimentacji krwi. Prowadziliśmy także badania systemu kontroli postawy. Charakter tych badań można określić jako medyczno-diagnostyczno-farmaceutyczny.

Miłosz Sadecki: Co Pana najbardziej cieszy na Wydziale Farmaceutycznym?

prof. Bronisław Grzegorzewski: Najbardziej cieszą mnie organizowane na naszym Wydziale dyplomatoria. Jest to naprawdę wielką radość, kiedy z roku na rok wręczam analitykom medycznym, farmaceutom i kosmetologom coraz większą liczbę dyplomów.

Jest to wynik pracy władz Uczelni, pracowników Wydziału, no i trochę mój.

Miłosz Sadecki: Jak Pan ocenia możliwości przyszłej kariery naszych studentów?

prof. Bronisław Grzegorzewski: Jesteśmy w tej szczęśliwej sytuacji, że nasze kierunki studiów wciąż cieszą się dużym zainteresowaniem. Studia na naszym Wydziale dają nie tylko przygotowanie do wykonywania określonych zawodów, ale także przygotowanie

do prowadzenia pracy naukowej. Z naszych informacji wynika, że nasi absolwenci nie mają większych problemów ze znalezieniem pracy. Większość znajduje zatrudnienie zgodnie z posiadanym wykształceniem.

Absolwenci podejmują także prace lub próbują działać w bardzo różnych obszarach. Podam dwa bardzo charakterystyczne przypadki. W sprawie zatrudnienia jednego z naszych absolwentów o opinie poprosiło nas lotnisko Heathrow. Nazwisko innego naszego absolwenta znalazłem wśród kandydatów do władz samorządowych. Wielu naszych absolwentów podejmuje pracę na naszym Wydziale, co dla nas jest szczególnie ważne. Jestem przekonany, że dobrze kształcimy naszych studentów.

Absolwentom zawsze życzę wszelkiej pomyślności.

Miłosz Sadecki: Dziękujemy za rozmowę.

z dr. hab. nauk fizycznych, Bronisławem Grzegorzewskim, prof. UMK, dziekanem Wydziału Farmaceutycznego i kierownikiem Katedry Biofizyki rozmawiali Miłosz Sadecki i Marcin Sawicki z IV roku farmacji

przedruk z mini pisma Oddziału Bydgoskiego Młodej Farmacji „Moździerz” 2010 nr 1 s. 1-3

Personalia

Informujemy, że w okresie od 1 września do 30 listopada 2010 roku:

z dniem 7.10.2010 tytuł profesora nauk medycznych uzyskał prof. dr hab. Marek Jackowski

od dnia 15.11.2010 funkcję kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Gastroenterologicznego pełni dr hab. Maria Kłopocka

z dniem 30.09.2010 prof. dr hab. Józef Kałużny w związku z przejściem na emeryturę przestał pełnić funkcję kierownika Katedry i Kliniki Chorób Oczu

z dniem 7.10.2010 tytuł profesora nauk medycznych uzyskała prof. dr hab. Alina Grzanka

z dniem 15.10.2010 dr hab. Jacek Fisz

został zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego i pełni funkcję kierownika Zakładu Informatyki i Metodologii Pracy Naukowej

od dnia 1.10.2010 dr hab. Małgorzata Pawłowska, prof. UMK pełni funkcję kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wieku Rozwojowego

od dnia 1.10.2010 dr Edward Szymkowiak pełni obowiązki kierownika Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

od dnia 1.10.2010 dr hab. Grażyna Malukiewicz pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Chorób Oczu

od dnia 1.10.2010 dr hab. Jerzy Krysiński, prof. UMK pełni funkcję kierownika Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku (do dnia 30.09.2010 prof. Krysiński

pełnił funkcję kierownika Katedry i Zakładu Marketingu i Ustawodawstwa Farmaceutycznego)

od dnia 1.10.2010 dr Maria Czternastek pełni obowiązki kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Plastycznej

od dnia 1.10.2010 dr Irena Daniluk-Matraś pełni obowiązki kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej

od dnia 1.10.2010 dr hab. Tomasz Grzybowski, prof. UMK pełni także funkcję kierownika Katedry Medycyny Sądowej

od dnia 15.11.2010 mgr inż. Ilona Patużyńska zmieniła stanowisko ze specjalisty na kierownika Działu Zawodowej Promocji Studentów i Absolwentów

przygotowała mgr Agnieszka Mróz, kierownik Działu Spraw Pracowniczych

Medicalia 2010

Dorota Kowalewska

Dzień Nauki, czyli Medicalia zgromadziły tłumy pasjonatów nauk medycznych. Jak zwykle.

Dzień Nauki jest rzadką okazją, aby zbliżyć się do tych sfer medycyny, które zazwyczaj nie są widoczne na co dzień.

Uczestnicy zobaczyli laparoskopię wykonaną na uszkodzonej dyni i mogli posłuchać wykładu o najnowszych technikach stosowanych w medycynie sądowej. Kolorowa kuchnia zgromadziła nie tylko fanów dobrego jedzenia, ale przede wszystkim miłośników chemii.

Na warsztaty można było się zapisywać przez dwa tygodnie. Już pierwszego dnia miejsc zabrakło na Sali operacyjnej. Ale nie ma w tym nic dziwnego. To jedyny dzień w roku, gdzie otwierają się drzwi do miejsc zazwyczaj niedostępnych. Prowadzący, chi-

rgurg Wojciech Szczęsny, miał przed sobą trudne zadanie. Musiał przeprowadzić laparoskopową operację dyni. Na monitorze można było zobaczyć różne gumki i wreczki, udające narządy wewnętrzne. Dyniowy pacjent przeżył operację i wszystkie znaki na niebie i ziemi wskazują, że jako eksponat posłuży jeszcze przez wiele lat.

W ramach tegorocznych Medicalii odbyło się 19 różnych warsztatów i wykładów.

Nie sposób wymienić wszystkich organizatorów. Wszystkim dziękujemy z całego serca. Dzięki Wam, wiele osób miało możliwość spojrzeć za kulisy nauki, zwanej medycyną.

Czy warto było przyjść na Medicalia? Na pewno! Poniżej podajemy streszczenia przykładowych zajęć:

Rola i zadania współczesnej medycyny

sądowej, wykładowca: lek. Piotr Engelhardt
Seriele opisujące pracę naukowców, którzy nowoczesnymi metodami wykrywają sprawców przestępstw są coraz popularniejsze. Dzisiaj Sherlock Holmes czy porucznik Columbo nie mieliby szans w starciu z naukowym podejściem do wykrywania zbrodniarzy.

W czasie warsztatu dowiedzie się na czym polega badanie człowieka dla potrzeb procesu karnego. Jak alkohol i najczęściej stosowane trucizny wpływają na ludzki organizm. A dla ludzi o mocnych nerwach przeznaczona została część traktująca o samobójstwach, najczęstszych zabójstwach, oględzinach ciała na miejscu zdarzenia i sekcji zwłok.

Tajemnice i rytuały sali operacyjnej, wykładowca: dr n. med. Wojciech Szczęsny, Barbara Grabowska

Sala operacyjna jest miejscem zazwyczaj niedostępnym, gdzie przebywać może tylko personel medyczny oraz pacjent poddawany zabiegowi. W czasie naszego warsztatu będzie można nie tylko wejść na salę, ale zobaczyć jak chirurg i instrumentariuszka przygotowują się do zabiegu, jak przebierają się w odpowiedni strój. Omówimy zasady aseptyki i antyseptyki czyli sterylizacji narzędzi i przygotowania pola operacyjnego. Będzie można dotknąć narzędzi chirurgicznych, poznać ich działanie i przeznaczenie w czasie operacji. Zdemonstrujemy zarówno klasyczne narzędzia jak i te najnowsze, służące do wykonywania zabiegów laparoskopowych.

Na sali operacyjnej obowiązują pewne zasady postępowania, a nawet poruszania się po niej. Ci którzy przyjdą na warsztat poznają wszystkie te rytuały, a może i tajemnice tego miejsca gdzie chirurdzy leczą rany i zadają rany, aby leczyć.

Tajemnice Mózgu, wykładowca: dr. Magdalena Nowaczewska

Mózg człowieka kryje w sobie nadal wiele tajemnic. Co prawda znamy dokładnie jego budowę, ale pozostaje jeszcze wiele nieodkrytych funkcji i połączeń. Mózg składa się z dwóch półkul, z pozoru identycznych. Lecz każda z nich jest odpowiedzialna za inne procesy i umiejętności. Czy nie jesteśmy ciekawi, gdzie zlokalizowane są emocje, wyobrażenia uzdolnienia plastyczne i sny? Czy mózg ma płeć? Na tym wykładzie uchyliśmy drzwi do wielkiej tajemnicy.

mgr Dorota Kowalewska jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji



Medicalia 2010, fot. Aleksandra Konopka

Nowi Profesorowie: Alina Grzanka

Prof. dr hab. Alina Grzanka jest absolwentem Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Gdańskiego. Po ukończeniu studiów rozpoczęła pracę jako młodszy asystent w Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Klinicznej w Pracowni Mikroskopii Elektronowej Państwowego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W roku 1988 obroniła pracę doktorską pt.: „Próba ultrastrukturalnej oceny antygeny rakowo- płodowego (CEA) przy użyciu metody immunocytochemicznej z kompleksem peroksydaza-antyperoksydaza (PAP) u chorych z rakiem sutka”, której promotorem był prof. zw. dr hab. Jan Domaniewski.

W październiku 1994 roku podjęła pracę na stanowisku adiunkta w Instytucie Biologii i Ochrony Środowiska w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Bydgoszczy, gdzie w 2001 roku objęła stanowisko kierownika Zakładu Biologii Eksperymentalnej. Na podstawie dorobku naukowego i rozprawy habilitacyjnej pt.: „Wpływ wybranych cytotatyków na reorganizację białek cytoszkieletu linii komórek białaczek ludzkich K-562 i HL-60” w 2002 roku otrzymała stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej. Od roku 2004 pełni funkcję kierownika Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii, równocześnie od 2008 roku jest zatrudniona w Bydgoskiej Szkole Wyższej (BSW), gdzie prowadzi zajęcia z histologii dla studentów kierunku kosmetologia.

Podczas swojej kariery zawodowej odbyła szereg szkoleń i kursów, oraz dwa staża zagraniczne. Wynikiem pracy naukowej są liczne, głównie oryginalne, prace publikowane w renomowanych czasopiśmie naukowych oraz doniesienia zjazdowe.

Prof. dr hab. Alina Grzanka od lat zaangażowana jest w czynną działalność dydaktyczną. Prowadzi wykłady i seminaria w zakresie biologii komórki, histologii z cytofizjologią dla studentów kierunku lekarskiego, biotechnologii, kosmetologii oraz analityki medycznej. Od roku 2010 prowadzi również wykłady z histologii i embriologii dla studentów anglojęzycznych na kierunku lekarskim. Jest również promotorem wielu prac licencjackich i magisterskich studentów kierunku biotechnologia oraz opiekunem merytorycznym prac doktorskich. Pod kierunkiem prof. dr hab. Aliny Grzanka powstał ogólnodostępny Atlas Histologiczny, który znajduje się na stronie internetowej uczelni.

Prof. dr hab. Alina Grzanka jako kierownik Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii dba o rozwój naukowy pracowników swojej jednostki. Pod jej kierownictwem od podstaw powstały pracownie: Hodowli Komórkowej i Tkankowej, Mikroskopii Elektronowej oraz Immunofluorescencji wyposażonej. Jest członkiem i inicjatorem spotkań naukowych Bydgosko-Toruńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Histochemików i Cytochemi-

ków, w którym pełni funkcję Przewodniczącej. W 2009 roku zorganizowała XLIII Sympozjum Polskiego Towarzystwa Histochemików i Cytochemików, a od 2010 roku jest członkiem Zarządu Głównego PTHiC.

W ciągu swojej pracy naukowej prof. dr hab. Alina Grzanka wykonała liczne recenzje wydawnicze dla czasopism krajowych oraz o zasięgu międzynarodowym, uczestniczyła także w ocenie projektów naukowych m.in. unijnych. Od wielu lat współpracuje z ośrodkami naukowymi w kraju i za granicą.

Obecnie prof. dr hab. Alina Grzanka realizuje wiele projektów naukowych w ramach zagadnień związanych z organizacją cytoszkieletu i jest niekwestionowanym autorytetem w tej dziedzinie. Jest uznanym specjalistą w zakresie histologii z cytofizjologią oraz metod mikroskopowo-elektronowych i immunocytochemicznych. Przez wiele lat prowadziła badania w zakresie szeroko pojętej biologii nowotworów, a także wpływu cytotatyków i czynników wzrostu na ekspresję białek cyklu komórkowego w powiązaniu z procesem apoptozy.

Nominację profesorską odebrała 23 listopada 2010 r.

www.cm.umk.pl



Nowi Profesorowie: Marek Jackowski

„Ambitne zaangażowanie w chirurgii dr. hab. med. Marka Jackowskiego trwa od początku jego kariery. To niezwykle zdolny chirurg. Planowo zdobywał poszczególne szczeble: specjalizację II stopnia, doktorat (praca pt. „Choroba niciana zespołu górnej odcinka przewodu pokarmowego” - 1990), habilitację („endoskopowe wykrywanie zmian nowotworowych żołądka przy użyciu laserowo indukowanej autofluorescencji tkanek” - 1999 r.). (...) w znacznym stopniu przyczynił się do zorganizowania 49 Zjazdu Chirurgów Polskich w Toruniu. Był inspiratorem i autorem kilkunastu prac naukowych. Jest pionierem endoskopii i operacji laparoskopowych w Toruniu.”

(z wywiadu Sławomira Badurka z prof. Waldemarem Jędrzejczykiem, „Meritum” 2003 nr 3)

Od 1 października 2003 roku dr hab. Marek Jackowski jest kierownikiem Katedry Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej w Toruniu. Obecnie w Klinice pracuje 15 lekarzy, 29 pielęgniarek, 10 pielęgniarek

operacyjnych i 23 osoby personelu pomocniczego. Katedra posiada najnowocześniejszy sprzęt laparoskopowy i osprzęt chirurgiczny umożliwiające wykonywanie skomplikowanych procedur. Przy klinice działa Pracownia Endoskopii oraz nowoczesna operacyjna sala endoskopowa. Ponadto od maja 2002 r. działa nowoczesne Centrum Biologii Molekularnej i Genetyki Nowotworów. Prowadzone są w nim badania wykrywające obecność zmutowanych genów doprowadzających do rozwoju nowotworu w organizmie człowieka.

Bardzo istotnym elementem działalności Katedry jest praca naukowo-badawcza oraz dydaktyczna. W sferze szczególnych zainteresowań znajdują się: rak żołądka, jego powstawanie w kikucie żołądka po resekcji, diagnostyka fluorescencyjna; nowoczesne, szybkie metody diagnostyki mikrobiologicznej; kalectwo dróg żółciowych; zastosowanie autofluorescencji do diagnostyki zmian patologicznych w obrębie śluzówki przewodu

pokarmowego; genetyka nowotworów; zastosowanie metod nieliniowych w ocenie zaburzeń krążenia obwodowego; nowe metody oznaczania stopnia niedokrwienia. Badania w ramach Interdyscyplinarnego Zespołu Zastosowania Metod Nieliniowych w Reologii Krwi przy UMK w Toruniu; minilaparoscopia w schorzeniach jamy brzusznej.

Na badania nad zjawiskiem autofluorescencji nowotworów przewodu pokarmowego Katedra uzyskała grant KBN. W ramach prac zespołu interdyscyplinarnego z Zakładem Chemii Środowiska i Bioanalityki UMK opracowuje nowoczesne metody diagnostyki mikrobiologicznej, opartej o techniki elektromigracyjne (grant europejski Ba-Mod).

Katedra wydaje kwartalnik naukowy ACTA MEDICA, w którym umieszczane są publikacje dotyczące problemów medycyny klinicznej. Pismo uzyskało 2 pkt ministerialne.

Nominację profesorską odebrał 23 listopada 2010 r.

oprac. Monika Kubiak

Nobel za in vitro

Marek Szymański

60 lat minęło od chwili, gdy po raz pierwszy w głowie biologa Roberta Edwardsa pojawiło się przekonanie, że gdyby jakimś sposobem pobrać ludzką komórkę jajową i zapłodnić ją w laboratorium, po czym wprowadzić do jamy macicy, można by w ten sposób uzyskać ciążę u kobiet, które z różnych przyczyn zajść w nią nie mogą.

Wdrażanie idei w życie rozpoczął na zarodkach mysich. Los chciał, że napotkał na swojej drodze ambitnego ginekologa Patricia Steptoe, który jako pierwszy opublikował w Wielkiej Brytanii prace na temat przeprowadzenia niektórych procedur chirurgicznych bez rozcinania powłok brzusznych, a jedynie za pomocą małego nacięcia wielkości „dziurki od klucza”. Ten artykuł zainteresował Edwardsa w kontekście pozyskiwania komórek jajowych.

Od tego czasu pracowali już razem, Edwards zbierał doświadczenia, pracując na gametach mysich i innych ssaków, natomiast Steptoe rozszyfrowywał czynniki dojrzewania komórek jajowych, regulację hormonalną cyklu jajnikowego oraz udoskonaliał metody uzyskania komórek jajowych i technikę przeniesienia zarodków do jamy macicy. Poświęcili tym próbom kilkanaście lat zanim zakończyła się ona sukcesem... u królika.

Marzeniem naukowców było przeprowadzenie udanej próby na ludzkich zarodkach. Jednak wtedy, podobnie jak dziś, metoda ta budziła ogromne kontrowersje i sprzeciw niektórych środowisk naukowych, kościelnych oraz politycznych związanych z ówczesną władzą. Doprowadziło to do zaprzestania finansowania ich badań przez British Medical Research Council. Na szczęście pojawili się prywatni sponsorzy. Determinacja

obu naukowców doprowadziła do pobrania ludzkich komórek jajowych, wykonania po raz pierwszy programu zapłodnienia pozaustrojowego i przeniesienia zarodków do jamy macicy- IVF -ET (in vitro fertilization - embryo transfer).

Ten duet biologa i ginekologa doprowadził – krok po kroku – do udoskonalenia procedury. Udaje im się doprowadzić zarodek do stadium ośmioblastomerowego, co sprawia, że w 1970 r. trafiają na strony i okładkę „Nature”. Dopiero 7 lat później przychodzi przełom – decydują o odstawieniu hormonów używanych do stymulacji wzrostu pęcherzyków jajnikowych. Pobierają jedną komórkę jajową, w laboratorium hodują uzyskany po zapłodnieniu zarodek do stadium ośmiu komórek, podają go do jamy macicy. Po 38 tygodniach i 5 dniach, 25 lipca 1978 roku, przychodzi na świat Louise Brown, pierwsze dziecko poczęte metodą „in vitro”. Wkrótce po niej urodziło się drugie, trzecie... W roku 1983 udokumentowano 136 takich urodzeń. Realizując swoje marzenia Steptoe i Edwards doprowadzili do powstania w 1980 pierwszej na świecie kliniki leczenia niepłodności – Bourn Hall Clinic w Cambridge. Dyrektorem kliniki aż do śmierci w 1988 roku był Patrick Steptoe.

W Polsce, pierwsze, udane zapłodnienie pozaustrojowe, zakończone urodzeniem zdrowego dziecka w 1987 roku, miało miejsce w Klinice Ginekologii Akademii Medycznej w Białymstoku. Klinika białostocka, kierowana przez prof. Mariana Szamatowicza, pioniera i wielkiego entuzjasty tej metody leczniczej w Polsce, przez lata była jedynym tego typu ośrodkiem leczniczym w naszym kraju. Kolejnymi ośrodkami, w którym „in vitro” zakończyło się sukcesem

były jednocześnie Bydgoszcz i Bytom. W roku 1995 w Bydgoszczy, w Szpitalu im. dr. Jana Bizielea przysłała na świat zdrowa dziewczynka, będąca owocem 2 letnich prac nad „in vitro” zespołu kierowanego przez prof. Wiesława Szymańskiego. Sukces był tym większy, że ośrodek bydgoski był jedynym w kraju, który nie był finansowany przez Ministerstwo Zdrowia.

W Bydgoszczy do 2001 roku dzięki metodzie „in vitro” stosowanej w Katedrze i Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych CM, przyszło na świat kilkadziesiąt dzieci. Brak dostatecznego zrozumienia ze strony ówczesnych władz szpitala, doprowadził do zakończenia programu zapłodnienia pozaustrojowego.

Obecnie w Polsce jest ponad 20 ośrodków stosujących metodę zapłodnienia pozaustrojowego. Od 2004 roku, także na terenie województwa kujawsko – pomorskiego działa NZOZ „Centrum Medyczne” – Klinika Leczenia Niepłodności „Genesis”, które należy do Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu, zrzeszającego polskie kliniki leczenia niepłodności, raportujące swoje wyniki do EIM (European IVF Monitoring).

Potrzeba macierzyństwa leży w naturze kobiety. Jednak, aby spełnić to marzenie, co piąta kobieta będzie potrzebowała pomocy ośrodka specjalizującego się w leczeniu niepłodności. Bez prof. prof. Edwardsa i Steptoe nie byłoby 4 milionów ludzi poczętych do 2010 roku metodą in vitro. Nie byłoby również szeregu programów badawczych dotyczących hodowli tkankowych, komórek macierzystych itp. 4 miliony dzieci – to miliony par, którym dane było przeżyć pełnię macierzyństwa.

Przyznanie nagrody Nobla w tej dziedzinie medycyny, potwierdza, że leczenie niepłodności jest naszym obowiązkiem (niepłodność została uznana przez WHO za chorobę społeczną), a metodę IVF -ET uznaje się, jako jeden ze sposobów jej leczenia, która powinna być powszechnie stosowana, gdy inne metody leczenia nie dają rezultatów.

dr med. Marek Szymański jest specjalistą położnikiem-ginekologiem, adiunktem w Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej. Jest także dyrektorem NZOZ „Centrum Medyczne” – Klinika Leczenia Niepłodności „Genesis”. W „Genesis” stosowane są wszystkie obecnie dostępne metody rozrodu wspomaganego medycznie (IVF -ET, IVF-ICSI-ET, IUI), kriokonserwacja, witrifikacja, jak również bank nasienia dawców oraz bank nasienia zabezpieczający płodność pacjentom onkologicznym.

Zainteresowania autora: operacje onkologiczne w ginekologii, ultrasonografia w diagnostyce nowotworów – w szczególności guzów jajnika, rola tlenu azotu w naciśnięciu tętniczym indukowanym ciążą oraz leczenie niepłodności z zabiegami laparoskopowymi i histeroskopowymi włącznie.

przedruk z *Primum Non Nocere* 2010 nr 10 s. 4



Robert Edwards

Primus inter pares - czerwone wino, czy gorzka czekolada?

Władysław Sinkiewicz

Wprowadzenie

Od ponad 30 lat badania naukowe wykazują, że zdrowy styl życia, ćwiczenia fizyczne, przestrzeganie prawidłowej diety oraz utrzymywanie odpowiedniej masy ciała są najskuteczniejszymi sposobami zmniejszania ryzyka choroby niedokrwiennej serca (coronary heart disease, CHD). Alkohol również budzi nieustannie duże zainteresowanie jako czynnik ochronny chorób sercowo-naczyniowych, tym bardziej, że metaanalizy systematycznie potwierdzają ochronę przed CHD i redukcję śmiertelności całkowitej. Co więcej, osoby spożywające alkohol w umiarkowanych ilościach, przestrzegające zdrowej diety oraz bez nadwagi obciążone są mniejszym ryzykiem zawału mięśnia sercowego niż osoby prowadzące podobny styl życia, jednak niespożywające tego trunku. Regularne umiarkowane spożycie alkoholu po ostrym zawale mięśnia sercowego chroni przed następnymi incydentami w podobnym stopniu, co terapia farmakologiczna, a ponadto okazało się korzystne po stentowaniu naczyń wieńcowych.

W ostatnich latach wino preferuje się w coraz szerszych kręgach społecznych, jednak to, czy spodziewane i odnoszone korzyści mają związek bezpośrednio z alkoholem, czy też z innymi składnikami wina, jest ciągle przedmiotem dyskusji. Ostatnie badania nad polifenolami zawartymi w czerwonym winie wykazały duże podobieństwo ich właściwości do właściwości gorzkiej czekolady lub kakao.

Czy polifenole zawarte w winie czerwonym i kakao działają podobnie?

Flawonoidy stanowią grupę naturalnie występujących fitochemikaliów spotykanych w wielu owocach, a ponadto w herbacie oraz niektórych warzywach. Czerwone wino i kakao stanowią bogate źródła grupy flawonoidów określanej mianem flawanoli (flawan-3-O1e). Występują one w postaci monomerów (-)-epikatechiny oraz (+)-katechiny bądź też oligomerów epikatechiny i katechiny zwanych procyanidynami. W winie czerwonym procyanidyny z kwasem galusowym tworzą estry, a ponadto wchodzi w reakcję z antocyaninami (zabarwione flawonoidy zawarte w skórce winogron), tworząc proantocyanidyny. Procyanidyny w winie czerwonym pochodzą głównie z nasion winogron, jednak z uwagi na ich niewielką rozpuszczalność pestki muszą

znajdować się w moszczu gronowym co najmniej 10-14 dni, aby zapewnić najwyższe wartości ekstraktu. Przy masowej produkcji win czerwonych czas ten jest krótszy, co sprawia, że na rynek wypuszczane są często wina praktycznie pozbawione procyanidyn. Wina białe zawierają procyanidyny w znikomych ilościach, ponieważ fermentacja soku podczas ich produkcji odbywa się bez udziału nasion i skórek winogron.

Procesy produkcyjne wywierają również wpływ na zawartość flawanoli w produktach z czekolady. Fermentacja nasion z owoców kakaowca, choć niezbędna przy produkcji czekolady, prowadzi do stopniowej utraty epikatechiny i procyanidyn, co powoduje, że produkty wielu popularnych marek oferują niewielkie ilości flawanoli. Fermentacja i suszenie kakao powodują ubytek przynajmniej 20% polifenoli, szczególnie epikatechiny, w mniejszym stopniu procyanidyn. W powszechnej opinii gorzka czekolada jest bogatszym źródłem flawonoidów niż czerwone wino. Takie wnioski mogą wprowadzać w błąd, ponieważ przy porównaniu porcji o podobnej wartości kalorycznej, różnica ta nie jest już tak wyraźna. Ponadto istnieją różne odmiany czerwonego wina i gorzkiej czekolady, dlatego uogólnianie mija się z celem. Niewątpliwą korzyścią dla konsumentów byłoby wprowadzenie w przyszłości wymogu przedstawiania rzetelnych informacji dotyczących zawartości flawanoli na etykietach produktów.

Stwierdzono, że działanie antyoksydacyjne produktów czekoladowych zależy od stężenia procyanidyn i epikatechiny we krwi. Zdolność zmiatania rodników tlenowych, czyli całkowity potencjał antyoksydacyjny, rośnie znacząco już godzinę po spożyciu gorzkiej czekolady i utrzymuje się przez 4 godziny. Czekolada mleczna nie wywiera podobnego wpływu, ponieważ dodatek białek mleka zmniejsza wchłanianie epikatechiny z przewodu pokarmowego.

Wnioski z niektórych badań prowadzonych w ostatnich latach wskazują jednak, że wchłanianie polifenoli z przewodu pokarmowego może nie wystarczać do wywołania istotnego działania antyoksydacyjnego, a główne korzyści dla układu sercowo-naczyniowego płynące ze spożywania czerwonego wina i kakao niektórzy badacze przypisują przede wszystkim korzystnym interakcjom z funkcją śródbłonna naczyniowego oraz wpływem składników wina na agregację płytek krwi. W opisywanych badaniach in vitro aktywność biologiczną czerwonego wina oraz gorzkiej czekolady tłumaczy się działaniem procyanidyn/pro-

Zródło polifenoli	Ilość polifenoli (mg/l lub mg/kg)
Gorzka czekolada	460-610
Orzechy	350-550
Brzoskwinie	50-140
Jagody	130
Jabłka	20-120
Zielona herbata	100-800
Czarna herbata	60-500
Czerwone wino	80-300

Tabela zawartości katechin i epikatechin w wybranych produktach

antocyanidyn, które wywołują zależną od śródbłonna wazodylatację, zmniejszają syntezę endoteliny I oraz hamują agregację płytek krwi w małych stężeniach (jLmol/l lub nmol/l). Ciemna czekolada zawiera większą ilość miazgi kakaowej niż mleczna, również zawartość polifenoli jest znacznie większa. W 100 g wyciągu z kakao zawartych jest około 1400 mg flawanoli i procyanidyn, dla porównania w jabłkach zawartość tych substancji wynosi około 120 mg (tabela).

Czekolada - korzystna alternatywa dla abstynentów?

Wykazano, że duże spożycie gorzkiej czekolady lub kakao zwiększa zależną od przepływu zdolność rozkurczową naczyń krwionośnych przedramienia (flow-mediated dilatation, FMD). Biorąc pod uwagę, że obniżona FMD stanowi czynnik predykcyjny rozwoju CHD, a ponadto uważana jest za kluczowy element zależnego od wieku wzrostu ciśnienia krwi, interesujące jest to, że najkorzystniejszy wpływ spożycia kakao na FMD odnotowano u osób powyżej 50 roku życia. Odpowiedź rozkurczowa FMD nasila się również pod wpływem polifenoli wina czerwonego, a także spożywanych w formie wina bezalkoholowego. Prawdopodobnie zatem polifenole zawarte w czerwonym winie i kakao wykorzystują ten sam mechanizm poprawy funkcji śródbłonna. Jednocześnie wykazano, że wpływ był słabszy, gdy do kakao dodawano cukier.

Czy mechanizmy te przekładają się również na korzyści kliniczne u osób



www.pascal.pl



rys. Bogna Golojuch

preferujących gorzką czekoladę? Ponad 60 lat temu amerykańscy uczeni opisali pewien paradoks dotyczący Indian Kuna zamieszkujących wyspy u wybrzeży Panamy. Mimo podobnego spożycia soli jak u mieszkańców Stanów Zjednoczonych u Indian rzadziej występowało nadciśnienie tętnicze, nie obserwowano również typowego dla innych populacji zwiększenia zachorowalności na nadciśnienie związane z wiekiem. Również długość życia Indian była większa mimo niesprzyjających warunków życia na skalistych, wietrznych wyspach. Początkowo sądzono, że za ten fenomen odpowiada unikalny kod genetyczny Indian, jednak dalsze badania wykazały, że u osób, które przeniosły się do zurbanizowanej części Panamy i przestały odżywiać się tradycyjnie, ciśnienie tętnicze wzrastało, podobnie jak u innych mieszkańców miast. Jednym z bardzo ważnych elementów diety Indian Kuna jest spożywanie 5-6 filiżanek napoju kakaowego każdego dnia. Przyjęto, że to właśnie kakao odpowiada u nich za prawidłowe ciśnienie tętnicze. Metaanaliza 10 badań eksperymentalnych, dokonana przez Descha i wsp., potwierdziła związek spożywania czekolady i obniżenia ciśnienia tętniczego średnio o 4,5/2,5 mm Hg.

W badaniu Tauberta i wsp. po 14 dniach spożywania 100 g czekolady bogatej w polifenole przez pacjentów z izolowanym nadciśnieniem skurczowym stwierdzono średnie obniżenie ciśnienia tętniczego skurczowego o 5,1 mm Hg i rozkurczowego o 1,8 mm Hg. Wpływ ten zanikał po 2 dniach od zaprzestania spożywania czekolady. W innych badaniach też potwierdzono wpływ hipotensyjny czekolady. W badaniach eksperymental-

nych wykazano również wpływ polifenoli kakao na czynność śródbłonna zależną od tlenu azotu. Działanie to jest wielokierunkowe, obejmuje m.in. relaksację naczyń krwionośnych dzięki zwiększeniu aktywności syntazy tlenu azotu (eNOS) odpowiedzialnej za produkcję NO zmniejszeniu aktywności arginazy oraz zwiększeniu ilości L-argininy, produktu dla eNOS. Innym postulowanym mechanizmem, dzięki któremu flawanole mogą wywierać działanie hipotensyjne, jest hamowanie konwertazy angiotensyny, a także aktywacja hiperpolaryzującego czynnika pochodzenia śródbłonkowego (EDHF) i zwiększenie produkcji prostacyklin. Prawdopodobnie polifenole kakao, analogicznie do zawartych w winie czerwonym, mogą hamować również wazokonstrykcyjne działanie endoteliny I.

Regularne spożywanie kakao, wpływając korzystnie na ciśnienie tętnicze, zmniejsza ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. W Zuphten Study 15-letniej obserwacji w grupie mężczyzn spożywających czekoladę wykazano mniejsze średnie ciśnienie tętnicze oraz mniejszą śmiertelność w porównaniu ze śmiertelnością osób, które jadły rzadko lub wcale nie jadły czekolady. Spożywanie bogatej we flawanole czekolady, podobnie jak czerwonego wina, zmniejsza insulinooporność i zwiększa wrażliwość na insulinę.

Mówiąc o działaniu kakao i czekolady na organizm, nie można pominąć roli innych poza polifenolami licznych substancji psychoaktywnych, takich jak: kofeina, teobromina, anandamid, teofilina, fenyletyloamina oraz w śladowych ilościach morfina i kokaina. Chociaż są one potencjalnie niebezpieczne, jednak niewielka

ich ilość zawarta w czekoladzie korzystnie wpływa na samopoczucie, rozluźnia i uspokaja. Fenyletyloamina - endogenna pochodna amfetaminy, neuroprzekaznik, zwany „hormonem miłości” - działa przeciwdepresyjnie, wywołuje szczęście, a nawet euforię. Być może dzięki tej substancji traktowano kiedyś czekoladę jako afrodyzjak. Anandamid, pochodna kanabinoidopodobnych kwasów tłuszczowych, pobudza w mózgu te same receptory, co haszysz czy marihuana. Ich aktywacja jest równoznaczna z wywołaniem euforii i podwyższeniem wrażliwości. Nie udowodniono jednak do tej pory, aby substancji tych w czekoladzie było na tyle dużo, by wywołały zmianę nastroju, można jednak przypuszczać, że przyczyniają się one do uwydatniania walorów sensorycznych czekolady. Możliwe, że stan odprężenia po spożyciu czekolady zmniejsza niekorzystny wpływ stresu na ciśnienie tętnicze i hamuje rozwój chorób serca.

Dobroczynny wpływ czekolady stwierdzany w badaniach eksperymentalnych znajduje odzwierciedlenie w badaniach populacyjnych. Kilkuletnia analiza przeprowadzona za pomocą kwestionariuszy i obejmująca 1169 osób po przebytym zawale serca wykazała istnienie silnego związku między spożyciem czekolady a śmiertelnością z przyczyn sercowych. Najmniejsze ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych obserwowano w grupie spożywających czekoladę przynajmniej 2 razy w tygodniu. W analizie Buijsse'a i wsp., do której włączono ponad 19 000 osób, stwierdzono, że w grupie o największym spożyciu czekolady po 8 latach obserwacji najrzadziej występowały powikłania sercowo-naczyniowe (udar mózgu i zawał serca), a ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe było istotnie mniejsze niż w grupie, w której spożywano niewiele tego przysmaku.

Niestety, zagrożeniem wynikającym z częstego spożywania czekolady bogatej w tłuszcze i cukry proste jest przyrost masy ciała, a nawet otyłość. Średnia wartość energetyczna 100 g czekolady wynosi około 500 kcal. Niektórzy przypisują czekoladzie nawet działanie uzależniające, prowadzące do utraty apetytu na inne potrzebne w diecie produkty, takie jak warzywa i owoce. Być może odpowiedzialne za to są alkaloidy psychoaktywne, ale może po prostu nie umiemy się oprzeć niepowtarzalnemu aromatowi i smakowi tego produktu.

I tu dochodzimy do uniwersalnej starożytnej maksymy, ważnej zarówno dla wina, jak i czekolady: Virtus in medio stat - cnota stoi w środku, czyli zna umiar, a zdrowotnie jest niezwykle korzystna.

prof. Władysław Sinkiewicz jest kierownikiem II Katedry i Kliniki Kardiologii

Bibliografia u autora

Antyoksydanty w medycynie, dietetyce i kosmetologii

Marek Jurgowiak

Tlen, który jest życiodajnym dla organizmu człowieka, może być jednocześnie dla nas niebezpieczny. Wynika to z łatwości tworzenia wolnych rodników tlenowych, które reagując ze składnikami komórek organizmu modyfikują je i uszkadzają. Skutkiem tego mogą być liczne choroby. Zatem za oddychanie tlenem płacimy wysoką cenę zważywszy, że i starzenie się naszego organizmu to w dużej mierze zasługa wolnych rodników. Wolne rodniki tlenowe (WRT) to atomy, bądź cząsteczki posiadające niesparowany elektron na orbitalu zewnętrznym, a przez to są niezwykle reaktywne. Dążąc do uzupełnienia tej luki reagują praktycznie z każdą napotkaną na swej drodze cząsteczką, modyfikując ją i uszkadzając. Szczególnie groźne dla naszych komórek są wolnorodnikowe uszkodzenia DNA. A problem poważnym jest, jeśli przyjmujemy, że w zdrowym organizmie dorosłego człowieka powstawać może samego tylko anionorodnika ponadtlenkowego aż 2 kg rocznie (podczas oddychania komórkowego).

Jednocześnie w organizmie funkcjonują mechanizmy antyoksydacyjne chroniące przed toksycznym działaniem tlenu i pochodnych jego metabolizmu. Często dochodzi jednak do zaburzenia równowagi między tworzeniem wolnych rodników i działaniem ochronnego systemu antyoksydacyjnego, co określane jest jako „stan szoku tlenowego”. Czym zatem są antyoksydanty, i jak działają w obronie naszego organizmu?

Swoista walka z zagrożeniami wywołanymi przez wolne rodniki tlenowe toczy się na trzech poziomach. Po pierwsze - istnieje szereg enzymów działających na poziomie prewencji. Są to choćby dysmutaza ponadtlenkowa (SOD), katalaza czy peroksydaza glutationowa (ta zależna jest od obecności seleniu). Białka wiążące jony metali, odgrywają również rolę prewencyjną. Są odpowiedzialne za magazynowanie jonów metali w związanej formie tak, aby nie mogły one wziąć udziału w reakcjach wytwarzających wolne rodniki. Po drugie - w organizmie występują tzw. drobnocząsteczkowe antyoksydanty, których zadaniem jest interwencja, czyli skierowanie już zapoczątkowanej kaskady reakcji wolnorodnikowych na tory terminacji.

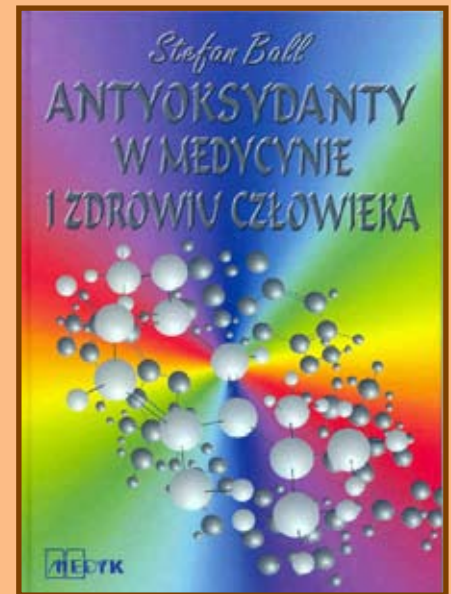
Ostatnią linią obrony jest naprawa powstałych uszkodzeń wywołanych przez wolne rodniki. Elementami tej ostatecznej linii obrony są np. enzymy naprawiające siedlisko naszych genów, jakim jest DNA.

Trwanie stresu oksydacyjnego może powodować poważne uszkodzenia komórkowe, a w konsekwencji np. choroby nowo-

tworowe, neurodegeneracyjne, sercowo-naczyniowe czy przyspieszone starzenie.

Podczas wykładu omówiona została rola antyoksydantów w utrzymaniu dobrej kondycji naszego organizmu z punktu widzenia współczesnej medycyny, dietetyki i kosmetologii, ich źródła oraz skutki nieprawidłowego stosowania antyoksydantów suplementowanych, jak witaminy A, C czy E. Wiedza ta może pomóc nam wszystkim dbać lepiej o swoje zdrowie i musi być rzetelna, tym bardziej, że popularność antyoksydantów dawno wyszła już poza sferę czysto naukową i każdy przeczyta obecnie na opakowaniu kawy czy zielonej herbaty, że produkt ten jest zdrowy, bo zawiera dużą ilość antyoksydantów. Czy zawsze dużo znaczy zdrowo?

Oprócz antyoksydantów z natury obecnych w naszym organizmie, takich jak enzymy, czy białka wiążące metale, skazani jesteśmy (jakkolwiek to brzmi) także na kontakt z antyoksydantami egzogennymi, pochodzącymi głównie z diety. Do takich czynników należą oprócz np. witamin, także flawonoidy zawarte w zielonej herbatce, ale i obecne też w borówkach, winogronach czy czosnku. Z całą pewnością flawonoidy odpowiadają za pozytywne, a nawet lecznicze działanie tych składników naszej diety. Czy zatem żyjąc w świecie narażającym nas na niemal permanentny stres oksydacyjny należy sięgać beztrudno po wszechobecne wokół nas antyoksydanty? Na przykład, popijając regularnie zieloną herbatę? Według obecnego stanu wiedzy człowiek powinien przyjmować w diecie większą, niż sądzono do niedawna, ilość antyoksydantów np. niektórych witamin, ale bez zbędnej przesady. Choć zaleca się obecnie palaczom tytoniu, aby przyjmowali witaminę C, w ilościach 40% większych niż osoby niepalące. Powinno się przy tym brać pod



uwagę aktualny stan zdrowia i zapotrzebowanie organizmu na antyoksydanty, które inne jest w różnych okresach naszego życia, a nawet zależy od wieku i płci.

Wiemy obecnie również, że wiele antyoksydantów występując w nadmiarze może mieć działanie prooksydacyjne nasilając w organizmie niebezpieczny stres oksydacyjny.

Dobrym zwieńczeniem dyskusji nad znaczeniem antyoksydantów powinien być fragment zaczerpnięty z książki Tomasza Manna „Czarodziejska góra”: ...wszystko jest jednocześnie lekarstwem i trucizną, toksykologia i farmakologia są jednym i tym samym, bo trucizna ma właściwości lecznicze, a to co uchodzi za życiodajne zabija w pewnych warunkach.”

dr Marek Jurgowiak jest starszym wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej

z wykładem poświęconym antyoksydantom w medycynie, dietetyce i kosmetologii wystąpił w cyklu Medycznej środy w październiku 2010 r.



dr Marek Jurgowiak, fot. archiwum Gazety Wyborczej

Teoria potrzeb w pielęgnowaniu

Mirosława Kram

Twórcą teorii potrzeb był amerykański psycholog Abraham Maslow. Według tej teorii, rozwój człowieka, jego dobrostan, a także poziom samorealizacji jest uwarunkowany właściwym zaspokajaniem potrzeb. Potrzeba to stan braku czegoś, co w związku ze strukturą organizmu jest mu niezbędne lub konieczne do życia. W strukturze procesów psychicznych zajmują one miejsce niemal na równi z zadaniami i procesami motywacyjnymi. Wszyscy ludzie mają podobne potrzeby, choć wcale nie identyczne.

Soma i psyche

Potrzeby biologiczne są wrodzone. Ujawniają się, w przeciwieństwie do potrzeb psychospołecznych najwcześniej, bo już wkrótce po urodzeniu, wynikają bowiem z fizjologii organizmu ludzkiego. Ich zaspokajanie jest niezbędne dla utrzymania organizmu przy życiu. Należą do nich: potrzeba oddychania, odżywiania, wydalania, ruchu, termoregulacji, snu i wypoczynku oraz niedoznawania bólu. Pomiedzy nimi najważniejsza staje się ta, która aktualnie nie jest zaspokojona.

Na granicy potrzeb biologicznych i psychospołecznych leżą: potrzeba kontaktu emocjonalnego oraz potrzeba bezpieczeństwa.

Pierwsza z wymienionych potrzeb polega na tym, że każdy człowiek od najwcześniejszego dzieciństwa potrzebuje bliskości psychicznej drugiego człowieka. Ta bliskość jest czymś niezbędnym. Odczuwalna jest i widoczna szczególnie w dzieciństwie, ale i późniejszym wieku również; tylko u niewielu ludzi schodzi na dalszy plan. Większość ludzi szuka kontaktu emocjonalnego przez całe życie, a znajdując go, chroni, umacnia i rozwija ten kontakt

W pierwszych latach życia ściśle zespolone z tą potrzebą jest poczucie bezpieczeństwa. Dla małego dziecka, rozwijającego się w prawidłowym środowisku, obie te podstawowe potrzeby będą zaspokojone w kontakcie z matką jako najbliższą osobą, do której

miłość jest początkowo niepodzielna. Dlatego tak ważne jest, aby małym dzieckiem zajmowała się głównie jedna osoba – matka lub osoba pełniąca tę rolę. Przez pierwsze trzy lata nie jesteśmy fizjologicznie zdolni do rozdzielenia miłości na kilka osób, a brak takiego kontaktu emocjonalnego lub też wieloosobowa, ciągle zmieniająca się opieka nad dzieckiem bardzo szybko narusza jego poczucie bezpieczeństwa i prowadzi do zaburzeń w rozwoju psychofizycznym.

Potrzeba bezpieczeństwa przez całe życie człowieka jest potrzebą elementarną. Jej zaspokojenie stwarza możliwość zaspokojenia innych potrzeb określanych mianem wyższego o rzędu. U podstaw tej potrzeby leży instynkt samozachowawczy. Poczucie bezpieczeństwa lub jego brak może wiązać się z bardzo wieloma czynnikami. Na przykład poczucie zagrożenia może występować w związku ze stanem zdrowia, np.: zagrożenie kalectwem, chorobą, śmiercią. Zaspokojenie tej potrzeby pozwala także na rozszerzenie relacji z innymi ludźmi.

Potrzeby psychospołeczne

Potrzeby psychospołeczne kształtują się w procesie indywidualnego rozwoju człowieka. Nie są dane z natury, człowiek się z nimi nie rodzi. Powstają i ujawniają się pod wpływem rozwoju psychospołecznego człowieka i doświadczeń życiowych. Oto niektóre z nich.

Potrzeba poznawcza – skłania każdego do penetracji świata, rozszerzania wiedzy, interesowania się wszystkim co nowe. Ta potrzeba, u jednych występuje z bardzo wielką siłą, stwarzając wręcz wrażenie ciągłego niedosytu, podczas gdy u innych jest słabo rozwinięta i daje się szybko zaspokoić.

Potrzeba działania – ma różny wymiar w zależności od wieku. W dzieciństwie podstawową jej formą jest zabawa, w wieku szkolnym nauka, w wieku dorosłym praca zawodowa.

Potrzeba(y) materialna(e). Oznacza rozmaite pragnienie posiadania rzeczy, które wydają się pociągające, atrakcyjne dla jednostki. Ważne jest jednak to, aby potrzeba posiadania rozmaitych dóbr materialnych nie stała się zbyt dominująca, nie przysłoniła innych celów i wartości.

Potrzeba przynależności i miłości wiąże się z człowiekiem jako istotą społeczną. Człowiek bowiem potrzebuje akceptacji i przejawów serdeczności ze strony innych ludzi. Zaspokojenie tej potrzeby w największym stopniu zależy od ludzi najbliższych danemu człowiekowi, oni bowiem najczęściej okazują mu uczucie serdeczności i miłości, przejawiają uznanie. Zaspokojenie tej

potrzeby pozwala na uzyskiwanie poczucia własnej wartości.

Potrzeba szacunku – człowiek potrzebuje ze strony innych ludzi oznak poważania go. Dzięki nim umacnia się w człowieku poczucie własnej wartości.

Potrzeba samoakceptacji to inaczej akceptowanie samego siebie, umiejętność polubienia samego siebie. Życzliwy i aktywny stosunek do innych ludzi możliwy jest tylko wówczas, jeżeli lubimy siebie.

Potrzeba samorealizacji polega na uzyskiwaniu wysokiego poziomu rozwoju różnorodnych możliwości własnych, zarówno intelektualnych jak i estetycznych. Jej zaspokojenie przejawia się tym, że człowiek potrafi decydować o sobie, zmierzać do wybranych celów życiowych, wzbogacać życie innych ludzi.

Siła i hierarchia potrzeb

Wszystkie potrzeby mają określoną siłę. Powoduje to, że dla każdego człowieka tworzy się hierarchia potrzeb. Na samym jej szczycie znajdują się potrzeby najważniejsze, dominujące i wyznaczające zasadniczy kierunek działania. Poniżej są potrzeby drugo- i trzecioplanowe, a wreszcie na samym dole te potrzeby, których siła jest tak mała, że u konkretnego człowieka odgrywają znikomą rolę w jego postępowaniu. Ludzie bardzo różnią się pomiędzy sobą hierarchią owych potrzeb i trudno jest stwierdzić jaka hierarchia jest najbardziej właściwa.

Warto także wiedzieć, że niezależnie od indywidualnej hierarchii potrzeb, która stanowi jednocześnie względnie trwałą cechę osobowości, istnieje też hierarchia kształtująca się doraźnie, w związku z aktualną sytuacją organizmu. Może być tak, że człowiek w pewnym momencie jest tak głodny lub tak bardzo śpiący, że te właśnie z pozoru prymitywne potrzeby biologiczne, wysuwają się na plan pierwszy.

Rozpatrując swoje funkcjonowanie lub zastanawiając się nad zachowaniem innych ludzi, warto sobie zadawać sprawę z tego dwoistego sposobu rozumienia hierarchii potrzeb: po pierwsze jako hierarchii typowej dla danego człowieka, po drugie, hierarchii aktualnej, która może być sytuacyjna i przejściowa.

Podsumowanie

Teoria potrzeb Maslowa koncentruje się na potrzebach człowieka jako jednostki. Potrzeby są podobne u każdego człowieka, ale odmienne w swojej intensywności oraz w rozmaitych cechach szczegółowych.

dr Mirosława Kram jest adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego



www.zarzycy.pl/p_piramida-potrzeb-maslowa.html

W czasie tych badań nie zaśniesz

wywiad z dr. hab. Jackiem Klawe, prof. UMK, kierownikiem Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii

Profesor Jacek Klawe z Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii Collegium Medicum UMK jest w trakcie badań, które poszerzą wiedzę o tym, jak na nas wpływa brak snu. Zdrowi ochotnicy nie śpią przez 26 do 36 godzin.

W tym czasie są badani. Sprawdzane jest, jak zmienia się ich ciśnienie krwi, czas reakcji, szybkość podejmowania decyzji i sprawność fizyczna, a przede wszystkim – jak funkcjonują podstawowe mechanizmy regulacyjne naszego organizmu, czyli odruchy odpowiedzialne za stabilizację podstawowych funkcji życiowych. Uzyskane wyniki pozwolą w przyszłości opracować wytyczne dotyczące czasu pracy zmianowej.

- Różne sytuacje życiowe zaburzają prawidłowy sen – mówi prof., Jacek Klawe – Można nie spać, bo pracujemy, jesteśmy na imprezie, czytamy książkę. Ale może być też wiele patologicznych przyczyn zaburzenia prawidłowego przebiegu snu. Możemy się budzić wiele razy w ciągu nocy, co sprawia, że sen staje się niepełnowartościowy.

Każde takie zaburzenie snu wpływa na nasze zdrowie i samopoczucie. Co ciekawe, osoby pracujące w systemie pracy zmianowej, a jednocześnie źle tolerujące pracę nocną, często chorują. I właśnie w braku snu, lub w tzw. zespole nietolerancji pracy nocnej, należy upatrywać przyczyn tych chorób. Nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa żołądka, depresja, i najczęstsza dolegliwość – chroniczne zmęczenie, to tylko niektóre choroby wywołane niepełnowartościowym snem. Dolegliwości mogą wystąpić już po kilku miesiącach pracy w systemie zmianowym, ale mogą się też ujawnić dopiero po kilku latach.

Według profesora Jacka Klawe, aż 25 procent z nas nie może pracować w systemie pracy zmianowej. Ich organizm nie umie się przestawić. A tylko dla około 15 – 20 procent nie ma to żadnego znaczenia. Cała reszta męczy się, ale próbuje dać sobie radę. Często jednak kończy się to właśnie problemami ze zdrowiem. Natura stworzyła nas bowiem tak, aby spać w nocy i być aktywnym w dzień.

Dorota Kowalewska: Zaczniemy więc od początku. Kładę się do łóżka i zasypiam. Rano się budzę wyspana.

prof. Jacek Klawe: Sen jest w istocie o wiele bardziej skomplikowany. Ma swoją strukturę, fazy i stadia. Aby spełnił swoje zadanie, czyli zregenerował organizm, muszą one występować kilkukrotnie w ciągu nocy. Sama długość snu jest mniej ważna.

Są ludzie, którym wystarczy 5 do 6 godzin snu na dobę. Inni nie są w stanie wstać z łóżka, jeśli nie prześpią 8 godzin. Jeśli w każdym z tych przypadków w czasie snu występują prawidłowe cykle snu, to wszystko jest w porządku. Problem zaczyna się, gdy ich nie ma lub są one przerywane.

Dorota Kowalewska: Co to jest REM i NON-REM?

prof. Jacek Klawe: Faza REM to faza szybkich ruchów gałek ocznych. Mogą towarzyszyć jej marzenia sennie. Faza non-REM to stopniowo pogłębiający się sen, od momentu zaśnięcia. Obie fazy występują kilka razy w ciągu nocy. Gdy jest ich za mało, albo zostają przerwane, wtedy nasz sen staje się niepełnowartościowy, nie spełnia swojego zadania, czyli nie regeneruje naszego organizmu.

Dorota Kowalewska: Każdemu z nas zdarzyło się zarwać noc lub jej część.

prof. Jacek Klawe: Oczywiście. I to nie jest niebezpieczne. Jesteśmy zmęczeni, ale jest to jednorazowy epizod. Problem zaczyna się, gdy trwa to dłużej, na przykład, gdy pracujemy w systemie pracy zmianowej. W pierwszym tygodniu idziemy rano do pracy, w następnym mamy nocki. Organizm nie potrafi tak szybko się przestawić na spanie w dzień, jest wtedy „ustawiony” na aktywność. A jeśli już zaczyna się przyzwyczajać, znowu mamy ranną zmianę. Tacy ludzie bywają bardzo zmęczeni i ciągle niewyspani.

Dorota Kowalewska: Dotyczy to zapewne różnych zawodów.

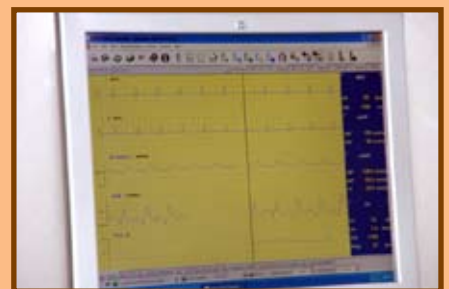
prof. Jacek Klawe: Na przykład sportowców, którzy jeżdżą na zawody w różne miejsca świata. Im bardzo jest potrzebna znajomość własnego organizmu, wiedza, w jakim czasie przystosują się do innej strefy czasowej. Co ciekawe, łatwiej jest im podróżować na zachód.



Dorota Kowalewska: To chyba zawsze tak było. Podróż na wschód nie kojarzy nam się dobrze

prof. Jacek Klawe: (śmiej) Z biologicznego punktu widzenia – na pewno tak. Łatwiej nam się przystosować do kilku godzin dłuższej doby niż do jej nagłego skrócenia. To zresztą można wytłumaczyć. Przecież i w domu często wydłużamy nasz okres czuwania. Pracujemy do późna w nocy, uczestniczymy w spotkaniach towarzyskich, nadrabiamy różne zaległości. Można powiedzieć, że wydłużanie doby leży w naszej naturze, a skracanie, jak w czasie lotu na wschód – zdecydowanie nie.

Co ciekawe, łatwiej nam od razu po przylocie do celu wykonać pewne zadania, niż przez chwilę odpocząć. Wtedy bowiem nadal jesteśmy skoncentrowani na zadaniu, które mamy wykonać. Jak polityk leci do kraju w innej strefie czasowej, ważne spotkania ma od razu po przylocie. Dopiero później jest czas na mniej oficjalne spotkania i rozmowy.



W czasie tych badań nie zaśniesz

wywiad z mgr. Pawłem Zalewskim, asystentem w Katedrze i Zakładzie Higieny i Epidemiologii

Jak wyglądają takie badania? Paweł Zalewski pokazuje mi pomieszczenie dostosowane do badania ochotników, którzy uczestniczą w badaniach. To wygłuszone małe mieszkanie, które znajduje się w piwnicach Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. A. Jurasza na ulicy M. Skłodowskiej-Curie w Bydgoszczy. Jest to pokój o powierzchni około 20 metrów kwadratowych z dwoma łóżkami i kanapą, mała kuchenka i łazienka z toaletą. Obok znajduje się pracownia, w której siedzą naukowcy monitorujący badania.

Dorota Kowalewska: Widzę, że może pan oglądać co się dzieje z ochotnikami? Ma pan podgląd z zainstalowanych kamer.

Paweł Zalewski: Oczywiście. Nie tylko mogą oglądać, ale również z nimi się kontaktować. Te badania nie wymagają izolacji. Poza tym często w czasie badania wykonujemy ochotnikom różne testy. Sprawdzamy, jak zmienia się ich sprawność operacyjna, a przede wszystkim aktywność autonomicznego układu nerwowego. Poza tym mamy z nimi kontakt, bo w jakiś sposób dostarczamy badanym jedzenie itp.

Dorota Kowalewska: Skąd macie pewność, że rano zjawił się ochotnik, który przespał w domu całą noc i jest wypoczęty?

Paweł Zalewski: Około godz. 8 rano poprzedniego dnia zakładamy mu małe urządzenie, rejestrujące jego aktywność ruchową – aktigraf, które monitoruje m.in. czy badana osoba przespała noc. Poza tym polyka też małą kapsułkę, która w sposób zdalny mierzy temperaturę głęboką ciała. Uprzedzę pani pytanie. Kapsułka jest jednorazowego użycia! Odczyt z tych urządzeń daje nam pewność, że ochotnik jest wyspany przed badaniem i że – jak przypilnujemy - nie zaśnie przez kolejne 36 godzin.

Dorota Kowalewska: Co robią ochotnicy z czasie badania?

Paweł Zalewski: Mają do dyspozycji komputer, gry, Internet. Mogą ze sobą rozmawiać, przygotować sobie posiłek. W tym czasie są też poddawani różnym badaniom czynnościowym. W toku badania sprawności operacyjnej specjalistyczne oprogramowanie ocenia czas reakcji, zdolność podejmowania trafnych decyzji, zdolność koncentracji oraz funkcjonowanie pamięci krótkotrwałej. Poza tym badani mają przeprowadzane testy psychologiczne, oceniające aktualny stan emocjonalny, który - jak wiadomo - może modulować nasze zdolności postrzegania. Przy pomocy specjalistycznego sprzętu badamy również wiele parametrów charakteryzujących czynność układu sercowo-naczyniowego oraz autonomicznego układu nerwowego.

Dorota Kowalewska: Co możecie powiedzieć o wynikach badania.

Paweł Zalewski: Potwierdziła się jedna z obserwacji, że deprywacja snu wpływa na poprawę czasu reakcji, możemy powiedzieć, że zwiększa się czujność badanego.

Dorota Kowalewska: Czyba się zmniejsza?

Paweł Zalewski: Nie, zwiększa się. Jeśli bardzo zmęczeni kierujemy samochodem, to bardziej niż zwykle uważamy na to, co się dzieje na drodze. Pewnie dlatego, że zdajemy sobie sprawę z tego, że jesteśmy zmęczeni i musimy bardziej wyżyć uwagę. W konsekwencji czas reakcji skraca się. Ale za to słabiej funkcjonuje pamięć krótkotrwała. Bywa, że przyjeździemy do domu i nie pamiętamy w ogóle, co się działo w czasie drogi. Oczywiście mówimy tutaj o zarwaniu nocy, a nie o braku snu przez bardzo długi czas. I droga też nie może być za długa, aby nas nie znużyła.

Dorota Kowalewska: Jest taki moment krytyczny, kiedy już człowiek przestaje „działać”?

Paweł Zalewski: Obserwujemy, że po ok. 36 godzinnej deprywacji snu badanym jest bardzo trudno sprawnie funkcjonować, nie można spuszczać ich z oka choćby na chwilę, bo po prostu są w stanie błyskawicznie przysnąć. Jednakże pomimo obserwowanych trudności człowiek jest w stanie jeszcze dość sprawnie funkcjonować przez kilka, kilkanaście kolejnych godzin, choć jest to osobniczo zróżnicowane. Ale z pewnością ten krytyczny moment w końcu nastąpi w przypadku każdego badanego.

Dorota Kowalewska: Jakie są wymagania, aby zostać uczestnikiem badania?

Paweł Zalewski: Należy być młodym (wiek 23-45 lat) i zdrowym mężczyzną, dość stabilnym emocjonalnie i otwartym na nowe wyzwania. W tym roku przebadamy 30 osób, w następnym mamy zamiar przebadać kolejnych 30. Zwykle badani zgłaszają się trójkami.

Dorota Kowalewska: Dlaczego nie kobiety?

Paweł Zalewski: Niestety, w przypadku kobiet należałoby badanie uzależnić od kilku dodatkowych czynników. Na przykład każda z badanych pań powinna znaleźć się w tej samej fazie cyklu miesięcznego ze względu na prowadzone pomiary temperatury głębokiej, a wiadomo, że temperatura ciała kobiety podlega cyklicznym zmianom. Jednym słowem, kobiety są po prostu bardziej skomplikowane niż mężczyźni. Chciałbym jednak podkreślić, że prowadzimy jeszcze inne badania, w których udział pań jest bardzo mile widziany, a wręcz pożądanym...

Dorota Kowalewska: Czekacie zapewne z niecierpliwością na opracowanie wyników?

Paweł Zalewski: Oczywiście, ale już pewne rzeczy możemy zaobserwować. Dla nas jednak najważniejsze będzie określenie istotnych wskazówek dotyczących czasu pracy i stanowisk, na których można je wykorzystać. Takie opracowanie będzie możliwe do przygotowania wspólnie z innymi specjalistami medycyny pracy. Przecież właśnie po to prowadzimy badania, aby były przydatne w życiu, a nie trafiły ładnie opracowane do szuflady jakiegoś biurka, poza tym powinny być również interesujące dla innych.

rozmowy prowadziła mgr Dorota Kowalewska z Działu Promocji i Informacji



Prace licencjackie na kierunku pielęgniarstwo

Mirosława Kram

Bardzo wiele prac licencjackich na kierunku Pielęgniarstwo, jak podaje Internetowy Portal Pielęgniarek i Położnych, jest czytanych przez 3 (słownie trzy) osoby: autora pracy, promotora i recenzenta. Poniżej zaprezentowano omówienie wybranych prac licencjackich napisanych w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatricznego.

Sprawowanie opieki pielęgniarstwa nad dzieckiem z pierwotnym zaburzeniem odporności. Studium przypadku.

Praca napisana przez licencjatkę Martę Bordon, studentkę kierunku Pielęgniarstwo, pod kierunkiem dr Ewy Barczykowskiej. Pracę zrecenzowała dr Mirosława Kram.

Celem pracy było stworzenie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa wobec dziecka z pierwotnym zaburzeniem odporności. Uczestnikiem badania była matka dziecka z zespołem Wiskotta-Aldricha. Metodami badawczymi były: przegląd artykułów oraz tematycznej literatury dotyczącej zaburzeń odporności, analiza dokumentacji medycznej dziecka. Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej CM w Bydgoszczy. Dokonano identyfikacji problemów pielęgnacyjnych i opiekuńczych dziecka poprzez opracowanie planu opieki pielęgniarstwa.

Zespół Wiskotta-Aldricha to przykład złożonego, pierwotnego zaburzenia odporności. Jest chorobą uwarunkowaną genetycznie, dziedziczną w sposób recesywny związany z płcią (z chromosomem X). Chorują wyłącznie chłopcy. W obrazie klinicznym charakterystyczna jest triada objawów: małopłytkowość, wyprysk skórny oraz nawracające zakażenia. Diagnostyka W-AS: u wszystkich chorych obserwuje się małe rozmiary płytek krwi, obniżenie ich ilości, dodatnie testy skórne i swoiste IgE z licznymi alergenami.

Jedynym skutecznym leczeniem jest przeszczepienie szpiku kostnego. Do czasu wykonania przeszczepienia szpiku prowadzi się postępowanie przeciwniekcyjne, przeciwalergiczne i przeciwkrwotoczne. Średni czas przeżycia chorujących na zespół W-A wynosi 6 lat.

Studium przypadku. „Chłopiec, 7-miesięczny, z ciąży II, porodu II, urodzony w 42 tygodniu trwania ciąży. Poród odbył się siłami a drogą natury. Przebieg ciąży prawidłowy. Chłopiec urodzony w stanie ogólnym dobrym, otrzymał 9 punktów w skali Apgar. Urodzeniowa masa wynosiła 4150 g, długość ciała 54 cm, obwód głowy 38 cm, obwód klatki piersiowej 35 cm. W pierwszej dobie życia zaobserwowano wybroczyny na skórze, w morfologii potwierdzono małopłytkowość ($37\ 000\ \text{mm}^3$ /

dl). Rozpoznano także wrodzone zapalenie płuc. Włączono antybiotyki, przetoczono koncentrat krwinek płytkowych, dwukrotnie podano pentaglobinę.

Wywiad rodzinny obciążony. Starszy brat zmarł w wieku 2,5 r. z powodu tej samej choroby. Rodzina była i znajduje się pod opieką poradni genetycznej. W wieku 2 miesięcy u opisywanego chłopca potwierdzono zespół W-A. Od chwili urodzenia 12-krotnie przebywał w klinice, z powodu niedokrwistości, jawnej klinicznej małopłytkowości oraz infekcji dróg oddechowych. U chłopca jest zauważalny dyskretny objaw zachodzącego słońca (wodogłowie). Rozwój psychomotoryczny w normie, stosownie do wieku. Obecnie dziecko hospitalizowane z powodu krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, niskich wartości płytek krwi ($3\ 000\ \text{mm}^3/\text{dl}$) oraz obfitych wymiotów.

W dniu przyjęcia do kliniki u dziecka nie występowały objawy infekcji. Parametry życiowe w normie. Na przednich częściach kończyn dolnych oraz w okolicy łopatek i ramion chłopca widoczne liczne wybroczyny oraz wylewy podskórne o zabarwieniu od czerwonego do brunatnego. Dziecko oddaje stolec z pasmami świeżej krwi. Skóra blada, na twarzy wysypka rumienno-grudkowa. Utrzymują się od 2 dni wymioty, podczas których dziecko płacze. Mocz o zabarwieniu słomkowo-żółtym oddaje regularnie do pampersa. Chłopiec karmiony naturalnie, piersią na żądanie. Podczas pobytu dziecka w klinice matka towarzyszy dziecku 24 godziny na dobę. Matka jest chętna do współpracy z lekarzami i pielęgniarkami. Martwi się bardzo stanem zdrowia syna”.

W oparciu o rozpoznane problemy zdrowotne dziecka opracowano plan opieki pielęgniarstwa oraz sposób realizacji działań pielęgnacyjno-opiekuńczych. Poniżej opisano wybrany problem zdrowotny rozpoznany u dziecka (przedstawienie wszystkich przekracza ramy i założenia niniejszego artykułu).

Diagnoza pielęgniarstwa: U dziecka występują wybroczyny oraz podskórne wylewy spowodowane autoimmunologicznym niszczeniem płytek krwi.

Cel opieki: zmniejszenie lub zlikwidowanie incydentów wynacznienia krwi oraz zabezpieczenie dziecka przed skutkami małopłytkowości.

Plan opieki pielęgniarstwa: obserwowanie umiejscowienia i nasilenia wybroczyn i wylewów podskórnych; ochrona dziecka przed urazami – zapewnienie dziecku wyłącznie miękkich zabawek, stosowanie luźnej, bawełnianej bielizny osobistej; za-

chowanie szczególnej ostrożności podczas wykonywania zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, luźne zakładanie pampersa.

Ocena: U dziecka nie pojawiły się nowe wybroczyny. Problem wymaga dalszej obserwacji.

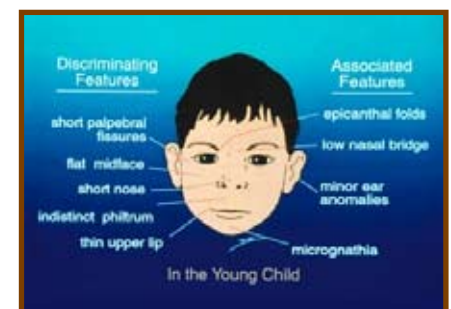
Alkoholowy Zespół Płodowy jako skutek zachowań ryzykownych dla zdrowia.

Praca napisana przez licencjatkę Ewelinę Pellowską, studentkę kierunku Pielęgniarstwo, pod kierunkiem dr Lidii Wiki. Pracę zrecenzowała dr Maria Maćkowska.

Celem pracy była charakterystyka Alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS) jako przyczyn zaburzeń rozwoju płodu oraz poważnych konsekwencji w dalszych etapach życia dziecka. Metodą badawczą była analiza artykułów medycznych dotyczących problemu FAS.

Termin Fetal Alcohol Syndrome (FAS), Alkoholowy Zespół Płodowy, po raz pierwszy został użyty przez amerykańskich naukowców Jonesa i Smitha w 1973 r. dla określenia zespołu nieprawidłowości stwierdzanych u niektórych dzieci matek spożywających alkohol w czasie ciąży. Rozpoznanie FAS bywa bardzo trudne ze względu na możliwość wystąpienia tylko niektórych z wielu cech, ulegających zmienności w czasie i występujących w różnym stopniu nasilenia u dzieci. Kryteria rozpoznawania FAS opierają się na potwierdzeniu w wywiadzie przez matkę dziecka spożycia alkoholu w czasie ciąży, a ponadto stwierdza u dziecka: zahamowania wzrostu w okresie przed i poporodowym, objawów świadczących o nieprawidłowym rozwoju ośrodkowego układu nerwowego- zaburzenia neurologiczne, dysfunkcyjne zachowania, upośledzenie umysłowe. Kryteriami dodatkowymi są: zaburzenia snu, deficyt uwagi, nadmierna reaktywność na stres, opóźniony rozwój mowy, problemy w nauce.

Dzieci z FAS borykają się z wieloma problemami. Przystawianie nowych informacji przychodzi im z trudem. Dlatego nauka nowych wiadomości wymaga wielokrotnego powtarzania i przypomnienia. Brak



www.nsnat.org/nsfas/symptoms.html

umiejętności opieki na samym sobą oraz brak przewidywania możliwych konsekwencji wymaga ciągłej i nieustannej opieki i kontroli opiekunów. Dziecko nie kontroluje własnych emocji, łatwo przechodzi do stanów skrajnych. Nie potrafi czekać na swoją kolej. Jest uparte, bo nie otrzymało tego czego oczekiwało. Dziecko ze względu na problem z koncentracją uwagi i utrudnionym zapamiętywaniem jest w stanie wykonać tylko jedno polecenie. Podejmuje zabawy o jasnych, zrozumiałych zasadach z pojedynczymi poleceniami. Brak zdolności wyobrażenia powoduje nieumiejętność odpowiadania na pytania abstrakcyjne. Dzieci mają trudności z orientacją w czasie i przestrzeni. Problem stwarza wskazanie godziny na zegarku, liczenie. Fizyczną bliskość (przytulanie) uważa za zagrożenie siebie, dlatego odczuwa do niej niechęć.

Rewalidacja dziecka z FAS opiera się na 10 wyznacznikach postępowania. Są to: Konkret - wypowiedzi do dziecka powinny być krótkie, z jasno określonym celem: „Wstań, idź do łazienki i umyj się”; stałość - rytm dnia powinien być stały, zachowany przez stałość pór posiłków, rozkładu zajęć lekcyjnych; powtarzanie - codzienne powtarzanie, instruowanie jest

formą życzliwej pomocy; rutyna - wyuczenie i wykonywanie codziennie podobnych czynności obejmujących posiłki, naukę, zabawę i obowiązki domowe pozwala na uzyskanie poczucia bycia ważnym; prostota - to, co się mówi do dziecka musi być konkretnie sformułowane, nauka lub wykonywane czynności nie powinny być zakłócone przez włączony telewizor lub rozmowy innych osób; szczegółowość - polecenia i wypowiedzi powinny być proste, ale bardzo szczegółowe i dokładne, nie komplikować wypowiedzi, ani nie odwoływać się do wcześniejszych doświadczeń dziecka; zasady - chodzi o zasady porządkujące życie dziecka: najpierw praca a po niej nagroda, to mój pokój, więc ja w nim sprzątam, w naszym domu nikt nie przeklina, nie krzyczy itd.; nadzór - trudności w planowaniu i przewidywaniu skutków działań są powodem występowania sytuacji zagrażających bezpieczeństwu im samym i innym. Użycie ognia, środków czyszczących, zabawa z wodą wymagają ciągłego nadzoru; obecność i uwaga - nieustanne pilnowanie dziecka, może doprowadzić do wyczerpania i utraty cierpliwości. Wówczas istnieje niebezpieczeństwo zniszczenia więzi

z dzieckiem. Pomocne są w tej sytuacji zasady „ratunkowe”: obserwuj - oddal niebezpieczeństwo przez odłączenie prądu, gazu itp., słuchaj uważnie dziecka i staraj się zrozumieć jego problem, zadaj sobie pytanie, co jest trudnością w tej chwili dla dziecka i w jaki sposób można mu pomóc; akceptacja - trudno pogodzić się opiekunom z zachowaniem dzieci z FAS. Akceptacja jest codziennym sposobem na przetrwanie!

Podsumowanie

Studenci kierunku Pielęgniarstwo piszą prace licencjackie (dyplomowe) na zakończenie 3-letnich studiów. Każda praca jest samodzielnym opracowaniem przygotowanym przy pomocy promotora. Może mieć charakter pracy pogłądowej, empirycznej lub kazuistycznej.

Celem pracy dyplomowej jest wykazanie się umiejętnością formułowania i rozwiązywania problemów związanych z programem odbytych studiów oraz wykazanie się znajomością metod i sposobów prowadzenia analizy i edytorskiego opracowania pracy w oparciu o umiejętności nabyte w czasie studiów.

Oderwaliśmy się na parę chwil od szpitalnych trosk

Jolanta Sękowska

W tym roku już po raz drugi mieliśmy okazję zwiedzać Park Jurajski. Wiosną zwiedzaliśmy park w Bałtowie koło Sandomierza, natomiast 27 września zwiedzaliśmy nasz rodzinny park w Solcu Kujawskim. Wyruszyliśmy ze szpitala w deszczowy poranek. Gdy dotarliśmy na miejsce, niebo rozjaśniło się i sliczną, leśną trasę zwiedzania Parku Jurajskiego przeszliśmy bez deszczu. Wśród pięknej scenerii leśnej przenieśliśmy się w prehistoryczne czasy życia wielkich dinozaurów.

Pan przewodnik z wielką pasją i zaangażowaniem opowiadał nam o wszystkich tajemnicach życia tych zwierząt w dawnych czasach. Mogliśmy te dinozaury dotknąć, pogłaskać i zrobić sobie z nimi zdjęcia. Pomimo długiej trasy zwiedzania nie nudziło się nam i nie spostrzegliśmy się, gdy nadszedł koniec zwiedzania. Potem poszliśmy do muzeum archeologicznego, w którym zobaczyliśmy podwodny świat, szkielety dinozaurów, mamuta, skały, minerały - amonity itp. Jakie to było wszystko ciekawe! Następnym punktem naszego programu były warsztaty.

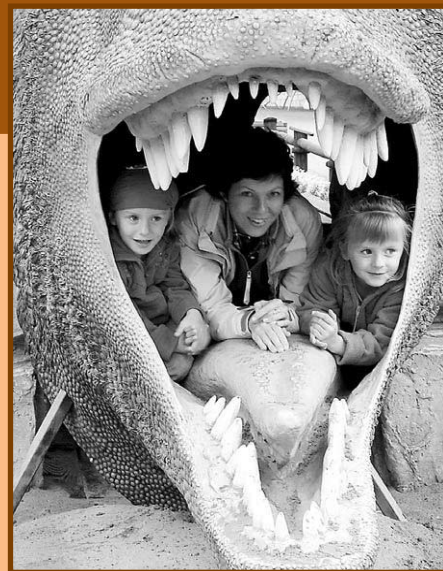
I tu spotkała nas niespodzianka. Dla naszych dzieci przygotowano stanowiska do preparowania kości dinozaurów. Wypracowane kości należało skleić i z tego powstał

cały dinozaur. Czas mijał szybko. Po warsztatach następnie przygotowano dla nas bardzo smaczny obiad. Wręczono naszym dzieciom dyplomy „Super paleontologów” i zaproszono do szaleństwa na placu zabaw. Zabawy były różne; sportowe, zręcznościowe, na linach i na jeźdźdźalniach.

Cały dzień był atrakcyjny, bogaty we wrażenia i co najważniejsze wesoły i przyjazny. Oderwaliśmy się na te parę chwil od szpitalnych trosk.

Jolanta Sękowska jest pedagogiem terapeutą z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii

przedruk z *Primum Non Nocere* 2010 nr 10 s. 15



Wotywne figury woskowe jako ciało imitacyjne i świadectwo przebytych chorób

Jowita Jagła

Wśród dóbr ofiarowywanych bogom, istniała grupa darów szczególnych, składanych w podziękę lub w nadziei na okazaną pomoc. Upamiętniają one nie dziękczynienie w ogóle, ale dziękczynienie konkretne, osobiste. Kategoria owych darów określana jest potocznie jako wota (od słów votum-ślub i vovere - ślubować, ofiarować). Wota – cenne, wartościowe dary to jednocześnie „swasty substytut własnej osoby, pars pro toto. Trzeba ofiarować część, aby ocalić całość”. Są ujętym w kształt i materiał obrazem wyrzeczenia, straty podejmowanej w imię większej korzyści. Pomijając szeroki zestaw symboli, wyobrażeń i materiałów, z których były wykonywane wszystkie one stanowiły znak bardziej lub mniej tajemnego przyrzeczenia, potwierdzały kontrakt zawarty między chorym/nieszczęśliwym człowiekiem a bogiem/świętym.

Według G. van der Leeuw szczególny kontraktowy charakter darów wotywnych ma swoje źródło w samym akcie/geście dawania „dar pozwala wytrysnąć źródłu, które od momentu darowania płynnie niepowstrzymanie od dawcy do odbiorcy i od odbiorcy do dawcy”. Odbiorca jest wręcz we władaniu dawcy, zaś sam dawca nie traci, ale zyskuje mobilizując do rewanżu, stwarza tajemną nić trwałego związku, a nawet zniewolenia. Tym samym centrum ofiary nie jest ani dawca, ani odbiorca, ale właśnie sam dar. Powszechność praktyki wotywniej nakazuje widzieć w niej „religię wotywną”. Nie jest to odrębna religia, ale „szczególna postać pobożności” praktykowanej w ramach religii starożytnej, a później też chrześcijańskiej.

Dary wotywne stanowiły świadectwo wiary w określonego boga dającego w zamian pewną formę zbawienia soteria, co jednak fenomenalne wiara ta ma również „charakter eksperymentalny”. Stymuluje ona do posługiwania się środkami eksperymentalnymi „osobiste zmagania o zyskanie nowej szansy w perspektywie doznawanych właśnie cierpień muszą zaowocować doświadczeniem nowego początku; być może nowy bóg okaże się lepszy”.

Zwyczaj ofiarowania darów wotywnych sięga III tysiąclecia p.n.e., przy czym repertuar środków i materiału był niemalże nieograniczony. Ofiarowano wota naturalne roślinne (zboże, ziarno, kwiaty, zioła) i zwierzęce (woły, krowy, kozy, owce, konie, ptaki, ryby), szaty, biżuterię, broń, instrumenty muzyczne, narzędzia pracy, narzędzia lekarskie, zabawki, przybory do pisania



Kolekcja woskowych figur wotywnych (XX wiek), Votivkammer, Vierzehnheiligen, Niemcy

i szycia, meble, monety, naczynia świątynne, wyobrażenia zwierząt i ofiarodawców w formie figurek kultowych, samodzielne przedstawienia bóstw i wreszcie jeden z najczęstszych darów wotywnych - wyobrażenia organów ciała ludzkiego. W Starożytnym Egipcie, Grecji, Etrurii i Rzymie wykonywano wota najczęściej z gliny, terakoty, brązu, ołowiu, rzadziej ze złota i srebra.

Tak istotny, prastary gest wotywny przejęło chrześcijaństwo, przy czym zarówno w wiekach średnich jak i czasach nowożytnych zmieniała się nie tylko forma darów wotywnych, ale także materiał z którego je wykonywano.

Do najstarszych i najbardziej popularnych darów wotywnych należały wota woskowe, używane w praktyce od wczesnego średniowiecza aż po wiek XX. Powszechność stosowania wosku miała wielorakie przyczyny. Już Pliniusz zauważa, iż jest to produkt niezwykły, po pierwsze wytwarzany przez pszczoły - jedyne zwierzęta, które zostały stworzone dla człowieka, po drugie produkt mający w życiu codziennym tysiące zastosowań! W średniowieczu wosk uchodził za substancję apotropaiczną, ale też za tworzywo o skomplikowanej symbolice religijnej, łączącej się ściśle zarówno z postrzeganiem pszczoły jak i ze znaczeniem samej świecy. Papież Gelaziusz (zm. 496 r.) chwalił w „Sakramentarium” pszczoły, jako skromne, czyste istoty, budujące swoje domy z wosku, w których rodzą potomstwo. Potomstwo to jest przez Gelaziusza porównane do Chrystusa, który jak pszczoła z woskowej komórki wyszedł na świat przez usta swego Ojca. Efreem Syryjczyk określał wosk jako symbol wcielenia, dla Ojców Kościoła świeca była czystym symbolem Jezusa. Jego duszę wyobrażał knot (skryty we wnętrzu), zaś płomień świecy obrazował boskość. Samo spalanie się świecy miało przypominać o śmierci Chrystusa, którego krople krwi



Figura wotywna Heinricha Planka, 1952 r., Wallfahrtsmuseum, Gößweinstein, Niemcy



Figura wotywna Evy Dürrbeck, 1955 r., Wallfahrtsmuseum, Gößweinstein, Niemcy



Woskowa figura wotywna z kościoła farnego w Gößweinstein (ok. 1900 r.), zbiory Muzeum Diecezjalnego w Bambergu, Niemcy



Woskowa figura wotywna z kościoła farnego w Gößweinstein (1907 r.), zbiory Muzeum Diecezjalnego w Bambergu, Niemcy



Woskowy „zawijak”, pocz. XX w., Votivkammer, Vierzehnheiligen, Niemcy

spadały na świat, jak krople topiącego się wosku. W końcu same świece, a właściwie światło miało ogromne znaczenie w liturgii, odstraszało demony i kojarzyło się z Chrystusem - słońcem. Początkowo używano pochodni, lampek oliwnych, łójówek, zaś pierwsze, udowodnione i pisemnie poświadczone użycie świec woskowych w obrzędach kościelnych datuje się na rok 258-datę konsylium w Kartaginie. Płonące świece symbolizowały wiarę, były też znakiem miłości i zawierzenia.

Historia woskowych figur wotywnych

Początkowo jako dary wotywno ofiarowywano bryłki wosku i dopiero w późnym średniowieczu zaczęto składać gotowe już świece. Oprócz tego także w średniowieczu narodził się zwyczaj fundowania figur woskowych naturalnej wielkości. Zjawisko to jest niezwykle złożone, rozwijało się bowiem wielotorowo, w różnych krajach i zmienne było jego nasilenie w kolejnych stuleciach. Pierwsze informacje o składaniu wotów z bryły wosku ważącej tyle, ile waży ciało wotanta pochodzą z przełomu wieku X i XI. Jednak względna powszechność fenomenu figur woskowych rozpoczyna się w wieku XIII, m.in. fundacją figury woskowej króla Edwarda I, a także figurami papieża Grzegorza IX (dla miasta Paryża) i hrabiego Artois w Bolonii oraz figurą hrabiny von Savoyen w Lozannie wykonaną przez mistrza Robertusa de Beverlaco. W Vienne, w 1398 roku ufundowano figurę syna księcia Burgundii Filipa Śmiałego. W XV i XVI wieku upowszechnia się zwyczaj składania tego typu wotów wśród mającej szlachty niemieckiej i włoskiej (w przypadku tej drugiej szczególnie we Florencji, w kościele Santa Annunziata, ale też w kościele św. Joachima w Sienie i kościele S. Maria del Carmelo w Neapolu). Jako dalsze przykłady można przywołać m.in. figury ustawiane od 1414 r. przy ołtarzu św. Jakuba w kościele farnym (dzisiaj franciszkańskim) w Salzburgu, figurę hrabiego Leonarda z Görz z kościoła św. Zygmunta w Bruneck z 1470/1480 r. (obecnie w Muzeum w Innsbrucku), czy też figury Lorenza Wielkiego powstałe po spisku Pazzich

wymierzonym przeciwko Medyceuszom 26 kwietnia 1478 r.

Wykonanie woskowych figur wotywnych wymagało dość znacznej wprawy, dlatego wytwarzali je specjalnie wykwalifikowani artyści rzemieślnicy. I tak we Włoszech figury woskowe zwane „Boti” robili na zamówienie twórcy okreśani mianem „Cerajuoli” albo „Fallimagini”. Najśłynniejszą rodziną „Fallimagini” była familia Benintendi, której założycielem był żyjący w wieku XIV Giacopo Benintendi, po nim warsztat prowadzili bracia Orsino i Pagolo (XV w.). Jak dowodzą dokumenty klasztoru współpracowały z rzemieślnikami, tworząc rodzaj przedsiębiorstwa wytwarzającego figury, zachowała się taka właśnie umowa z 1481 roku zawarta między wikariuszem z kościoła Santa Annunziata Antonio da Bologna i artystą Archangelo di Zoane d' Antonio da Firenze (bracia z klasztoru zobowiązywali się dostarczać wosk, natomiast rzemieślnik pozostawiał materiał, czyli drewniane stelaże, naturalne włosy, szklane oczy, farby, tekstylia i brokat).

W kolejnych stuleciach produkcja wotów woskowych rozwijała się coraz prężniej, szczególnie na północy Europy, przy czym wytwórcami powyższych obiektów stawali się tam modelatorzy woskowi i piernikarze. Ci ostatni wykonywali głównie całe figury woskowe o mniejszych rozmiarach (ok. 20-40 cm), odlewane z dwuczęściowych wklęsłych modeli. Ten typ wotów (wyobrażenia postaci ze złożonymi dłońmi do modlitwy, postacie konne, woskowe twarze, woskowe popiersia) przypominał w swojej formie, rysunku i ujęciu postacię pierników.

W XVII i XVIII wieku figury woskowe umieszczano m.in. w świątyniach Abersee, Tutenhausen, Volkach, Rosenheim, Monachium, Pürten i Kaufbeuren. Akt fundacji woskowych figur dotyczył zarówno przedstawicieli warstw niższych – np. bogatych chłopów, ale też władców. W tym ostatnim przypadku doskonały przykład stanowią dwie figury woskowe synów elektora Maksymiliana I ufundowane do kaplicy św. Benona w kościele N. M. Panny w Monachium. Obie o wysokości 96 cm przedstawiają księcia elektora Ferdynanda Marię i księcia Maksymiliana Filipa w pozycji klęczącej, z modlitewnym gestem złożonych dłoni. Wota podkreślają powierzenie synów przez Maksymiliana I św. Benonowi, a włączenie ich w obszar kaplicy i przestrzenne scalenie z ołtarzem miało gwarantować proszoną opiekę i wstawiennictwo. Przepuszcza się, że rzeźby te o wysokiej klasie wykonania i fizycznym podobieństwie do obu chłopów wykonał Alessandro Abondino – modelarz woskowy i medalier pracujący w latach 1619-1645 na dworze w Monachium. Jak wspomniano, fundacja figur woskowych była też dość powszechna wśród warstw szlacheckich (wotum szlachcianki Helene

Ainhoferin z 1659 r., z Hohenaschau) jak i niższych [np. XVII-wieczne woskowe figury wiejskiej rodziny (rodzice z synem) z kościoła w Pürten pod Kraiburgiem; XVII-wieczne woskowe wyobrażenie matki z dzieckiem w kostiumie mieszczańskim z Sahach]. „Woskowe ciała” imitujące ciała wotantów pozwalały poszerzać akt wotywny o dodatkowy gest symboliczny – przybranie ich w autentyczny strój należący do wotanta. W ten sposób niejako samoistnie dokonywał się proces podwojenia gestu wotywnego – ofiarowywano „wzór indywidualnego ciała”, ale też ofiarowywano własne okrycie. Nader istotnym jest, iż strój w który przyoblekano woskowe figury nie mógł być strojem codziennym, zwykłym, powszednim. Oddawanie czci Najwyższemu odbywało się m.in. przez prezentację własnej osoby w kostiumie odświętnym. Strój niedzielny, bogaty, podkreślał niezwykły moment służenia Bogu i akcentował akt publicznego głoszenia zaistniałego cudu. Jak wielką wagę przykładano do stroju, w który odziewano figury woskowe poświadcza wotum z Halfing z 1628 r., ukazujące figurę 12-letniego syna bogatych chłopów w kostiumie przypominającym dziecięcą modę panującą wśród szlachty! Chłopiec o bardzo realistycznej twarzy został ubrany w kaftan spięty w pasie łańcuchem, ozdobiony fantazyjnymi kłapami, koronkami, guzikami, dolną część stroju tworzą pludry i wykwiłtne trzewiki z kłamrami. Całość sylwetki wykańcza zdobienie w postaci czerwonej szarfy z kokardą i skórzany pas ze szpadą zawieszony na lewym biodrze. Tak bogaty strój, przerysowany nie tylko w formie, ale też podnoszący w swoisty sposób rangę samego chłopca i rodziny został zastosowany celowo. Jest fenomenalnym przekroczeniem stroju odświętnego, przekracza granice wyznaczone przez społeczny porządek, ale też lepiej prezentuje samo dziecko, nadając mu szlachetny/szlachecki czyli lepszy rys.

Należy podkreślić, że popularność woskowych figur wotywnych w wieku XVII i XVIII nie była jedynie odbiciem teatralno-inscenizacyjnej kultury baroku, ale zawierała w sobie „pamięć” o średniowiecznych figurach Dzieciątka Jezusa. Impulsu do powstania ruchomych ubieranych figur małego Jezusa dostarczała literatura mistyczna, głównie z kręgu cysterskiego i dominikańskiego. Dzieciątko Jezus nie objawia się w wizjach jako istota „statyczna”, powraca na drzewo krzyża, wyjawia tajemnice, uzdrawia, pozwala też (szczególnie zakonnicom) kołysać się i być pielęgnowanym. Popularność tego typu objawień głównie w klasztorach żeńskich stanowiła w pewnym sensie wyraz tęsknoty za doznaniem duchowymi o cechach bardziej bezpośrednich, silniejszych emocjonalnie. Literackie wizje małego Jezusa zostały przekształcone w konkretny, ikonograficzny wizerunek

w wieku XIII, wtedy właśnie zaczynają zyskiwać popularność woskowe figurki Dzieciątka, przybierane w odświętne szaty wyszywane złotymi nićmi, ozdabiane kokardami i perukami z autentycznych włosów. Ten typ świętych wizerunków, okrzepły w wieku XV i XVI odnalazł kontynuację w baroku wraz z kształtowaniem się nowych sanktuariów i kultowych wizerunków Cudownego Jezusa. Poza tym w wieku XVII i XVIII istotną rolę zyskują w ówczesnej religijności sporych rozmiarów ubierane figury świętych o ruchomych członkach (niektóre z nich osiągały wielkość do 130 cm). Ten typ cudownych wizerunków wzmacniał kult świętych, którzy w ten sposób zyskiwali w powszechnym odbiorze bardziej ludzki, bardziej intymny wymiar (słynna figura św. Katarzyny Bolońskiej z klasztoru antonitów w Bambergu, figura z Gaibach). Trzeci typ ubieranych figur stanowiły rzeźby (drewniane manekiny) pełniące funkcję stelaży „dźwigających” i eksponujących tekstylne relikwie (rzeźba św. Mikołaja z Flühe z kościoła w Sachseln). Figury Dzieciątka Jezus, świętych i rzeźby-stelaże wykonywano z drewna, ale też z materiałów bardziej plastycznych i antropomorficznych np. z wosku. I właśnie ten typ cudownych wizerunków stał się niejako podstawowym wzorem dla wytwórców woskowych wotów.

Fenomen woskowych figur wotywnych z Frankonii

Odrębne i dość niezwykle zjawisko stanowią wotywnie figury woskowe (szczególnie dzieci w wieku od trzech do dwunastu lat) fundowane od poł. XIX wieku do poł. XX wieku, na obszarze Górnej i Dolnej Frankonii (diecezje Bamberg i Würzburg). Aktywizacja popularności tego gestu wotywnego okrzepła mniej więcej ok. 1880 roku, punkt kulminacyjny osiągnął on w latach 1900-1910 i skończył się w latach pięćdziesiątych XX. Do najśłynniejszych twórców owych figur wotywnych zalicza się Friedricha Roppelta z Bambergu oraz firmę Poppenberger z tego samego miasta. Obecnie, najważniejszymi ośrodkami, w których znajdują się całe kolekcje niniejszych obiektów są: Wallfahrtsmuseum w Gößweinstein, Muzeum Diecezjalne w Bambergu, kaplica św. Anny w Marienweiher i zbiór wotywny (Votivkammer) w kościele w Vierzehnheiligen.

Wota te posiadały woskowe twarze i dłonie (rzadziej stopy), pozostałe członki wykonywano z drewna, metalu i różnych materiałów wyścielających. Figury naturalnych rozmiarów, ubrane w odświętne stroje ustawiano w szklanych gablotach, witrynach i kasetach podpisanych wzruszającym tekstem. Ozdobione prawdziwymi włosami, perukami i często szklanymi oczami były bardzo kosztowne (przed I wojną światową wotum takie kosztowało 70 marek



Woskowe „zawijaki” wotywnie, pocz. XX w., kaplica św. Anny-Votivakammer, Marienweiher, Niemcy



Figura wotywna Katariny Kupfer (z domu Wagner), 1952 r., Wallfahrtsmuseum, Gößweinstein, Niemcy



Figura wotywna Katariny Kupfer, 1952 r., Wallfahrtsmuseum, Gößweinstein, Niemcy



„Modląca się” – wotywna figura woskowa, XIX w., Wallfahrtsmuseum, Gößweinstein, Niemcy



Woskowe figury wotywny, XIX/XX w., kaplica św. Anny-Votivkammer, Marienweiher, Niemcy



Figura wotywna Josepha Pöhlmann, 1904 r., Wallfahrtsmuseum, Gößweinstein, Niemcy

przy pensji robotnika wynoszącej między 25 a 110 marek)! Dzieci ubrane we własne stroje mają nierzadko na głowach wianki, lub trzymają bukiety kwiatków w dłoniach.

Prawidłowa i należna ekspozycja woskowych figur ma miejsce w Muzeum Diecezjalnym w Bambergu, gdzie przechowywanych jest kilka obiektów z Gößweinstein i Heligblut-Kapelle w Burgwindheim. Z kolei figury woskowe zgromadzone w Votivkammern sanktuariów Marienweiher i Vierzehnheiligen straciły nieco siłę oddziaływania głównie z powodu nadmiernego nagromadzenia tam innych wotów (świec, obrazów, drobnych dewocjonaliów). W Vierzehnheiligen składanie woskowych darów wotywnych było w wiekach średnich i później tak powszechne, że tamtejsza Votivkammer była zwana Wachskammer, jednak obiekty prezentowane dzisiaj nie wydają się najwyższej jakości, w większości są to woskowe niemowlaki w zawijakach (wzorowane na ujęciach Dzieciątka Jezus) i figury przypominające lalki. Ciekawsze i wyższej jakości obiekty mieszczą się w Kaplicy św. Anny w Marienweiher, niestety zostały one „przytłoczone” innymi wotami, przez co niemalże nikną i umykają oczom zwiedzających. Największy i najpiękniej wyeksponowany zbiór figur woskowych mieści się obecnie w Wallfahrtsmuseum w Gößweinstein. Po kilkuletnim remoncie i gruntownej konserwacji kilkudziesięciu wotów muzeum zostało ponownie otwarte w 2008 r., oferując „świeżą” ekspozycję i profesjonalny katalog obiektów opracowany przez dr Reginę Urban.

Sanktuarium w Gößweinstein stanowiło jedno z najważniejszych ośrodków pielgrzymkowych, w których fundowanie figur woskowych było bardzo popularne (fundacje następowały od połowy wieku XIX do 1952 roku). Ogółem zachowało się 108 obiektów, przy czym w muzeum prezentowanych jest 25 figur dzieci i dwie figury dorosłych (pozostałe są nadal konserwowane, kilka z nich mieści się w Bambergu). Warty zaznaczenia, jest fakt, że wiele z tych figur było fundowanych przez emigrantów bardzo biednej Jury Frankijskiej, którzy na początku wieku XX masowo wyjeżdżali do Stanów Zjednoczonych, co świadczy nie tylko o nie utraczonej religijności, ale też o popularności sanktuarium.

Najstarszą zachowaną figurą, o wyjątkowej urodzie jest tzw. „Modląca się” z poł. XIX w., którą znaleziono przypadkowo na wieży kościelnej pod mechanizmem starego zegara, dokąd trafiła prawdopodobnie w 1956 roku, po likwidacji Votivkammer. Jej fryzurę tworzy warkocz (wykonany z prawdziwych włosów), jako jedyna posiada też dłonie złożone do modlitwy (pozostałe obiekty nie powielają już tego gestu).

Kolejne „wizerunki” dzieci zamieszczone w gablotach reprezentują różny poziom wykonania i ujęcia od obiektów bardzo słabych, prowincjonalnych, „strasznych

w ujęciu lalek” do wręcz wybitnych, wzruszających, silnie działających, urokliwych w zatrzymanym kadrze wotywny kreacji. Do wotów najważniejszych, reprezentujących wysoki poziom wykonania należy delikatny, niemalże baśniowy wizerunek Johanna Häffnera z 1923 roku – zwany „Małym Paniczem”. Jest to jedno z czterech wotów ofiarowanych w Gößweinstein przez niemieckich emigrantów z Ameryki. Bardzo istotnym elementem figury jest pieczołowicie oddany strój, o specyficznym, rzadkim cięciu krawieckim i powszechny motyw bukietu kwiatów trzymany w dłoniach. Równie urokliwą figurą jest wotum Marii Schlemmer z 1938 r. – dziewczynki, która w wieku 9 miesięcy zachorowała na krztusiec i zapalenie płuc. Po cudownym uzdrowieniu rodzice wraz z samą Marią udali się na pielgrzymkę do Gößweinstein, gdzie złożyli dziękczynne wotum. W przypadku większości figur nie ma niestety zachowanych informacji o powodach rzeczonych wotacji – tak jest np. z wotum Josepha Pöhlmann z 1904 r. (syna mistrza kowalskiego z Kirchehrenbach, il. 15), dlatego tym bardziej cenne są obiekty, których historia powstania jest znana i potwierdzona zapisem. Jako dwa szczególne przykłady można przywołać wotum Heinricha Plancka z 1952 r. i wotum Evy Dürrbeck z 1955 r. Pierwsza figura ukazuje pełen refleksji portret chłopca, który w 1950 r., w wieku 2 lat został pogryziony przez psa, w wyniku czego całe ciało ogarnęła infekcja. Lekarze ze szpitala w Bayreuth poinformowali rodzinę o śmierci klinicznej i nie chcieli już więcej leczyć chłopca. Dziecko zostało zabrane do domu i powierzone w sanktuarium, gdy chłopiec wyzdrowiał, rodzice powzięli zamiar fundacji wotum. Ostatnią znaną i zachowaną figurą z Gößweinstein jest wotum Evy Dürrbeck, trzyletniej dziewczynki potrąconej przez motocykl, w wyniku czego nastąpiło pęknięcie podstawy czaszki, obustronny paraliż i śpiączka, lekarze nie dawali jej żadnych szans, ale Eva cudownie wyzdrowiała. Ojciec dziewczynki zamówił wotum w słynnej firmie Poppenberger za bardzo wysoką sumę 150 marek, co potwierdza doskonałą jakość figury i jej szczególny urok.

Jednym z najczęściej publikowanych obiektów jest słynna figura Kathariny Kupfer (z domu Wagner) ufundowana przez jej rodziców Andreeasa i Katharinę Wagner w 1952 roku. Wotum przedstawia Katharinę Wagner, która zmarła w 1947 roku w wieku 24 lat. Porównanie figury ze zdjęciem z gazetowego nekrologu potwierdza podobieństwo między samą dziewczyną a jej woskowym sobowtórem co podkreśla fakt, że figura została zamówiona u wykwalifikowanego i poważnego wykonawcy – w bamskiej firmie Poppenberger. Dodatkowym atutem figury jest bajecznie

kolorowy kostium i korona – bogaty ludowy strój ślubny, w ten sposób zrozpaczeni rodzice, ubierawszy odpowiednią sumę pieniędzy na wotum, po kilku latach od śmierci córki zamieścili jej utracony wizerunek, w najlepszym stroju jaki posiadała, w miejscu kultu Świętej Trójcy.

Figura Kathariny Kupfer nie symbolizuje powrotu do zdrowia, nie świadczy o przywróconej nadziei, jest wyrazem miłości rodziców do dorosłej córki, ale figura porusza jeszcze jeden ważny aspekt. Świadczy o tym, że wota nie były składane jedynie w podzięciu za wyratowanie z katastrofy, uzdrowienie, uwolnienie, przywrócenie do życia, nawrócenie, oddalenie złych mocy.

Istnieje całkiem spora grupa obiektów (głównie tablic malowanych) przedstawiających zmarłych leżących w łóżkach, w śmiertelnych koszulach, bądź z krzyżkami w dłoniach. Wota tego typu stanowiły dziękczynny dar, wspierający modlitwy za zmarłego. Błogosławione jest więc zarówno zdrowie, ale też błogosławiona staje się śmierć zakończona szczęśliwym przyjęciem do Królestwa Niebieskiego.

Fenomen woskowych figur wotywnych ujmuje doskonale H. Belting dostrzegając ich niemałą rolę w życiu publicznym: „sztuczne ciało przejęło religijną reprezentację żywego ciała zarówno w sensie retrospektywnym jego obywatelskiej egzystencji,

jak też w prospektywnym sensie przyszłego zmartwychwstania ciała. W ten sposób jego obecność w procesie przemiany w obraz wypełniał interwał, istniejący między śmiercią danej osoby i Sądem Ostatecznym”.

Jest w tych wotach zadziwiająca wytworność, wykwintność, ale też szczególna tajemnica postaci zamkniętych, uwięzionych w przezroczystych konstrukcjach. Postaci smutno patrzących na widzów, jakby zniewolonych aktem wotywnym.

dr Jowita Jagła ukończyła kierunek historii sztuki na Uniwersytecie Łódzkim w 1997 roku. Tytuł doktora uzyskała w 2001 roku i w tym samym roku została zatrudniona w Katedrze Historii Sztuki UL. Zajmuje się ikonografią średniowieczną, sztuką wotywną oraz związkami sztuki i medycyny.

zdjęcia: Jowita Jagła

Muzyka jako czynnik wzmacniający relacje rodzinne

Wojciech Pospiech

„Gdzie słyszysz śpiew, tam wstąp, tam dobre serca mają. Żli ludzie, wierzaj mi, ci nigdy nie śpiewają”

(Johann Gottfried Seume, przypisywane J. W. Goethemu)

Przełom XIX i XX wieku to okres zmian i odkryć w psychologii rozwojowej i wychowawczej, co niewątpliwie wpłynęło na rozwój pedagogiki teoretycznej i praktyczno-wychowawczej, której punktem zainteresowań było dziecko i jego więzy rodzinne, będące gwarantem jego prawidłowego rozwoju.

Niewątpliwie muzyka, jej słuchanie, wspólne śpiewanie bądź tańczenie wzmacnia relacje rodzinne. Powodując, że wszyscy stają się bliżsi. Rodzice w takiej przyjaznej atmosferze budują zaufanie i poczucie bezpieczeństwa w domu, w którym muzyka odgrywa istotną rolę i stymuluje ich pociechę.

Jednym z pionierów tej idei był Emil Jacques-Dalcroze. W jego pedagogice to muzyka stanowiła element zasadniczy, pobudzający i scalający człowieka – jego ciało, ducha, umysł i energię. Aspekty, które łączyły jego działania z ideami Greków to: działanie w zespole – wzorem chórów greckich, troska o zrównoważony i harmonijny rozwój całego organizmu, gest i ruch jako środek przekazu podobnie jak taniec grecki.

Tą samą problematyką interesował się również Karol Orff – kompozytor niemiecki, wybitny twórca muzyki XX wieku, który pracował nad własnym stylem wychowania muzycznego. Jego program powstał na podstawie osobistych poglądów estetycznych na muzykę, własnym warsztacie kompozytorskim i doświadczeniach pedagogicznych. Razem z Gertrudą Hunter w szkole w Monachium realizował ideę umuzykalniania i wychowania przez ruch, taniec. Uważał, że dużą rolę w wychowaniu odgrywa gra na instrumencie.

Duże znaczenie w systemie Orffa ma czynnik kreatywny. Stosowana jest improwizacja ruchowo-wokalna, instrumentalna, np. muzyka wierszy, baśni, z czego może powstać prosty utwór muzyczny, szczerzy i czytelny, o wyrazie emocjonalnym. Według Orffa język, taniec i muzyka są pomyślane jako trzy równie ważne formy ekspresji. Carl Orff opracował własną metodę wychowania muzycznego dzieci, której głównym elementem jest śpiew i gra na prostych instrumentach perkusyjnych (tzw. instrumentarium Orffa, w skład którego wchodzi: bębenki, tamburyna, kołatki, grzechotki, trójkąty, dzwonki melodyczne). Duży nacisk kładzie się na improwizację i rozwijanie ekspresji, najważniejszym elementem w muzykowaniu jest rytm. Metoda Orffa szeroko jest też wykorzystywana w muzykoterapii dorosłych.

Śpiew dziecka wpływa pośrednio na rozwój klatki piersiowej i na wzmocnienie więzadeł głosowych. Zajęcia ruchowe przy muzyce kształcą ogólną koordynację ruchową, wpływają dodatnio na układ nerwowy. Zajęcia oparte na muzyce wzbogacają wyobraźnię i słownictwo. Treść piosenek jest przesłaniem treści poznawczych, zarówno u dzieci jak i dorosłych. Wszystkie formy zajęć umuzykalniających kształcą wrażliwość estetyczną młodego człowieka, wzbudzają jego zamiłowanie do muzyki. Dzięki temu można kształcić przyszłych odbiorców dzieł muzycznych i zawodowych wykonawców, co ma znaczenie dla podnoszenia ogólnej kultury muzycznej społeczeństwa.

Mając na uwadze dobro swoich dzieci, rodzice pozwalają, wręcz zachęcają swoje pociechy do umiłowania śpiewu, tańca i gry na instrumentach. Taniec jest tą formą aktywności, która przejawia się w określonej formie ruchowej. Jest sposobem przeżywania i przekazywania emocji oraz fizycznego i duchowego wyrażania

siebie. Dziecko, używając swego ciała w różnych sytuacjach, nie tylko eksploruje je, ćwiczy i doskonali, ale również poznaje siebie i swoje otoczenie. Ćwiczenia ruchowo-taneczne zaspokajają nie tylko potrzeby ruchowe dziecka, ale także rozwijają szereg jego dyspozycji psychofizycznych jako spostrzegawczość, pamięć, koncentrację uwagi, szybką reakcję, koordynację wzrokowo-ruchową, orientację w schemacie własnego ciała i przestrzeni. Aktywizują także ciało i umysł dziecka, rozwijają jego wyobraźnię, mobilizują do działania, łagodzą kompleksy, nieśmiałość i lęk, dostarczają nowych wrażeń i doświadczeń w zakresie komunikacji i współdziałania w grupie, wyrabiają dyscyplinę wewnętrzną, uczą świadomego panowania nad ruchem ciała.

Ruch jest bardzo istotnym elementem w życiu człowieka, a szczególnie ważnym w życiu dzieci. Dzięki niemu mogą się one prawidłowo rozwijać, zarówno fizycznie (ćwiczenie mięśni i ścięgien), jak i psychicznie (dotlenienie mózgu). Aktywność ruchowa pomaga również rozładować nie-spożyte zasoby energii.

Muzyka a szczęście w rodzinie

Szczęśliwymi substytutami szczęścia w muzyce jest harmonia, tekst i rytm. Harmonia muzyczna zbudowana na trzech podstawowych funkcjach: subdominanta, dominanta i tonika daje wykonawcy i słuchaczowi relaksację i ukojenie. W konsekwencji jednak powoduje stymulację. Współbrzmienie instrumentów powoduje radosne przeżycie. Muzyk musi się natrudzić poprzez swoją edukację w szkołach muzycznych, aby uzyskać środki wyrazu dające przeżycia estetyczne i duchowe słuchaczowi. Wyraża się to w pięknie stworzonym dźwięku, który ma swoją charakterystykę – kolor, głębię i ekspresję oraz refleksyjny klimat.

Tekst utworów muzycznych to wytwór librecistów, w przypadku piosenek mówi się o tzw. tekściarzach, u których to niezadko występują wulgaryzmy niegodne człowieka. Powodują one pauperyzację języka i antyedukują. Winno to być zjawiskiem niechcianym i w końcu karalnym. W tańcu człowiek jednoczy się poprzez wspólny elegancki ruch i rytm, który jest niezbędnym, aby taniec był radosny. Egzemplifikowane cechy zjawisk muzycznych sprzeczają nas do postawienia tezy, że muzyka jest czynnikiem wzmacniającym więzi rodzinne i społeczne.

Należy nauczać, że tam, gdzie od wielu pokoleń w rodzinie śpiewa się piękne utwory z mądrym tekstem, tam dzieje się dobrze. Wspólne śpiewanie winno stać się tradycją i rytuałem rodzinnym, gdzie przy stole po wspólnym posiłku śpiewamy wszyscy razem.

Śpiewajmy zatem wspólnie nie tylko koledy, ale inne utwory, bo zarówno śpiewoterapia, jak i muzykoterapia mają dobroczynny wpływ na błogostan psychiczny i fizyczny. Ciekawych utworów mamy bez liku.

Przykład 1: zaśpiewajmy razem refren piosenki:

Na prawo most, na lewo most,

*a dołem Wisła płynie,
tu rośnie dom, tam rośnie dom
z godziny na godzinę.
Autobusy czerwienią migają,
Zaglądają do okien tramwajom.
Wciąż większy gwar, wciąż więcej nas
W Warszawie, najmilszym z miast.*

I jeszcze jedno. Winniśmy dużo słuchać pięknej muzyki w filharmonii, operze i teatrze, zarówno utworów klasycznych, jak i rozrywkowych, to na pewno nas wzbogaci. Tego z serca życzę!

dr hab. Wojciech Pospiech, prof. UMK jest kierownikiem Katedry i Zakładu Muzykoterapii

Muzykoterapia dla dzieci

Wojciech Pospiech, Joanna Kamień

Wszyscy ludzie są zdolni do reagowania na muzykę. Oznacza to, że jesteśmy istotami muzykalnymi. Wyjątek stanowi niewielka grupa populacji, 1 - 5 %, która cierpi na zaburzenie percepcji muzyki, tak zwaną amuzję. Dlatego też muzykoterapia może być stosowana bez względu na wiek.

„Muzykoterapia jest wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia, harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla i/lub ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, by mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia.”

Muzykalność rozpoczyna się już w życiu płodowym, poprzez czas niemowlęstwa, wiek poniemowlęcy, dzieciństwo i życie dorosłe. Kilkumiesięczne dzieci potrafią poruszać się (podrygiwać) w rytm odsłuchiwanej melodii. Śpiewane przez bliskich kołysanki potrafią uspokoić i ukołysać do snu najbardziej pobudzonego i niechętnego malucha. Dzieci uwielbiają słuchać melodycznych utworów. Mają niesamowity zmysł muzyczny.

Okazuje się, że już dzieci przed szóstym miesiącem życia wychwytyują nieznaczne zmiany wysokości tonów w utworach, których dotychczas nie słyszały. Wzięto się to z tego, iż człowiek od zarania dziejów wsłuchiwał się w odgłosy przyrody, jak szum drzew, szelest liści, śpiew ptaków, dźwięk płynącej wody i inne. Owe dźwięki przez wieki kształtowały w mózgu człowieka model, do którego teraz każdy z nas przyrównuje zasłyszaną melodię. Naturalny lejtmotyw, czyli stale powracający motyw utworu np. muzycznego zaobserwowano u podstaw muzyki wszystkich kultur.

W czasie słuchania utworów uaktywniają się różnego rodzaju obszary w mó-

zgu, czasami bardzo odległe od siebie. Nasz mózg potrafi rozróżnić w melodii tony, interwały, rytm i harmonię oraz brzmienie łącząc wszystkie elementy w jedną całość i przekształcać je w pozytywne bądź negatywne emocje. Prowadzone eksperymenty wykazały występowanie u wszystkich badanych zdrowych noworodków słuchu absolutnego. Brak stymulacji muzycznej powoduje, że te naturalne zdolności z czasem zanikają. Dlatego też powinniśmy odzwiercać dzieciom utwory muzyczne już od pierwszych chwil życia.

Stymulacja muzyczna, jak inne stymulacje mózgu wspomaga wytwarzanie się synaps w mózgu. Stymulowany różnorodnie i często mózg będzie miał większą liczbę synaps niż nie stymulowany. Większa liczba synaps to większy potencjał intelektualny. Słuchanie geniuszy, twórców muzyki poważnej, jak: Mozart, Beethoven, Bach, Vivaldi, Handel wyczułają zmysł słuchu na piękno dźwięków, relaksują, dodają optymizmu i radości.

Dzieci słuchające często muzyki mają bardziej rozwiniętą pamięć słuchową niezbędną np. do nauki języków obcych. Słuchanie utworów Wolfganga Amadeusa Mozarta już u dzieci bardzo dobrze wpływa na poprawę koncentracji uwagi. Szczególnie słuchanie utworów tego autora wskazane jest dla dzieci nadpobudliwych z zaburzeniami koncentracji uwagi. Poza tym muzyka już w małym człowieku wywala pewne emocje, które dziecko uczy się rozpoznawać. Sprzyja to rozwijaniu inteligencji emocjonalnej, która pomocna jest w kontaktach międzyludzkich, a w przyszłości niezbędna w wykonywaniu pracy zawodowej.

Dobrze byłoby, aby w żłobkach na stałe wprowadzono muzykoterapię jako stały element. Edukacja dzieci stawia przed nami nowe wyzwania. Wymaga dużego nakładu czasu i pracy. W połączeniu z muzykoterapią daje doskonałe efekty.

Muzykoterapia spełnia się również w te-

rapii dzieci z różnymi problemami zdrowotnymi. Katedra i Zakład Muzykoterapii prowadziła wiele badań, a w tym badania wpływu muzyki na dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Głównym ich celem było określenie czy i w jaki sposób pacjent podczas rehabilitacji reaguje na muzykę relaksacyjną z przygotowanego uprzednio programu muzykoterapeutycznego. Badanie weryfikowało wpływ muzyki na następujące czynniki: uspokojenie dziecka, zmianę napięć mięśniowych, lepszą współpracę z dzieckiem oraz wpływ na poprawę efektywności dotychczasowej rehabilitacji. Badania te stanowiły źródło istotnych informacji, w jaki sposób poprawić jakość i skuteczność dotychczasowej rehabilitacji oraz leczenia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Przeprowadzone badania wykazały, że muzyka wywarła wpływ na każdy z badanych aspektów. Najsilniejszy wpływ muzyka miała na uspokojenie się pacjentów podczas odsłuchu muzyki relaksacyjnej. Według przeprowadzonych badań muzyka relaksacyjna spowodowała, że dzieci stały się nie tylko spokojniejsze, ale również bardziej opanowane oraz wyciszone. Jak wynika z analizy kwestionariusza ankiety muzyka relaksacyjna wykorzystana w badaniu jest doskonałym środkiem do wprowadzenia dziecka w stan relaksu i spokoju.

Równie silny wpływ wywarła muzyka na zmianę we współpracy pomiędzy terapeutą i dzieckiem. Podczas słuchania muzyki relaksacyjnej w trakcie rehabilitacji dziecka terapeuci zauważyli znaczną zmianę we współpracy, z czego aż 95% ankietowanych zauważyło poprawę we współpracy z dzieckiem. Wynika z tego, że muzyka relaksacyjna jest doskonałym środkiem do poprawy relacji terapeuta-pacjent, a poprzez takie działanie może w znacznym stopniu podnieść jakość prowadzonych zabiegów.

Innym równie istotnym elementem, na który wpłynęła muzyka zastosowana w muzykoterapii podczas badania była efek-

tywność w pracy z dzieckiem. Ankietowani w 96% zauważyli poprawę efektywności prowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych. Dzięki stosowaniu muzyki relaksacyjnej podczas usprawniania dzieci z porażeniem mózgowym efekty lecznicze są bardziej efektywne a więc umożliwiają dziecku zdobycie lepszych rezultatów niż podczas takiej samej terapii, ale bez użycia muzyki relaksacyjnej.

Badania wykazały, że muzyka w naj-

mniej stopniu wpłynęła na zmiany napięć mięśniowych u pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym. Jednak wśród pacjentów, u których zauważono zmianę tonusu mięśniowego, podczas terapii muzyką, zauważono głównie zmniejszenie napięcia mięśniowego. Dzięki obniżeniu spastyki możliwe było prowadzenie rehabilitacji w większych zakresach ruchu oraz z niższym progrem bólu a więc umożliwiło to uzyska-

nie lepszych efektów terapeutycznych. Muzyka okazała się doskonałym lekiem.

Jak z powyższego wynika muzykoterapia jest dziedziną, która może być stosowana dla różnych celów, w różnych przypadkach, bez ograniczeń wiekowych. Stanowi uniwersalny, nieinwazyjny środek w drodze do relaksacji i współlечения dzieci.

mgr Joanna Kamień jest specjalistką w Katedrze i Zakładzie Muzykoterapii, kierowanej przez dr. hab. Wojciecha Pospiecha, prof. UMK

Kobieta ciężarna w sztuce

Iwona Jagielska

Sztuka i medycyna były i są obecne w życiu społeczeństwa. Wbrew pozorom, mają wiele wspólnego, przenikając się wzajemnie. Patron artystów i lekarzy, św. Łukasz, był lekarzem, a jednocześnie malował obrazy o tematyce religijnej, będące pierwowzorem późniejszych ikon. Medycyna wymaga od lekarza nie tylko wszechstronnej wiedzy, ale także wrażliwości i wyobraźni, a więc cech, które posiadają artyści. W dobie powszechnej profesjonalizacji usług, każdy specjalista chciałby i powinien być artystą w swojej dziedzinie.

W relacji sztuki i medycyny nie sposób pominąć wykorzystania sztuki w leczeniu rozmaitych stanów chorobowych. Muzyko-, rysunko- i choreoterapia to tylko niektóre formy arteterapii. Warsztaty malarskie są już uznaną formą terapii dla pacjentów z chorobami psychicznymi. Wiadomo także o korzystnym wpływie muzyki poważnej słuchanej przez kobiety ciężarne na przebieg ciąży i rozwijający się płód. Dzieci rodzą się w lepszym stanie ogólnym, są spokojniejsze, a ich mamy mają mniejsze problemy z laktacją.

Umiejętne połączenie medycyny i sztuki okazuje się być korzystnym rozwiązaniem zarówno dla artystów, lekarzy jak i pacjentów.

Na wybranych przykładach przedstawiony zostanie sposób postrzegania kobiety ciężarnej przez artystów: malarzy, rzeźbiarzy, fotografików. Temat tym bardziej godny uwagi, gdyż kobieta ciężarna nie pojawia się w dziełach sztuki często. Być może dlatego, że przez wiele lat sztuka podporządkowana była religii, a może po prostu zmienione przez ciężar kobiece ciało uznawano za brzydkie i mało inspirujące.

Jednym z najwcześniejszych obrazów znanych malarzy, przedstawiający kobietę ciężarną, jest obraz Jana van Eycka zatytułowany „Zasłubiny Arnolfinich” (1434 r.). Obraz przedstawia nastrojową, intymną i symboliczną scenę. Widzimy wyraźnie zaokrąglony brzusek kobiety, ukryty pod fałdami szerokiej sukni. Na obrazie nie sposób nie zauważyć pewnej symboliki: piesek jest symbolem wierności; owoce na parapecie

i skrzyni mają informować, że wkrótce narodzi się potomek – owoc miłości, a widoczna na poręczy figurka przedstawia św. Małgorzatę – patronkę kobiet ciężarnych.

Kolejny obraz tego samego malarza przedstawia dwie nagie postaci – Adama i Ewę; jest to fragment Ołtarza Gandawskiego z katedry Bawona w Gandawie w Holandii. W tym przypadku nie mamy pewności, czy kobieta jest w ciąży. Być może zaokrąglona, łagodna, wypukła linia brzucha jest tylko kanonem urody lub manierą. W gotyku i renesansie na zachodzie Europy jest to częsty sposób przedstawiania kobiecej sylwetki.

W dziełach sztuki podporządkowanej religii kobietę ciężarną najczęściej przedstawia się w postaci brzemiennej św. Marii. Na obrazach okresu gotyku i renesansu kobiety ciężarne przedstawiane są zawsze w scenie spotkania Marii ze św. Elżbietą.

„Madonna w ciąży” albo „Brzemienna Madonna” (1460 r.) Piero della Francesca jest jedynym w sztuce włoskiej obrazem przedstawiającym samą brzemienną Marię. Aniołowie pełnią jedynie funkcję prezentacji Madonny. Zwraca uwagę rozcięta na brzuchu sukni i prawa dłoń wskazująca na wypukły brzuch.

Kolejny obraz o tematyce religijnej – „Nawiedzenie św. Elżbiety” pędzla Rogera van der Veyden (1445 r.), przedstawia spotkanie św. Elżbiety i Marii. Widoczne jest charakterystyczne ułożenie rąk obu kobiet wskazujące na obecność ciąży. Wg Ewangelii św. Elżbieta, żona Zachariasza, przez



Jan van Eyck: Portret małżonków Arnolfinich, 1434, Janos Vegh – Van Eyck – Arkady, Warszawa 1983



Piero Della Francesca, Brzemienna Madonna, 1460, Vilmos Tatrai – W kręgu sztuki – Arkady, Warszawa 1982



Adam i Ewa, fragment Ołtarza Gandawskiego, 1434, Londyn, National Gallery



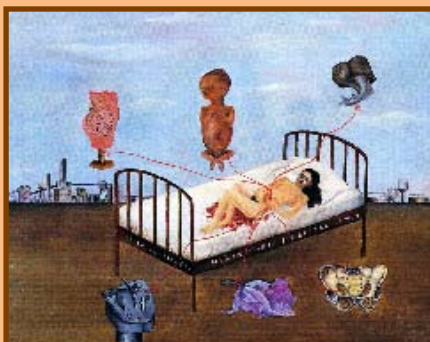
Roger van der Weyden: Nawiedzenie św. Elżbiety



Jan Vermeer: Czytająca list, 1662



Gustaw Klimt, Nadzieja (II), 1907, Gottfried Taschen, Benedikt Taschen Verlag 1989



Frida Kahlo: Henry Ford Hospital, 1932

wiele lat uchodziła za bezpłodną, a w ciąży zaszła w „podeszłym wieku”. Urodziła Jana Chrzciciela, uważana jest za patronkę matek, żon i położnych.

Artystów zawsze fascynował akt poczęcia, ciąży i narodzin. W malarstwie po raz pierwszy płód w jamie macicy przedstawił w swoich szkicach Leonardo da Vinci (1510 r.). Ten wszechstronnie uzdolniony artysta anatomii uczył się przeprowadzając i uczestnicząc w sekcjach zwłok, ale co ciekawe, nigdy nie przeprowadził sekcji kobiety ciężarnej. Być może nie miał takiej możliwości, albo po prostu nie miał odwagi. Wykonywał sekcje u cielnej krowy, analizował i przenosił to na papier. Jeśli rzeczywiście nie widział sekcji u kobiety ciężarnej, to jego rysunki są bardzo wiarygodne, chociaż należy zauważyć, że nie naszkicował łożyska.

Według historyków sztuki Jan Vermeer – znany holenderski malarz, posiadał jedenaścioro dzieci i być może dlatego na swych obrazach niejednokrotnie przedstawiał kobietę ciężarną. Kobieta na obrazie „Czytająca list” ubrana jest w charakterystyczny na owe czasy strój, który może zmylić obserwatora, czy znajduje się ona w ciąży. Wg historyków sztuki jest to postać kobiety ciężarnej i najprawdopodobniej jest to portret żony Vermeera.

Kolejny obraz Vermeera przedstawia ciężarną, trzymającą w prawej ręce wagę (waga – symbol Michała Archanioła). Biała chusta na głowie kobiety upodabnia ją do Marii, widoczne lustro uważane jest za symbol próżności – diabła, a wpadające przez okno światło – za symbol Boga. Obraz znajdujący się za kobietą przedstawia Sąd Ostateczny. Ważenie pereł być może jest zachętą do refleksji nad przemijającymi przyjemnościami tego świata. Dla ciężarnej najważniejsze jest bowiem życie nie narodzonego jeszcze dziecka.

Postrzeganie kobiecego ciała jest ściśle związane z kulturą, a jednocześnie odzwierciedla sytuację społeczno – polityczną kobiet. Trudno nie zauważyć różnic w sposobie prezentowania kobiety ciężarnej przez artystów, których dzieła przedstawiono powyżej (XV, XVI, XVIII w.), w porównaniu do artystów tworzących w XX i XXI wieku.

Polskiego rzeźbiarza Xawerego Duniowskiego zawsze interesował ruch, linia ciała, wypukłości, stąd ciężarne ze swoją charakterystyczną sylwetką, stanowiły dla niego doskonale modele – stworzył cykl rzeźb zatytułowany „Ciężarne” (1906 r.).

Często prezentowanym obrazem, także w postaci reprodukcji, zdobień na wyrobach porcelanowych, jest obraz Gustawa Klimta - „Nadzieja II”. Ten malarz dążył do nieograniczonej swobody twórczej w temacie i technice wykonawczej swych prac. Stąd mnogość form i kolorów, z wykorzystaniem nawet płatków złota. Klimt

często stosował złotą barwę w portretach kobiet. Był to wyraz hołdu składanego ich pięknu i wdziękowi. Nowatorskim pomysłem Klimta na ukazanie femme fatal, była kobieta ciężarna. Przedstawiane przez niego akty kobiet ciężarnych wzbudzały niejednokrotnie nieprzychylnie reakcje. Fritz Wurndorfer – mecenas sztuki i właściciel obrazu „Nadzieja I”, trzymał dzieło szczelnie zasłonięte, w obawie przed jego zniszczeniem. Na prezentowanym obrazie widoczne są groźne postacie w tle, ale ciężarna nie patrzy w ich stronę. Jest młoda, piękna, pewna swego życia i życia człowieka, który dzięki niej się narodzi.

Artyści niejednokrotnie swoje prace tworzą pod wpływem emocji i osobistych przeżyć. Frida Kahlo, meksykańska malarka (o jej życiu powstała książka i film), tworzyła prace szokujące, brutalne, przedstawiające surowe życie kobiet. Jej życie obfitowało w wiele dramatycznych wydarzeń, być może dlatego jej prace zawierają dużo osobistej symboliki. Frida zamierzała studiować medycynę, ale poważny wypadek pokrzyżował te plany.

„Szpital Henry’ego Forda”, obraz namalowany w 1932 r., po kolejnej stracie dziecka (dawny tytuł: „Utracona żądza”), przedstawia krwawiącą, ciężarną Fridę (charakterystyczne złączone brwi), a poszczególne elementy na końcach czerwonych wstążek mają symboliczną wymowę: ślimak obrazuje powolny proces poronienia – w kulturze Indian jest symbolem ciąży z racji swej ochronnej skorupy, zaś wg Freuda to symbol seksualności; płód męski to utracona ciąża; miednica – ostrzeżenie lekarzy o niemożności donoszenia przez Fridę ciąży; orchidea – element seksualności, kojarzony z elementami kobiecego ciała; metalowe urządzenie – sterylizator. Samotne łóżko w pustej przestrzeni, podczas gdy w oddali widać współczesne fabryki, podkreśla osobisty dramat kobiety, która traci swoje dziecko.

Wystawy sztuki współczesnej cechują się dużą dowolnością w interpretacji tematu. Można nawet zmieniać znane już obrazy i w ten sposób spojrzeć na pierwowzór z nowej perspektywy. Zdjęcie z wystawy sztuki japońskiej w Warszawie w 2000 r. przedstawia trzy obrazy Mona Lizy: ubraną, nagą i z widocznym w macicy płodem, autorstwa Yosumasa Morimury. Może jest to próba interpretacji tajemniczego uśmiechu Mona Lizy, może rzeczywiście jest ona w ciąży?

Powszechnie znane są tragiczne skutki stosowania Talidomidu w ciąży, sprzedawanego bez recepty w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku, jako środek przeciwwymiotny i przeciwbólowy. Allison Lepper urodziła się w 1965 r. bez rąk i ze zdeformowanymi nogami. Jest malarką i fotografikiem; nie korzysta z protez, ma-

luje ustami. Będąc w ósmym miesiącu ciąży pozwałała do rzeźby Marka Quinna i urodziła zdrowego syna. Rzeźba wywołała wiele kontrowersji. Ponieważ została umieszczona na Trafalgar Square, niektórzy nazywają ją „Wenus z Trafalgar Square”. Jak ta z Milo - wykonana jest z marmuru, nie ma rąk i posiada antyczne rysy twarzy.

W sztuce współczesnej nie ma żadnych ograniczeń ani formy, ani treści wykonywanych prac, a kobieta ciężarna nie stanowi już tematu tabu. Obecnie kobiece ciało, także kobiety ciężarnej, jest „wystawiane na widok publiczny” i nikogo to nie szokuje.

Agata Bogacka przedstawia postać uwodzicielskiej ciężarnej. Artystka uchwyciła to w spojrzeniu, geście odgarnięcia włosów oraz w sposobie ukazywania przez modelkę zmienionego przez ciążę ciała: bez wsty-

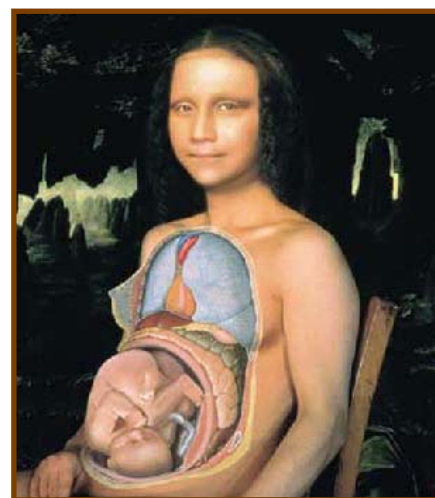
du i skrępowania.

Innymi przykładami upublicznienia ciała kobiety w ciąży są zdjęcia, do których pozują celebrytki, jak choćby Demi Moore (była wtedy w ósmym miesiącu ciąży), Britney Spears czy Natasza Urbańska.

Coraz większą popularnością cieszą się gipsowe odlewy brzuchów ciężarnych naturalnej wielkości. Czy to tylko moda i snobizm, czy jeszcze sztuka? A może jest to po prostu chęć utrwalenia w nietuzinkowy sposób tego szczególnego okresu w życiu kobiety, jakim jest ciąża.

dr n. med. Iwona Jagielska, specjalista w ginekologii i położnictwie, endokrynologii, adiunkt w Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej; konsultacje w zakresie historii sztuki: mgr konserwacji i restauracji dzieł sztuki Agnieszka Markowska,

z wykładem poświęconym kobiecie ciężarnej w sztuce wystąpiła w cyklu Medycznej środy w listopadzie 2010 r.



Yasumasa Morimura: Mona Lisa in the Third Place, 1998, New York, Galleria Luhring Augustine

Beata Gniazdowska

Grażyna Gniazdowska-Doroszevska

Przygotowywała się do kolejnego nurkowania w porcie Komiza na wyspie Vis, podczas tradycyjnego, wrześniowego wyjazdu nurkowego do Chorwacji z bydgoskim klubem „AQUARIUS”. Na łodzi niespodziewanie wystrielil zawór butli chorwackiego przewodnika, zamieniając ją w „torpedę”, która zabiła Beatę i Przemka – legendę nurkowania z Olsztyna, a dwie inne osoby dotkliwie poraniła.

Urodziła się 3 kwietnia 1962 roku w Bydgoszczy. W roku 1977 ukończyła szkołę podstawową i podjęła naukę w I Liceum Ogólnokształcącym w Bydgoszczy. Już wtedy przekonana była, że śladem Rodziców studiować będzie medycynę. W roku 1987 ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Na studiach była założycielką i przewodniczącą Studenckiego Koła Naukowego Alergologii i Immunologii Klinicznej. Działając w nim, pod kierunkiem prof. dr hab. Albinę Żółtowskiej, prowadziła intensywne prace badawcze, uczestnicząc aktywnie w wielu konferencjach.

W 1982 roku była członkiem – założycielem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Od 1985 roku członek Polskiego Towarzystwa Immunologicznego, a od 1989 roku członek Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej, Międzynarodowego Stowarzyszenia Alergologii i Immunologii Klinicznej oraz Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Współzałożycielka i pierwsza przewodnicząca Sekcji Młodych Immunologów PTI (1990). W 1989 roku rozpoczęła pracę w Klinice Dermatologii AM w Bydgoszczy, gdzie zorganizowała Pracownię Alergologii i uzyskała specjalizację pierwszego (1992) i drugiego (1998) stopnia w zakresie dermatologii i wenerologii.

W latach 1995–1996 była stypendystką

im. Prof. Otto Braun -Falco w Dermatologicznej Klinik Und Poliklinik der Ludwig-Maximilian Universität w Monachium, gdzie zdobyła wszechstronne przeszkolenie w dziedzinie alergologii i uzyskała (2000 r.) stopień doktorski za niemieckojęzyczną rozprawę pt. „Uwalnianie mediatorów w przebiegu uogólnionych anafilaktycznych reakcji niepożądaných, towarzyszących immunoterapii swoistej jadami owadów błonkoskrzydłych”.

W roku 2005 uzyskała stopień specjalisty w dziedzinie alergologii. Była autorką lub współautorką 81 publikacji w czasopiśmie krajowych i zagranicznych. Przetłumaczyła z angielskiego na język polski rozdział poświęcony chorobom skóry w podręczniku Merc „MSD Manual”, który ukazał się drukiem w 1995 roku. Jej zainteresowania i badania naukowe dotyczyły w szczególności chorób IgE-zależnych a także genetycznych i środowiskowych uwarunkowań atopowego zapalenia skóry, wyprysku kontaktowego i porfirii skórnej późnej. Przeprowadziła też niezwykle pracochłonne badania nad epidemiologią chorób alergicznych, ze szczególnym uwzględnieniem dermatoz, w dwudziestu sześciu tysięcy uczniów bydgoskich szkół ponadpodstawowych.

W 1999 roku rozstała się z Akademią Medyczną i rozwinęła prywatną praktykę lekarską, specjalizując się dodatkowo w dermatologii estetycznej i kosmetologii. Była aktywnym członkiem Sekcji Medycyny Estetycznej PTL, Stowarzyszenia Lekarzy Dermatologów Estetycznych oraz Europejskiego Towarzystwa Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej. Niezwykle dociekliwa i staranna, wrażliwa na problemy pacjentów poświęcała, zdaniem najbliższych, zbyt wiele czasu sprawom zawodowym. Nie tylko doskonaliła nieustannie własny warsztat zawodowy, ale prowadziła

także szkolenia dla kolegów – lekarzy z innych ośrodków medycznych.

Zawsze pełna niespożytej energii, szczupła i wysportowana. Od wczesnego dzieciństwa uwielbiała sporty wodne – świntnie pływała, uprawiała windsurfing, żeglowała. Zauroczona i zakochana w podwodnym świecie posiadała uprawnienia nurkowe P2 i uprawnienia lekarza nurkowego.

Wytchnieniem od pracy zawodowej były właśnie „wypadki” nurkowe. Nurkowała w Grecji, Chorwacji, Egipcie, fiordach norweskich, meksykańskich cenotach, Morzu Barrentsa, na Sardynii. Z tych wypraw pozostała wspaniała dokumentacja zdjęciowa, dzięki której rozumiemy, dlaczego nurkowanie tak wiele dla niej znaczyło. Następnym wyjazdem „nurkowym” miała być Tajlandia.

Uwielbiała swoje małe siostrzenice – Basię i Olę, dla których była najukochańszą Ciocią od szaleńczych zabaw, sportów i wszelkich atrakcji i które rozpieszczała bez granic. Tym, którzy ją znali pozostało wspomnienie osoby niezwykle uzdolnionej, perfekcyjnej we wszystkim co robiła, niezwykle aktywnej, śmiało podejmującej nowe wyzwania. Kobiety pięknej i eleganckiej, której wesołe usposobienie i zaraźliwy śmiech na zawsze pozostaną w pamięci...

Grażyna Gniazdowska-Doroszevska, przedruk z Primum Non Nocere 2010 nr 10 s. 11 (fragment)



XVIII-wieczne leki roślinne i zwierzęce przeciw chorobom układu oddechowego

Wojciech Ślusarczyk

*Bezpieczniej każdą chorobę ziołami
Uleczyć można niż panaceami*

*Vademecum Medicum,
Częstochowa 1724 r.*

W sukurs chorym

Choroby układu oddechowego w XVIII wiecznej Polsce, mimo tego że nie były najczęstszą przyczyną zgonów, stanowiły jednak istotne zagrożenie dla zdrowia i życia. Próbowano więc przeciwstawiać się im, w miarę skromnych możliwości jakie dawała ówczesna, oparta na teorii humoralnej, medycyna.

Pogłębiający się gospodarczy i kulturalny regres, w jakim znajdowała się ówczesna Rzeczpospolita, nie sprzyjał łatwemu dostępowi do lekarzy i aptek. Miało to wpływ na znaczny wzrost samolecznictwa. Rozwinęło się ono zwłaszcza w oddalonych od miast majątkach szlacheckich.

W sukurs chorym przychodzili poradniki medyczne. Pozwalały one zwalczać choroby we własnym zakresie. Korzystano z publikacji polskich i zagranicznych. Niekiedy były to świeżo napisane pozycje. Często jednak korzystano ze wznowień autorów piszących w poprzednim stuleciu.

Łajno z szafranem

Większość leków prostych (simplicia) oraz składników leków złożonych (compositia) zalecanych przez poradniki można było zdobyć we własnym zakresie, bez konieczności korzystania z (oddalonej zwykle znacznie) apteki. Przeciw chorobom układu oddechowego zalecano przede



Podbiał pospolity

wszystkim substancje roślinne i zwierzęce. Korzystano więc z zasobów pól, łąk i lasów oraz z ogrodów i sadów.

Ceny potrzebnych składników były zróżnicowane. Na początku XVIII w. funt koperwasu (siarczanu miedzi) kosztował w Warszawie trzy i pół grosza, czyli był tańszy o jeden grosz od bochenka chleba. Jednak cena funta opium wynosiła już dziewiętnaście, a gumy arabskiej aż dwadzieścia złotych, czyli równowartość ponad czterystu bochenków chleba. Ze względu na znaczną rozpiętość cen poradniki zawierały tańsze i droższe wersje tych samych leków.

Osoby korzystające z XVIII wiecznych poradników musiały orientować się w wyglądzie zalecanych roślin. Najczęściej publikacje nie zawierały bowiem informacji na ten temat. Wyjaśniano jednak skład leków złożonych. Przykładowo w Tajemnicach Alexego Pedemontana lek o nazwie album greacum został określony jako psie łajno z miodem, z szafranem, z wodą przeważone.

Proste i złożone

Duży wpływ na skuteczność leków miał czas, w którym pozyskiwano składniki. Niektóre rośliny należało zbierać wyłącznie po wschodzie słońca, inne tylko podczas księżycowych nocy. W XVIII w. zaczęto jednak powoli odchodzić od tej zasady.

Odpowiednie części składników pomagały wybranym chorobom. Na przykład anginę leczyły wyłącznie modre płatki fiołka brunatnego. Pozostałe żółte należało pominąć.

Leki złożone cieszyły się większą popularnością niż leki proste. Zdaniem Ferdynanda Schweizera, autora Krótkiej rozprawy o tym, które leki należy wyżej cenić: proste czy złożone, wydanej w 1715 r., nie było to właściwe. Twierdził on bowiem, iż (...) w nowożytnych czasach natura tak urządziła stosunki między ludźmi, że jednak bardziej się ceni leki złożone, aniżeli nasze bezpieczne polskie, niezłożone. Domowe bowiem z powodu powszechnego używania i niskiej ceny są w wielkiej pogardzie choć są w większym wyborze, świeże, bezpieczne i zdrowsze od leków egzotycznych złożonych. Widzimy tu także, iż ceniono zwłaszcza leki złożone, wykonane z zagranicznych surowców. Musimy jednak pamiętać, że były one droższe od złożonych leków krajowych. W związku z czym należy sądzić, iż te drugie były stosowane częściej niż zagraniczne.

Do surowców stosowanych w przypadku chorób układu oddechowego należały najczęściej rośliny, części zwierząt oraz wy-

daliny i wydzieliny zwierzęce. O ich użyciu decydowała przede wszystkim dostępność i niska cena.

Garść i szczypta

Ówczesne poradniki cechowały się brakiem precyzji w zakresie dawkowania poszczególnych składników, jak także całych leków. Często zalecano aby dosypać, dolać lub dołożyć tyle ile potrzeba. Przykładem bardzo nieprecyzyjnych, a zarazem często stosowanych miar była garść, szczypta, lub czubek noża. Nieco bardziej dokładna metoda polegała na odmierzaniu łyżeczkami. Musimy jednak pamiętać, iż posiadały one wówczas dość zróżnicowane rozmiary.

Większość środków stosowanych w leczeniu chorób układu oddechowego posiadała formę płynną i była podawana doustnie. Leki roślinne wytwarzano poprzez roztarcie surowców (ziół, liści, kwiatów, owoców, nasion, kory, korzeni), a następnie wytrawienie wodą, wódką, octem lub winem. Stosowano również roślinne soki, syropy, kleiki i olejki.

W kuracji stosowano także tak zwane „lekarstwa miękkie”, takie jak: tabliczki, konfety i konfitury oraz „leki stałe”, czyli proszki.

Z doustnej aplikacji leków rezygnowano jednak w przypadkach intensywnego bólu gardła. Zalecano wówczas stosować inhalacje, płukania oraz smarowanie. Niekiedy wykonywano także ciepłe okłady na piersi lub szyję. Niezwykle popularny w XVIII wiecznej Polsce szwajcarski lekarz Simon Tissot przekonywał, aby na piersiach chorego, cierpiącego na zapalenie płuc, kłaść katalplazmy z jęczmienia oraz ryżu lub chleba.

Popularne były również kąpiele lecznicze. Według ówczesnych poradników, po zażyciu gorącej kąpieli (...) należy zaraz wleźć w łóżko, które rozgrzane być powinno, a to by rozparzonego ciała nie oziębić, bo z tego gotowa nowa choroba urośnie.

Niekiedy lekarstwa podawano także doodbytniczo. Aplikowano je pod postacią czopków lub lewatyw.

Od opium do czosnku

Wśród ziół stosowanych w leczeniu chorób układu oddechowego najczęściej znajdowały się: podbiał, tymianek, śláz, hyzop, szałwia, rumianek, szanta, tatarak (tatarskie ziele), oman oraz majeranek. Przyjmowanie leków zawierających powyższe składniki prowadziło zapewne często do wyzdrowienia. Dzisiejsza farmacja potwierdza bowiem ich skuteczność. Zawodziły one jednak przy leczeniu cięż-

kich stadiów chorób oraz schorzeń wówczas praktycznie nieuleczalnych, takich jak gruźlica czy nowotwory.

Przeciw suchotom stosowano również opium lub pochodzące od niego laudanum. Kuracja ta nie leczyła samej choroby, przynosiła jednak pacjentowi znaczną ulgę. Zarówno opium, jak i laudanum działają bowiem przeciwbólowo i uspokajająco. Zawarta w nich kodeina likwiduje odruch kaszlu, a narkotyka oprócz działania przeciwkaszlowego stymuluje ośrodek oddechowy.

Poradniki zawierały również błędne porady. Przykładem tego może być polna driadkiew (ziele św. Urbana), nie posiadająca de facto żadnych właściwości leczniczych.

Jak już wspomniano, w arsenale środków roślinnych znajdowały się także warzywa i owoce. W XVIII w. panowało przekonanie, iż do leczenia katarów doskonale nadają się ugotowana i roztarta ćwikła i rzodkiew. Recepty zawierały także: bób, kapustę, dynię, ogórki, pigwę i cebulę. Cierpiący na kaszel powinien (...) cebulę wielką upiec, upiekwszy drobno posiekać, cukru łyżkę, oliwy pół łyżki przydać, przysmażywszy za jedno u ognia na rynce, zjeść to rankiem przed śniadaniem. Niezwykle popularny był zaś czosnek, zwany niekiedy „teriakiem dla ubogich”.

Choć większość wymienionych tu warzyw i owoców nie posiadała tak naprawdę właściwości leczniczych, to jednak ich stosowanie mogło być pomocne w leczeniu. Zawierają one dużo witamin, tak niezbędnych osłabionemu organizmowi. Niezaprzeczalnie skutecznym był jednak czosnek. Zawarte w nim związki siarkowe niszczyły bowiem florę bakteryjną w tchawicy, krtań, oskrzelach a nawet w płucach.

Czekolada, kawa czy herbata?

Lecznicze działanie przypisywano także zbożom, szczególnie owsowi i jęczmieniowi. Wykonywano z nich kleiki, stosowane podczas leczenia gruźlicy i zapalenia płuc. (...) weź dwie uncje jęczmienia i półtorej dragmy (...) saletry, warz w półtrzeciej kwart wody, aż się jęczmień nie rozpułknie, precedź przez chustę białą, przydadź do tego półtorej uncji miodu i uncję octu, nakazywał Tissot.

Poza roślinami krajowymi poradniki zalecały niekiedy także zioła egzotyczne, rosnące w Azji lub Ameryce Południowej. Należy zauważyć, iż częściej znajdowały się one w wydawnictwach będących tłumaczeniami dzieł napisanych w krajach Europy zachodniej, w których dostęp do surowców tego typu był nieco łatwiejszy niż w Polsce. Były to: manna, senes, jalepa, imbir, lukrecja i anyż. Większość z nich nie była skuteczna w leczeniu schorzeń układu oddechowego. Korzeń lukrecji posiada jednak właściwości wykrztuśnicze, zaś imbir pobudza wydzielanie śluzu, co ma wpływ

na zmniejszanie się kaszlu.

Stosowano także wyborne specyfiki w skład których wchodziły figi, migdały i rodzynki. Choć w istocie nie leczyły chorób układu oddechowego, to stanowiły pomocną w kuracji porcję witamin i minerałów.

Ważny składnik leków stanowiła kora chinowa. Była ona niezwykle przydatna ze względu na swoje przeciwgorączkowe właściwości.

Innym skutecznym, egzotycznym składnikiem leków była ipekakuana (wymiotnica lekarska). Podawana w małych dawkach wzmacnia bowiem czynność wydzielniczą w oskrzelach, co ułatwia odkrztuszanie.

XVIII wieczne poradniki zalecały również czekoladę, kawę i herbatę. Przypisywano im bowiem wówczas znaczne właściwości lecznicze. „Małą czarną” pito jako lekarstwo, płukano gardło oraz wykorzystywano w inhalacji.

Za doskonały specyfik uważano także tabakę. Używano ją w celu pozbycia się kataru. Ekstrakt z tabaki znacznie wyciąga humory katarowe, zrobiwszy z niego pigułkę [należy ją rozpuścić] na języku. (...) Mają drudzy w zwyczaju tabakę czyli tytoń gryźć, wielom to pomaga.

Pieczone stonogi

Zdecydowanie rzadziej od leków roślinnych stosowano leki zwierzęce i odzwierzęce. Należy wymienić wśród nich mleko służące jako rozpuszczalnik leków przeciw gruźlicy. Ponadto w skład medykamentów wchodziły: masła, serwatki oraz kurze jaja. Choć nie miały one tak naprawdę właściwości leczniczych, to jednak przyczyniały się znacznie do wzmocnienia organizmu pacjenta.

W skład leków wchodziło również mięso zwierzęce, np. z kury albo z lisa. Należało je najczęściej spalić lub ususzyć, zetrzeć na proszek i zażywać do ustąpienia objawów. Przykładowo astmę leczono upieczonymi i utłuczonymi w móżdżerzu stonogami.

Inna, forma kuracji polegała na picu bulionów. Przeciw suchotom zalecano pić wywar z żab i raków. Jeśli choremu było to nie w smak, alternatywą pozostawał syrop ze ślimaków. Sposób na jego przygotowanie przedstawiał się następująco: Weźmij ślimaków ogrodowych zbieranych przed wschodem słońca funt jeden, powydobawaj one ze skorup i posiekaj na kawałki, pocukruj one, włóż wszystko do sita, pod które podstawisz gliniane (...) naczynie. (...) Syrop, który do naczynia podstawionego zaciecze ma być po łyżeczce stołowej co godzinę zażywany.

Stosowano również poszczególne narządy i tkanki zwierzęce. Najczęściej były to płuca. Wynikało to z nauki o tak zwanych sygnaturach. Przeciw anginie zalecano zaś sproszkowany ząb wieprza, a prze-



Szafran

ciw gruźlicy starty róg jelenia. Przeciw suchotom używano zaś krwi zwierzęcej. W wielu schorzeniach aplikowano chorym także łój kozła lub sadło kapłonie. Specyfiki te były oczywiście zupełnie bezużyteczne podczas leczenia chorób układu oddechowego.

Ponadto stosowano także wosk pszczeli i zdecydowanie trudniej dostępne: olbrót (wosk z jamy głowowej waleni), ambreg, perły, korale oraz bezoar lub oczy racze.

XVIII-wieczne poradniki medyczne pozwalały na samodzielne leczenie rozmaitych chorób. Wśród nich znajdowały się również dolegliwości układu oddechowego.

Najsukuteczniejsze w działaniu były leki roślinne. Posiadały one bowiem często właściwości wykrztuśnicze, łagodzące, antyseptyczne i uspokajające. Warzywa, owoce, a także białko zwierzęce, dostarczając pacjentowi składników odżywczych, stanowiły doskonałe uzupełnienie kuracji.

Niestety część zaleceń poradników okazywała się błędna. Najlepszym tego przykładem jest przekonanie o leczniczych właściwościach kawy i tytoniu. Należy tłumaczyć to faktem, iż XVIII wieczne poradniki bazowały na wciąż aktualnej wówczas teorii humoralnej.

Mimo wszystko trzeba jednak stwierdzić, iż stosowanie pewnej ilości leków znajdujących się w ówczesnych poradnikach, pozwalało na wyleczenie kataru, anginy, czy zapalenia oskrzeli. Choć dziś choroby te nie są już straszne, to musimy jednak pamiętać, że w XVIII w. stanowiły realne zagrożenie dla życia.

dr n. hum. Wojciech Ślusarczyk jest asystentem w Zakładzie Historii Medycyny i Pielęgniarstwa

opracowano na podstawie: *Wśród córek Eskulapa. Szkice z dziejów medycyny i higieny w Rzeczypospolitej XVI - XVIII w. wydanej pod redakcją Andrzeja Karpińskiego w Warszawie w 2009 r., s. 251-264.*

Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor (powyżej 1 punktu). W tym numerze Wiadomości Akademickich informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres zgłoszenia pracy od początku października do końca listopada 2010 roku.

IF: 4.351

Tomasz Grzybowski

Malyarchuk B., Derenko M., Grzybowski Tomasz, Perkova M., Rogalla Urszula, Vanecek T., Tsybovsky I.: The peopling of Europe from the mitochondrial haplogroup U5 perspective.

- PLoS ONE 2010 Vol. 5 nr 4 s. e10285.
DNA mitochondrialny

IF: 3.763

Alina Borkowska

Wiktor Drózd

Maciej Bieliński

Adam Buciniński

Borkowska Alina, Rybakowski J.K., Drózd Wiktor, Bieliński Maciej, Kosmowska M., Rajewska-Rager A., Buciniński Adam, Akiskal K.K., Akiskal H.S.: Polish validation of the TEMPS-A: the profile of affective temperaments in a college student population.

- J. Affect. Disord. 2010 Vol. 123 nr 1-3 s. 36-41.

Temperament; Skale oceny stanu psychicznego

IF: 3.575

Andrzej Marszałek

Prech M., Marszałek Andrzej, Schroeder J., Filas V., Lesiak M., Jemielity M., Araszkievicz A., Grajek S.: Apoptosis as a mechanism for the elimination of cardiomyocytes after acute myocardial infarction.

- Am. J. Cardiol. 2010 Vol. 105 nr 9 s. 1240-1245.

Zawał serca; Apoptoza

IF: 2.464

Marcin Koba

Koba Marcin, Bober L., Judycka-Proma U., Bączek T.: Influence of HPLC retention data and molecular modelin descriptors on prediction of pharmacological classification of drugs using principal component analysis method.

- Comb. Chem. High Thr. Screen. 2010 Vol. 13 s. 765-776.

Leki - synteza chemiczna; Chromatografia wysokociśnieniowa w cieczy

IF: 2.336

Piotr Cysewski

Cysewski Piotr: Non-additive interactions of nucleobases in model dinucleotide steps occurring in B-DNA crystals.

- J. Mol. Model 2010 Vol. 16 s. 1721-1729.
DNA; Guanina; Chemia fizyczna

IF: 2.336

Piotr Cysewski

Przemysław Czeleń

Cysewski Piotr, Czeleń Przemysław: Structural and energetic consequences of oxidation of d(ApGpGpGpTpT) telomere repeat unit in complex with TRF1 protein.

- J. Mol. Model 2010 Vol. 16 s. 17970-1807.
DNA - uszkodzenie; Guanina; Telomera; Chemia fizyczna

IF: 2.336

Piotr Cysewski

Beata Szeffler

Cysewski Piotr, Szeffler Beata: Environment influences on the aromatic character of nucleobases and amino acids.

- J. Mol. Model 2010 Vol. 16 nr 11 s. 1709-1720.

Aminokwasy; Chemia fizyczna

IF: 2.077

Wojciech Józwicki

Marek Grabiec

Łukasz Wicherek

Basta P., Majka M., Józwicki Wojciech, Łukaszewska E., Knafel A., Grabiec Marek, Stasienko E., Wicherek Łukasz: The frequency of CD25+CD4+ and FOXP3+ regulatory T cells in ectopic endometrium and ectopic decidua.

- Reprod. Biol. Endocrinol. 2010 Vol. 8, s. 116.

Błona śluzowa macicy - patologia; Cięża ektopowa; Limfocyty T

IF: 1.989

Piotr Kopiński

Jankowski M., Kopiński Piotr, Goc A.: Interleukin-27: biological properties and clinical application.

- Arch. Immunol. Ther. Exp. 2010 Vol. 58 s. 417-425.

Interleukiny; Nowotwory; Zapalenie stawów reumatoidalne; HIV; Immunoterapia

IF: 1.795

Krzysztof Stefański

Katarzyna Buszko

Stefański K[rzysztof], Buszko K[atarzyna], Piecyk K.: Transient chaos measurements using finite-time Lyapunov exponents.

- Chaos 2010 Vol. 20 s. 033117-1-033117-13.

Biometria

IF: 1.543

Tomasz Drewa

Gurtowska N., Kloskowski T., Drewa Tomasz: Ciprofloxacin criteria in antimicrobial prophylaxis and bladder cancer recurrence.

- Med. Sci. Monitor 2010 Vol. 16 nr 10 s. RA218-RA223.

Cyprofloksacyna; Nowotwory pęcherza moczowego - leczenie

IF: 1.012

Kornelia Kędziora-Kornatowska

Jolanta Czuczejko

Jadwiga Motyl

Karolina Szewczyk-Golec

Mariusz Kozakiewicz

Hanna Pawluk

Józef Kędziora

Kędziora-Kornatowska Kornelia, Czuczejko Jolanta, Motyl Jadwiga, Szewczyk-Golec Karolina, Kozakiewicz Mariusz, Pawluk Hanna, Kędziora Józef, Błaszczak R., Banach M., Rysz J.: Effects of coenzyme Q10 supplementation on activities of selected antioxidative enzymes and lipid peroxidation in hypertensive patients treated with indapamide. A pilot study.

- Arch. Med. Sci. 2010 Vol. 6 nr 4 s. 513-518.

Nadciśnienie; Peroksydaza glutationowa; Stres oksydacyjny; Dysmutaza nadtlenkowa; Starzenie się

IF: 1.012

Maria T. Szewczyk

Arkadiusz Jawień

Katarzyna Cierzniakowska

Justyna Cwajda-Białasik

Szewczyk Maria T., Jawień Arkadiusz, Cierzniakowska Katarzyna, Cwajda-Białasik Justyna, Mościcka P.: Comparison of the effectiveness of compression stockings and layer compression systems in venous ulceration treatment.

- Arch. Med. Sci. 2010 Vol. 6 nr 5 s. 793-799.

Owrzodzenie kończyn dolnych; Opatrunki

Refleksje po konferencji „In-vitro, szanse i zagrożenia”

wywiad z prof. dr. hab. Władysławem Sinkiewiczem

Dorota Kowalewska: Panie Profesorze, dlaczego kardiolog otwierał konferencję „In-vitro, szanse i zagrożenia”

Prof. Władysław Sinkiewicz: Od wielu lat jestem przewodniczącym Komisji Biologicznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Czyli temat In-vitro jest jak najbardziej zgodny z moją poza kardiologiczną działalnością. Poza tym każdy z nas, oprócz swojej zawodowej pracy, interesuje się przecież innymi zagadnieniami. Dla mnie bardzo ważne są kwestie etyczne w medycynie.

Dorota Kowalewska: A dokładniej?

Prof. Władysław Sinkiewicz: Odpowiedzi na pytania o początek życia, granice eksperymentów medycznych, eutanazję. Kto ma na ten temat rozmawiać, jeśli nie lekarze, etycy? Czyli ludzie, którzy mają dużą wiedzę w tej dziedzinie i odcierają się o dramaty ludzkie związane ze śmiercią lub chorobą.

Dorota Kowalewska: Nie jest Pan zwolennikiem metody in-vitro.

Prof. Władysław Sinkiewicz: Nie. Według mnie jest to metoda, która, wbrew temu, co się powszechnie nagłaśnia, nie leczy bezpłodności, tylko... bezdzietność, nie wspominając już o często przykrych i deprymujących dla kobiety aspektach tej procedury i wysokich kosztach finansowych. Doprowadza też niestety do unicestwiania niektórych zarodków. Wiadomo, że tworzy się ich większą ilość, aby nie narażać kobiety na powtórne przejście całej procedury medycznej, która ma na celu pobranie jajeczek do zapłodnienia. Do macicy są wszczepiane dwa, maksymalnie trzy. Inne zamrażane. I tutaj powstaje pytanie. Czy mamy prawo decydować, które zarodki trafią do macicy, a które będą zamrożone? A jeśli te zamrożone nigdy nie będą już wy-

korzystane, bo rodzice doczekali się upragnionych dzieci i nie chcą już powiększać rodziny? Jaki będzie dalszy los tych dzieci, które są, jako zarodki zamrażane?

Dorota Kowalewska: Czyli powinna powstać ustawa, która zakazuje in-vitro?

Prof. Władysław Sinkiewicz: Taka ustawa w aktualnej sytuacji sceny politycznej raczej nie będzie zaakceptowana. Trzeba wypracować jak najlepsze rozwiązanie chroniące życie, czyli jak najmniejsze zło lub też, jak wolą inni, wybrać ustawowo jak największą przestrzeń dobra chroniącego życie. To, co jest teraz, nie może dłużej funkcjonować. Nie ma żadnych uregulowań prawnych dotyczących procedury in-vitro. Brak ustawy jest gorszy od tej, której nie kibicuję. Ale uważam też, że ktoś może mieć inne zdanie w tej kwestii niż ja.

Dorota Kowalewska: Nie zdecydowałby się Pan z żoną na in vitro, gdyby nie mógł Pan mieć dzieci?

Prof. Władysław Sinkiewicz: Na szczęście mam córkę. Wiem, jak ważne dla ludzi jest posiadanie dzieci. Ale sam chyba pomyślałbym w takiej sytuacji o adopcji. Albo o zastosowaniu naprotechnologii.

Dorota Kowalewska: Naprotechnologia jest podobna do homeopatii. Niektórzy w nią wierzą, ale dowodów naukowych na jej skuteczność brak.

Prof. Władysław Sinkiewicz: Bywają i takie krzywdzące, nie mające naukowych podstaw twierdzenia. Musimy rozróżnić dwie kwestie. Naprotechnologia to leczenie niepłodności. In-vitro, jak wspominałem, leczy tylko bezdzietność, a nie niepłodność. To duża różnica. Dlatego więc nie postawić na metodę, która może mało jeszcze znaną, ale skuteczną.

Naprotechnologia to dążenie do usunięcia

problemu danej pary i przywrócenia jej zdolności prokreacyjnych. Za pomocą obserwacji śluzu u kobiety, temperatury, samopoczucia. Stosuje się też metody inwazyjne, jeśli zachodzi taka konieczność. Ale są przypadki, których naprotechnologia nie wyleczy.

Dorota Kowalewska: Na przykład nieodwracalne zmiany endometriotyczne czy ciężkie uszkodzenia jajowodów i pewne defekty anatomiczne po stronie kobiety oraz mężczyzny.

Prof. Władysław Sinkiewicz: Tak, jak w innych przypadkach medycznych, bywają stany chorobowe, wobec których jesteśmy nieraz bezradni i musimy się z tym pogodzić. A brutalna ingerencja w naturę przynosi niejednokrotnie więcej szkody, niż pożytku. Nie uważam, że naprotechnologia rozwiązuje wszystkie problemy. Ale jestem przekonany, że powinna być szerzej rozpowszechniana i stosowana. Śmiem twierdzić, że nawet wielu lekarzy nie zna tego słowa i nie odpowie na Pani pytanie, z czym kojarzy się im ta specjalność medyczna. Poza tym, czy wielkie koncerty, które stoją za in vitro i czerpią z tego wielkie zyski, zarobią na naprotechnologii? Dlatego nie są tą metodą zainteresowane. A bywa tak, że pary nie wykorzystują wszystkich możliwych metod leczenia, tylko od razu decydują się na in-vitro.

Dorota Kowalewska: Panie profesorze, kiedy zaczyna się życie?

Prof. Władysław Sinkiewicz: Od momentu połączenia dwóch komórek – męskiej i żeńskiej. To już jest człowiek, a nie potencjał, czy zbiór komórek, który stanie się człowiekiem. W dyskusji o in vitro nie chodzi o religię, czyli światopogląd. To pytania o szacunek wobec każdego życia, na każdym etapie jego rozwoju.

Konferencja naukowa „Postępy w leczeniu zaawansowanej niewydolności serca”

pod patronatem Oddziału Bydgoskiego PTK, **15 stycznia 2011 roku** (sobota), godz. 10.00, sala wykładowa A i B Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 13.

Organizatorzy: II Katedra i Klinika Kardiologii CM UMK, I Katedra i Klinika Kardiologii GUM, Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej GUM, Katedra i Klinika Kardiologii CM UMK, Fundacja na Rzecz Rozwoju Kardiologii, Oddział Bydgosko-Toruński TIP

Otwarcie konferencji: prof. dr hab. med. Jacek Kubica, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie kardiologii, prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz Sesja 1.

Przewodniczący sesji: prof. dr hab. med. Andrzej Rynkiewicz, prof. dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz 10.10 – 10.30

Przyczyny i diagnostyka zaostrzenia przewlekłej niewydolności serca - dr n. med. Robert Bujak

10.30 – 10.50

Dlaczego chorych z zaawansowaną niewydolnością serca warto leczyć zgodnie ze standardami - prof. dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz 10.50 – 11.10

Leczenie ostrej niewydolności serca - dr n. med. Piotr Sobański

11.10 – 11.30

Elektroterapia w niewydolności serca - dr Małgorzata Dobosiewicz

11.30 – 11.40 Dyskusja

11.40 – 12.00 Przerwa

Sesja 2.

Przewodniczący sesji: prof. dr hab. med. Lech Anisimowicz, dr n. med. Piotr Siondalski

12.20 – 12.40

Nieinwazyjne metody wspomagania oddechu w ostrych stanach kardiologicznych - dr n. med. Łukasz Lewicki

12.40 – 13.00

Mechaniczne wspomaganie układu krążenia w ciężkiej niewydolności serca - prof. dr hab. med. Lech Anisimowicz

13.00 – 13.20

Jak kwalifikować chorych z zaawansowaną niewydolnością serca do przeszczepu serca - prof. dr hab. med. Marcin Gruchała

13.20 – 13.40

Doświadczenia ośrodka gdańskiego w operacjach przeszczepu serca - dr n. med. Piotr Siondalski

13.40 – 13.50 Dyskusja i podsumowanie konferencji

12. Kongres Biochemii Klinicznej regionu Azji-Pacyfiku

Grażyna Sypniewska



W dniach 3-7 października odbył się w Seulu 12. Kongres Biochemii Klinicznej regionu Azji-Pacyfiku, którego tematem przewodnim było „Wyzwania dla diagnostyki laboratoryjnej w przyszłości” (*Challenges In Future Diagnostics*).

W Kongresie brała czynny udział prof.

Grażyna Odrowąż-Sypniewska, kierownik Katedry i Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK jako przedstawiciel IFCC.

Prof. Sypniewska jest od 2007 roku członkiem sekcji Communication and Publication w Międzynarodowej Federacji Chemii Klinicznej (IFCC) i jednocześnie redaktorem naczelnym czasopisma on-line tej Federacji (eJournal IFCC). W Kongresie, którego program naukowy obejmował 5 wykładów plenarnych, 35 półtoragodzinnych sympozjów, 9 sesji poświęconych ustnym prezentacjom nadesłanych doniesień i sesje plakatowe uczestniczyło ponad 1000 osób z 52 krajów.

Tematyka sympozjów była niezwykle różnorodna, od diagnostyki ostrych zespołów wieńcowych i niewydolności serca, monitorowania leczenia u pacjentów po przeszczepach poprzez „medycynę mitochondriów” – zaburzenia mitochondrialne w hematopoezie, chorobach metabolicznych i degeneracyjnych do problemów związanych ze standaryzacją oznaczeń lipidów, kreatyniny, markerów nowotworowych

i hormonów. Były też sympozja poświęcone zastosowaniu urządzeń przyłóżkowych do diagnostyki laboratoryjnej, zastosowaniu i roli spektrometrii mas w biochemii klinicznej oraz roli farmakogenomiki w medycynie zindywidualizowanej.

Prof. Grażyna Sypniewska uczestniczyła jako wykładowca w symposium zorganizowanym przez IFCC, jako redaktor naczelnny eJournal IFCC w spotkaniu wydawców czasopism biomedycznych oraz zaprezentowała w sesji poświęconej „Biomarkerom sercowym” wyniki badań wykonanych w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej we współpracy z Katedrą i Kliniką Chorób Wewnętrznych i Kardiologii CM UMK „Diagnostic efficacy of plasma myeloperoxidase in the risk stratification of acute coronary syndromes” autorów G. R. Sypniewska, M. Sawicki, M. Krintus, M. Kozinski, J. Kubica. Przedstawione wyniki pracy wzbudziły duże zainteresowanie przewodniczącego sesji i obecnych na niej słuchaczy.

prof. dr hab. Grażyna Sypniewska jest kierownikiem Katedry i Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej

Symposium Medycyny Ratunkowej i Intensywnej Terapii 2010

Julita Soczywko

W dniach 27-30 czerwca 2010 r. odbyło się kolejne Letnie Symposium Medycyny Ratunkowej i Intensywnej Terapii, które było już ósmą konferencją dotyczącą postępów w medycynie ratunkowej z udziałem wykładowców krajowych i zagranicznych oraz uczestników z kraju i państw ościennych – organizowaną przez Katedrę Medycyny Ratunkowej i Katastrof przy współudziale Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Patronat Honorowy symposium objęli: JM Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu – prof. dr hab. Andrzej Radziński oraz Prorektor ds. Collegium Medicum w Bydgoszczy – prof. dr hab. Małgorzata Tafli-Klawe. Głównymi organizatorami konferencji z Katedry Medycyny Ratunkowej byli: prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko, dr Andrzej

Witkowski, mgr Julita Soczywko, oraz mgr Teresa Branicka, zaś nadzór administracyjny pełniła mgr Agnieszka Werkowska.

Podobnie jak w poprzednich latach symposium zostało zorganizowane w letnim kurorcie, tym razem w Tleniu w uroczych Borach Tucholskich. Jak co roku dopisali goście zaproszeni przez organizatorów. Wśród referentów obok gospodarza, prof. dr hab. Juliusza Jakubaszko, znaleźli się między innymi prof. dr hab. Andrzej Sosnowski ze Szpitala Uniwersyteckiego Leicester, Wielka Brytania oraz dr Marcin Sosnowski z Nowej Zelandii, a także prof. dr hab. Andrzej Basiński z Katedry Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Gdański Uniwersytet Medyczny, prof. dr hab. Michał Gaca z Kliniki Anestezjologii, Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, prof. dr hab. Jerzy Karski z Katedry Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, prof. dr hab. Maria Referowska z Katedry Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Gdański Uniwersytet Medyczny, prof. dr hab. Krystyn Sosada z Katedry Medycyny Ratunkowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, prof. dr hab. Barbara Świątek z Katedry Medycyny Sądowej, Akademia Medyczna we Wrocławiu, prof. dr hab. Andrzej Zawadzki z Zakładu

Medycyny Ratunkowej Akademii Medycznej w Warszawie, dr hab. n. med. Grażyna Skotnicka-Klonowicz z Oddziału Klinicznego Medycyny Ratunkowej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Łodzi, dr n. med. Magdalena Łukasik-Głębocka z Oddziału Toksykologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala im. Raszei w Poznaniu, dr n. med. Adam Nogalski z Katedry Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, dr n. med. Ewa Raniszewska z Katedry Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Gdański Uniwersytet Medyczny.

Konferencja miała charakter naukowo-szkoleniowy, w ramach której zostały przedstawione referaty szkoleniowe oraz prace naukowe – sesje plenarne i wystąpienia ustne.

W pierwszym dniu nastąpiło uroczyste otwarcie, na którym organizatorzy mieli zaszczyt gościć między innymi dr hab. Andrzeja Kuryłaka, profesora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Prodziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, a także lek. med. Marka Nowaka Dyrektora Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu oraz Michała Joachima Grabskiego Wójta Gminy Osie i Romana Waśkowskiego Przewodniczącego Rady Gminy Osie. Istotnym wydarzeniem tego dnia było nadanie tytułu Honorowego Członka Polskiego Towarzy-



Nadanie tytułu Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej profesor dr hab. Marii Referowskiej



Zespół Ratownictwa Medycznego z Grudziądza oraz członkowie Włocławskiego Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego

stwa Medycyny Ratunkowej profesor dr hab. Marii Referowskiej. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. Juliusz Jakubaszko. Przedstawił w nim aktualny stan medycyny ratunkowej w Polsce oraz perspektywy jej rozwoju. Zaś obraz światowej medycyny ratunkowej przybliżył słuchaczom dr Marcin Sosnowski z Nowej Zelandii. Następnie w postaci trzech wykładów zostały przedstawione wybrane trudne aspekty mające znaczenie w funkcjonowaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych w Polsce.

W drugim dniu odbyły się trzy sesje. W pierwszej sesji odbyły się wykłady i dyskusje na temat zagrożeń zdrowotnych pochodzenia neurogennego. Sesja południowa poświęcona była postępowaniu w zagrożeniach zdrowotnych u dzieci. Zaś po południu zostały dokonane prezentacje ustne dotyczące praktyki klinicznej oddziałów ratunkowych.

W trzecim dniu była kontynuowana dyskusja na temat praktyki klinicznej oddziału ratunkowego. Sesja poranna tego dnia była poświęcona urazom i metodom ich obrazowania. Zaś kolejną sesję zdominowali wykładowcy z Oddziału Toksykologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala im. Raszei w Poznaniu, którzy przedstawili uczestnikom sympozjum wybrane zagadnienia z zakresu ostrych zatruc w aspekcie medycyny ratunkowej.

W ostatnim dniu sympozjum zostały przedstawione zagadnienia dotyczące prawa i etyki w praktyce medycyny ratunkowej, które wywołały gorącą dyskusję wśród uczestników konferencji.

Podsumowując Letnie Sympozjum Medycyny Ratunkowej i Intensywnej Terapii 2010 stanowiło kolejne istotne forum przedstawiania dorobku naukowego polskiej medycyny ratunkowej. Zaprezentowane prace badawcze, prace pogładowe, doniesienia kazuistyczne zostały wydrukowane w Polish Journal of Emergency Medicine.

Dodatkowo konferencji towarzyszyły liczne doskonalące kursy satelitarne takie jak: specjalne zastosowania USG w praktyce medycyny ratunkowej, trudne drogi od-

dechowe w praktyce lekarza ratunkowego, dostępy doszpikowe, podstawowe procedury okołourazowe u dzieci, trudne drogi oddechowe w praktyce ratownika medycznego i pielęgniarki ratunkowej, diagnostyka obrazowa w mnogich obrażeniach ciała, dostępy centralne do naczyń żylnych. Zarówno kursy doskonalące, jaki i wybrane sesje szkoleniowe były istotnym elementem specjalistycznego programu dydaktycznego dla ratowników medycznych i pielęgniarek ratunkowych. Za uczestnictwo w sympozjum i kursach towarzyszących przyznane zostały odpowiednio punkty edukacyjne.

Do tradycji Sympozjów Medycyny Ratunkowej przeszły już zajęcia praktyczne w terenie. W tym roku były to pokazy ratownictwa zintegrowanego: wodnego oraz medycznego, które koordynowali asystenci z Katedry Medycyny Ratunkowej. Sukces przeprowadzonych ćwiczeń ratunkowych został osiągnięty dzięki wspólnej organizacji wraz z członkami Włocławskiego Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, ratownikami medycznymi z Grudziądza oraz przy udziale studentów kierunku ratownictwo medyczne z Zamiejscowego Oddziału Collegium Medicum w Grudziądzu.

W czasie konferencji nie zabrakło również rozrywek. Należały do nich między innymi spływy kajakowe rzeką Wdą, zawody strzeleckie oraz biesiada w plenerze z udziałem muzyki regionalnej. Podsumowaniem pracowicie spędzonego czasu stała się uroczysta kolacja w Ośrodku „Perła” w Tleniu. Nawet w jej trakcie trwała wymiana doświadczeń między uczestnikami z różnych ośrodków.

Tegorocznemu Letniemu Sympozjum Medycyny Ratunkowej towarzyszyła piękna pogoda i niezwykła atmosfera, w której zapewne nie wyczerpano wszystkich nurtujących tematów. Okazją do kontynuacji dyskusji i wymiany doświadczeń będzie z pewnością już dwudzieste Zimowe Sympozjum Medycyny Ratunkowej i Intensywnej Terapii 2011 w Karpaczu.

mgr Julita Soczywko jest asystentem w Katedrze Medycyny Ratunkowej i Katastrof



Sesja otwierająca sympozjum – prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko i zaproszeni goście



Pokazy ratownictwa wodnego



Spływ kajakowy



Uroczysta kolacja

W ramach Akademickiego Inkubatora Przedsiębiorczości

wywiad z Renatą Wiewiórską

Renata Wiewiórska jest tegoroczną absolwentką Collegium Medicum w Bydgoszczy. Ukończyła studia licencjackie na kierunku dietetyka oraz studia II stopnia na kierunku zdrowie publiczne. W międzyczasie uzupełniała wykształcenie, uzyskując drugi tytuł licencjata na kierunku zdrowie publiczne o specjalności: organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia. Przyznaje jednak, że zawsze bardziej interesowała ją dietetyka. Od niedawna realizuje swoją pasję i udziela porad żywieniowych, prowadząc firmę w ramach Akademickiego Inkubatora Przedsiębiorczości (AIP) przy Wyższej Szkole Bankowej w Bydgoszczy. Jest to nowo powstały inkubator, a Renata należy do grona osób, które jako pierwsze skorzystały z jego pomocy.*

Karolina Bartoszewicz: Jakie były Twoje plany w momencie ukończenia studiów?

Renata Wiewiórska: Od zawsze chciałam pracować jako dietetyk. W Polsce ten zawód jest jeszcze nierozwinięty, traktowany w inny sposób niż na Zachodzie – raczej pobłaźliwie. Bierze się to może stąd, że dawniej z zakresu żywienia człowieka funkcjonowały tylko szkoły techniczne. Dopiero niedawno wprowadzono studia wyższe z dietetyki i musimy walczyć o prestiż tego zawodu. A ponieważ za wiele miejsc pracy dla dietetyka nie ma, postanowiłam spróbować własnych sił i stworzyć sobie takie miejsce samodzielnie.

Karolina Bartoszewicz: Czy od razu po studiach chciałaś rozpocząć własną działalność, czy podjęłaś taką decyzję po pewnych próbach znalezienia pracy?

Renata Wiewiórska: Taki plan miałam odkąd pamiętam. Zawsze chciałam pracować samodzielnie, marzyłam o pracy na własny rachunek i gdy dowiedziałam się, że jest coś takiego jak AIP, pomyślałam, że to idealne rozwiązanie dla mnie. Jest to okazja do wypróbowania własnego pomysłu, ale przy mniejszym ryzyku, mniejszej obawie o zainwestowane pieniądze. Nie trzeba mieć aż tak dużo środków na start. A na początek chciałam sprawdzić, jak na bydgoskim rynku przyjmie się firma o profilu dietetycznym.

Karolina Bartoszewicz: Od kiedy dzia-

łasz w inkubatorze?

Renata Wiewiórska: Bardzo niedługo – teraz w listopadzie mijają dwa miesiące. Jednak już widzę – nawet jeżeli są to małe kroczki – że idę w dobrym kierunku. Mam coraz więcej klientek, moja firma staje się rozpoznawalna. Cieszę mnie ostatnie rankingi Google, ponieważ wcześniej, gdy wpisywało się „dietetyk Bydgoszcz”, nie było mnie widać na pierwszej stronie wyszukiwarki, a teraz już na niej jestem. I rzeczywiście, przez to więcej osób się do mnie zgłasza, gdyż przede wszystkim wpisuje się „dietetyk Bydgoszcz”, a nie konkretną firmę czy nazwisko. Rośnie także liczba wejść na moją stronę. Obserwuję, że – chociaż moja firma działa dopiero dwa miesiące – jest już coraz lepiej.

Karolina Bartoszewicz: Masz już swoje stałe klientki? Albo klientki z polecenia?

Renata Wiewiórska: Tak, mam co najmniej cztery stałe klientki. Spotykam się z nimi regularnie co tydzień. Teraz rozpoczynam pracę z piątą, a zgłosiła się także szósta. Czyli takich stałych klientek będę miała sześć. Dwie z nich są właśnie z polecenia osób, z którymi pracowałam, więc już jakieś efekty musiały być widoczne. Ktoś jest zadowolony z moich usług i to mnie bardzo cieszy. Myślę, że za jakiś czas zmiany będą widoczne u kolejnych klientek, ponieważ na razie pomagam głównie w odchudzaniu. Przy tego typu problemach łatwo widać efekty. Takie zmiany wizualne przyciągają następne osoby, pytają się, gdzie i jak można to osiągnąć. Ale klienci mogą mieć różne powody, inne zaburzenia odżywiania, czasem pragną wręcz przytyć. Jak na razie zajmuję się głównie odchudzaniem. To także przynosi efekty zdrowotne, jednak te wizualne, szybko widoczne, najbardziej przyciągają.

Karolina Bartoszewicz: Jak prowadzisz swoją firmę w sensie logistycznym? Masz własną siedzibę lub biuro?

Renata Wiewiórska: Siedziby nie mam. Tak sobie wymyśliłam, że skoro współcześnie jesteśmy tacy zabiegani, brakuje nam czasu, więc ideą mojej firmy jest, że to ja dojeżdżam do klienta, a nie klient do mnie. Może robić coś w domu, oszczędza swój czas, a ja dojeżdżam na konkretną godzinę. Klienci są zadowole-

ni z takiego rozwiązania, a dla mnie to również wygodne. Nie muszę wynajmować drogiego gabinetu, dzięki czemu tnę koszty i mogę obniżyć ceny – które są aktualnie bardzo konkurencyjne.

Karolina Bartoszewicz: Wspomniałaś o kosztach. Czego one dotyczą?

Renata Wiewiórska: Teraz to głównie opłata preinkubacyjna (opłata za wsparcie AIP, która wynosi 250 zł/m-c – przyp. K.B.) i dojazdy, czyli bilet miesięczny. Na początku musiałam zainwestować w reklamę, stronę internetową, ulotki i wizytówki. Ostatnio reklama mojej firmy pojawiła się w gazecie „Bydgoszcz City” pod artykułem o żywieniu. Generalnie, największą inwestycją był na razie marketing.

Karolina Bartoszewicz: Z czego wynikał ten pomysł na siebie? To, że od zawsze marzyłaś o własnej firmie?

Renata Wiewiórska: Myślę, że to jest powiązane z moim charakterem. Nigdy nie chciałam pracować dla kogoś, tylko dla siebie, pragnęłam być samodzielną osobą. Wiem, że to na razie początek i cieszę się z każdego małego kroczku, ale jeśli się uda, mam dużo pomysłów na rozwój tej firmy. Może nie będę jeszcze ich zdradzała, jednak nie chcę poprzestać tylko i wyłącznie na poradach dietetycznych. Zawsze marzyłam, by mieć coś swojego. A z czego to wynika? Może to jakaś ambicja...

Karolina Bartoszewicz: Czy już na studiach podejmowałaś jakieś kroki w tym kierunku?

Renata Wiewiórska: Tak, chciałam sprawdzić, czy ja się w ogóle nadaję do tego typu pracy z ludźmi. Pracowałam z koleżankami, które poprosiły mnie o pomoc. Robiłam to za darmo, ale cieszyłam się wraz z nimi z ich osiągnięć. Tak mi się spodobało, że jeszcze bardziej pokochałam ten zawód. Chyba właśnie te doświadczenia najbardziej mnie zmotywowały, by działać w tym kierunku. Nie chciałam zmieniać po studiach zawodu, przekwalifikowywać się, ale robić jednak to, co tak bardzo lubię.

Karolina Bartoszewicz: Powiedziałaś, że pracowałaś z koleżankami. Na czym ta praca polegała?

Renata Wiewiórska: Udzielałam im porad dietetycznych. Przychodziły do

mnie, zamykałyśmy się w pokoju, mierzyłam, ważyłam. Jeszcze tydzień wcześniej prosiłam, by spisywały dokładnie to, co w ciągu tego tygodnia jedzą. Potem przeprowadzałam dokładny wywiad, by określić, jakie mają nawyki żywieniowe i układałam tygodniowe jadłospisy. Po tym czasie znowu się spotykałyśmy, robiłam kolejny pomiar, sprawdzałam efekty. I motywowałam, próbowałam nakłonić je do tego zdrowego stylu życia. To nie żadna dieta z Claudii, lecz zmiana całego stylu życia. To zmiana odżywiania, nie na dwa tygodnie, tylko całego odżywiania. Ja mam sprawić, by dana osoba to pokochała i nie zmieniła trybu do końca życia.

Karolina Bartoszewicz: A sama stosujesz ten zdrowy sposób odżywiania?

Renata Wiewiórska: Bardzo się staram, jest to pewnie „zбочzenie zawodowe”. W sklepach jestem takim trudnym klientem, bo dokładnie czytam etykiety i starannie dobieram produkty. Przyznaję, że dużo się zmieniło. Podczas studiów prowadziłam mało aktywny tryb życia i nie zwracałam uwagi na to,

co jem. Jadłam cokolwiek, byle nie czuć głodu. Przeszłam ewolucję, zmieniłam swój styl życia totalnie – rzuciłam palenie, zaczęłam chodzić na siłownię i dołączyłam do tego zdrowe odżywianie. I w porównaniu do tego, co było, czuję się rewelacyjnie. Mam niesamowicie dużo energii, czuć, że to jest coś niesamowitego, gdy się dba o siebie.

Karolina Bartoszewicz: Na koniec może zdradzimy, jak nazywa się Twoja firma i co daje Ci jej prowadzenie?

Renata Wiewiórska: Moja firmato „Pogotowie Dietetyczne”. Nazwa może kontrowersyjna, ale wydaje mi się, że przyciąga. I dobrze oddaje ideę – ja podobnie jak pogotowie dojeżdżam na wezwanie, gdy jest taka potrzeba. A co mi daje prowadzenie własnej firmy? Wielką radość i wielką satysfakcję. Ja tym żyję, cieszę się razem z moimi klientkami z każdych ich sukcesów. Niesamowicie się spełniam. Mam nadzieję, że będę miała coraz więcej powodów do tej satysfakcji – że moja firma będzie się rozwijała i będę miała coraz więcej klientek. I oczywiście, że klientki również będą zadowolone.

Karolina Bartoszewicz: A więc tego Ci życzymy – rozwoju i sukcesów. Dziękuję za rozmowę.

rozmawiała mgr Karolina Bartoszewicz, pracownik Działu Promocji i Informacji

**Idea Akadernickiego Inkubatora Przedsiębiorczości jest umożliwienie młodym (18-30 lat) ludziom założenia własnej firmy. Firma w AIP działa jako pion inkubatora, który użycza własnej osobowości prawnej (NIP, REGON). Wraz z kompleksowym systemem usług wspierających chroni to młodych przedsiębiorców przed ryzykiem oraz znacznie redukuje koszty.*

Preinkubacja, mimo że płatna, jest konkurencyjna w porównaniu z wydatkami, jakie trzeba ponieść, zakładając całkowicie odrębną działalność. Umożliwia zdobycie doświadczenia i wiedzy, które są niezbędne przedsiębiorcom w dalszym samodzielnym funkcjonowaniu już w normalnych warunkach gospodarczych.

AIDS nadal groźne

IFMSA

Aby zwrócić uwagę opinii społecznej na problem HIV i Aids, od 1988 roku jest obchodzony Światowy Dzień AIDS. Co roku 1 grudnia w większości krajów na świecie, a także we wszystkich 11 Oddziałach stowarzyszenia studentów IFMSA.

Uważamy, że najlepszym sposobem walki z AIDS jest prewencja, a najlepszym sposobem prewencji – edukacja – mówią studenci, zrzeszeni w IFMSA - W myśl tej zasady widzimy w obchodach Światowego Dnia AIDS sposobność na dotarcie do grona ludzi najbardziej zagrożonych. Naszym priorytetem są młodzi ludzie w wieku 19-25, którzy, wg danych statystycznych, najczęściej ulegają zakażeniu, a my, studenci medycyny należymy właśnie do tej grupy wiekowej. Dlatego odbiorcy postrzegają nas jak kogoś równego sobie, komu łatwiej jest zaufać. To pozwala nam skuteczniej podnosić świadomość polskiej młodzieży – dodają.

Studenci medycyny IFMSA-Poland organizują konferencje edukacyjne związane z tematyką HIV / AIDS. Edukację społeczeństwa poprzez ulotki i broszury informacyjne rozdawane na Starym Rynku oraz w klubach. Imprezy tematyczne Safe Sex Party w Tripie oraz w Kubryku. W tym drugim będzie nawet poświęcona część Quiz'u, który zazwyczaj odbywa się

w środy i niedziele.

Symbolem ŚDA jest czerwona wstążka i takie symbolicznie też będą rozdawane na Starym Rynku czy w klubach.

Będą też przeprowadzane zajęcia edukacyjne dla policjantów. W Bydgoszczy zajęcia odbędą się w komendzie w śródmieściu.

Nasza wiedza na temat HIV i AIDS budowana jest na zajęciach teoretyczno-praktycznych z mikrobiologii oraz klinicznych

zajęciach na oddziale chorób zakaźnych, a także na szkoleniach prowadzonych przez Krajowe Centrum ds. AIDS - mówi Kajetan Pankowski z IFMSA. Celem projektu jest szerzenie praktycznej wiedzy na temat HIV/AIDS. Uświadczenie szczególnego znaczenia profilaktyki zarażenia i podniesienie poziomu tolerancji wobec osób zakażonych HIV – dodaje Pankowski.



SCORA - WAD 2009 - wstążka przed bydgoską Bazyliką

Program Stały ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS (czyli czym jesteśmy)

(Standing Committee on Reproductive Health including AIDS)

Jest najmłodszym spośród wszystkich funkcjonujących przy IFMSA programów tematycznych. Głównym obszarem zainteresowania SCORA są choroby przenoszone drogą płciową oraz tematyka związana z zakażeniami HIV i HCV, nowotwory narządu rodowego i sutka, antykoncepcja, prawa kobiet i przeciwdziałanie przemocy w rodzinie.

Do podstawowych zadań SCORA należy szerzenie wiedzy o sposobach rozprzestrzeniania się chorób wenerycznych i HIV, profilaktyce zakażeń oraz postępach w diagnostyce i leczeniu. Swoją inicjatywę kierujemy tak do studentów medycyny i nauk pokrewnych,

jak i do grup społecznych najbardziej zagrożonych tym problemem. Zgodnie z hasłem: „Najlepszym sposobem walki z AIDS jest prewencja, a najlepszym sposobem prewencji jest edukacja” SCORA koncentruje swoje działania na programach edukacyjnych, nie zapominając o bezpośrednim wspieraniu osób żyjących z HIV lub STD.

W 1992 roku, w odpowiedzi na lawinowo rosnącą liczbę zachorowań na AIDS, studenci medycyny skupieni w obrębie IFMSA powołali Standing Committee on AIDS and STDs (SCOAS). Działania programu koncentrowały się na profilaktyce zakażeń HIV, działaniach informacyjnych i edukacji. Wraz z rozwojem programów edukacyjnych HIV/AIDS dostrzeżono konieczność poszerzenia zakresu działalności programu o szeroko rozumiane zdrowie

reprodukcyjne, problematykę zdrowia matki i dziecka oraz problem przemocy w rodzinie. W 1998 roku, dla podkreślenia poszerzenia spektrum działania, zmieniono nazwę programu - powstał Standing Committee on Reproductive Health including AIDS (SCORA).

W Polsce program SCORA funkcjonuje od 1996 roku, aczkolwiek pierwsze pomysły i działania sięgają roku 1994.

Obecnie SCORA może się pochwalić wieloma ciekawymi projektami realizowanymi z wielkim rozmachem na wszystkich uczelniach w Polsce. Nie brakuje nam również pomysłów na nowe akcje. Stale realizowane projekty to: Obchody Światowego Dnia AIDS, Programy edukacji młodzieży szkolnej: „Peer education: HIV/AIDS” i „Pierwsza wizyta u ginekologa” oraz SCORA X-change.

Analiza badań jakości usług bibliotecznych przeprowadzonych wśród użytkowników Biblioteki Medycznej CM UMK w Bydgoszczy w roku akademickim 2009/2010 na podstawie zmodyfikowanej wersji modelu SERVQUAL

Małgorzata Slesar

Wyznacznikiem dobrej jakości usług jest wysoki stopień zadowolenia klientów z poziomu ich świadczenia. Jedną z najbardziej znanych metod badania stanu jakości świadczonych usług jest SERVQUAL – service quality. Metoda ta „wykorzystywana jest do pomiaru jakości usług poprzez obliczenie stopnia spełnienia określonych przez klientów wymagań. Istota tej metody polega na obliczeniu różnicy pomiędzy jakością oczekiwaną przez nabywcę a dostarczaną przez usługodawcę. Na podstawie uzyskanej różnicy podejmuje się odpowiednie działania zaradcze. Głównym narzędziem tej metody

jest kwestionariusz ankiety, który umożliwia zgromadzenie niezbędnych danych”.

Metoda SERVQUAL została zapoczątkowana przez tzw. nordycką szkołę marketingu - Christiana Grönroosa. W 1988 roku powstała koncepcja amerykańskich naukowców: A. Parasuramana, V. A. Zeithaml oraz L. L. Berry'ego. Wymienieni autorzy skoncentrowali się na jakości subiektywnej opracowując model przyczyn różnicowości pomiędzy oczekiwanym, a faktycznym poziomem jakości usług (the Gaps Model of Service Quality).

A. Parasuraman, V. A. Zeithaml oraz L.

L. Berry określili również cztery podstawowe czynniki, które kształtują oczekiwania klientów, czyli komunikację ustną, potrzeby osobiste, wcześniejsze doświadczenia i umiejętność komunikowania się usługodawców. Zdefiniowali także 10 determinantów postrzegania jakości usług:

1. Dostęp – access, oznacza podejście i łatwość kontaktu,
2. Komunikacja – communication, oznacza informowanie użytkownika zrozumiałym dla niego językiem oraz umiejętność słuchania,
3. Kompetencje – competencies, czyli niezbędne umiejętności i wiedza pracowników,
4. Uprzejmość – courtesy, grzeczność, szacunek, przyjazność pracowników wobec użytkowników,
5. Wiarygodność – credibility, oznacza zaufanie, uczciwość i gwarancję, że firma ma na względzie najlepszy interes użytkownika,
6. Niezawodność – reliability, to przygotowanie i dostarczenie solidnych usług,
7. Reakcja na potrzeby – responsiveness, obejmuje szybkość reakcji na potrzeby użytkownika,
8. Bezpieczeństwo – security, oznacza brak zagrożenia i ryzyka dla użytkownika,
9. Konkretyzacja – tangibles, obejmuje cechy realne, jak wyposażenie, narzędzia i sprzęt oraz wygląd personelu,
10. Zrozumienie/znajomość klienta – understanding/knowing the customer, user, oznacza wkład włożony przez personel w zrozumienie potrzeb i wymagań klienta.

Według A. Parasuramana, V. A. Ze-



www.resonatesolutions.com.au/taxonomy/term/51

ithaml oraz L. L. Berry`ego jakoś usług nie jest tożsama z satysfakcją. Według nich „postrzegana jakoś usług jest globalną oceną lub postawą odnoszącą się do wyższości usług, podczas gdy satysfakcja odnosi się do specyficznej transakcji”. „Metoda SERVQUAL jest źródłem informacji o pojawiających się nieprawidłowościach wpływających na niezadowolenie klienta. Uzyskane dane są odpowiedzialniem poziomu jakości usług. W celu wyeliminowania przyczyn wpływających na niedostateczną jakoś usługi należy dokonać analizy potrzeb i oczekiwań klientów, przełożyć zgromadzone informacje na parametry usługi i konsekwentnie je realizować. Końcowy wynik, czyli satysfakcja nabywcy zależy od wszystkich pracowników, ale przede wszystkim od kierownictwa. Tak naprawdę znalezienie przyczyn niezadowolenia klientów sprowadza się do szczegółowej analizy etapów planowania, projektowania i dostarczania usługi, eliminując pojawiające się zakłócenia”.

Kwestionariusz badawczy w metodzie SERVQUAL składał się oryginalnie z dwóch części mierzących oczekiwania klientów i percepcję jakości usług świadczonych w konkretnej firmie. Zawierał 22 założenia, 16 zdań twierdzących oraz 6 przeczących w każdej części i oczywiście kolejno odnosiły się one do pięciu wymiarów: konkretyzacji, niezawodności, reakcji na potrzeby rynku, fachowości i pewności oraz empatii. Respondenci wybrane odpowiedzi zaznaczali na skali Likerta. Po kolejnych pracach mających na celu doskonalenie metody do kwestionariusza ankiety dodano także część trzecią – prośbę o wzajemne określenie ważności wspomnianych pięciu wymiarów jakości usług (w ramach 100 punktów). Następnie określono obecnie ogólnie znany wzór:

$$Q = P - E$$

gdzie Q = Quality, jakoś, P = Perception, postrzeganie, zaś E = Expectations, oczekiwania, co oznacza, że jakoś jest różnicą pomiędzy postrzeganiem wykonania usługi, a oczekiwaniami klientów wobec jej wykonania przez pracowników firmy.

SERVQUAL w praktyce bibliotecznej zaczęto wykorzystywać w latach dziewięćdziesiątych XX wieku. Metoda znalazła szerokie zastosowanie w bibliotekach w USA, Kanadzie, Nowej Zelandii, Australii (National Information Resource Center 1993 r., Biblioteka University of Sydney 1995 r.) i Chinach, a następnie w krajach europejskich (Stirling District Council Szkocja 1995 r.) i kilku afrykańskich. „Wymienia się wymiary stosowane w SERVQUAL jako wskaźniki stanowiące obok mierników bardziej obiektywnych również bardzo istotny element oceny jakości systemu biblioteczno-informacyjnego”.

Od roku 1998 badaniem usług bibliotecznych metodą SERVQUAL w bibliotekach niepublicznych szkół wyższych zajęła

się Maria Wanda Sidor. Efektem jej pracy jest rozprawa doktorska oraz książka pt. „Jakoś usług bibliotecznych” wydana w roku 2005. W książce autorka szczegółowo omawia zarówno podstawy teoretyczne funkcjonowania metody, jak i podaje wyniki badań, które przeprowadziła w bibliotekach niepaństwowych szkół wyższych

typ studiów	ilość studentów	ilość ankiety
dzienne	3522	80
wieczorowe	375	5
zaoczne	1021	15

Tab. nr 1: Rozkład ilości studentów i ankiety dla przeprowadzonego badania

nr pyt	wymiar	średnia		Luka		p-wartość	
		oczekiwania	percepcja	średnia	modul	oczekiwania	percepcja
1	fachowość	4,55	4,47	-0,08	0,08	0,3958	0,4537
2	fachowość	4,28	4,31	0,03	0,03	0,1980	0,1781
3	fachowość	4,74	4,49	-0,25	0,25	0,3055	0,8380
4	empatia	4,84	4,31	-0,53	0,53	0,6033	0,1162
5	empatia	4,54	4,25	-0,29	0,29	0,1731	0,3756
6	empatia	4,09	3,80	-0,29	0,29	0,3040	0,4164
7	niezawodność	4,60	4,44	-0,16	0,16	0,7307	0,4703
8	reakcja	4,63	4,17	-0,46	0,46	0,1655	0,3012
9	reakcja	4,56	3,73	-0,83	0,80	0,2541	0,3284
10	zasoby	4,64	4,00	-0,64	0,64	0,7572	0,2056
11	dostęp	4,67	3,84	-0,83	0,83	0,1219	0,3718
12	zasoby	4,60	3,80	-0,80	0,80	0,3728	0,3915
13	konkretyzacja	3,64	3,67	0,03	0,27	0,9671	0,3882
14	konkretyzacja	4,65	3,92	-0,73	0,73	0,2534	0,3222
15	niezawodność	4,30	4,04	-0,26	0,26	0,2251	0,2003
16	konkretyzacja	4,15	4,37	0,24	0,24	0,0777	0,3420
17	dostęp	4,44	4,41	-0,03	0,02	0,1195	0,3327
18	konkretyzacja	4,11	4,39	0,28	0,28	0,1199	0,1770
19	dostęp	4,10	3,99	-0,11	0,11	0,0271	0,3105
20	konkretyzacja	4,19	3,83	-0,36	0,66	0,2948	0,3881
21	forma	4,64	4,33	-0,31	0,28	0,5132	0,4445
22	dostęp	4,56	3,80	-0,76	0,76	0,3756	0,3312
23	reakcja	4,61	4,09	-0,52	0,52	0,3322	0,3546
24	dostęp	4,38	3,22	-1,16	1,36	0,2253	0,3093
25	zasoby	4,52	4,03	-0,49	0,46	0,3039	0,2816
26	informacja	4,43	4,23	-0,20	0,15	0,0856	0,3722
27	informacja	4,44	4,01	-0,43	0,43	0,1251	0,5930
28	forma	4,63	4,29	-0,34	0,36	0,3583	0,3782

Tab. nr 2: Wyniki obliczeń średnich luk i p-wartości dla poszczególnych pytań ankiety

w Polsce. M. Sidor poszerzyła instrument badawczy, jakim był kwestionariusz ankiety o dodatkowe wymiary jakości w stosunku do założeń teorii A. Parasuramana, V. Zeithaml oraz L. L. Berry`ego. Wspomniane dodane wymiary jakości to: zasoby, dostęp, forma i informacja.

Książka Marii Sidor była bezpośrednią inspiracją do przeprowadzenia badań jakości usług bibliotecznych w Bibliotece Medycznej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Na podstawie ankiety SERVQUAL stworzono przez A. Parasuramana, V. A. Zeithaml oraz L. L. Berry`ego, a także P. Calverta i P. Hernona, opracowano zmodyfikowany kwestionariusz badań służący ocenie poziomu jakości usług bibliotecznych. Podstawowa ankieta servqualowa zawiera pytania dotyczące pięciu wymiarów jakości, czyli konkretyzacji (tangibles), niezawodności (reliability), szybkości obsługi (responsiveness), fachowości (assurance) oraz empatii (empathy). Wspomniane wymiary, ze względu na specyfikę usług wykonywanych w bibliotekach, podobnie jak Maria Sidor, poszerzono o dodatkowe cztery obszary: zasoby, dostęp, format i informację.

wymiar	ilość pytań	suma Luk	LUKA
fachowość	3	0,36	0,690
forma	2	0,67	0,411
konkretyzacja	5	2,18	0,344
niezawodność	2	0,51	0,335
informacja	2	0,58	0,333
reakcja	3	1,78	0,328
dostęp	5	3,95	0,258
empatia	3	1,11	0,203
zasoby	3	2,02	0,186

Tab. nr 3: Obliczenie średniej luki dla poszczególnych wymiarów

1. Konkretyzacja usług (tangibles) – 5 pytań (nr 13, 14, 16, 18, 20 – dotyczą oceny stanu fizycznego zbiorów, układu książek i czasopism na półce w czytelniku, atrakcyjności i prawidłowego oznakowania pomieszczeń, funkcjonalności i ergonomii mebli, sprawności i nowoczesności sprzętu).
2. Niezawodność (reliability) – 2 pytania (nr 7, 15 – dotyczą oceny realizacji obiecanych usług w odpowiednim czasie i zaufania czytelnika wobec wykonywanych transakcji i usług).
3. Reakcja na potrzeby rynku – szybkość reakcji (responsiveness) – 3 pytania (nr 8, 9, 23 – dotyczą oceny personelu pod względem udzielania wskazówek, co do znalezienia poszukiwanych informacji, szybkości wykonania usługi, zadowolenia z godzin otwarcia biblioteki).
4. Fachowość i pewność – (assurance) – 3

nr pyt	wymiar	średnia		luka	Luka	p-wartość	
		oczekiwanie	percepcja	średnia	moduł	oczekiwanie	percepcja
3	fachowość	4,74	4,49	-0,25	0,25	0,2055	0,8380
1	fachowość	4,55	4,47	-0,08	0,08	0,3958	0,4537
7	niezawodność	4,69	4,44	-0,25	0,25	0,7307	0,4703
17	dostęp	4,44	4,41	-0,03	0,03	0,1185	0,5327
18	konkretyzacja	4,11	4,39	0,28	0,28	0,1199	0,1770
16	konkretyzacja	4,13	4,37	0,24	0,24	0,0777	0,0420
21	forma	4,64	4,36	-0,28	0,28	0,6162	0,4445
2	fachowość	4,28	4,31	0,03	0,03	0,1585	0,7781
4	empatia	4,84	4,31	-0,53	0,53	0,6033	0,1162
28	forma	4,68	4,29	-0,39	0,39	0,8583	0,3782
26	informacja	4,43	4,28	-0,15	0,15	0,0856	0,0722
5	empatia	4,54	4,25	-0,29	0,29	0,1731	0,0756
8	reakcja	4,63	4,17	-0,46	0,46	0,1855	0,0012
23	reakcja	4,61	4,09	-0,52	0,52	0,3322	0,9548
15	niezawodność	4,30	4,04	-0,26	0,26	0,2251	0,2003
25	zasoby	4,52	4,03	-0,49	0,49	0,3939	0,2616
27	informacja	4,44	4,01	-0,43	0,43	0,1261	0,5930
10	zasoby	4,64	4,00	-0,64	0,64	0,7572	0,2056
19	dostęp	4,46	3,99	-0,47	0,47	0,0271	0,3405
14	konkretyzacja	4,65	3,92	-0,73	0,73	0,2334	0,8222
20	konkretyzacja	4,49	3,83	-0,66	0,66	0,2848	0,5881
6	empatia	4,09	3,80	-0,29	0,29	0,3040	0,4164
12	zasoby	4,69	3,80	-0,89	0,89	0,3728	0,0915
22	dostęp	4,56	3,80	-0,76	0,76	0,3756	0,3312
9	reakcja	4,56	3,76	-0,80	0,80	0,2541	0,0284
13	konkretyzacja	3,94	3,67	-0,27	0,27	0,9871	0,0882
11	dostęp	4,67	3,34	-1,33	1,33	0,7279	0,0779
24	dostęp	4,58	3,22	-1,36	1,36	0,2253	0,0093

Wymiar	Średnia ważność
konkretyzacja	30,3
niezawodność	20,1
szybka reakcja	18,95
fachowość	16,575
empatia	13,975

Tab. nr 5: Ważność poszczególnych wymiarów w percepcji ankietowanych

- pytania (nr 1, 2, 3 – dotyczą oceny personelu bibliotecznego pod względem kultury osobistej, wzbudzania zaufania oraz kompetencji).
- Empatia (empathy) – 3 pytania (nr 4, 5, 6 – dotyczą oceny personelu biblioteki jako pomocnego, przyjaznego i poświęcającego czytelnikowi odpowiednią ilość czasu).
 - Zasoby – 3 pytania (nr 10, 12, 25 – dotyczą oceny zbiorów bibliecznych pod względem adekwatności, aktualności oraz łatwości obsługi katalogu na stronie internetowej).
 - Dostęp – 5 pytań (nr 11, 17, 19, 22, 24 – dotyczą oceny dostępności zbiorów bibliecznych, wolnych miejsc w czytelni, przy komputerze, do kserokopiarki oraz jakości i ilości baz elektronicznych)
 - Forma – 2 pytania (nr 21, 28 – dotyczą oceny dostępu do baz on-line oraz całości usług dostarczanych przez bibliotekę)
 - Informacja – 2 pytania (nr 26, 27 – dotyczą oceny strony internetowej biblioteki).
- Ze względu na potrzebę dokładnego zgłębienia problematyki rozszerzono również liczbę zdań w ankiecie z tradycyjnych 22 do 28. W podstawowym kwestionariuszu

Tab. nr 4: Wyniki obliczeń dla poszczególnych pytań uszeregowane względem średniej percepcji

szu użyto skali porządkowej typu Likerta w podziale od 1 do 5 (1 – zupełnie nieważne, 5 – bardzo ważne).

Pod ankietą zamieszczono także prośbę o wyrażenie opinii na temat znaczenia pięciu, wyróżnionych jako najważniejsze, wymiarów jakości usług (empatia, niezawodność, fachowość, szybka reakcja, konkretyzacja) w podziale na 100 punktów (skala sumowanych ocen).

Kolejna część ankiety to metryczka z prośbą o podanie wieku, roku i rodzaju studiów (dziennie, wieczorowe, zaoczne) oraz informacji o częstotliwości odwiedzin w księżnicy.

Ankietę zbudowano z dwóch równoległych części, na podstawie których respondent określa ważność poszczególnych czynników usług i ocenia ich przygotowanie. Pierwsza z nich dotyczy każdej biblioteki, zaś w drugiej - dla Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Badania zostały przeprowadzone na przełomie 2009 i 2010 roku. W rezultacie uzyskano 100 wypełnionych prawidłowo ankiet.

Ze względu na konieczność odpowiedniego doboru próby badawczej, we współpracy z informatykiem Biblioteki Medycznej uzyskano informacje o populacji studentów kształcących się w roku akademickim 2009/2010 w Collegium Medicum UMK.

Do sprawdzenia reprezentatywności prób zastosowano test zgodności chi-kwadrat. Dzięki temu stwierdzono, że wszystkie pobrane próby są reprezentatywne na

poziomie istotności 5% dla studentów dziennych, wieczorowych i zaocznych.

Częstotliwość korzystania z biblioteki określono na podstawie jej odwiedzin więcej niż 5 razy w miesiącu. Aż 60% respondentów ocenia, że jest częstym użytkownikiem Biblioteki Medycznej. Czytelnicy Biblioteki mogą wypożyczać książki na okres miesiąca, co determinuje częstotliwość ich korzystania z księżnicy.

Na podstawie średnich wyliczonych dla poszczególnych pytań ankiety testem Kruskala-Wallisa sprawdzono rozkłady odpowiedzi dla studiów dziennych, zaocznych i wieczorowych w celu wykrycia różnic w rozkładach.

Kolumna 5 to obliczenie klasycznej średniej luki w metodzie SERVQUAL, czyli różnica pomiędzy oczekiwaniem a percepcją. Średnia z modułów klasycznych luk, zawarta w kolejnej kolumnie, powiększa ją bez względu na znak (według wzoru niektóre wyniki dla obliczenia średniej luki dawały wynik ujemny). Kolejne dwie kolumny tabeli zawierają obliczenia p-wartości testu Kruskala-Wallisa, wykrywającego różnice w rozkładach dla grup studentów dziennych, wieczorowych i zaocznych. Odpowiedzi zaznaczone kolorem są poniżej pięcioprocentowego poziomu istotności. Im wyższy wynik p-wartości, tym większa zgodność odpowiedzi wszystkich grup studentów.

Pytanie 19, w części związanej z oczekiwaniami, dotyczy znalezienia wolnego miejsca przy komputerze w bibliotece. I tu, jak się okazuje, poziom istotności klasyfikuje się poniżej pięciu procent, co oznacza znaczną rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami studentów wszystkich trzech wspomnianych grup w tej kwestii.

W części związanej z percepcją cztery pytania kształtują się poniżej 5% poziomu istotności i są to pytania 8 (personel oferuje sugestie gdzie szukać informacji w bibliotece), 9 (nie musisz czekać na wykonanie usługi dłużej niż kilka minut), 16 (pomieszczenia biblioteki są wizualnie atrakcyjne i dobrze oznakowane) oraz 24 (nie mam problemu z dostępem do kserokopiarki w bibliotece).

Najwyższa zgodność wśród wspomnianych 3 grup badanych występuje w części związanej z percepcją w pytaniu 23 dotyczącym aprobaty dla godzin, w których Biblioteka jest czynna (0,9548).

Kolejna tabela zawiera obliczenia luk w poszczególnych wymiarach i obszarach w części odpowiedzi związanych z percepcją badanych. Wynika z niej, iż największą rozbieżność dla poddanych testowi grup studentów dziennych, wieczorowych i zaocznych wykazuje wymiar związany z zasobami, zaś najbardziej zgodni są ankietowani w temacie związanym z fachowością pracowników Biblioteki Medycznej.

Wyniki badań średnich ocen kolejnych pytań ankietowych w części dotyczącej ocze-

kiwań wobec wzorcowej biblioteki wskazują, że każdy aspekt jej funkcjonowania jest dla czytelnika bardzo ważny (kolumna nr 3 w tabeli nr 2). Wskazuje na to ocena wszystkich pytań powyżej 4,0. Jedynie to nawiązujące do dobrego stanu fizycznego zbiorów ankietowani ocenili średnio na 3,94. Najbardziej zażądaną cechą personelu bibliotecznego okazuje się okazywanie pomocy czytelnikowi, które zostało ocenione na poziomie 4,84.

W części kwestionariusza odnoszącej się do oceny Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy ankietowani czytelnicy okazali się być znacznie bardziej krytyczni. Najgorzej ocenili dostępność do kserokopiarki w bibliotece (24), ale także do zbiorów bibliecznych w momencie chęci z nich skorzystania (11). Respondenci na niskim poziomie określili także jakość fizyczną zbiorów (13), przy czym, jak wy-

nika z analizy luk, dobry stan zbiorów nie jest dla nich wcale wysoce istotny (luka na poziomie 0,27). Najwyżej zostały notowane kompetencje (3) oraz kultura osobista pracowników Biblioteki Medycznej (1).

W tabeli zamieszczonej poniżej kwestionariusza ankietowani analizowali pięć podstawowych wymiarów reprezentujących metodę SERVQUAL, dzieląc 100 punktów na przedstawione obszary według ich ważności.

Jak widać po obliczeniu średnich, ankietowani wskazali, że najmniej ważnym dla nich wymiarem jest empatia personelu, czyli troska i dostosowanie do odpowiednich potrzeb użytkownika, zaś najważniejsza jest dostępność do urządzeń, sprzętu, wyposażenia oraz materiałów informacyjnych, zwana konkretyzacją. Oczywiście ocena tych wymiarów jest zależna od kontekstu usług. Jednakże uzyskane wy-

niki są odmienne od tych, które otrzymali w swoich badaniach zarówno Maria Sidor, jak i zajmujący się tym tematem autorzy amerykańscy. Jako najważniejszą cechę wskazywali oni szybkość reakcji personelu bibliotecznego oraz niezawodność.

W kontekście ciągłego rozwoju i zmian oraz coraz większego nacisku na jakość wykonywanych usług upowszechnienie podobnych badań wydaje się być ważne dla wielu firm oraz instytucji, mając na celu wskazanie zarówno ich mocnych, a może przede wszystkim słabych stron. Uświadomienie, dzięki podobnym badaniom, personelu zarządzającego, umożliwi wprowadzenie niezbędnych modyfikacji w celu poprawienia jakości usług, a tym samym podniesienia satysfakcji nabywcy bądź użytkownika.

mgr Małgorzata Slesar jest pracownikiem Biblioteki Medycznej CM UMK

Studencki spływ kajakowy 2010

Alina Kołodziejczyk, Karolina Gizler

Jak było?

Rewelacyjnie, bombowo, prestiżowo, odjazdowo, niecodziennie?

To w końcu jak?...

Tego jednym słowem nie da się opisać!

Jak każdy marzysz o niezapomnianych wakacyjnych przeżyciach, ale być może nie wiesz, że recepta na to jest bardzo prosta- spakować plecak, zebrać kilkanaście osób, wsiąść w kajak i dać się ponieść nurtowi. Nie zapominaj o ubraniu się w szeroki uśmiech, dozę pozytywnego humoru i otwartości na to, co nowe i nieznanne.

W tym roku odeszliśmy od tradycyjnego początku w Lipuszu spotykając się poraz pierwszy we Wdzydzach Kiszewskich 5 lipca 2010 r. Pierwsza integracja i wstępne zapoznanie miało miejsce, gdy nacelnik grona opiekuńczego - mgr Franiszek Waleron wyznaczył skarbnika, przydzielił numery kajaków i rozdzielił butle gazowe pomiędzy członków ekipy. Wyłoniono Pierwszego Ogniskowego - Pawła - spływowego nowicjusza, który rąbał drewno. Nie zawiódł grupy i zadbał o dostatek ciepła, gdy słońce schowało się za horyzontem. Przy wieczornym ognisku nadarzyła się pierwsza okazja do lepszego, wzajemnego poznania. Studenci zostali zwerbowani do mafii i rozpoczęło się „obczajanie” wszystkich i wszystkiego na czele z Ojcem Chrzestnym - Konradem, który wprowadził nas w klimat argentyńskiej hacjendy.

A wszystko działo się przy akompaniamencie gitary i inicjowanym przez Madzię (Madziksa) śpiewie. Jej przebojowa aura udzieliła się całemu towarzystwu i po chwili wszyscy sięgnęli po śpiewniki. Następnego dnia obudził nas deszcz i choć pokrzy-

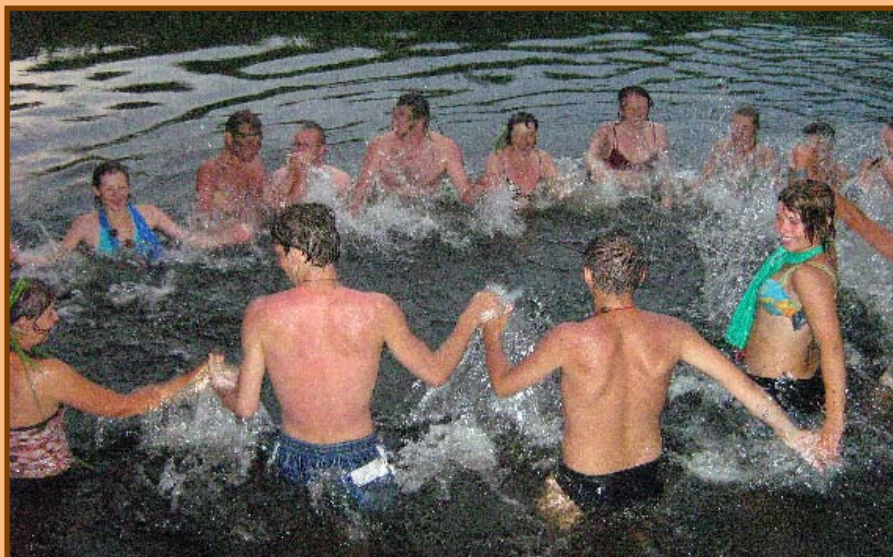
żowało to nieco plany to i tak wieczorem bawiliśmy się objazdowo. Konrad załatwił u szefowej tawerny wynajęcie sali na kilka godzin i spływowa ekipa urządziła imprezkę taneczną przy tegorocznych hitach lata. Byliśmy tak głośni, że przyłączyli się do nas miejscowi wczasowicze. Przednia zabawa. Gratulujemy pomysłu i kreatywności.

Na pierwszym przystanku znów sporo się działo. Samo przepłynięcie przez jezioro było nie lada wyzwaniem. Część z nas wykazała się sprytem i zmontowała żagiel z folii malarskiej, który dawał napęd parze kajaków. Duże fale wdzierały się przez burty chlapiąc przy tym pasażerów, ale niezłomni studenci brnęli dalej niezważając na chłód i wilgoć.

Po wdzydzkim, wzburzonym jeziorze przyszedł czas relaksu. Po rozbiciu namiotów rozegraliśmy mecz siatkówki w sied-

miosobowych składach. W międzyczasie delegacja studencka załatwiła audyencję w izbie u kobiety (nie znamy jej imienia, pewnie jest w mafii, ale serdecznie pozdrawiamy. Miasto musi kiedyś wygrać!). Misja zakończyła się sukcesem, bowiem trzynastu miłośników sportu zebrało się przed odbiornikiem telewizyjnym w domu owej kobiety i obejrzało półfinałowy mecz Hiszpania- Niemcy. Nikt nie przewidział końcowego wyniku, a więc pula zakładu przeszła na kolejne spotkanie. Ekipa integrowała się dalej przy gigantycznym ognisku piekąc kiełbaski i zatracając się w dźwiękach Madzikowej gitary. Kiełbaski, jak zawsze, przepyszne, niektóre skończyły swój żywot w płomieniach, inne w piasku. Pozostałe w żołądkach uczestników. Nie zabrakło również gry w mafię, co stało się spływową





tradycją. Scenariusz przeniósł się z hacjendy na wesele, a to za sprawą Karu o bujnej wyobraźni. Wprowadziła ona uczestników na salę weselną, gdzie Konrad był Panem Młodym, Sandra - Panną Młodą, Alina - matką Pana Młodego, Kasia - siostrą, Michał - drużbą obczajającym Pana Młodego, a ról Agi, Madzi i Dannego nie pamiętamy (wybaczcie), ale świetnie odgrywali swoje role. Mafia oczywiście wytlukła rodzinę i znajdowano po kolei zmasakrowane zwłoki bez dolnych części ciała (patent Konrada). Mafia rodzinna dała inspirację do kolejnych scenariuszy, i tak m.in. usłyszano o księdzu z Torunia w mafii politycznej.

Kolejny dzień dopisywał pogodą i studenckie kajaki łączyły się w tratwy. Wspólnie pokonywano przeszkody na drodze w postaci konarów, gałęzi i kamieni. Danny - wierny spływowicz oddawał się podwodnym przyjemnościom. Filmował siebie i grupę na kajakach oddającą się grze w tyśiąca, bądź czytającą gazetki takie jak: Playboy - w 3D, Cosmopolitan, Fokus, Polityka, Wprost, czy Przegląd Sportowy. W chwilach przerwy na załatwienie potrzeb fizjologicznych - Aga, Madzia, Karola, Konrad i Danny obczajali klify (czytaj: skakali z nich. Niektórzy na główkę, inni na bombę). Po kilkugodzinnych zabawach dotarli-

śmy do miejsca przeznaczenia - Zimnych Zdrojów. Tego dnia nadal rodziły się kreatywne pomysły na spędzenie wolnego czasu. Ekipa w składzie: Ewka, Piotr, Ola i Andrzej wymyślili wodną ślizgawkę używając foli malarskiej (jak widać stała się niezbędnikiem każdego spływowicza), trochę trawy i płynu do naczyń. Zabawa przednia, uwieczniona na wielu zdjęciach. Wieczorem przyszedł czas na ognisko. Męska część spływu zabrała się za zbieranie drewna na opał. Zadanie to potraktowali bardzo poważnie i już po kilku minutach przeskanowali las, obczajając drzewa do termicznej obróbki. Przerzedzanie lasu było pełne pasji, chłopaki wskakiwali na konary, wprawiając je w ruch drgający, aż do momentu gdy łamały się u podstawy. Tym sposobem całe drzewa znalazły się przy ognisku. Po standardowej kiełbasianej kolacji zaczęliśmy grać w tabu, a gdy to nam się nieco znudziło, rozpoczęliśmy kalambury, które co rusz wywoływały salwy śmiechu. Oba zespoły starały się wymyślać coraz trudniejsze do pokazania hasła, tak by pokrzyżować szyki przeciwnikom, niestety nie było takiego, którego nie byłaby w stanie odgadnąć Ewka, która stała się niepisaną królową kalamburów.

Kolejny dzień przypadł na pole namiot-

towe w Młynkach. Trafiliśmy na imprezę taneczną seniorów, co nie odstraszyło Madzi i Karoliny, które chętnie dołączyły do zabawy. Następnego dnia część studentów wybrała się taksówką (widać trzeba im było lansu) do Ocypla nad jezioro i tam rozegrała mecz water rugby, a pozostali również oddali się aktywności fizycznej - siatkówce. Pod koniec dnia po pieszej wycieczce do Lubichowa, gdzie zaopatrzone się w prowiant oraz aperitify żółdkowe, przystąpiono do wspólnej integracji przy wiatkach. Wielogodzinny trans muzyczny rozruszał nie tylko studentów, stoły oraz stojące na nich szklanki i piwa, ale i naszych sąsiadów siedzących przy ognisku nieopodal. Śpiewano, tańczono, podnoszono ręce, klaskano. A to wszystko za sprawą aperitifów i hitu sezonu - „Sza dziewczeczka”. Dziwne? Może, ale bawił się przy tym sam mgr Waleron;)

Kolejny przystanek wypadł na kompletnym odludziu, gdzie gryzły wielkie muchy końskie (nienazarte wredoty) doprowadzając wszystkich do szewskiej pasji. Studenci odczuli niezłomną potrzebę znalezienia w pobliskiej wiosce odbiornika telewizyjnego w celu obejrzenia meczu finałowego Mistrzostw Świata w Piłce Nożnej. Obiecano spływowiczom świetlicę, ale okazało się, że nie ma tam żadnego telewizora. Szukaliśmy wyjścia awaryjnego pytając po kolei mieszkańców czy przygarną grupę zdesperowanych studentów. Nikt nie chciał przyjąć tej watahy. Dopiero Karolina, dzięki swojemu nieodpartemu urokowi osobistemu, przekonała właścicielkę małego pokoju, by przyjęła tak dużą grupę. Mecz obejrzelśmy nieco ściśnięci, ale w doborowym towarzystwie.

W Błędnie zostaliśmy dłużej niż to było z początku planowane. W celu ochłodzenia się postanowiliśmy spłynąć większą grupą z nurtem rzeki do najbliższego pola namiotowego. Śmiech i głupie pomysły towarzyszyły nam podczas całej trasy. W końcowym etapie skakaliśmy z pomostu pojedynczo, a czasami parami lub trójkami. Oczywiście wieczór zakończył się tradycyjnym ogniskiem i śpiewami przy wtórze gitary, na której grała niestrudzona Madzia. Najbardziej wytrwali przenieśli się na most, gdzie śpiewali aż do świtu, po czym postanowili zasnąć w ciepłej wciąg palącego się ogniska.

Następnego dnia pogoda średnio dopisywała, ale to nie przeszkodziło w kreatywności działania. Zrealizowaliśmy pomysł zrodzony na początku spływu przez weteranów, by ochrzcić tegoroczną ekipę. I tak zaczęliśmy przygotowania. W pierwszym etapie każdy miał zrobić dla siebie strój z darów natury i worków na śmieci. Kreatywność uwieczniono na zdjęciach i filmach. Wybrano Neptuna (mgr Waleron) i jego partnerkę (Pani Waleronowa). Następnie odbyliśmy rytualne tańce w strojach wokół wioseł, by odgonić złowrogi deszcz, który nawiedził naszą

wioskę (czytaj: namioty w środku lasu). Towarzyszyły nam bębny i, wbrew pozorom, ludzkie odgłosy. Po skutecznych, spirytualnych działaniach przeszliśmy do głównego punktu programu - pokonania toru przeszkód. Składał się on z kilku, dobrze przemyślanych zadań. Najpierw był slalom między wiosłami, potem należało przejść pod wiosłem, przebiec po szyszkach, założyć kamizelkę ratunkową, wejść do wody i wiosłować dzielnie wytrzymując rzucane w kierunku twarży bomby błotne. Ale to nie koniec! Po pozbyciu się balastu w postaci kapoka, trzeba było przejść pod linką, zygżakiem przebiec między drzewami, a na koniec zatańczyć z wiosłem i zaśpiewać. Dopiero ten, kto pokonał to wszystko zasłużył na pasowanie przez Panią Neptunową na Splywowicza. Jako że ekipa była wspaniała, udało się to wszystkim uczestnikom chrztu. Świeżo pasowani, stanęliśmy w kółku z postanowieniem przekazania sobie „szampana pokoju” i tak w dwóch rundkach opróżnione zostały obie przygotowane wcześniej butelki.

Na fali dobrej zabawy wskoczyliśmy do wody i tam odtańczyliśmy kolejny rytualny taniec, tym razem nie zaklinając pogody, a po prostu dobrze się bawiąc. Przed zmocze-



niem nie uchronił się również sam Neptun, który został wniesiony do wody i potraktowany, stworzoną specjalnie na jego cześć, falą wody. Rozochoceni studenci (czy może raczej studentki?) do wody wrzucili/ły także zięcia pana magistra znajdującego się w pełnym rynsztunku. Co prawda został bez suchej kasy, ale nie miał do nich pretensji. By tradycji stało się zadość, także tego wieczora rozpalone zostało ognisko. Mokre drewno nie stanowiło żadnej przeszkody, więc wieczorem mogliśmy się delektować przygotowanymi przez Magdę (znana pod pseu-

donimem siostra Dannego) nadziewanymi pomidorami. Kto nie jadł niech żałuje!

I tak dobiegliśmy do końca naszej przygody. Ostatniego dnia przetransportowaliśmy się do Tlenia, gdzie nastął czas pożegnań.

*Jeśli chciałbyś przeżyć to samo,
Pozwól by za rok do splywowej listy Cię dopisano
Byś nie narzekał, że zostajesz w domu
I nie marudził z nudy nikomu
Czeka Cię niezapomniana przygoda
Smak appetitifu, dużo śpiewu i głęboka woda
Nie bądź cieć, weź plecak i z nami jedź!*

Alina Kołodziejczyk, Karolina Gizler

Dni orientacyjne dla „Erasmusów”

W semestrze zimowym na Wydział Lekarski przyjechało 8 studentów z uniwersytetów: University of Medicine and Pharmacy GT Popa of Iasi, University of Salamanca, Ankara University oraz Cukurova University. Na Wydział Farmaceutyczny przyjechała jedna studentka z University of Salamanca. Studenci mają takie same prawa i obowiązki jak studenci polscy: otrzymują legitymację studencką, uczęszczają na zajęcia i zdają egzaminy, z tą jednak różnicą, że uczą się w języku angielskim.

Wspólnie z pozostałymi uczelniami bydgoskimi: Uniwersytetem Technologiczno-Przyrodniczym, Uniwersytetem Kazimierza Wielkiego, Wyższą Szkołą Gospodarki oraz Kujawsko-Pomorską Szkołą Wyższą zostały zorganizowane dni orientacyjne dla wszystkich „Erasmusów”, którzy przyjechali do Bydgoszczy.

Zaraz po przyjeździe studenci mieli możliwość lepiej się poznać przy tradycyjnym polskim ognisku ze śpiewem i tańcami. Następnego dnia mogli zwiedzić

Bydgoszcz oraz wziąć udział w warsztatach kulinarnych: odkryć smaki tradycyjnej kuchni kujawskiej i nauczyć się gotować lokalne smakołyki: gżiki z kartoflami, kluski, bułeczki z nadzieniem, masło i pierogi.

Na warsztatach pt. „Jak przetrwać za granicą?” studenci przygotowali się do stawienia czoła różnicom kulturowym a podczas wykładu „Polska (nie tak bardzo) obcy kraj” dowiedzieli się najważniejszych faktów z polskiej historii, polityki, sztuki i geografii.

www.cm.umk.pl



Jubileusz IFMSA

Jesienią roku 1985, gdy na świecie wyemitowano premierowy odcinek serialu *MacGyver*, a w Polsce Zbigniew Religa dokonał pierwszej udanej transplantacji serca, trzech studentów bydgoskiej Akademii Medycznej powołało Radę Uczelnianą KKSAM (Komitet Koordynacyjny Studentów Akademii Medycznych). A byli to dziś znani i szanowani lekarze: dr Marek Szymański, dr Witold Włodarczyk oraz dr Wojciech Wróbel. Nie ukrywają, że na początku chodziło tylko o możliwość wyjazdu na praktyki zagraniczne. Nie mieli wówczas pojęcia jak mocno rozbudowane zostaną struktury tej organizacji przez kolejnych 25 lat...

Podziękowania wręczono obecnym na gali założycielom organizacji: dr. Markowi Szymańskiemu i dr. Witoldowi Włodarczykowi, a także zawsze przychylnym władzom uczelni: Pani Prorektor prof. dr hab. Małgorzacie Tafil-Klawe oraz Dziekanowi prof. dr. hab. Henrykowi Kaźmierczakowi. Specjalna nagroda trafiła w ręce najsilniejszej osobowości w historii bydgoskiego IFMSA, dr Jolanty Zegarskiej, która będąc prezydentem IFMSA - Poland umocniła rolę organizacji na arenie międzynarodowej, a także na kilka lat przeniosła ogólnopolską siedzibę do Bydgoszczy. Wśród uczestników uroczystości znalazło się wielu byłych działaczy, a także przedstawiciele oddziałów Stowarzyszenia pozostałych



uczelnii medycznych w Polsce. Nie zabrakło dobrych przyjaciół oddziału Bydgoszcz: dr Marii Bogdan i dr. Witolda Hrynczewicza.

Dzisiaj idea IFMSA-Poland opiera się na pięciu programach stałych, w których to studenci prowadzą akcje edukacyjne dla studentów, a także społeczeństwa. Mierzenie poziomu cukru i ciśnienia tętniczego w galeriach handlowych, osvajanie przyszłości z pracą lekarza, zwiększanie świadomości zdrowotnej mieszkańców schronisk dla bezdomnych czy ostrzeżenie gimnazjalistów przed infekcją wirusem HIV - to tylko kropla w morzu akcji, który-

mi studenci się zajmują.

Corocznie około dwudziestu studentów wyjeżdża na zagraniczne praktyki wakacyjne i tyle samo studentów z całego świata ma okazję ćwiczyć w bydgoskich szpitalach. Stereotyp studenta medycyny pochłoniętego książkami i dalekiego od bieżących spraw zdecydowanie nie pasuje do działacza IFMSA - Poland!

Pozostaje życzyć kolejnych 25 lat aktywnych działań przy naszej Uczelni.

Szczegółowe informacje na temat działalności Oddziału Bydgoszcz Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA - Poland na stronie <http://www.ifmsa.cm.umk.pl/>



Biblioteczne dostępy testowe: MD Consult

MD Consult Elsewiera to od 10 lat najbardziej zaufane i poważane informacje kliniczne on-line.

Platforma internetowa służy ponad 280 tysiącom użytkowników i jest wykorzystywana przez wiele organizacji i niemal wszystkie szkoły medyczne w Stanach

Zjednoczonych. Jest połączeniem diagnozy przy łóżku pacjenta (first consult) z bazą pełnotekstowa i książnicą e-booków. To narzędzie wspierające szybkie decyzje lekarzy, udzielające sprawdzonych (Evidence Based) informacji dotyczących diagnozy i terapii, dodatkowo rozbudowane o informacje o wszystkich dostępnych na rynku lekach.

Zawiera ponad 50 książek, 80 tytułów czasopism i 50 tysięcy grafik, bazę leków, praktyczne sugestie kliniczne i ponad 10 tysięcy poradników edukacyjnych dla pacjentów.

Dostęp od 18 października 2010 roku, pod adresem: www.mdconsult.com



Medicalia 2010



Dzień Nauki, czyli Medicalia zgromadziły tłumy pasjonatów nauk medycznych. Jak zwykle.

Dzień Nauki jest rzadką okazją, aby zbliżyć się do tych sfer medycyny, które zazwyczaj nie są widoczne na co dzień. Uczestnicy zobaczyli laparoskopię wykonaną na uszkodzonej dyni i mogli posłuchać wykładu o najnowszych technikach stosowanych w medycynie sądowej.

Kolorowa kuchnia zgromadziła nie tylko fanów dobrego jedzenia, ale przede wszystkim miłośników chemii.

W ramach tegorocznych Medicaliów odbyło się 19 różnych warsztatów i wykładów. Nie sposób wymienić wszystkich organizatorów. Wszystkim dziękujemy z całego serca. Dziękujemy Wam, wiele osób miało możliwość spojrzeć za kulisy nauki, zwanej medycyną.

Dorota Kowalewska



Redakcja Wiadomości Akademickich
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz
e-mail: biblio@cm.umk.pl

