

WA

nr 101-102

Kwiecień 2020

ISSN 1508-3180

Wiadomości Akademickie

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

UMK CM

Święto Uczelni / Kronika CM / Medyczna Środa
Medycyna / Konferencje / Studenci/ Biblioteka



Toruń zanurzy się w świecie wyobraźni. Wernisaż wystawy „MAGICAL DREAM” już 8 kwietnia w OD NOWIE!

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Bator Art Gallery zapraszają na uroczysty wernisaż wystawy „MAGICAL DREAM”, który odbędzie się 8 kwietnia 2026 roku o godzinie 18:00 w Galerii „Dworzec Zachodni”, mieszczącej się w ACKiS „OD NOWA” przy ul. Gagarina 37a w Toruniu.

„Magical Dreams” to największa w Europie wystawa poświęcona realizmowi magicznemu. Projekt, organizowany od lat przez Bator Art Gallery w Szczyrku, zyskał międzynarodową renomę jako jedno z najważniejszych wydarzeń prezentujących sztukę wyobraźni, snu i surrealistycznych wizji. Ósma edycja (2025/2026) gromadzi 44 artystów z 13 krajów, ukazując różnorodność współczesnego realizmu magicznego.

Wystawa koncentruje się na twórczości, która łączy mistrzowski, precyzyjny warsztat malarski z oniryczną, symboliczną narracją. To sztuka uwolniona od komercyjnych trendów – skupiona na emocjach, metaforze i indywidualnym doświadczeniu twórcy.

Wśród kluczowych artystów reprezentujących Polskę znajdują się m.in. Jarosław Jaśnikowski, Marcin Kołpanowicz, Tomasz Kopera, Maja Borowicz, Katarzyna Bułka-Matłacz, Sylwester Chłodziński, Arkadiusz Dzielawski, Sławomir Micek, Marcin Minor, Daniel Pielucha, Artur Szoldra, Roch Urbaniak, Krzysztof Wiśniewski oraz gość specjalny Jacek Yerka.

Międzynarodowy charakter wydarzenia podkreśla obecność artystów z zagranicy, takich jak Bruno Altmayer (Francja), Igor Grechanyk (Ukraina), Peter Gric (Austria), Fabrizio Riccardi (Włochy), Jose Parra (Meksyk) oraz Siegfried Zademack (Niemcy).

„Magical Dreams” to przestrzeń, w której rzeczywistość splata się z marzeniem sennym, a wyobraźnia przekracza granice racjonalnego świata. Ekspozycja zaprasza widzów do refleksji nad kondycją współczesnego człowieka, jego duchowością oraz miejscem sztuki w dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości.

Organizatorzy serdecznie zapraszają do wspólnego świętowania tego wyjątkowego wydarzenia oraz do zanurzenia się w świecie, w którym wyobraźnia spotyka się z rzeczywistością, a sztuka odślania swoje najbardziej niezwykle oblicza.

Wernisażowi wystawy będzie towarzyszył recital gitarowy Adama Skrętnego.



WA

Wiadomości Akademickie

NR 101-102

Bydgoszcz, Wielkanoc 2026 r.

Z okazji Świąt Wielkanocnych życzę
zdrowia oraz radosnego czasu w gronie najbliższych.

Niech ten czas odrodzenia przyniesie wytchnienie,
wzmocni wiarę w sens działań i napełni nas optymizmem,
a wiosna obdarzy siłą i pomysłnością
w życiu zawodowym i osobistym.

Prof. dr hab. Dariusz Grzanka

Prorektor ds. Collegium Medicum



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



Prof. dr hab. Ryszard Oliński został uhonorowany wyróżnieniem Laurus Aesculapii – str. 20

Wywiad numeru

- 4 Medycyna jest piękną, ale zarazem bardzo wymagającą drogą – o studiach medycznych na niemieckiej uczelni, różnicach między kształceniem w Polsce i Niemczech, pracy naukowej oraz planach związanych z neurochirurgią opowiada bydgoszczanka – Nina Drewa, studentka piątego roku medycyny Uniwersytetu w Heidelbergu

Uczelnia

- 20 Święto pełne nagród i wyróżnień
24 Laurus Aesculapii
25 Odznaczenia państwowe
26 Złoty Medal „Zasłużony dla Nauki Polskiej”

Kronika CM

- 27 Budowa Centrum Stomatologii trwa
28 Centrum Leczenia Dzieci – wizualizacja
29 Dyplomatorium Wydziału Nauk o Zdrowiu
30 Srebrny Jubileusz Kliniki Endokrynologii i Diabetologii
32 Collegium Medicum na toruńskim Festiwalu Nauki i Sztuki
32 Wielki finał zbiórki książek dla chorych dzieci
33 Konkurs „Dentysta Przyszłości”
34 Grant Naukowej Fundacji Polpharmy dla pracowników Katedry Patofizjologii

- 34 Zespół Collegium Medicum wśród laureatów ONKOgrantów
- 35 Dwa granty POB dla Katedry Onkologii
- 35 Badania naukowe ze wsparciem NCN
- 36 Bartłomiej Kałużny „Okulistą Roku”
- 36 Dominika Kołodziej-Sobczak beneficjentką konkursu PRELUDIUM 24
- 37 Nagroda Bursztynowego Mieczyka
- 37 Sukces naukowy pracownika Katedry Endokrynologii i Diabetologii
- 38 Stypendium Ministra Kultury
- 38 Nagroda Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów

Medycyna

- 39 Drugi robot chirurgiczny w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1
- 39 Endoprotezoplastyka barku – nowoczesne leczenie w Klinice Ortopedii CM UMK
- 40 Przelom w diagnostyce białaczki?
- 41 Chirurgia dziecięca
- 46 Agresja wobec personelu medycznego jako zjawisko systemowe

Medyczna Środa

- 51 Demencja – „czasem zapominam” czy potrzebuję już pomocy?
- 54 Psychofizjologia oddechu – jak oddech wpływa na nasze myśli i nastrój
- 57 Między przymusem a wolnością – jak mózg uczy się uzależnienia
- 63 Psychologiczne aspekty hospitalizacji

Dydaktyka

- 73 Profilaktyka onkologiczna jako element kształcenia kompetencji zdrowotnych studentów

Konferencje

- 76 Medyczna perspektywa Collegium Medicum na Welconomy
- 78 Konferencja jubileuszowa „10 lat trombektomii” – 2500 szans”
- 79 Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych

Studenci

- 80 XXIV Debata Studentów Analityki Medycznej w Białymstoku
- 80 Sukces Studenckiego Koła Naukowego Biologii i Biochemii Medycznej
- 81 Spotkanie z astronautą Sławoszem Uznańskim-Wiśniewskim
- 82 Studenci dla Seniorów – Dzień Relaksu w Domu Seniora w Bydgoszczy
- 83 Studencki projekt nagrodzony na Welconomy
- 84 Wspólne warsztaty trzech Kół Naukowych: SKN Ultrasonografii, SKN Chirurgii Dziecięcej oraz SKN Medycyny Górskiej i Ekstremalnej

Biblioteka

- 87 Książki E-Library

Medycyna jest piękną, ale zarazem bardzo wymagającą drogą

o studiach medycznych na niemieckiej uczelni, różnicach między kształceniem w Polsce i Niemczech, pracy naukowej oraz planach związanych z neurochirurgią opowiada bydgoszczanka – Nina Drewa, studentka piątego roku medycyny Uniwersytetu w Heidelbergu

Krzysztof Nierzwicki: Nino, bardzo serdecznie dziękuję Tobie za spotkanie i za chęć podzielenia się z Czytelnikami „Wiadomości Akademickich” swoimi doświadczeniami oraz refleksjami z kilku lat studiów medycznych na Uniwersytecie w Heidelbergu. Moim gościem jest Nina Drewa, Polka, studentka piątego roku medycyny na Uniwersytecie w Heidelbergu i – jak wszystko się dobrze potoczy – przyszła lekarka. Czy wszystko się zgadza?

Nina Drewa: Tak, dzień dobry. Rzeczywiście jestem Polką studiującą medycynę na Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg.

KN: Zacznijmy zatem od pytania zasadniczego. Skąd wziął się pomysł na studia medyczne właśnie w Heidelbergu? W Polsce nie brakuje przecież dobrych uczelni. Twój rodzice są również lekarzami, absolwentami polskich uczelni. Nie doradzali Tobie któregoś z krajowych ośrodków? Co sprawiło, że wybrałaś właśnie Niemcy?

ND: Zaczęłam od tego, że już w szkole podstawowej i gimnazjum miałam język niemiecki, ale wtedy nie byłam jeszcze szczególnie zmotywowana do jego nauki. Wszystko zmieniło się, gdy stanęłam przed wyborem liceum. Zdecydowałam się na VI Liceum Ogólnokształcące w Bydgoszczy. Wówczas dowiedziałam się, że wymagania z języka niemieckiego są tam bardzo wysokie i wtedy zdecydowałam się wyjechać do Niemiec na obóz językowy.

KN: Plan został wcielony w życie?

ND: Tak. Zdecydowałam się na wyjazd, o ile dobrze pamiętam, do Baden-Baden. Poznałam tam wiele osób z różnych krajów, które planowały studia w Niemczech. To właśnie rozmowy z nimi po raz pierwszy uświadomiły mi, że taka droga istnieje i jest naprawdę możliwa. No i że może być szansą dla mnie. Spotkanie tylu młodych, zmotywowanych ludzi z całego świata, którzy planowali studia w Niemczech, sprawiło że sama pomyślałam, iż

również mogę spróbować. Mój wybór poparła mama, która w czasie swoich studiów odbywała praktyki w Niemczech i uważała, że to bardzo dobry pomysł. Ogromną rolę odegrała również moja nauczycielka języka niemieckiego w liceum, pani doktor Schreiber, która bardzo mnie motywowała, stawiała wysokie wymagania i przygotowywała mnie także do olimpiady.

KN: Pozwolę sobie na chwilę przerwać. Rozumiem, że to nie miłość do medycyny była impulsem, tylko raczej miłość do języka niemieckiego i chęć studiowania w tym języku zadecydowała o Twoim wyborze?

ND: Dokładnie tak. Choć ja już wówczas – wychowana w środowisku lekarzy (rodzice, dziadkowie, rodzeństwo) – wiedziałam, że chcę studiować medycynę. Początkowo rzeczywiście, zanim się zainteresowałam językiem niemieckim, myślałam o studiowaniu medycyny w Polsce. Być może tam, gdzie wcześniej studiowali rodzice, czyli na przykład w Gdańsku. W grę wchodził również Kraków, aż w końcu zrodziła się taka myśl: jeśli studiować medycynę, to właśnie w Niemczech. Zrobiłam szybki bilans tego, jakie są moje szanse, oraz co muszę zrobić, żeby dostać się na te studia. Czasu nie było zbyt wiele. Do podjęcia tej próby zostały zaledwie trzy lata – liceum. Wiedziałam, że muszę sporo nadrobić, bo poziom nauki w szkole, a język potrzebny do studiowania na uniwersytecie, to jednak bardzo duża różnica. Wszystko się zatem skumulowało – przygotowanie do matury, intensywne ćwiczenie języka, a do tego, przy świadomości, że na niemieckich uniwersytetach są egzaminy wstępne, również i nauka do nich.

KN: Egzaminy wstępne na niemiecki uniwersytet obejmowały przedmioty, które wybrałaś na maturze jako wiodące, czy to jeszcze było coś dodatkowego?

ND: Bardzo dobre pytanie. Egzaminy wstępne były mniej sprawdzianem wiedzy, a bardziej testem na inteligencję. Wiele zadań dotyczyło zapamiętywania, rozumienia, bardzo szybkiego liczenia, a wszystko pod

presją czasu. Ich celem było wyłonienie osób, które najlepiej radzą sobie z tego rodzaju wyzwaniami poznawczymi. Dlatego klasyczna nauka pamięciowa nie była tu szczególnie pomocna – dużo ważniejsze okazywały się umiejętności kognitywne, które ułatwiają sprawne rozwiązywanie zadań.

KN: Trzeba przy tym pamiętać, że wszystko odbywało się w języku niemieckim, a zatem chyba i stres spory?

ND: Tak, oczywiście egzamin był w języku niemieckim. Pisałam go w Niemczech latem, krótko po maturze. Niemiecki system przewiduje, że na podstawie tego jednego egzaminu można zostać przyjętym na różne uniwersytety.

KN: Ale rozumiem, że wyniki polskiej matury były uwzględnione podczas rekrutacji w Niemczech?

ND: Tak, oczywiście. Wyniki polskiej matury miały znaczenie, tak jak i na polskich uczelniach. Wszystkie świadectwa musiały być oczywiście przetłumaczone na język niemiecki, z czym zresztą nie było kłopotów.

KN: A czy asekuracyjnie złożyłaś również dokumenty na jakiejś polskiej uczelni?

ND: Oczywiście, składałam wszędzie.

KN: I zapewne dostałaś się w wielu miejscach...

ND: Tak, dostałam się też do paru miejsc, np. do Gdańska czy Krakowa. Nie miałam pewności, że dostanę się na niemiecką uczelnię, a ponieważ rekrutacja w Polsce jest znacznie wcześniej niż w Niemczech, postanowiłam podjąć studia w kraju. Wybrałam Kraków. Interesowała mnie wówczas również stomatologia, w efekcie czego zaczęłam pierwsze tygodnie studiów na Uniwersytecie Jagiellońskim właśnie na stomatologii. Mniej więcej po dwóch tygodniach przyszła informacja, że dostałam się na Uniwersytet w Heidelbergu.

KN: Czyli już po rozpoczęciu zajęć w Polsce, dotarła do Ciebie informacja z Uniwersytetu w Heidelbergu?

ND: Tak.

KN: A dlaczego akurat Heidelberg? Nie warto było pomyśleć o bliższym mieście, np. Berlinie albo Lipsku?

ND: Moim pierwszym pomysłem było Drezno. To wyjątkowo urocze i piękne miasto, kulturowo też nadzwyczajne. Odbywałam w nim przed laty kurs języka niemieckiego. Oczarowało mnie niesamowicie. Myślałam o tym, żeby tam studiować. Ale wtedy tata mnie

przekonał, bym spróbowała złożyć dokumenty jeszcze np. do Heidelbergu.

KN: Złożyłaś dokumenty jeszcze w innych miastach niemieckich?

ND: Tak. Rekrutacja w Niemczech – przynajmniej w tamtym czasie, gdy składałam dokumenty, pozwalała na aplikację jednocześnie w trzy miejsca. Nie było zbyt dużego wyboru. Wprawdzie wysyłałam dokumenty do trzech dozwolonych miejsc, ale zwykle bierze się pod uwagę pierwsze czy drugie miejsce. Pierwsza odpowiedź przyszła z Heidelbergu...

KN: I w ten sposób zostałaś studentką, mającej wysoką pozycję niemieckiej uczelni. Jak się poczułaś jako Polka, która podjęła trudne wyzwanie – nie dość, że medycyna, daleko od domu, to dodatkowo i w obcym języku. Znałaś wcześniej Heidelberg?

ND: Byłam tam kiedyś z rodzicami, ale jako dziecko, więc niewiele pamiętałam z tego miejsca. Wracając zaś do twojego pytania: tak, byłam dumna z siebie. Osiągnęłam to, co sobie wymarzyłam. Ale to dopiero był początek. Dostać się na studia to jedno, ale studiować tam, zmienić środowisko, język, to już coś innego.

KN: Ale decyzja zapadła. Medycyna w Heidelbergu. Był to rok...?

ND: 2020. Straszny czas COVID-u.



Nina Drewa w Bibliotece Uniwersyteckiej w Warszawie, marzec 2026

KN: Tak, to rzeczywiście niełatwy czas. Nowe miejsce, nowi ludzie, bez rodziny i do tego w izolacji epidemicznej. Powiedz zatem, jak ułożyły ci się te pierwsze dni, tygodnie i miesiące w nowym miejscu? Jak relacje z rówieśnikami, koleżeństwo?

ND: Może zaczniemy od tego, bo o tym nie wspominałam, że Uniwersytet w Heidelbergu ma obecnie dwa kierunki medyczne – regularny, głównie prowadzony w Heidelbergu oraz nowoczesny, modułowy kierunek, który realizowany jest w nieopodal położonym Mannheim. Ja studiuje ten nowoczesny w Mannheim. Dzięki pomocy rodziców znalazłam mieszkanie w Mannheim, co znacznie ułatwiło mi dojazdy do klinik i codzienne funkcjonowanie na studiach. Ale – tak jak wspominałam – wszystko to przypadło na początki pandemii. Izolacja, lockdown spowodowały, że niezmiernie trudno było nawiązać relacje z innymi studentami. Odbiło się to negatywnie również i na realizacji praktykowanych na uniwersytecie zwyczajów adaptacji pierwszorocznych studentów. Zazwyczaj pierwszy rok studiów w Heidelbergu rozpoczyna się bardzo uroczysto – studenci wspólnie poznają Stare Miasto, odwiedzają studenckie bary, nawiązując pierwsze znajomości zarówno między sobą, jak i z wykładowcami. My byliśmy tego całkowicie pozbawieni. Mogliśmy spotykać się jedynie online, krótko się przedstawić i porozmawiać o podstawowych sprawach, głównie o organizacji studiów i przebiegu zajęć. Nawiązanie prawdziwych, bliższych relacji było w takich warunkach właściwie niemożliwe, a to w pewnym stopniu odbiło się także na kolejnych latach studiowania. Wielu studentów po prostu się nie znało. Oczywiście przy tak dużej liczbie osób na roku jest to do pewnego stopnia naturalne, ale pandemia i nauka zdalna sprawiły, że ten rok adaptacyjny był dla nas w zasadzie stracony.

KN: Wszystkie zajęcia były prowadzone, tak jak w Polsce, online?

ND: Tak, były online. To było naprawdę smutne, bo brakowało nam takiego prawdziwego kontaktu z prowadzącymi, co w wypadku pierwszego roku, kiedy się w ogóle nie znaliśmy było bardzo ważne. Wszystko zmieniło się, z chwilą gdy wróciliśmy do zajęć stacjonarnych. W zasadzie dopiero wówczas zaczęliśmy się poznawać, zrobiło się normalnie. Pojawiła się wreszcie możliwość rzeczywistego kontaktu z wykładowcami, zadawania pytań i prowadzenia dyskusji. Podczas zajęć online ograniczało się to w zasadzie do zadawania pytań i przekazywania treści, ale brakowało w tym studiowania w pełnym znaczeniu tego słowa.

KN: W Polsce wiele uczelni miało na początku spore problemy organizacyjne i techniczne, co powodowało, że przez pierwsze tygodnie zajęcia często nie odbywały się regularnie. Jak to wyglądało na Twoim uniwersytecie?

ND: U nas raczej nie było problemu. Zajęcia zaczęły się od razu. Nastąpiła pewna reorganizacja części przedmiotów, ale generalnie wszystko poszło raczej normalnym tokiem.

KN: Ale zapewne nie był to łatwy czas dla Ciebie?

ND: Muszę powiedzieć, że przeżywałam wówczas bardzo ciężkie chwile. Oczywiście nie tylko z powodu pandemii, choć COVID niewątpliwie sprawił, że ten początek był jeszcze bardziej trudny. Byłam zupełnie sama, bez wsparcia rodziny, dotychczasowych przyjaciół. Dochodziła do tego świadomość odległości. Mannheim położony jest bliżej zachodniej granicy Niemiec, do Bydgoszczy to prawie 1000 km, a więc odwiedzenie



Grupa seminaryjna etapu przedklinicznego studiów, pierwszy rok, Mannheim 2021

rodziców nie było prostą sprawą, a przy lockdownie – utrudniającym poruszanie się pociągami – było to prawie niemożliwe. W efekcie przez długi czas musiałam niemal wyłącznie przebywać w mieszkaniu i się uczyć. Brakowało kontaktu z ludźmi, nie znałam jeszcze właściwie nikogo. Dochodził do tego także ogromny stres związany z językiem, bo niemiecki na zachodzie kraju ma swój specyficzny akcent. W liceum moja nauczycielka bez trudu pojęłaby, co chcę powiedzieć, natomiast na początku, kiedy robiłam np. zakupy, okazywało się, że nie byłam do końca rozumiana. Podobnie na pierwszych zajęciach. Wykładowcy mówili szybko, wiele rzeczy mi umykało. Nie byłam przyzwyczajona do takiego tempa, a musiałam przecież rozumieć, o co chodzi. No więc – powiem to raz jeszcze – to był ogromny stres.

KN: A zatem pierwsze tygodnie i miesiące studiów nie były szczególnie łatwe ani zachęcające. Lockdown, brak kontaktów, smutny czas. Zresztą podobne doświadczenia mieliśmy w tym czasie także w Polsce. Jak sobie radziłaś psychicznie w tych dniach? Jak długo trwał ten stan?

ND: W zasadzie cały pierwszy semestr tak to wyglądało. Jakkolwiek miałam chwile słabości i załamania, to jednak muszę powiedzieć, że miało to także swoje dobre strony. Brak kontaktów z ludźmi i możliwości zakosztowania prawdziwego studenckiego życia sprzyjały jednemu – nauce. Siedząc w domu można było się na niej całkowicie skupić, a był to czas nauki biochemii i anatomii. Szlifowałam również język.

KN: W przygotowaniu do egzaminów pomogło?

ND: Tak, przy egzaminach pomogło i to bardzo. Pierwszy rok jest bardzo wymagający. Od niego też zależy dalszy los studenta...

KN: Pierwsze egzaminy odbyły się online czy już się spotkaliście?

ND: Nie, chociaż zajęcia mogły być online, to jednak wszystkie egzaminy odbywały się już normalnie, na sali wykładowej. Tak jak wszędzie wówczas byliśmy w maseczkach. Wydaje mi się, że docenci by sobie nie pozwolili na egzaminy online. Chyba istniały obawy, że ktoś mógłby nie do końca uczciwie je zaliczyć, tak że wszystko odbyło się stacjonarnie.

KN: A czy zdążyłaś na pierwszym roku mieć jakiegokolwiek zajęcia stacjonarne, w normalnym trybie?

ND: Tak, ale dopiero pod koniec pierwszego roku, prawie że latem, w ostatnim module. Wtedy pojawiło się trochę zajęć stacjonarnych, przede wszystkim

z anatomii i fizjologii. Generalnie jednak, mimo że uczelnia chciała stopniowo wracać do trybu stacjonarnego, starano się ten powrót ograniczać. Większość naszych zajęć odbywała się bowiem na kampusie zlokalizowanym przy klinikach, a z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów lepiej było, abyśmy nie przebywali tam zbyt długo.

KN: Wspominałaś, że ten model studiów, który wybrałaś, realizowany jest w Mannheim, a więc poza główną siedzibą uniwersytetu. Czy mogłabyś opowiedzieć, jak jest to zorganizowane od strony lokalizacyjnej? Czy zajęcia odbywają się przede wszystkim przy szpitalu?

ND: Jeżeli chodzi o kliniki, to kampus naszego kierunku medycznego skupia w jednym miejscu właściwie wszystko: kliniki, bibliotekę, sale seminaryjne i pomieszczenia, w których odbywają się zajęcia praktyczne. Dotyczy to zarówno praktyk klinicznych, jak i zajęć dla studentów pierwszego i drugiego roku z biochemii, fizjologii czy laboratoriów. Wszystko to znajduje się obok siebie. Zresztą to bardzo przyjemne miejsce, pięknie położone nad rzeką. Można się oderwać od nauki, pójść na spacer. Przy tym to miejsce bardzo bezpieczne. Kampus jest zamknięty, w odróżnieniu od klinik drugiego modułu w Heidelbergu, gdzie wszystko jest otwarte i gdzie każdy ma dostęp i gdzie wieczorami nie wydaje się już tak bezpiecznie. Zdecydowanie wolę kampus w Mannheim. Bardzo lubię to miejsce.

KN: To bardzo praktyczne rozwiązanie, kiedy szpitale kliniczne i obiekty dydaktyczne mieszczą się w jednym miejscu. Wróćmy zatem do przebiegu studiów. Powiedz nam, co oznacza tryb modułowy i dlaczego go wybrałaś?

ND: Tak, tak, zlokalizowanie wszystkiego w jednym miejscu bardzo nam ułatwia studiowanie. A co do trybu modułowego i jego wyboru... Rekrutacja w Niemczech zaczynała się bardzo późno. Pamiętam, że nie do końca miało dla mnie znaczenie, jaki tryb wybrać, więc złożyłam dokumenty na oba kierunki. Zaczęłam studia w Krakowie, ale czekałam na jakąś odpowiedź z Niemiec. Dużo szybciej dostałam odpowiedź właśnie z kierunku modułowego i stwierdziłam, że skoro tak, to spróbujemy.

KN: Modułowy tryb bardzo się różni od tradycyjnego?

ND: Tak, zdecydowanie się różni. Oznacza to, że zamiast tradycyjnego modelu studiów medycznych – bardziej rozpowszechnionego w Polsce i częstego także w Niemczech – w którym zdaje się osobno anatomię, biochemię czy fizjologię, w systemie modułowym przedmioty są grupowane wokół poszczególnych

układów organizmu. Czyli jeżeli na samym początku mamy na przykład układ krwionośny, to zajmujemy się anatomią serca oraz jego fizjologią i biochemią. A jeśli mamy układ nerwowy, to zajmujemy się tylko anatomią, biochemią i fizjologią układu nerwowego. Powiedziałabym, że jest to bardzo logicznie skonstruowany tryb nauczania. Człowiek uczy się wszystkich rzeczy związanych z danym układem, co w rezultacie tworzy jedną spójną całość. Muszę przyznać, że potem łączenie i zrozumienie wszystkiego jest też dużo łatwiejsze. Pamiętam jak po drugim roku, gdy miałam pierwszy egzamin państwowy, cały materiał był bardzo logicznie podzielony. Nauka, by to wszystko razem powtórzyć, nie stanowiła problemu, mimo że ten pierwszy egzamin państwowy to cała anatomia, biochemia i fizjologia.

KN: A ten modułowy tryb nauczania ma jeszcze jakieś odpowiedniki gdzieś indziej, czy jest niemiecką specyfiką?

ND: Tego nie wiem. Niektóre kraje już próbują go wprowadzić, tak jak wprowadzają go na innych uniwersytetach w Niemczech. To bardzo dobry system nauczania.

KN: Ale tak naprawdę o tym trybie studiowania możemy mówić dopiero od momentu, kiedy byłaś na

drugim roku, gdy skończył się lockdown i zaczęliście normalne studenckie funkcjonowanie. To jak zorganizowany jest tok studiów? Wygląda podobnie jak u nas, w Polsce?

ND: Nie jestem w stanie powiedzieć, jak dokładnie wygląda to w Polsce, ale w Niemczech rano odbywają się wykłady, a po południu seminaria, czy inne zajęcia praktyczne, a na trzecim, czwartym i piątym roku – zajęcia kliniczne. Mamy dużo zajęć, ale można zorganizować sobie czas na inne rzeczy, jak i na naukę. Słyszałam, że typowe dla uczelni medycznych w Polsce są słynne kolokwia i tzw. szpilki czy szybkie pytania zadawane na każdym zajęciach. W Niemczech tego nie ma, raczej każdy sam decyduje, kiedy i czego się nauczy. Oczywiście, dobrze jest być przygotowanym na zajęcia, ale jeśli tego nie zrobisz, docenci rozumieją, że nie jesteś w stanie wejść w dyskusję w trakcie tego seminarium.

KN: Ilu was jest na roku? To duża społeczność?

ND: Nie znam precyzyjnych danych, ale wydaje mi się, że na roku jest nas do trzystu osób. To się zmienia w zależności od tego, czy w danym semestrze znacząca liczba osób wyjeżdża na przykład z programu Erasmus lub weźmie przerwę na doktorat. Różnie bywa, ale



Kampus w Mannheim

zwykle jest od dwustu do trzystu studentów na roku. Biorąc pod uwagę wszystkie lata, jest nas na kampusie z parę tysięcy studentów.

KN: A jak odbywa się sprawdzanie wiedzy? Nie ma kolokwium, ale jest coś po drodze czy wiedzę weryfikują dopiero egzaminy?

ND: Tak naprawdę dopiero egzaminy, ale my mamy je częściej, właśnie z uwagi na tryb modułowy. Wydaje mi się, że w Polsce w trybie regularnym sesja egzaminacyjna jest dopiero na końcu semestru, a my na pierwszym i drugim roku mieliśmy egzaminy cztery razy w ciągu semestru. I były to takie większe egzaminy.

KN: Czyli w tej materii to również inaczej wygląda?

ND: Tak, mamy egzaminy trochę częściej, ale na zajęciach bardziej dyskutujemy, niż jesteśmy odpytywani.

KN: Ale rozumiem, że podział na dwa semestry istnieje?

ND: Tak, jeżeli chodzi o semestry, mamy dwa. Ale ponieważ to tryb modułowy, a zwykle na rok

przypadają cztery moduły, zarówno w połowie, jak i na koniec każdego z nich są egzaminy.

KN: A egzaminy są ustne, pisemne, testy?

ND: W każdym module mamy po pierwszej połowie egzamin pisemny – taki mniejszy, zwany próbnym. Później na koniec modułu jest większy egzamin pisemny oraz egzamin ustny. I generalnie z nich wszystkich, z tego mniejszego i dwóch większych, dwóch pisemnych i ustnego, podsumowuje się punktację – trzeba zdobyć przynajmniej 60%. To oznacza, że mamy zarówno egzaminy pisemne, jak i ustne, tak jak na polskich uniwersytetach.

KN: Ciekawi mnie, jak zostałaś odebrana w środowisku, wśród tych lekarzy, docentów, profesorów? Czy oni wiedzieli, że jesteś obcokrajowcem, Polką? Odczuwałaś jakąś taką odmienność?

ND: Pomimo że mój język niemiecki, jeżeli chodzi o czytanie czy pisanie, był bardzo dobry, to w mówieniu miałam dużą blokadę. I nawet nie chodziło o to, że powiedziałabym coś szczególnie niepoprawnie, na przykład gramatycznie, ale po prostu bardzo się stresowałam i bałam się, że od razu będzie widoczne, że nie jestem stamtąd. Tak więc docenci od razu widzieli,



Zajęcia kliniczne na trzecim roku, Mannheim 2022

że nie jestem Niemką, chociaż ja na samym początku za dużo nie mówiłam. Starłam się omijać pytania, bo trochę bałam się dyskusji, bałam się, że czegoś nie rozumiem. W końcu musiałam się jednak przemóc i powiedzieć sobie, że nie ma co się stresować. I tu muszę przyznać, że wykładowcy na moim uniwersytecie okazali się naprawdę wyrozumiali, i chociaż mój język wtedy nie był świetny, oni i tak starali się mnie zrozumieć, prowadzić dyskusję. Było to niesamowite. Trzeba jednocześnie pamiętać, że niemiecki to nie mój ojczysty język, a ja musiałam przez cały czas w nim myśleć, co samo w sobie było dużym wysiłkiem. Po całym dniu bywało, że miałam z tego bóle głowy. Nieustannie zastanawiałam się, czy mówię poprawnie, czy nie popełniam błędów gramatycznych. Zwłaszcza że nie chodzi tu o zwykłą sytuację na ulicy i rozmowę z przypadkowym przechodniem, lecz o sytuację akademicką, o rozmowy z wykładowcami, osobami o wielkim autorytecie i imponującym dorobku. W takich momentach chciałoby się wypaść dobrze, pokazać, że jest się osobą inteligentną, przygotowaną, że naprawdę ma się wiedzę. Czasem jednak najtrudniejsze było właśnie to, że nie zawsze potrafiłam wyrazić wszystko tak, jak bym chciała.

KN: Tak, rozumiem, ale powiedz mi, czy miałaś jakieś kłopoty ze zrozumieniem zajęć?

ND: Zdarzało się, bo oczywiście istnieją pewne słowa, których się zwykle w polskich szkołach nie uczy, nie uwzględnia w słownictwie. I oczywiście, ponieważ

to specyficzny region Niemiec, mają też swoje określone słowa i zwroty. Zdarzyło mi się parę razy, że nie rozumiałam pytania i mimo że docent powtórzył pytanie po raz czwarty, wciąż nie rozumiałam, o co chodzi. Gdy sprawdziłam później w słowniku, nie było to jakieś niesamowicie trudne słowo, ale to chyba pewna norma, gdy się jest za granicą. Przez pewne rzeczy trzeba po prostu przejść.

KN: A posługujecie się terminologią medyczną łacińską, niemiecką czy angielską?

ND: W Niemczech raczej wszyscy posługują się terminologią łacińską. I generalnie jest to bardzo dobre, gdyby potem trzeba było się porozumieć z lekarzem z zagranicy. W Anglii też używają raczej terminologii łacińskiej.

KN: W Polsce już nie.

ND: Właśnie. Kiedyś odwiedziłam moją mamę w gabinecie prywatnym, patrzyłam jak bada pacjentów. Patrzyłyśmy na ultrasonograf, mama chciała mi coś pokazać, ale używała terminologii polskiej i oczywiście nic nie rozumiałam. Tymczasem w Niemczech uczymy się terminologii łacińskiej i uważam, że taka unifikacja byłaby lepsza.

KN: Czyli egzamin z anatomii był w terminologii łacińskiej?



Grupa laboratoryjna Uniwersytet Heidelbergu, Heidelberg 2023



Kampus w Mannheim

ND: Tak.

KN: Dzisiaj nie masz już żadnych problemów ani ze zrozumieniem, ani ze sformułowaniem swoich myśli w języku niemieckim?

ND: Nie, nie. Teraz raczej wszystko idzie bez problemu, ale rzeczywiście na początku było to duże wyzwanie. Egzaminy ustne początkowo sprawiały mi wielką trudność, bo dochodził stres, żeby cokolwiek powiedzieć. Miałam problem, żeby się zebrać w sobie, sformułować odpowiedź. W końcu to też bardzo specyficzny obszar – medycyna. Pamiętam swój pierwszy próbny egzamin, był z układu sercowo-naczyniowego, z przedklinicznego obszaru kardiologii. Bardzo słabo mi poszedł. Egzaminator powiedział mi, że jeśli będę w ten sposób odpowiadać, na pewno nie zdam egzaminu. To mnie zmotywowało, by powiedzieć sobie, OK muszę się jakoś nauczyć poprawnie odpowiadać na egzaminach ustnych. Bardzo pomogła mi wtedy koleżanka, która pochodziła z Francji, ale mieszkała blisko granicy niemieckiej i doskonale mówiła po niemiecku. Przepytowała mnie często i w pewnym momencie egzaminy ustne przestały być problemem. Jednak na początku były ogromnym wyzwaniem, w przeciwieństwie do pisemnych, które nie sprawiały mi kłopotu.

KN: Żałowałaś w którymkolwiek momencie, że nie studiujesz w Polsce?

ND: Nie, była to naprawdę dobra decyzja.

KN: To może porozmawiajmy trochę o życiu codziennym. Jak wygląda typowy tydzień studentki czwartego roku medycyny?

ND: Na czwartym roku było już nieco luźniej niż na pierwszym i drugim. W początkowych latach studiów nauki jest naprawdę bardzo dużo – zajęcia odbywają się zarówno rano, jak i po południu, a po powrocie do domu człowiek właściwie nadal tylko się uczy. Przy tak częstych egzaminach nie zostaje zbyt wiele czasu na inne sprawy.

KN: A rywalizacja istnieje? Czujecie koleżeńską presję?

ND: Powiedziałabym, że na początku studiów widać trochę rywalizacji, ale z czasem znika i wszyscy raczej skupiają się na własnej edukacji, na tym, co chcą osiągnąć. Akurat na medycynie nie ma specjalnej rywalizacji, bo wszyscy zdają sobie sprawę, że znajdują coś dla siebie – wciąż brakuje lekarzy. Jednak z tego, co słyszałam, na przykład na wydziale prawa w Heidelbergu istnieje ogromna rywalizacja, chyba największa na naszym uniwersytecie. Tymczasem dla nas najważniejsze jest – zdać. Prawnicy walczą o oceny, liczy się, kto będzie najlepszy, by móc później zostać sędzią czy notariuszem. Więc chociaż oba te kierunki, prawo i medycyna są bardzo wymagające, panuje na nich zupełnie inna atmosfera. Na medycynie ludzie wiedzą, że nie muszą ze sobą rywalizować, bo każdy sobie ostatecznie jakoś poradzi.



Kampus w Mannheim

KN: Tak, prawo generuje ogromną rywalizację. Wróćmy jednak do dnia studenta. Rano zajęcia teoretyczne, popołudniu praktyczne, tak?

ND: Tak, raczej zajęcia praktyczne.

KN: Również teraz, na czwartym, piątym roku?

ND: Tak. Mamy wykłady, zwykle rano, a po południu odbywają się seminaria czy zajęcia praktyczne.

KN: Wykład jest dla całego roku?

ND: Tak, wykłady są prowadzone dla całego roku. Nie są obowiązkowe, ale zwykle większość osób na nie chodzi. A później odbywają się seminaria i zajęcia praktyczne – już obowiązkowe. Ważne, by na nie chodzić, bo zawsze sprawdzana jest obecność i nie można ich ominąć. Zazwyczaj trwają przez całe popołudnie. Seminaria to przede wszystkim prezentacje przedstawiane przez docentów. Czasem są to metaseminaria, czyli omówienia przypadków klinicznych, w które studenci bardziej się angażują, można dłużej podyskutować.

Odbywają się także zajęcia z pacjentami – około dwugodzinne praktyki kliniczne, podczas których studenci w pięcio- czy sześćosobowej grupie muszą zbadać pacjenta, przeprowadzić anamnezę, a później omówić przypadek z profesorem czy lekarzem z oddziału. Nie wiem, czy podobnie wygląda to również w Polsce, ale uważam, że jest to bardzo sensowny sposób nauczania. Kiedy badamy pacjenta, a następnie przeprowadzamy wywiad lekarski w obecności lekarza, może on od razu wskazać nam, co zrobiliśmy dobrze, gdzie popełniliśmy błąd i co warto poprawić – zarówno w samym badaniu, jak i w sposobie zbierania wywiadu. Tego rodzaju zajęcia bardzo pomagają później w pracy klinicznej oraz podczas praktyk wakacyjnych. Myślę, że zajęcia z pacjentami są nie tylko ciekawe, ale również niezwykle istotne dla procesu uczenia. Mnie najbardziej zafascynowały zajęcia z neurologii i neurochirurgii – na tyle, że chętnie widziałabym taki rodzaj pracy także w przyszłości.

KN: Jednym słowem, dzień studenta medycyny to raczej nie wypoczynek.

ND: Nie, na pewno nie. Chociaż wydaje mi się, że można i tak sobie życie studenckie zorganizować, żeby wygospodarować trochę czasu wolnego.

KN: A weekendy? Oczywiście w rozumieniu studenckim... istnieją?

ND: Istnieją, ale najczęściej i tak upływają na nauce. Wielu studentów poświęca ten czas właśnie na nadrobienie materiału. W moim przypadku wygląda to podobnie, choć dochodzi do tego jeszcze praca w laboratorium. Od pewnego czasu zajmuję się bowiem swoją pracą doktorską, która ma charakter eksperymentalny. Wymaga ona nie tylko obecności w laboratorium w weekendy, lecz także regularnej pracy w ciągu tygodnia.

KN: Do kwestii doktoratu wrócimy jeszcze. Czyli praktyka kliniczna i teoria łączą się w jedno, co zresztą wydaje się naturalne, podobnie jak w innych uczelniach medycznych. A czy odczuwasz potrzebę większego kontaktu z pacjentami? Czy według ciebie macie

odpowiednią liczbę godzin czy dni spędzonych bezpośrednio w szpitalu? Na polskich uczelniach, szczególnie w odniesieniu do cyklu studiów anglojęzycznych pojawiają się uwagi o niedostatecznym kontakcie studenta z pacjentem.

ND: Ponownie nie potrafię tego skonfrontować z realiami polskimi. Wydaje mi się, że my mamy bardzo dużo zajęć z pacjentami. Oczywiście ich jakość zależy od lekarza prowadzącego. Niekiedy, choć rzadko, zdarza się że lekarz nie może się pojawić, bo zostaje wezwany do pilnych obowiązków, ale nie stanowi to większej przeszkody. Zajęć jest sporo. W niemieckim systemie nauczania przywiązuje się dużą wagę do tej formy nauczania, stąd mamy bardzo wiele kontaktów z pacjentami. Dochodzi do tego mnogość praktyk, także latem. W okresie przedklinicznym mamy tak zwane praktyki pielęgniarskie. Takie praktyki – o ile się nie mylę – odbywają również studenci w Polsce, ale są one znacznie krótsze – trwają bowiem zaledwie dwa tygodnie. U nas praktykujemy w ten sposób trzy miesiące, więc w zasadzie nie mamy żadnych wakacji. Po pierwszym i drugim



Zakończenie trzeciego roku studiów – pierwszego roku klinicznego, Mannheim 2023

roku istnieją one tylko w teorii. Okres ten, czy też ferie zimowe wykorzystuje się na praktyki, a potem trzeba uczyć się do egzaminu państwowego.

KN: Oceniasz zatem dobrze tę stronę studiów?

ND: Tak. Muszę przyznać, że moje pierwsze praktyki pielęgniarskie były dla mnie bardzo ważnym doświadczeniem. Miałam wtedy dużo kontaktu z pacjentami i były to naprawdę doskonałe praktyki. Choć trwały długo, nauczyły mnie spojrzenia na sytuację chorego z innej perspektywy – nie tylko z punktu widzenia lekarza czy pielęgniarki, lecz także samego pacjenta. Kiedy dostrzega się, że pobyt w szpitalu bywa dla chorego ogromnym obciążeniem psychicznym, zaczyna się rozumieć, jak wielkie znaczenie ma dla niego zwykła rozmowa, obecność i sposób podejścia. Czasem już sama rozmowa potrafi zmienić nastawienie pacjenta oraz całą relację. Nasi prowadzący bardzo podkreślają wagę tego kontaktu, co potwierdza się podczas zajęć przy łóżku chorego. Stykamy się także z pacjentami paliatywnymi, wobec których medycyna nie zawsze może już wiele zrobić. Bezpośredni kontakt, zrozumienie oraz świadomość, jak ważną rolę odgrywamy w tych trudnych chwilach, budując zaufanie pacjenta, mają dla nas ogromne znaczenie. Właśnie tego uczymy się podczas praktyk pielęgniarskich, dlatego uważam, że dają one przyszłym lekarzom naprawdę bardzo wiele.

KN: Czy praktyki trwają przez cały okres studiów? W każde wakacje?

ND: W zasadzie tak, bo przerwy między semestrami nie są zbyt długie i nie zdąży się odbyć ich wszystkich w tym czasie. W moim przypadku wszystko udało się niemal co do dnia, gdy odbywałam trzy miesiące praktyk. Kolejne wakacje musiałam już bowiem przeznaczyć na przygotowanie do egzaminu państwowego.

KN: Rozumiem, że praktyki są oczywiście formalnie zaliczane i muszą się odbyć w wymiarze ściśle określonym przez program studiów?

ND: Tak, pod tym względem wszystko jest bardzo dokładnie kontrolowane. Liczba dni praktyk musi się zgadzać co do jednego dnia. Jeżeli praktyka trwałaby nawet dzień krócej, student może nie zostać dopuszczony do egzaminu państwowego. To jest naprawdę bardzo rygorystycznie pilnowane.

KN: Twoje studia – jak słyszymy – są bardzo wymagające. Kiedy znaleźć zatem trochę czasu wolnego? Czy można mieć jakieś pasje? Czy znajdujesz na nie czas? Jak wyglądają weekendy? Czy wówczas również dominuje nauka?

ND: Tak, jak już wspomniałam – głównie nauka. Trzeba jednak powiedzieć, że studenci w Niemczech są na ogół bardzo proaktywni i angażują się w wiele działań także poza samymi zajęciami. Dotyczy to zarówno aktywności organizowanych w ramach uniwersytetu, jak i poza nim – na przykład kół naukowych, czy zajęć sportowych. Życie społeczne i aktywność za murami uczelni odgrywają bardzo istotną rolę.

KN: Wspominałaś, że nauka medycyny w Niemczech odbywa się etapami przedzielanymi egzaminami państwowymi. To nie tak jak w Polsce, gdzie całe studia kończy się egzaminem państwowym, tylko u was są one również po drodze. Możesz jeszcze kilka słów o tym powiedzieć, jak to wygląda?

ND: Jak wiadomo w Polsce jest tak, że po całym toku studiów jest egzamin państwowy, który teoretycznie powinien sprawdzić wiedzę z sześciu lat. Natomiast w Niemczech, oprócz Berlina, po pierwszych dwóch latach studiów jest pierwszy egzamin państwowy, który obejmuje anatomię, biochemię i fizjologię. Oczywiście, mamy tzw. plan naukowy, by przygotować się do tego egzaminu. Na pierwszy egzamin planuje się około 30 dni, więc jedna przerwa letnia na to wystarczy.

KN: Rozumiem, że ten egzamin jest obowiązkowy, a zdanie go pozwala studiować dalej na kolejnych latach.

ND: Tak, trzeba go zdać, żeby przejść dalej na trzeci rok. To spory egzamin, którego dużo ludzi nie zdaje, bo to skondensowana nauka z całej anatomii, ze wszystkich przedmiotów, które są bardzo wymagające. Egzamin jest podzielony na część pisemną, trwającą przez dwa dni oraz ustną, kiedy docenci z uniwersytetu pytają z tych wszystkich przedmiotów.

KN: Jak Tobie poszedł?

ND: Poszedł mi bardzo dobrze. Dzięki ocenie z tego pierwszego egzaminu państwowego dostałam też dobre miejsce na pracę doktorancką.

KN: A więc to również zdecydowało o Twoim wyborze...

ND: Tak, to miało duże znaczenie. Z egzaminu państwowego miałam 1,5. W Niemczech stosuje się odwrotny system – ocena jeden jest najlepsza, a sześć – najgorsza. No więc z egzaminu dostałam 1,5, więc bardzo dobrze. Bardzo wysoko.

KN: Następny egzamin państwowy będzie po roku piątym?

ND: Tak. Następny będzie po piątym roku i obejmie całą tak zwaną wiedzę kliniczną, czyli materiał z trzeciego, czwartego i piątego roku. Dla niego plan naukowy trwa około stu dni i teoretycznie w ciągu tego okresu trzeba się codziennie uczyć. Mam już znajomych, którzy to przechodzili. Na razie nie słyszałam żadnych dobrych informacji, ale mam nadzieję, że jakoś przez niego przejdę.

KN: I to jest już koniec? To jest ostatni egzamin?

ND: Nie, później jest jeszcze jeden egzamin państwowy po szóstym roku. Tu widać różnicę między Niemcami a Polską. Przed rezydenturą studia w Polsce trwają sześć lat, po których jest rok stażu. A u nas to wszystko jest skondensowane w sześć lat, więc po tych sześciu latach idzie się od razu na rezydenturę. Ten szósty rok jest w zasadzie jak staż. Wraz z piątym rokiem kończą się wszystkie typowe zajęcia akademickie. Trzeci egzamin państwowy, odbywający się w Niemczech po szóstym roku studiów, jest podsumowaniem ostatniego, praktycznego roku kształcenia.

KN: Wszystko jasne. Chciałbym w tej chwili zatrzymać się przy infrastrukturze klinicznej – szpitalach. Pewnie trudno będzie Tobie to porównać do polskich szpitali klinicznych, ale jak wyglądają warunki hospitalizacyjne w twoim szpitalu klinicznym?

ND: Wydaje mi się, że pod pewnymi względami mogę już porównać to z funkcjonowaniem szpitali w Polsce. Wiele słyszałam na ten temat od rodziców, którzy opowiadali mi na przykład o problemach z dostępnością materiałów czy organizacją pracy. W Niemczech raczej się z tym nie spotkałam – wszystko działa bardziej sprawnie i płynnie. Czasem oczywiście zdarzają się problemy administracyjne, ale to akurat specyficzne dla każdego systemu medycznego w Europie. Ale generalnie wydaje mi się, że szpitale w Niemczech działają naprawdę znakomicie. Obserwuję to np. w naszym szpitalu klinicznym.

KN: A warunki dla pacjentów są zapewne niezłe?

ND: Też bym tak powiedziała. Są naprawdę dobre. Wydaje mi się, że jedyny problem, z którym prawdopodobnie wiele państw musi się mierzyć, to niewystarczająca liczba pielęgniarzy i pielęgniarek. To jednak bardzo ciężka i stresująca praca i niekoniecznie dobrze opłacana. Z tym problemem mierzą się również niemieckie szpitale.

KN: Czy praktykowałeś tylko w swoim klinicznym szpitalu, czy również w innych miejscach?



Praca in vitro w kulturze koórkowej w Laboratorium Neurofizjologii, Heidelberg 2023

ND: Odbywałam też praktyki na Uniwersytecie we Freiburgu. Były to także świetne praktyki kliniczne, znakomity szpital, bardzo dobrze zorganizowany. Ponieważ uczę się również języka włoskiego i chcąc nieco go podszlifować, postarałam się o praktykę kliniczną we Włoszech. Było to też bardzo ciekawe doświadczenie. Trochę inne, ale na pewno ciekawe. Odbywałam praktyki w wielu miejscach i dzięki temu mogłam z bliska przyjrzeć się różnym placówkom medycznym. Mam wrażenie, że w Niemczech szpitale kliniczne są bardzo dobrze zorganizowane, szczególnie z myślą o dydaktyce, o studentach.

KN: Za chwilę porozmawiamy o twoich wyborach i przyszłości, ale chwilę jeszcze zatrzymajmy się przy środowisku, przy koleżeństwie, przy twoich przyjaciołach, kolegach i koleżankach, z którymi studiujesz. Jak te relacje się układają? Łatwo było ci nawiązać dobre kontakty? Czy dużo jest obcokrajowców na twoich studiach? Jak to wygląda?

ND: Uniwersytet w Heidelbergu ma wielu studentów zagranicznych. To bardzo duża i prestiżowa uczelnia, ciesząca się międzynarodową renomą, dlatego przyciąga osoby z różnych krajów. Jest to także miejsce, które daje duże możliwości prowadzenia badań naukowych. Z uczelnią i miastem związanych było kilkudziesięciu laureatów Nagrody Nobla, jest to więc nieprawdopodobny potencjał. Nic więc dziwnego,

że studiujecie tam tak wielu studentów z zagranicy. Jeśli jednak chodzi o moje własne kontakty, to zwłaszcza na początku, także z powodu bariery językowej – najłatwiej było mi nawiązać relacje z osobami z mojego roku, które również pochodziły z Polski.

KN: Były takie?

ND: Miałam trochę szczęścia, bo na moim roku trafiły się dwie osoby z Polski, a dodatkowo znaleźliśmy się w tej samej grupie. Ta znajomość odegrała dla mnie na samym początku bardzo dużą rolę. Bywały sytuacje, w których obawiałam się coś powiedzieć, albo nie wiedziałam jeszcze dokładnie, jak wszystko jest zorganizowane, więc mogliśmy się wzajemnie wspierać i pomagać sobie w odnalezieniu się w nowej rzeczywistości. Przeszliśmy przez ten czas razem.

KN: Ale to też były osoby z Polski, a nie Polacy tam żyjący?

ND: Tak, z Polski. Były to osoby, które chodziły w Polsce do szkół niemieckojęzycznych, więc było im zdecydowanie łatwiej. To właśnie z nimi na początku utrzymywałam najbliższy kontakt.

KN: Studiujecie dalej z tobą?

ND: Tak, tak, wciąż studiuję. Gdy już poprawiłam język, łatwiej mi było nawiązać kontakt z samymi Niemcami. Przekształciło się to zresztą w utrzymujące się do tej pory bardzo fajne relacje. Wówczas też poznałam co to znaczy nauka w grupie i o ile łatwiej przyswaja się materiał, kiedy są osoby, które mogą coś wytłumaczyć, czy przepytac cię z materiału. Nigdy wcześniej nie uczyłam się w taki sposób z innymi ludźmi. Dopiero tu na studiach po raz pierwszy miałam okazję przekonać się o walorach takiej formy uczenia.

KN: I byli to Niemcy?

ND: Tak, to byli Niemcy. Wspólnie przygotowaliśmy się do egzaminów ustnych. Myślę zresztą, że nawet we własnym kraju początkowo nie jest łatwo nawiązywać bliższe relacje koleżeńskie – każdy trochę się krępuje, czasem nie wie jeszcze, co powiedzieć. Z czasem jednak wszystko zaczęło się naturalnie rozwijać, a atmosfera stawała się coraz swobodniejsza.

KN: Jak rozumiem, masz tam przyjaciół Niemców?

ND: Tak, chociaż nie wszystkie przyjaźnie łatwo utrzymać. Często nasze wspólne drogi się rozchodzą. Pragnąc skoncentrować się nad doktoratem, musiałam poświęcić więcej czasu na pracę w laboratorium, stąd wzięłam trzy semestry urlopu. Moi przyjaciele poszli

w tym czasie dalej, bardziej do przodu, a ja zaś muszę nadrobić te semestry. W efekcie czego już się nie widzimy tak często, nie jesteśmy też w tej samej grupie. Stąd i relacje się trochę pogarszają.

KN: Co wybierzesz jako swoją przyszłość medyczną? Kilka razy wspomniałaś o doktoracie.

ND: W Niemczech, podobnie jak w Polsce, już w czasie studiów można wejść na ścieżkę doktorską, choć w praktyce jest to tam znacznie bardziej rozpowszechnione. Oczywiście w obu krajach nie jest to obowiązek, jednak w niemieckim systemie kształcenia medycznego, na taki krok decyduje się bardzo wielu studentów. Dlatego na moim uniwersytecie osób przygotowujących doktorat jest naprawdę dużo. Pracę doktorską można rozpocząć – jak już wspomniałam – jeszcze w trakcie studiów. Najczęściej wygląda to tak, że student bierze na ten cel semestr albo dwa semestry przerwy – w zależności od tego, jaki wybierze temat i rodzaj projektu badawczego. Możliwości są różne. Można zdecydować się na doktorat oparty na analizie już istniejących danych, a więc na pracę o charakterze retrospektywnym, która zazwyczaj trwa krócej. Można też wybrać doktorat prospektywny, na przykład kliniczny, związany z pracą z pacjentami, albo doktorat eksperymentalny w laboratorium – taki, jak mój.

KN: Czym dokładnie zajmujesz się w laboratorium? Czego dotyczy Twoja praca doktorska?

ND: W laboratorium pracuję z wykorzystaniem różnych metod badawczych – in vitro, in vivo i ex vivo. Korzystam także z wielu technik mikroskopowych, co jest dla mnie niezwykle ciekawe. Co prawda badania nie są całkowicie z obszaru moich studiów, bardziej z biologii, stąd moja częsta obecność w laboratorium.

KN: A jaki temat wybrałaś do doktoratu? I jaką hipotezę badawczą założyłaś?

ND: Cóż, w toku pracy laboratoryjnej hipoteza badawcza częściowo się zmieniała wraz z postępem badań. Początkowo zajmowałam się głównie glejakiem wielopostaciowym (glioblastoma), któremu poświęcone były moje dwie publikacje. Wkrótce powinien ukazać się także trzeci artykuł, w którym jestem pierwszą autorką, dotyczący oponiaków (meningioma). Obecnie zajmujemy się przede wszystkim mikrośrodowiskiem oponiaka, jego biologią oraz mechanizmami rozwoju, a także poszukiwaniem sposobów hamowania wzrostu tego nowotworu. Generalnie oponiaki pierwszego i drugiego stopnia mają najczęściej charakter nieinwazyjny, natomiast oponiaki trzeciego stopnia są bardziej agresywne i trudniejsze w leczeniu. W niektórych przypadkach problemem jest także ich lokalizacja, bowiem

guzy te często rozwijają się u podstawy czaszki, co może utrudniać ich operacyjne usunięcie. Właśnie ten obszar badawczy prawdopodobnie stanie się finalnie tematem mojego doktoratu, choć na razie nie przywiązuję jeszcze wagi do ostatecznego tytułu. Najważniejsze jest dla mnie obecnie doprowadzenie projektu do końca i – mam nadzieję – opublikowanie wyników badań.

KN: Ale jak rozumiem, studia uwieńczysz doktoratem. Koniec studiów będzie zapewne jednocześnie zakończeniem pracy nad doktoratem.

ND: Tak, mam nadzieję, że skończę obie rzeczy w podobnym czasie.

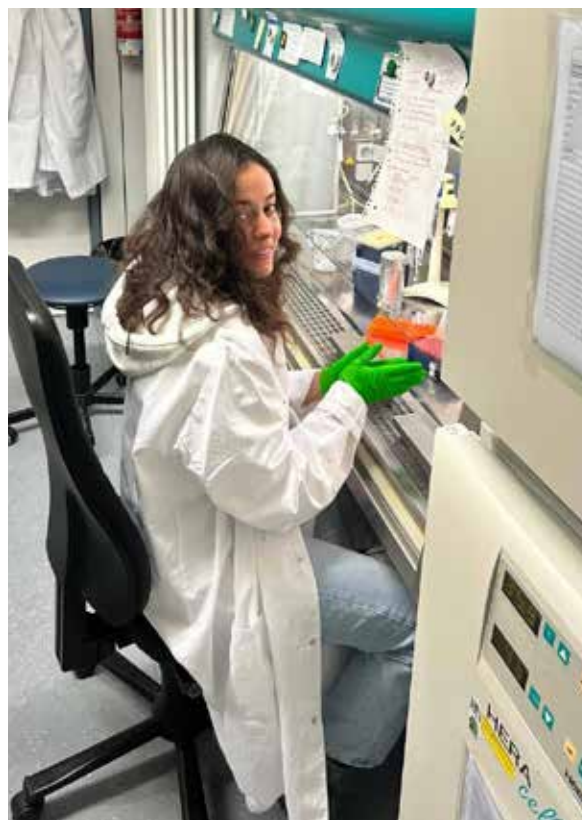
KN: Fantastyczna sprawa. Za chwilę będziesz lekarzem – jaką specjalność wybierzesz? Czy chciałabyś się zajmować w przyszłości i gdzie pracować?

ND: Miałam różne pomysły. Między innymi myślałam o chirurgii plastycznej, ale odbyłam praktyki we Freiburgu właśnie na takim oddziale i nie powiedziałabym, że było to coś, co mnie istotnie zaniepokoiło. To na pewno fach, dzięki któremu można pomóc wielu osobom, ale jakoś mnie nie zafascynował. Z kolei na drugim roku mieliśmy neurofizjologię i neuroanatomię, które bardzo mi się spodobały. Uwielbiałam się tego uczyć i myślałam, że jest to coś co mogłabym robić w przyszłości. Pomyślałam zatem o neurologii. Kiedy jednak na czwartym roku mieliśmy wspólny moduł neurologii i neurochirurgii, doszłam do wniosku, że neurologia jest wprawdzie bardzo interesująca, ale to zawód, gdzie niestety nie można przeprowadzać procedur inwazyjnych. A ja widzę siebie jednak w specjalnościach zabiegowych, w których poczuję odrobinę adrenaliny. Bez wątpienia znaczenie ma tu fakt, że mój tata jest chirurgiem. Widziałam, jak bardzo go ta dziedzina fascynuje i chyba także dlatego sama zaczęłam myśleć o chirurgii. Zaczęłam zaglądać na oddział neurochirurgii pomiędzy zajęciami. Jedna z lekarek prowadzących zauważyła, że jestem bardzo zmotywowana i że naprawdę chcę zobaczyć, jak to wszystko wygląda. Zabierała mnie na różne operacje, dużo mi pokazywała, a przy niektórych zabiegach mogłam nawet trochę pomagać i asystować. Niesamowicie mi się to spodobało. Właśnie wówczas stwierdziłam, że chciałabym robić coś takiego w przyszłości, chciałabym zostać neurochirurgiem. Praca ta wydaje mi się nadzwyczaj interesująca. Wiem, że jest bardzo wymagająca i wiele osób mi to mówi, ale myślę, że skoro studiuję się medycynę przez tyle lat, to może warto wybrać właśnie taką drogę, która naprawdę pociąga, nawet jeśli jest trudniejsza.

KN: Czyli rozważasz połączenie dwóch ścieżek: dalszej pracy naukowej i kariery klinicznej, być może związanej w przyszłości z neurochirurgią. Czy tak właśnie widzisz swoją zawodową drogę?

ND: Tak, myślałam o tym, żeby połączyć oba aspekty, by zarówno pracować naukowo, jak i klinicznie. To na pewno duże wyzwanie. Trochę wiem na ten temat, bo mój tata – jak już wspomniałam – jest chirurgiem – urologiem, ale dużo pracuje jednocześnie naukowo, będąc profesorem na uniwersytecie. Nieprawdopodobnie podoba mi się praca kliniczna z pacjentem, operacje, zabiegi itd., a jednocześnie bardzo fascynuje mnie nauka. Jest w tym coś naprawdę niesamowitego: samo odkrywanie i poczucie, że jest się częścią czegoś większego. To, że dzięki badaniom można realnie pomagać pacjentom, dawać im lepsze możliwości i rozwijać skuteczniejsze terapie, jest dla mnie naprawdę fascynujące. Ale sama nauka nie byłaby tak ciekawa, gdyby nie fakt iż można pracować właśnie z chorym. Pomagać mu, być potrzebnym tam przy jego łóżku. Te dwa światy dają dopiero poczucie spełnienia zawodowego. Tak myślę.

KN: Na pewno. A jak myślisz, czy twoje życie zawodowe rozegra się tam, w Niemczech, czy myślisz o powrocie do Polski? A może w rachubę wchodzi inne kraje, kontynenty? Czy w ogóle jeszcze się nad tym nie zastanawiałaś?



Praca in vitro w kulturze koórkowej w Laboratorium Neurofizjologii, Heidelberg 2024

ND: To bardzo dobre pytanie. Z tego, co wiem, obecnie jeden z najlepszych ośrodków neurochirurgii znajduje się właśnie w Niemczech, więc być może udałoby mi się dostać w nim rezydenturę, ale później może wybrać inne miejsce? Nie wiem tego dziś jeszcze. Uwielbiam poznawanie różnych nowych miejsc. Zresztą sam fakt, że wybrałam studiowanie w Niemczech o tym świadczy. To była dobra decyzja. Być może później pomyślę o pracy w innym miejscu, coś wymyślę – zostawiam sobie otwarte drzwi.

KN: Zatrzymajmy się na chwilę przy Twojej rodzinie. Tata, mama i siostra są lekarzami, dziadek jest profesorem biologii medycznej, babcia radiologiem... Słowem trudno było o inną drogę życiową niż medycyna...

ND: Och, pewnie tak. Żyłam atmosferą medycyny od dzieciństwa. Moja starsza siostra kilka lat temu również ukończyła medycynę. Chyba nie miałyśmy wyboru... (uśmiech).

KN: Czy często rozmawiasz z bliskimi o swoich doświadczeniach z Niemiec? Masz wrażenie, że to jednak



Nina Drewna w Bibliotece Uniwersyteckiej w Warszawie, marzec 2026

trochę inna medycyna, czy raczej ten sam świat, tylko funkcjonujący w innym języku i innym systemie?

ND: Tak, rozmawiamy o tym dość często i mam wrażenie, że w pewnych aspektach rzeczywiście jest to trochę inne doświadczenie. Z opowieści rodziców i siostry wynika, że w Polsce relacje studentów z prowadzącymi bywają czasem bardziej formalne i zdystansowane. Studenci niekiedy mają poczucie, że trudniej jest tam o swobodny kontakt czy bardziej otwartą rozmowę z wykładowcami. Czasem wręcz mają wrażenie, że profesorowie nie chcą, żeby oni zdali egzamin. Ja tego nie doświadczyłam. Oczywiście wymagania są duże, ale jednocześnie miałam poczucie, że prowadzącym naprawdę zależy na tym, żebyśmy się nauczyli i dobrze zrozumieli materiał. Są przyjaźni, życzliwi i otwarci, a jeśli ktoś był studentem zagranicznym, starali się również brać pod uwagę jego sytuację. Oczywiście, u nas też są pewne granice, ale dyskusje często potrafią być luźne, otwarte i naprawdę motywujące do nauki. Widać, że im na nas bardzo zależy. Rzecz jasna, nie mam pojęcia jak wyglądają relacje na wszystkich polskich uniwersytetach, ale słyszałam trochę, że raczej nie ma w Polsce zbyt przyjacielskich relacji. Może to się zmieniło, nie wiem. Nie chcę jednak uogólniać, bo ani nie znam wszystkich polskich uczelni, ani też z kolei wszystkich niemieckich wydziałów. Mogę tylko podzielić się swoimi doświadczeniami, a te są naprawdę dobre.

KN: Czy miałaś kiedykolwiek wrażenie, że jesteś trochę inaczej traktowana niż niemieccy studenci, czy tego się tam nie odczuwa?

ND: Raczej nie. Docenci starają się wszystkich traktować równo, dla nich po prostu jest istotne, żeby wszyscy czuli się dobrze, by atmosfera była przyjemna, by przede wszystkim skupić się na nauce, a nie na tym, czy ktoś jest taki, czy inny.

KN: A życie codzienne? Jak sobie radzisz? Mieszkasz sama, w akademiku czy w mieszkaniu?

ND: Mieszkam sama w mieszkaniu i tak było od początku. Być może samo mieszkanie w pojedynkę nie jest niczym nadzwyczajnym, ale zupełnie inaczej wygląda to wtedy, gdy jest się tak daleko od domu. Kiedy coś się u mnie psuje albo pojawia się jakiś problem, zwykle i tak dzwonię do taty. Tyle że on nie zawsze może po prostu przyjechać, bo dzielą nas setki kilometrów. Dlatego na samym początku samodzielne mieszkanie tak daleko od domu było dla mnie naprawdę dużym wyzwaniem.

KN: Ale radzisz sobie ?

ND: Dziś, po tych kilku latach, człowiek przyzwyczaja się już do takiej samodzielności i uczy się, jak radzić sobie w różnych sytuacjach. Pamiętam jednak, że na początku nawet konieczność załatwienia sprawy w urzędzie budziła we mnie duży stres.

KN: A jak to wygląda z powrotami do domu? Czy w ciągu roku często bywasz w Bydgoszczy i odwiedzasz rodziców, czy raczej nie ma ku temu zbyt wielu okazji?

ND: Zawsze bardzo się cieszę, kiedy mogę przyjechać do domu na Wielkanoc, czy na Boże Narodzenie, ale to są właściwie jedyne momenty, kiedy naprawdę mam taką możliwość. Latem zwykle mamy długie praktyki kliniczne, a w trakcie roku są zajęcia, na których po prostu trzeba być.

KN: Ale rodzice cię odwiedzają?

ND: Oczywiście, rodzice starają się mnie odwiedzać, ale też mają bardzo dużo pracy – mają bardzo wymagające zawody.

KN: Tęsknisz za Polską, za domem, za bliskimi?

ND: Za rodziną na pewno bardzo tęsknię. Zauważyłam też coś, czego wcześniej w ogóle nie dostrzegałam – tęsknotę za językiem ojczystym. Kiedy przez cały czas mówi się w obcym języku i wszędzie słyszy się go wokół siebie i nagle słyszysz język polski, odczuwasz silne emocje. Doświadczam tego często. No i oczywiście bardzo tęsknię też za polską kuchnią.

KN: Gotujesz sobie sama czy chodzisz do stołówki?

ND: Czasem chodzę do stołówki, zwykle też gotuję sama, ale w Niemczech nie ma zbyt wielu polskich sklepów, gdzie można by kupić polskie produkty. Jedną z rzeczy, których mi bardzo brakuje, są pierogi. Co prawda, można je zrobić samemu, ale to zajmuje trochę czasu.

KN: Wspominaliśmy już o polskich relacjach koleżeńskich, że też nie jest łatwo je utrzymać z uwagi na różny tok studiów. A czy w Heidelbergu jest jakieś środowisko Polaków? Masz z nim kontakty? Czy raczej sporadycznie?

ND: Bardzo sporadycznie. Zbyt wielu Polaków tam nie spotkałam. Być może nawet są, ale o tym nie wiem.

KN: Nie zrzeszacie się? Nie jesteście w jakimś kole studenckim czy grupie polskiej?

ND: Nie. Nawet nie wiem czy takie istnieją. Zresztą na taką działalność trzeba mieć czas. Ja go, niestety, nie mam. Myślę, że więcej studentów polskich studiuje na wschodzie Niemiec, np. w Berlinie czy Lipsku, bo są bliżej granicy.

KN: A życie prywatne – jak spędzasz wolny czas, kiedy wiesz, że nie musisz się uczyć? Masz jakieś zainteresowania? Masz w ogóle czas na życie poza uczelnią, np. kino, sport?

ND: Tak, w czasie wolnym – choć nie mam go zbyt wiele – bardzo lubię grać w tenisa, pójść na pływanie, również gram na perkusji. Zresztą, jak już wcześniej o tym wspomniałam, bardzo dużo studentów medycyny poza zajęciami uprawia sport i gra na jakimś instrumencie. Mamy nawet orkiestrę uniwersytecką, w której grają studenci. Stwierdziłam, że też chciałabym na czymś grać. Kiedyś grałam na pianinie, ale średnio mi się to podobało, więc stwierdziłam, że spróbuję perkusji i to bardzo mi się podoba. To moment, kiedy naprawdę mogę się wyłączyć i po prostu skupić tylko na tym. Uwielbiam też malować, czytać książki, szczególnie po polsku, gdy mogę wrócić do języka.

KN: Ale uczysz się z podręczników niemieckich?

ND: Tak, wydaje mi się, że korzystanie z polskich podręczników byłoby trudne, bo i tak musiałabym później wszystko przekładać na niemiecki, a to oznaczałoby dodatkową pracę. Jak człowiek zacznie się trochę przymuszać, by uczyć się z niemieckich źródeł, z czasem zaczyna mu to przychodzić coraz łatwiej.

KN: Nino, bardzo serdecznie dziękuję Tobie za tę rozmowę. Gratuluję wytrwałości, odwagi i ambicji. Życzę Ci wielu sukcesów, szybkiego ukończenia doktoratu oraz satysfakcji z tego co robisz teraz i będziesz robiła w przyszłości. Jestem przekonany, że przed Tobą bardzo piękna kariera, niezależnie od tego, czy zostaniesz w Niemczech, czy wrócisz do Polski, a może jeszcze w innym zakątku świata.

ND: Dziękuję również za rozmowę. Na koniec chciałabym powiedzieć, że niezależnie od tego, gdzie studiujemy, medycyna jest wszędzie taka sama – jest piękną, ale zarazem bardzo wymagającą drogą, a przyszła praca w tym zawodzie to ogromna odpowiedzialność. Studenci tego kierunku – również tutaj, w Bydgoszczy – doskonale to rozumieją. Chciałabym życzyć im wszystkim pasji, wytrwałości, satysfakcji oraz tego, co w zawodzie medyka najważniejsze: empatii, siły i poczucia, że to, co robimy, ma prawdziwy sens.

ze strony Redakcji rozmowę z Niną DREWĄ prowadził redaktor naczelny, dr Krzysztof Nierzwicki

Święto pełne nagród i wyróżnień

– Wszechstronność naszej społeczności, niezliczone pola i kierunki badań, które prowadzimy, to solidny fundament naszej pozycji – mówił w swoim wystąpieniu z okazji Święta Uniwersytetu JM Rektor UMK prof. dr hab. Andrzej Tretyn. – Z powodzeniem szukamy odpowiedzi na pytania nurtujące ludzkość od zawsze i podejmujemy najnowsze wyzwania cywilizacji.

Główne obchody Święta Uniwersytetu odbyły się 19 lutego. Tradycyjnie rozpoczęły się złożeniem kwiatów pod pomnikiem Mikołaja Kopernika w 553. rocznicę urodzin astronoma. Następnie uroczystości przeniosły się do Auli, gdzie społeczności Uniwersytetu w świętowaniu towarzyszyło szerokie grono znamienitych gości, m.in. parlamentarzyści, przedstawiciele władz samorządowych, a także rektorzy innych uczelni.

W swoim wystąpieniu rektor prof. dr hab. Andrzej Tretyn podsumował sukcesy Uczelni w minionym roku, wskazał również wyzwania, przed którymi staje społeczność Uniwersytetu w nadchodzących miesiącach, takie jak historyczna termomodernizacja budynków Biblioteki Uniwersyteckiej i Rektoratu i druga edycja programu Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia Badawcza.

Nikogo nie trzeba przekonywać, jak ważny był status uniwersytetu badawczego w rozwoju UMK w ostatnich latach – mówił rektor. – Dotyczyło to zwłaszcza badań naukowych, możliwości ich prowadzenia, znaczenia wyników i międzynarodowego wymiaru. Ale postęp w tej sferze miał wpływ na całą działalność Uniwersytetu, wzmocnił jakość edukacji,

ugruntował pozycję wiarygodnego i cenionego partnera w projektach międzynarodowych, a także, co niezwykle ważne, rozwinął współpracę wewnątrz Uczelni, pomógł stworzyć interdyscyplinarne zespoły badawcze, a wraz z nimi wartościowe i trwałe więzi. Jesteśmy uniwersytetem badawczym i pozostaniemy nim niezależnie od wyniku naszych starań i formalnego statusu – chcę to jednoznacznie zadeklarować.

W uznaniu zasług

Szczególny punkt programu tegorocznego Święta stanowiło wręczenie uniwersyteckich wyróżnień. Convallaria Copernicana, przyznawana od 2004 r. przez Senat uczelni za wybitny wkład do nauki lub szczególne zasługi dla rozwoju Uniwersytetu, trafiła do dr Cecylii Iwaniszewskiej, pierwszej absolwentki astronomii na UMK, wieloletniej pracownicy Obserwatorium Astronomicznego UMK, a także działaczki społecznej i popularyzatorki astronomii.

Nagrodą Laurus Aesculapii, honorowym wyróżnieniem przyznawanym od 2024 r. za wybitny wkład do nauki i szczególne zasługi dla rozwoju Collegium Medicum UMK, uhonorowany został prof. dr hab. Ryszard Oliński, jeden z organizatorów Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy, twórca Katedry Biochemii Klinicznej, w latach 1991-1996 prorektor ds. nauki i współpracy z zagranicą AM, a od 2012 r. do 2016 – pełnomocnik rektora ds. nauki i współpracy



Władze rektorskie, na Święcie Uczelni, przemawia JM Rektor UMK, prof. dr hab. Andrzej Tretyn



W imieniu dr Cecylii Iwaniszewskiej, nieobecnej z powodów zdrowotnych, wyróżnienie odebrał jej syn prof. Jan Iwaniszewski

z zagranicą. W pracy naukowej zajmuje się przede wszystkim patogenezą nowotworów oraz wykorzystaniem metod biologii molekularnej, genomiki i proteomiki do ich wczesnego wykrywania, a także rozwojem nowych metod terapii nowotworów złośliwych.

Podczas Święta Uniwersytetu ogłoszono również laureata Nagrody Naukowej „Ratio et Spes”. W tym roku otrzymał ją prof. Ronald J. Krotoszynski Jr., wykładowca w University of Alabama School of Law, gdzie pełni funkcję profesora w katedrze Johna S. Stone’a, dyrektora ds. badań naukowych oraz dyrektora Programu Studiów Konstytucyjnych i Inicjatywy na rzecz Zaangażowania Obywatelskiego. Rada

Naukowa Nagrody doceniła interdyscyplinary charakter publikacji prof. Krotoszynskiego „Free Speech as Civic Structure. A Comparative Analysis of How Courts and Culture Shape the Freedom of Speech” oraz jej tematykę nawiązującą do aktualnych problemów, które mają istotny wpływ na życie i funkcjonowanie zarówno jednostek, jak i społeczeństw.

Uroczystościom w Auli towarzyszyło wręczenie Medalu za Zasługi Położone dla Rozwoju Uczelni. Tegorocznym laureatem wyróżnienia został dr hab. Jerzy Boehlke, prof. UMK, ekonomista i dziekan Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania w latach 2016–2024.



Grono Ambasadorów UMK powiększyło się o kolejnych osiem osób zastępujących dla Uniwersytetu





Prof. dr hab. Ryszard Oliński został uhonorowany wyróżnieniem Laurus Aesculapii

W ten sposób doceniono zasługi profesora dla Uniwersytetu, zwłaszcza w obszarze rozwoju współpracy międzynarodowej oraz współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym.

Nagrody i tytuły

Tytuł Honorowego Profesora UMK trafił do prof. dr. hab. Jerzego Łukaszewicza z Wydziału Chemii i Interdyscyplinarnego Centrum Nowoczesnych Technologii.

Wyróżnienie to otrzymują profesorowie o niezwykłym dorobku naukowym, którzy w minionym roku akademickim zakończyli swoją aktywną działalność zawodową, przechodząc na emeryturę. Wyróżnienie,

przyznawane przez Senat Uniwersytetu Mikołaja Kopernika na wniosek Kapituły Wyróżnień Honorowych, stanowi symboliczne podkreślenie niezastąpionego wkładu laureatów w rozwój nauki, kształcenie kolejnych pokoleń badaczy.

W trakcie Święta Uniwersytetu poznaliśmy również grono nowych Ambasadorów UMK, czyli absolwentów UMK ze znaczącymi sukcesami w nauce, kulturze, sztuce, polityce albo działalności gospodarczej, którzy promują Uniwersytet w swojej codziennej działalności.

Nowymi Ambasadorami UMK zostali:

- Artur Anuszewski – absolwent geografii na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi (1977), podróżnik,



Tytuł Honorowego Profesora odebrał prof. dr hab. Jerzy Łukaszewicz z Wydziału Chemii i Interdyscyplinarnego Centrum Nowoczesnych Technologii



Medal za Zasługi Położone dla Rozwoju Uczelni odebrał dr hab. Jerzy Boehlke, prof. UMK z Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania

geograf, fotografik, autor książek i publikacji prasowych, wydawca;

- Agnieszka Głowacka – absolwentka ekonomii na Wydziale Nauk Ekonomicznych i Zarządzania (1997), wiceprezesa ERBUD-u – jednej z największych grup budowlanych w Polsce;

- Przemysław Grudziński – absolwent historii na Wydziale Humanistycznym (1972), historyk, amerykańista, wykładowca, dyplomata, urzędnik, autor;

- Arkadiusz Myrcha – absolwent prawa na Wydziale Prawa i Administracji (2009), prawnik, poseł do Sejmu RP, sekretarz stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości;

- Zdzisław Preisner – absolwent geografii na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi (1973), podróżnik, geograf, wydawca, fotograf;

- Sławomir Redo – absolwent prawa na Wydziale Prawa i Administracji (1972), prawnik, wieloletni ekspert ONZ, Profesor Wizytujący Prawa Organizacji Narodów Zjednoczonych oraz członek United Nations Studies Association;

- Józef Robakowski – absolwent zabytkoznawstwa i konserwatorstwa na Wydziale Sztuk Pięknych (1967), profesor akademicki, artysta, kurator, historyk sztuki;

- Mirosław Zeidler – absolwent zabytkoznawstwa i konserwatorstwa na Wydziale Sztuk Pięknych (1970), zabytkoznawca, konserwator, antykwariusz, marszał.

19 lutego podczas uroczystości w Auli UMK nastąpiło także przekazanie dyplomów nowym doktorom habilitowanym oraz promocja doktorska (promocja doktorska w Collegium Medicum odbędzie się 10 kwietnia).

Praca naukowa, mimo oczywistych trudności i niedogodności, jest wciąż inspirującą perspektywą, nieosiągalną dla każdego, a dyplom Uniwersytetu Mikołaja Kopernika stanowi do niej znakomitą przepustkę – mówił rektor prof. dr hab. Andrzej Tretyn. – Gratuluję państwu tego osiągnięcia, jednego z najważniejszych w państwa życiu. Wasz sukces to nie tylko zbadanie fragmentu rzeczywistości, przybliżenie nas do prawdy o świecie i człowieku, ale także siła, którą wykazaliście, przełamując chwile zwątpienia i trudności.

Ważnym wydarzeniem było również podpisanie porozumienia między Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu a Urzędem Marszałkowskim dotyczące wspólnych projektów badawczych i dydaktycznych związanych z produkcją żywności i agrotechnologią, które otwiera nowe możliwości rozwojowe i wzmacnia współpracę UMK z władzami regionu. Dokument sygnowali rektor prof. dr hab. Andrzej Tretyn oraz marszałek województwa kujawsko-pomorskiego Piotr Całbecki.



Laurus Aesculapii

Wyróżnienie Laurus Aesculapii, ustanowione w 2024 r. w 40. rocznicę powstania Akademii Medycznej w Bydgoszczy i 20. rocznicę jej połączenia z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu, w tym roku trafiło do prof. dr. hab. Ryszarda Olińskiego.

To jeden z organizatorów Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy, twórcza Katedry Biochemii Klinicznej, w latach 1991–1996 prorektor ds. nauki i współpracy z zagranicą AM, a od 2012 r. do 2016 r. – pełnomocnik rektora ds. nauki i współpracy z zagranicą. Prof. Oliński w swojej pracy naukowej zajmuje się przede wszystkim patogenezą nowotworów oraz wykorzystaniem metod biologii molekularnej, genomiki i proteomiki do ich wczesnego wykrywania, a także rozwojem nowych metod terapii nowotworów złośliwych. Wyróżnienie otrzymał za wybitny wkład w rozwój i popularyzację osiągnięć Collegium Medicum UMK oraz całokształt dorobku naukowego, dydaktycznego i organizacyjnego.

Prof. dr hab. Ryszard Oliński od 1988 roku zatrudniony jest w Katedrze Biochemii Klinicznej Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera. Był jednym z organizatorów Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Tworzył i organizował od podstaw Katedrę Biochemii Klinicznej.

W latach 1991–1996 był prorektorem ds. nauki i współpracy z zagranicą Akademii Medycznej im.

L. Rydygiera w Bydgoszczy, a od 2012 do 2016 roku pełnił funkcję pełnomocnika rektora UMK ds. nauki i współpracy z zagranicą.

Zainteresowania i dorobek naukowy Profesora dotyczą patogenezy nowotworów oraz wykorzystania metod biologii molekularnej, genomiki i proteomiki do ich wczesnego wykrywania, a także rozwoju nowych metod terapii nowotworów złośliwych. W szczególności zajmował się znaczeniem wolnych rodników tlenowych w rozwoju i patogenezie chorób nowotworowych i układu krążenia, oceną zmian aktywności enzymów antyoksydacyjnych i uszkodzeń zasad azotowych w DNA komórkowym, analizą produktów naprawy DNA i analizą witamin o znaczeniu antyoksydacyjnym oraz weryfikacją zasad technologii wytwarzania i wykorzystywania żywności bogatej w naturalne antyoksydanty pod względem jej działania prozdrowotnego. W ostatnich latach w nurcie jego zainteresowań znalazły się procesy metylacji i aktywnej demetylacji DNA oraz znaczenie tych procesów w patogenezie chorób człowieka.

Profesor Ryszard Oliński przez wiele lat kierował zespołem prowadzącym badania nad udziałem oksydacyjnych uszkodzeń DNA w procesach nowotworzenia i innych chorobach człowieka. Zespół jako pierwszy wykazał, że w tkankach nowotworowych występuje znacznie więcej oksydacyjnych uszkodzeń DNA niż w tkankach prawidłowych (*FEBS Lett.* 1992 i 1994).

Dzisiaj jest to powszechnie akceptowany fakt, potwierdzony ponad 8 tysiącami cytowań artykułów naukowych, których Pan Profesor jest współautorem.

Ryszard Oliński uczestniczył w realizacji licznych grantów, w tym międzynarodowych; dwóch w ramach Polsko-Amerykańskiego Funduszu im. M. Skłodowskiej-Curie, trzech finansowanych przez Unię Europejską oraz ponad 20 finansowanych przez KB, MNiSW i NCN. Jest autorem wielu publikacji o dużym współczynniku oddziaływania i dużej cytowalności.

Profesor Oliński został kilkakrotnie wyróżniony indywidualną nagrodą Ministra Zdrowia przyznaną „za wybitne osiągnięcia naukowe”, dwukrotnie otrzymał Nagrodę Zespołu Nauk Medycznych PAN, jest ponadto laureatem subsydium profesorskiego FNP z zakresu nauk medycznych.

Był promotorem kilkunastu doktoratów. Trzech doktorantów uzyskało stypendium FNP w programie Start. W kierowanej przez Niego Katedrze stopień doktora habilitowanego uzyskało sześciu pracowników.



Prof. dr hab. Ryszard Oliński został uhonorowany wyróżnieniem Laurus Aesculapii w uznaniu jego zasług naukowych i organizacyjnych

Odznaczenia państwowe

Uroczyste wręczenie odznaczeń państwowych zasłużonym pracownikom i pracowniczkom Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu otworzyło obchody tegorocznego Świąta Uniwersytetu.

Podczas uroczystości, która 18 lutego odbyła się w Collegium Maximum, medale odebrało kilkadziesiąt osób zatrudnionych na UMK.

Odznaczenia – wspólnie z prorektorem ds. kadrowych i polityki finansowej dr. hab. Radosławem Sojakiem, prof. UMK – wręczyli wicewojewoda kujawsko-pomorski Michał Koniuch i kujawsko-pomorska wicekurator oświaty Beata Sikorska.

Wydarzenie uświetnił recital Macieja Rumińskiego.

Decyzją Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 18 lipca 2024 roku i 25 czerwca 2025 roku za szczególne zasługi dla szkolnictwa wyższego i nauki, w tym za wybitne osiągnięcia w zakresie działalności naukowej, dydaktycznej lub organizacyjnej, odznaczeni zostali:

Złotym Medalem „Zasłużony dla Nauki Polskiej Sapientia et Veritas”:

- prof. dr hab. Jan Styczyński z Wydziału Lekarskiego;

Srebrnym Medalem „Zasłużony dla Nauki Polskiej Sapientia et Veritas”:

- prof. dr hab. Elżbieta Jabłońska z Wydziału Sztuk Pięknych;

Brązowym Medalem „Zasłużony dla Nauki Polskiej Sapientia et Veritas”:

- prof. dr hab. Irena Dżurkowska-Kossowska z Wydziału Sztuk Pięknych.

Postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 11 stycznia 2024 roku i 18 grudnia 2024 roku o nadaniu odznaczeń przyznano medale za długoletnią służbę, za wzorowe i wyjątkowo sumienne wykonywanie obowiązków wynikających z pracy zawodowej:

Medal Złoty za Długoletnią Służbę otrzymali:

- mgr Joanna Bylicka z Biblioteki Uniwersyteckiej,
- mgr Dorota Foltańska-Borowiecka z Uniwersyteckiego Centrum Języków Obcych,

- dr hab. Sylwia Kołtan, prof. UMK z Wydziału Lekarskiego,

- Tomasz Nejkauf z Biblioteki Uniwersyteckiej.

Medal Srebrny za Długoletnią Służbę otrzymali:

- dr Mirosław Biczkowski z Wydziału Nauk o Ziemi i Gospodarki Przestrzennej,

- mgr inż. Agnieszka Majewska z Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Medal Brązowy za Długoletnią Służbę otrzymali:

- dr hab. inż. Krzysztof Rogatka, prof. UMK z Wydziału Nauk o Ziemi i Gospodarki Przestrzennej,

- mgr Justyna Szcześniak z Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Medale Komisji Edukacji Narodowej otrzymali:

- prof. dr hab. Mirosław Bochenek z Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania,

- dr Marcin Cichosz z Wydziału Chemii,

- dr Anita Gałęska-Śliwka z Wydziału Nauk o Zdrowiu,

- dr Karolina Gawron-Tabor z Wydziału Nauk o Polityce i Bezpieczeństwie,

- mgr Katarzyna Janowiak-Maciejewska z Wydziału Nauk Zdrowiu,



Prof. dr hab. Jan Styczyński został odznaczony Złotym Medalem „Zasłużony dla Nauki Polskiej Sapientia et Veritas”

- dr hab. Sławomir Kamiński, prof. UMK z Wydziału Sztuk Pięknych,
- dr hab. Renata Kołodziejska, prof. UMK z Wydziału Lekarskiego,
- dr Agata Kosobucka-Ozdoba z Wydziału Nauk o Zdrowiu,
- prof. dr hab. Stefan Kruszewski z Wydziału Farmaceutycznego,
- dr Magdalena Lampka z Wydziału Farmaceutycznego,
- dr hab. Marta Lenartowska, prof. UMK z Wydziału Nauk Biologicznych i Weterynaryjnych,
- dr Agnieszka Markuszewska z Wydziału Humanistycznego,
- dr hab. Wojciech Peszyński, prof. UMK z Wydziału Nauk o Polityce i Bezpieczeństwie,
- dr Katarzyna Pilecka-Rybka z Wydziału Nauk o Zdrowiu,
- dr Mariusz Popławski z Wydziału Nauk o Polityce i Bezpieczeństwie,
- dr hab. Artur Słomka, prof. UMK z Wydziału Farmaceutycznego,

- dr hab. Ireneusz Sobota, prof. UMK z Wydziału Nauk o Ziemi i Gospodarki Przestrzennej,
 - dr Grzegorz Srokowski z Wydziału Nauk o Zdrowiu,
 - dr Izabela Symonowicz-Jabłońska z Wydziału Filozofii i Nauk Społecznych,
 - dr hab. Karolina Szewczyk-Golec, prof. UMK z Wydziału Lekarskiego.
- Medale Komisji Edukacji Narodowej nadane w poprzednich latach otrzymali:
- dr hab. Damian Czarnecki, prof. UMK z Wydziału Nauk o Zdrowiu,
 - dr hab. Marcin Jaracz, prof. UMK z Wydziału Nauk o Zdrowiu,
 - dr hab. Marek Kejna, prof. UMK z Wydziału Nauk o Ziemi i Gospodarki Przestrzennej,
 - dr hab. Celestyna Miła-Kierzenkowska, prof. UMK z Wydziału Lekarskiego,
 - prof. dr hab. Krzysztof Roszkowski z Wydziału Nauk o Zdrowiu,
 - dr hab. Hanna Solarczyk, prof. UMK z Wydziału Filozofii i Nauk Społecznych,
 - dr hab. Ewa Wędrowska, prof. UMK z Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania.

Złoty Medal „Zasłużony dla Nauki Polskiej”

Prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński, związany ze Szpitalem Jurasza i Collegium Medicum, został nagrodzony Złotym Medalem „Zasłużony dla Nauki Polskiej”.

Prof. dr. hab. n. med. Jan Styczyński jest specjalistą transplantologii klinicznej, onkologii i hematologii dziecięcej oraz pediatrii. Kieruje Katedrą i Kliniką



Prof. dr hab. Jan Styczyński został odznaczony Złotym Medalem „Zasłużony dla Nauki Polskiej Sapientia et Veritas”

Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Jurasza Collegium Medicum UMK. Stworzył unikalny cykl publikacji oryginalnych i międzynarodowych rekomendacji dotyczących przeszczepiania szpiku i komórek krwiotwórczych. Prof. Styczyński ma największy dorobek naukowy w Collegium Medicum (zarówno pod względem wartości Impact Factor, jak i punktacji ministerialnej) oraz jest jednym z najczęściej cytowanych naukowców nie tylko na Uczelni, ale i na świecie.

Minister Edukacji Narodowej nagroził prof. Jana Styczyńskiego Złotym Medalem „Zasłużony dla Nauki Polskiej Sapientia et Veritas”. Medal wręczył wicewojewoda kujawsko-pomorski Michał Koniuch w asyście władz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Uroczystość miała miejsce 18 lutego 2026 r., w przeddzień Święta Uczelni.

Medal „Zasłużony dla Nauki Polskiej Sapientia et Veritas” jest przyznawany za szczególne zasługi dla szkolnictwa wyższego i nauki. Medal posiada trzy stopnie (złoty, srebrny, brązowy) i jest przyznawany za wybitne osiągnięcia naukowe, dydaktyczne oraz organizacyjne. Nazwa pochodzi z łaciny i oznacza „Mądrość i Prawda”. Medal ma na celu wyróżnienie osób znacząco wspierających rozwój nauki i szkolnictwa i jest wyrazem uznania dla osób, które przyczyniają się do poszukiwania prawdy i rozwijania mądrości w polskiej nauce.

Budowa Centrum Stomatologii trwa

Bydgoszcz zyskuje nowoczesne Centrum Stomatologii Collegium Medicum UMK. Trwa intensywny etap budowy strategicznej inwestycji, która podniesie standard kształcenia studentów kierunku lekarsko-dentystycznego i wzmocni bazę kliniczną Uczelni. Nowe centrum ma szansę stać się jednym z najnowocześniejszych ośrodków stomatologicznych w regionie.

Centrum Stomatologii CM UMK to strategiczna inwestycja, która znacząco podniesie jakość kształcenia studentów kierunku lekarsko-dentystycznego oraz wpłynie na rozwój bazy klinicznej Uczelni. Inwestycja znajduje się w zaawansowanym stadium realizacji, a nowoczesne Centrum Stomatologii sukcesywnie przechodzi przez następne etapy budowy.

Bieżący etap realizacji inwestycji

Aktualnie zakończono etap konstrukcyjny budowy Budynku Dydaktycznego Centrum Stomatologii. Po posadowieniu i zespoleniu modułów tworzących obiekt wykonano montaż aluminiowej stolarki wewnętrznej oraz zewnętrznej. Zrealizowano również prace związane z zamknięciem dachu na całej powierzchni budynku oraz ułożono okładziny gresowe na klatkach schodowych.

Równolegle prowadzone są prace instalacyjne obejmujące wykonanie połączeń instalacji sanitarnych pomiędzy modułami, w tym instalacji wodociągowych, kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania oraz wentylacji, a także realizację instalacji elektrycznych i zabudowę szachtów instalacyjnych. Jednocześnie zespoły wykończeniowe wykonują roboty obejmujące szpachlowanie i malowanie ścian, montaż konstrukcji

sufitów podwieszanych, przygotowanie posadzek samopoziomujących pod wykładziny PCV, układanie wykładzin PCV na posadzkach oraz wykonywanie okładzin ściennych. Przy sprzyjających warunkach atmosferycznych prowadzone są również prace elewacyjne, obejmujące gruntowanie podłoża oraz montaż płyt z wełny mineralnej.

Ukończone etapy inwestycji

Miniony etap budowy, do którego należały zaawansowane prace prefabrykacyjne konstrukcji modułowych, wyglądał następująco:

Prefabrykacja odbywała się w zakładzie produkcyjnym zlokalizowanym w Ostrowcu Świętokrzyskim. Na miejscu funkcjonuje w pełni wyposażona, zautomatyzowana linia produkcyjna, która pozwala na realizację wysokiej jakości modułów w warunkach kontrolowanych.

Proces rozpoczął się od precyzyjnego przygotowania stalowych profili, które następnie są cięte na wymiar. Kolejny etap to spawanie konstrukcji – prowadzone zarówno przez operatorów, jak i nowoczesne roboty spawalnicze. Po zakończeniu spawania elementy są poddawane szlifowaniu i obróbce wykańczającej. Gotowe konstrukcje trafiają następnie do malarni, gdzie przeprowadzany jest proces zabezpieczania antykorozyjnego zgodnie z obowiązującymi normami – zarówno pod względem grubości, jak i jednorodności powłok.

Na każdym etapie produkcji prowadzona była zkładowa kontrola jakości oraz zgodności z dokumentacją techniczną i przepisami.



Budowa Centrum Stomatologii trwa

Po zabezpieczeniu konstrukcji przystąpiono do montażu warstw wykończeniowych – płytowania ścian i sufitów. Moduły zestawiane są w układ zgodny z projektem architektonicznym, a następnie realizowane są prace instalacyjne i wykończeniowe wewnętrzne.

Po zakończeniu wszystkich etapów produkcyjnych, gotowe moduły, przygotowane do transportu i przewiezione na plac budowy w Bydgoszczy, zostały zestawione w jedną spójną strukturę. Zastosowanie technologii modułowej pozwalało na szybką i precyzyjną realizację obiektu, przy jednoczesnym zachowaniu wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa.

Inwestycja realizowana jest w ramach przedsięwzięcia „Modernizacja i doposażenie bazy dydaktycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”, współfinansowanego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Inwestycja D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”.

Centrum Leczenia Dzieci – wizualizacja

Budowa Centrum Leczenia Dzieci w Szpitalu Uniwersyteckim im. A. Jurasza nabiera tempa – uzyskano już pozwolenie na budowę.

Realizacja kluczowej inwestycji Szpitala Jurasza wchodzi w kolejny etap. Wykonawca zadania – Erbud Group z siedzibą w Warszawie (Lider konsorcjum) oraz Przedsiębiorstwo Wielobranżowe EBUD

– Przemysłówka (Partner konsorcjum) uzyskał prawną decyzję o pozwoleniu na budowę. Jest to pierwszy kamień milowy w procesie przygotowania realizacji przedsięwzięcia. Decyzja ta umożliwia rozpoczęcie robót budowlanych zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz harmonogramem inwestycji.



Centrum Leczenia Dzieci – wizualizacja

Dyplomatorium Wydziału Nauk o Zdrowiu

3 grudnia 2025 r. odbyło się uroczyste Dyplomatorium Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Mury naszej uczelni opuściło 540 absolwentów WNoZ. Do najlepszych z nich trafiły nagrody i wyróżnienia oraz gratulacje władz Wydziału i Uczelni.

W uroczystości wzięli udział absolwenci kierunków: audiofonologia, elektroradiologia, fizjoterapia, dietetyka, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, terapia zajęciowa oraz zdrowie publiczne. Liczba tych, którzy z sukcesem ukończyli studia na Wydziale Nauk o Zdrowiu to 540 absolwentów.

Gratulacje absolwentom złożyli przedstawiciele władz Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy na czele z dziekanem Wydziału prof. dr. hab. Pawłem Zalewskim, oraz przedstawiciele władz UMK w Toruniu w tym: dr hab. Monika Wałachowska, prof. UMK – prorektorka ds. studenckich i kształcenia oraz dr hab. Radosław Sojak, prof. UMK – prorektor ds. kadrowych i polityki finansowej. Uroczystości swoją obecnością uświetniło wielu zaproszonych gości, w tym m.in. konsultanci wojewódzcy w dziedzinach pielęgniarstwa, a także członkowie Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu, członkowie Rady Dziekańskiej Wydziału Nauk o Zdrowiu, nauczyciele akademicy Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz rodziny absolwentów.



W tym roku po raz kolejny na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum odbyła się uroczystość nadania symboli zawodowych, tzw. „czepkowanie”, absolwentom kierunku pielęgniarstwo oraz położnictwo. Wzięło w nim udział 77 pielęgniarek i pielęgniarzy oraz 28 położnych. Podczas tego wyjątkowego wydarzenia absolwentkom nałożono na głowy białe czepki z czerwonym lub czarnym aksamitnym paskiem w obecności kadry dydaktycznej, rodziców i bliskich, co było symbolem przyjęcia do zawodu.

Choć położne i pielęgniarki nie mają obowiązku noszenia czepka, pozostał on elementem stroju galowego, a jako symbol zawodowy używany jest podczas ważnych uroczystości.



Dyplomatorium Wydziału Nauk o Zdrowiu

Srebrny Jubileusz Kliniki Endokrynologii i Diabetologii

Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy obchodzi w tym roku 25-lecie swojej działalności. Z tej okazji w dniach 7–8 listopada 2025 r. w Bydgoszczy odbyła się dwudniowa Jubileuszowa Konferencja Kliniki, która zgromadziła ponad 160 lekarzy specjalistów z całej Polski.

Wydarzenie miało miejsce w hotelu Focus Premium „Pod Orłem” i stało się prawdziwym świętem medycyny – okazją do podsumowania dorobku minionego ćwierćwiecza oraz do wymiany wiedzy na temat najnowszych osiągnięć w endokrynologii, diabetologii oraz dynamicznie rozwijającej się otyłości, skoncentrowanej na diagnostyce i leczeniu choroby otyłościowej. Organizatorem konferencji był zespół Kliniki, przewodniczącym Komitetu Naukowego prof. Roman Junik (kierownik Kliniki), a Komitetu Organizacyjnego – dr n. med. i n. o zdr. Szymon Suwała.

Jubileuszowa konferencja pełna wiedzy i inspiracji

Konferencję otworzyło powitanie uczestników, zaproszonych gości i patronów. Wśród nich znaleźli się m.in. dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, marszałek województwa kujawsko-pomorskiego oraz przedstawiciele Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Odczytano listy gratulacyjne, a w imieniu dyrekcji Szpitala list zaprezentowała dyrektor ds. leczenia dr hab. n. med. Beata Sulikowska, prof. UMK, wręczając także kwiaty oraz pamiątkową statuetkę.

Po części oficjalnej rozpoczęto obrady merytoryczne. Pierwszy wykład, inaugurujący sesję endokrynologii onkologicznej i poświęcony incydentalnym guzom przysadki, wygłosiła prezes Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego prof. Alicja Hübalewska-Dydejczyk. Kolejne wystąpienia przedstawiły reprezentanci ośrodków akademickich z Lublina (prof. Beata Matyjaszek-Matuszek, przedstawiająca zagadnienia dotyczące akromegalii), Warszawy (prof. Przemysław Witek, mówiący o nowoczesnym leczeniu zespołu Cushinga) oraz Poznania (dr hab. Paweł Gut, prof. UMP, wykładający o leczeniu nowotworów neuroendokrynnych).

Pierwszego dnia konferencji, obok sesji endokrynologii onkologicznej, poruszano także zagadnienia z zakresu otyłości i tyreologii. Naukowym

zwieńczeniem dnia była Sesja Jubileuszowa „25 lat minęło...”. Prof. Roman Junik przedstawił historię Kliniki i Katedry, prof. Jerzy Sowiński – nestor polskiej endokrynologii – podzielił się osobistymi wspomnieniami związanymi z rozwojem tej dziedziny, prof. Marek Ruchała omówił przełomowe odkrycia ostatniego ćwierćwiecza w endokrynologii, a dr n. med. Bogumił Wolnik podsumował zmiany i postęp w diabetologii oraz leczeniu otyłości. Część naukową dopełnił akcent kulturalny – po zakończeniu sesji jubileuszowej wystąpił chór Bydgoskiej Izby Lekarskiej Medici Cantares, którego koncert spotkał się z entuzjastycznym przyjęciem i owacją na stojąco.

Drugi dzień konferencji poświęcony był również istotnym zagadnieniom. Odbyły się sesje diabetologiczne, tarczycowe, dotyczące gospodarki wapniowo-fosforanowej oraz chorób nadnerczy. Powrócono także do tematyki otyłości – tym razem w kontekście najnowszych terapii, w tym podwójnych agonistów GLP-1 i GIP, roli diety oraz przyszłych kierunków diagnostyki i leczenia powikłań choroby otyłościowej.

Łącznie podczas dwudniowego spotkania wygłoszono 33 wykłady obejmujące pełne spektrum endokrynologii, diabetologii i otyłości. Wśród prelegentów znaleźli się eksperci z ośrodków z całej Polski, a Bydgoszcz reprezentowali: prof. Roman Junik, prof. Jacek Kubica, dr n. med. i n. o zdr. Szymon Suwała, dr n. med. Anna Kamińska oraz dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSN oZ oraz dr hab. Marcin Gierach, prof. UMK.

Konferencja nie tylko o znaczeniu naukowym

Choć konferencja miała przede wszystkim charakter naukowy, nie zabrakło w niej nowatorskich elementów sprzyjających dyskusji. Jednym z nich był interaktywny panel poświęcony roli mediów społecznościowych oraz problemowi dezinformacji medycznej we współczesnej medycynie – temat rzadko podejmowany podczas specjalistycznych zjazdów lekarskich. Panel spotkał się z dużym zainteresowaniem uczestników, a żywe dyskusje i pytania z sali pokazały, że środowisko lekarskie dostrzega potrzebę rozmowy o wyzwaniach komunikacji i edukacji zdrowotnej w dobie internetu.

Dwudniowe spotkanie miało również wymiar praktyczny. Prelegenci – uznani eksperci z ośrodków z całej Polski – przekazywali aktualną wiedzę, możliwą do bezpośredniego wykorzystania w codziennej praktyce klinicznej. Każdy wykład zawierał

konkretne, rzeczowe informacje przydatne w opiece nad pacjentami.

Uczestnicy opuszczali Bydgoszcz z poczuciem dobrze wykorzystanego czasu, co znalazło odzwierciedlenie w licznych pozytywnych opiniach kierowanych do Komitetów Naukowego i Organizacyjnego oraz do organizatora logistycznego – firmy Sympomed. Jubileusz stał się także okazją do integracji środowiska medycznego: młodszy lekarze mogli czerpać z doświadczeń mentorów, a pionierzy polskiej endokrynologii obserwować dalszy rozwój swojej dziedziny w rękach kolejnego pokolenia. Nie zabrakło również czasu na mniej formalne rozmowy i wspomnienia, które dodatkowo umocniły więzi w tej społeczności.

25 lat wiedzy i doświadczenia

Klinika Endokrynologii i Diabetologii, obecnie funkcjonująca jako Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, powstała 25 lat temu. Od tego czasu nieprzerwanie służy pacjentom regionu oraz całej Polski. Jest jedynym w województwie kujawsko-pomorskim ośrodkiem o najwyższym, III stopniu referencyjności w swoich dziedzinach, zapewniającym najbardziej specjalistyczną i kompleksową opiekę nad pacjentami z chorobami układu wewnątrzwydzielniczego, cukrzycą oraz zaburzeniami przemiany materii, w tym nadwagą i otyłością. Przez ćwierć wieku działalności Klinika konsekwentnie rozwijała wszystkie filary swojej misji: diagnostykę



Gratulacje dla Kliniki czytał prof. dr hab. Roman Junik, kierownik Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych

i leczenie, działalność naukowo-badawczą, dydaktyczną oraz organizacyjną.

Jedno jest pewne – osiągnięcia ostatnich 25 lat stanowią solidny fundament, na którym bydgoska endokrynologia i diabetologia będą budować dalszy rozwój – z myślą o pacjentach i przyszłych pokoleniach lekarzy.



Jubileuszowa Konferencja Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych

Collegium Medicum na toruńskim Festiwalu Nauki i Sztuki 2026

Ideą Festiwalu Nauki i Sztuki organizowanego od lat przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Urząd Miasta Torunia oraz Towarzystwo Naukowe w Toruniu jest popularyzacja nauki i sztuki wśród mieszkańców miasta i regionu. Aktywny udział w imprezie biorą nie tylko pracownicy uniwersyteccy, w tym także przedstawiciele Collegium Medicum UMK, ale także przedstawiciele lokalnych przedsiębiorstw oraz instytucji, którzy w przystępny sposób prezentują osiągnięcia naukowe lub artystyczne. W ciągu czterech dni festiwalowi goście mogą poznać od kuchni miejsca na co dzień niedostępne – naukowe laboratoria i warsztaty pracy uczonych, artystów. Poprzednie edycje Festiwalu odniosły sukces frekwencyjny i organizacyjny. W programie ostatniej odsłony w 2025 roku znalazło się 130 imprez: warsztatów, pokazów, prezentacji, spotkań, wykładów, gier, dyskusji, wycieczek, wystaw, koncertów, przedstawień teatralnych i konkursów. Atrakcyjny program przyciągnął około 40 tys. uczestników.

Kolejna edycja Festiwalu, czyli 24. Toruński Festiwal Nauki i Sztuki odbędzie się w dniach 24–27 kwietnia 2026 roku. Nie mogło na niej zabraknąć prelegentów z Collegium Medicum UMK.

W sobotę 25 kwietnia 2026 r. w bloku „Medyczna Akademia” wystąpi kilku z nich, prezentując arcykierunkowe tematy.

I tak z wykładami pojawią się:

- dr Maciej Gawroński (Wydział Farmaceutyczny): Fascynujący świat aminokwasów: 20 literek i kod życia
- dr Marek Jurgowiak (Wydział Farmaceutyczny): Nasz mózg – dlaczego jesteśmy mądrzy?



– dr hab. Marek Foksiński, prof. UMK (Wydział Farmaceutyczny): Cholesterol – fakty i mity

– mgr Tomasz Czyszczak, mgr Michał Borowczyk, dr Przemysław Żuratyński (Wydział Nauk o Zdrowiu): Pierwsza pomoc po nowemu, czyli kiedy można zrobić zastrzyk

– dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK (Wydział Lekarski): Ewolucja chirurgii na tle rozwoju nauki i cywilizacji

– dr hab. Wojciech Ślusarczyk, prof. UMK (Wydział Nauk o Zdrowiu): Od lekarstwa przeciwmorowego do męskiego kosmetyku, czyli nieoczywiste dzieje wody kolońskiej.

W programie Festiwalu znajdzie się także pokaz ratownictwa medycznego zorganizowany przez Katedrę Ratownictwa Medycznego, którą kieruje dr Przemysław Żuratyński oraz pokaz fantomów wykorzystywanych w symulacjach medycznych zorganizowany przez Centrum Symulacji Medycznych CM UMK, którym kieruje mgr Zofia Tekień-Jankowska).

Koordynatorem Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki w Collegium Medicum od lat pozostaje dr Marek Jurgowiak z Katedry Biochemii Klinicznej, będący także członkiem Rady Programowej TFNiS.

Wielki finał zbiórki książek dla chorych dzieci

W dniu 29 stycznia br. przedstawiciele Studenckiej Poradni Zdrowia (YUFE) odwiedzili Oddział Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Wizyta miała charakter terapeutyczno-społeczny i została bardzo ciepło przyjęta przez małych pacjentów. W skład zespołu weszli studenci kierunku terapia zajęciowa oraz studentka fizjoterapii, działający w ramach Studenckiej Poradni Terapii Zajęciowej. Całość działań

odbywała się pod merytoryczną opieką dr hab. Michaliny Radzińskiej, prof. UMK oraz dr Mileny Wojciechowskiej, kierownik Studenckiej Poradni Zdrowia i obejmowała warsztaty bajkoterapii realizowane w dwóch uzupełniających się formach.

Pierwszą z nich było wspólne czytanie książek. Wolontariusze, przebrani za bohaterów bajek, nawiązywali bezpośredni kontakt z małymi pacjentami, co sprzyjało budowaniu relacji emocjonalnych oraz

umożliwiało dzieciom wartościowe i radosne spędzenie czasu wolnego od procedur medycznych. Z perspektywy klinicznej czytanie bajek posiada liczne walory prozdrowotne – skutecznie redukuje lęk związany z hospitalizacją, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa i zaufania do otoczenia, a także wpływa na obniżenie poziomu kortyzolu przy jednoczesnym wzroście wydzielania oksytocyny. Czynniki te mają istotne znaczenie w procesie rekonwalescencji.

Drugą formą aktywności było wspólne tworzenie bajek z wykorzystaniem drobnych rekwizytów. Warsztat kreatywnego konstruowania opowieści poprowadziła dr hab. Michalina Radzińska, prof. UMK. Bajkoterapia w tym ujęciu stanowi cenne narzędzie rozwijania twórczego potencjału dzieci, umożliwiając im swobodną ekspresję oraz stymulując kreatywność i wyobraźnię językową. Działania te sprzyjają integracji w grupie rówieśniczej, a z naukowego punktu widzenia wspierają procesy poznawcze, wzmacniają poczucie sprawstwa u pacjentów oraz pełnią funkcję treningu umiejętności społecznych.



Niezwykle poruszającym elementem dzisiejszej wizyty było również przekazanie przez Studencką Poradnię Zdrowia kilkuset książek, zgromadzonych w ramach zbiórki prowadzonej w dniach od 7 do 26 stycznia bieżącego roku. W inicjatywę tę zaangażowała się cała społeczność Uniwersytetu Mikołaja Kopernika – publikacje były zbierane zarówno w Collegium Medicum w Bydgoszczy, jak i na kampusie toruńskim, co dobitnie potwierdziło jedność oraz wrażliwość wspólnoty akademickiej na potrzeby hospitalizowanych dzieci.

Konkurs „Dentysta Przyszłości”

Konkurs „Dentysta Przyszłości”, organizowany przez Collegium Medicum UMK, przeszedł do historii z rekordowym poziomem kreatywności. Do naszej komisji wpłynęło aż 35 pięknych, kolorowych i hiper-pomyślowych prac, które pokazały, że stomatologia może być zarówno futurystyczna, jak i ... totalnie z kosmosu.

Od latających foteli dentystycznych przypominających UFO, przez uśmiechające się roboty-asystentki po dentystów-superbohaterów z laserami zamiast wiertła – młodzi artyści udowodnili, że wyobraźnia nie zna granic.

W każdej kategorii wiekowej (6–9 oraz 10–14 lat) jury pod przewodnictwem prorektor ds. promocji

i współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym – dr hab. Joanny Kucharzewskiej, prof. UMK – miało twardy orzech do zgryzienia, ale w końcu ... udało się! Gratulujemy laureatom, którzy przestali prace tak wystrzałowe, że nawet przyszły dentysta z 2076 roku byłby pod wrażeniem!

Najlepsze prace będą prezentowane na wiosennej wystawie oraz na naszych kanałach – więc przygotujcie się na prawdziwą galerię uśmiechów.

Jeszcze raz dziękujemy wszystkim uczestnikom. Gdyby kreatywność leczyła zęby, świat byłby bez próchnicy.

Nasi wspaniali laureaci to:

W kategorii 6–9 lat:

I miejsce Maksymilian Będkowski

II miejsce Amelia Nowak

III miejsce Mia Sytek-Jeleń

W kategorii 10–14 lat:

I miejsce Paulina Budnik

II miejsce Bianka Będkowska

III Jakub Szymczak

III Helena Stówik

Dodatkowo dr hab. Joanna Kucharzewska, prof. UMK postanowiła uhonorować Biankę Będkowską nagrodą honorową.



Grant Naukowej Fundacji Polpharmy dla pracowników Katedry Patofizjologii

Zespół z Katedry Patofizjologii Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu uzyskał 654 900 zł dofinansowania z Naukowej Fundacji Polpharmy na realizację projektu badawczo-wdrożeniowego poświęconego zapobieganiu przedwczesnemu przerywaniu stacjonarnej terapii uzależnień.

Kierownikiem projektu jest dr Inga Dziembowska, adiunkt w Katedrze Patofizjologii Wydziału Farmaceutycznego CM UMK, autorka wniosku grantowego i inicjatorka przedsięwzięcia. W prace badawcze zaangażowany jest również dr hab. Artur Słomka, prof. UMK, współpracujący przy realizacji projektu w ramach działalności naukowej Katedry Patofizjologii. Zespół odpowiada za rozwój koncepcji badawczej oraz nadzór merytoryczny nad jej wdrożeniem.

Część kliniczną projektu współrealizują mgr Łucja Boguń, kierownik Oddziału Terapii Uzależnienia

od Alkoholu, oraz mgr Joanna Jaskólska, psycholog kliniczny – obie związane z Wojewódzkim Szpitalem Zdrowia Psychicznego im. dr. J. Bednarza w Świeciu.

Za koordynację administracyjną projektu odpowiada Joanna Grzeškiewicz z Collegium Medicum UMK, natomiast za zaprojektowanie i wdrożenie aplikacji mobilnej – inż. Krzysztof Dziembowski, CEO Studio AEVIA.

Efektom projektu będzie nowoczesna aplikacja mobilna umożliwiająca wczesną identyfikację pacjentów zagrożonych przerwaniem terapii oraz wspierająca terapeutów poprzez spersonalizowane rekomendacje kliniczne. Rozwiązanie to ma potencjał zwiększenia skuteczności leczenia, ograniczenia liczby nawrotów oraz wzmocnienia praktyki klinicznej w ośrodkach terapii uzależnień w Polsce.

Zespół Collegium Medicum wśród laureatów ONKOgrantów

Zespół projektowy z udziałem pracowników Collegium Medicum UMK został laureatem IX edycji prestiżowego konkursu grantowego ONKOgranty, organizowanego przez Fundację Polską Ligę Walki z Rakiem. Konkurs ogłaszany jest raz w roku i ma na celu wyłonienie najciekawszych oraz najbardziej innowacyjnych projektów badawczych i wdrożeniowych w obszarze onkologii.

Nagrodzony projekt pt. „Aktywnie przez leczenie: kompleksowy poradnik ruchu dla pacjentów z rakiem jelita grubego” zwyciężył w kategorii „Pacjent jako aktywny uczestnik opieki onkologicznej”. Projekt promuje interdyscyplinarne podejście do opieki nad pacjentem onkologicznym oraz podkreśla znaczenie bezpiecznej, dostosowanej aktywności fizycznej w procesie leczenia.

Autorami projektu są:

- dr hab. Iwona Głowacka-Mrotek, prof. UMK – pracownik Katedry Rehabilitacji CM UMK,

współpracująca z Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy w ramach Poradni Prehabilitacyjnej, gdzie realizowane są programy przygotowania fizycznego pacjentów do leczenia onkologicznego,

- dr Magdalena Tarkowska – specjalistka pielęgniarstwa onkologicznego i epidemiologicznego, pracownik Katedry Urologii CM UMK, zajmująca się oceną jakości życia pacjentów onkologicznych.

Członkiem zespołu projektowego jest również dr n. med. Bartosz Skonieczny, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej z Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy.

Projekt stanowi przykład skutecznej współpracy środowiska akademickiego Collegium Medicum UMK z ośrodkiem klinicznym. Jego celem jest wzmocnienie roli pacjenta jako aktywnego uczestnika procesu leczenia onkologicznego poprzez edukację i wsparcie w zakresie bezpiecznej aktywności ruchowej.

Dwa granty POB dla Katedry Onkologii

Wydział Nauk o Zdrowiu może pochwalić się znaczącym sukcesem w konkursie na Priorytetowe Obszary Badawcze. W II etapie konkursu dwa projekty realizowane w Katedrze Onkologii uzyskały finansowanie, co potwierdza wysoki poziom prowadzonych badań oraz potencjał jednostki do podejmowania innowacyjnych przedsięwzięć naukowych. Projekty realizują: prof. dr hab. Anna Bajek, dr hab. Katarzyna Stadnicka, prof. UMK oraz dr Oliwia Kowalczyk.

Prof. dr hab. Anna Bajek, będzie realizować projekt FemLife-OMICS: Research Team for Women's Health Across the Lifespan w ramach priorytetowego obszaru badawczego Discovery, Diagnostics, Therapy for Healthcare (D2TH). Projekt powstał w wyniku owocnej współpracy naukowej – po uzyskaniu pozytywnej oceny w pierwszym etapie konkursu dr hab. Katarzyna Stadnicka, prof. UMK zdecydowała się dołączyć do zespołu prof. Bajek, wnosząc swoje doświadczenie i kompetencje. Projekt koncentruje się na kompleksowym badaniu zdrowia kobiet w różnych etapach życia z wykorzystaniem nowoczesnych technologii omicznych. Zespół badawczy prof. Bajek podejmie wyzwanie opracowania innowacyjnych rozwiązań diagnostycznych i terapeutycznych, dedykowanych specyficznym potrzebom zdrowotnym kobiet.

Drugi grant przypadł zespołowi realizującemu projekt TIL: the Torun Interaction Lab w obszarze Interfaces of Human Experience: Communication, Cognition, Culture, Wellbeing (InC3Web). Dr Oliwia Kowalczyk, po uzyskaniu pozytywnej oceny swojego projektu w pierwszym etapie konkursu, zdecydowała się na współpracę z dr. hab. Sławomirem Waciewiczem, prof. UMK z Wydziału Humanistycznego, tworząc tym samym silny, interdyscyplinarny zespół badawczy. Toruńskie Laboratorium Interakcji będzie pierwszym ogólnouczelnianym hubem UMK, umożliwiającym precyzyjny pomiar interakcji międzyludzkich. Projekt łączy rozwój zaawansowanej infrastruktury badawczej z innowacyjnymi metodami badania komunikacji multimodalnej i praktycznymi rozwiązaniami dla grup wrażliwych.

Konkurs na zespoły reprezentujące priorytetowe obszary badawcze UMK cieszył się dużym zainteresowaniem, a wszystkie zgłoszone projekty charakteryzowały się wysoką jakością merytoryczną. O ostatecznym sukcesie zadecydowały oceny międzynarodowych ekspertów w ramach paneli związanych z priorytetowymi obszarami badawczymi Uniwersytetu.

Przyznane granty wpisują się w strategiczne cele UMK jako uczelni badawczej i stanowią istotne wsparcie dla rozwoju najważniejszych kierunków naukowych prowadzonych na Uniwersytecie.

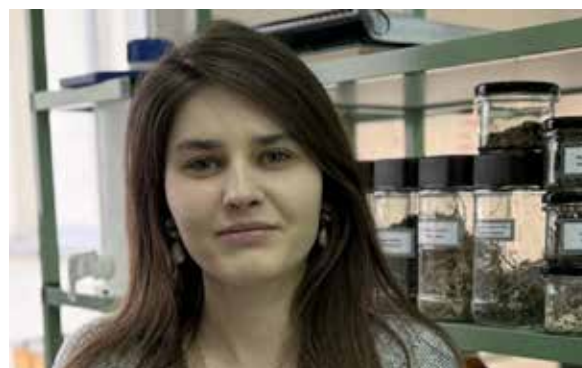
Badania naukowe ze wsparciem NCN

Mgr Milena Gębalska z Katedry Botaniki Farmaceutycznej i Farmakognozji Collegium Medicum UMK zdobyła finansowanie Narodowego Centrum Nauki w konkursie PRELUDIUM-24. Projekt, realizowany pod opieką prof. Daniela Załuskiego, dotyczy nowatorskiej oceny przeciwnowotworowych i wspomagających właściwości standaryzowanego ekstraktu z korzenia *Eleutherococcus senticosus* (Rupr. & Maxim.) Maxim. w terapii białaczki.

Celem projektu jest ustalenie, czy preparat roślinny może nie tylko wspierać skuteczność chemioterapii, lecz także ograniczać jej działania niepożądane, nie wchodząc przy tym w niekorzystne interakcje z lekiem. Zastosowany w badaniach ekstrakt został opracowany według opatentowanej metody, co gwarantuje jego powtarzalność i wysoką jakość.

Projekt odpowiada na rosnącą potrzebę lepszego poznania interakcji pomiędzy stosowanymi przez

pacjentów suplementami roślinnymi a lekami przeciwnowotworowymi. Wyniki badań mogą stanowić podstawę do rozwoju bezpiecznych terapii wspomagających w onkologii oraz przyczynić się do poprawy jakości życia osób leczonych z powodu białaczek.



Mgr Milena Gębalska

Bartłomiej Kałużny „Okulistą Roku”

Prof. dr hab. n. med. Bartłomiej Kałużny, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Oczu Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy zdobył I miejsce w kategorii „Okulista Roku” w plebiscycie Hipokrates 2025 w województwie kujawsko-pomorskim.

Jesteśmy niezwykle dumni i zaszczyceni, że profesjonalizm, bogate doświadczenie oraz wyjątkowe podejście do pacjentów Pana Profesora zostały docenione przez społeczność naszego regionu.

Prof. dr hab. Bartłomiej Kałużny



Dominika Kołodziej-Sobczak beneficjentką konkursu PRELUDIUM 24

Rozstrzygnięto konkurs PRELUDIUM 24 finansowany przez Narodowe Centrum Nauki. Na liście tegorocznych laureatów znalazła się mgr Dominika



Mgr Dominika Kołodziej-Sobczak

Kołodziej-Sobczak, przygotowująca rozprawę doktorską pod opieką dr. hab. Krzysztofa Łączkowskiego, prof. UMK. Na realizację projektu badawczego, zatytułowanego: „Nowe koniugaty kwasu arylofluorometylenofosfonowego i tiazolu jako skuteczne inhibitory PTP1B stosowane w leczeniu raka piersi i chorób neurodegeneracyjnych” przyznano finansowanie w wysokości 209 656 zł. Będzie on realizowany we współpracy z Uniwersytetem Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Najnowsze badania udowadniają, że nadmierna aktywność białkowej fosfatazy tyrozynowej 1B (PTP1B) jest zaangażowana w wiele procesów chorobotwórczych, takich jak nasilenie progresji nowotworów piersi o zróżnicowanych podtypach, czy zwiększenie ryzyka wystąpienia przerzutów.

Ponadto, enzym ten zaangażowany jest również w procesy nasilające proces odkładania się blaszek amyloidu beta w mózgu, obserwowanych u osób ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera. Jednocześnie zahamowanie PTP1B zapewnia efekt protekcyjny wywierany na neurony wraz z zauważalną poprawą funkcji kognitywnych.

Głównym celem badań jest zaprojektowanie, a następnie synteza selektywnych inhibitorów PTP1B, nietoksycznych dla zdrowych komórek oraz określenie ich właściwości przeciwnowotworowych i hamujących postęp chorób neurodegeneracyjnych.

Nagroda Bursztynowego Mieczyka

Podczas 31. Gali Nagrody Bursztynowego Mieczyka im. Macieja Płażyńskiego, która od lat honoruje najlepsze inicjatywy trzeciego sektora na Pomorzu, Fundacja DiversityPL została uhonorowana Nagrodą w kategorii „Zdrowie”.

Nagroda Bursztynowego Mieczyka to jedno z najważniejszych i najbardziej prestiżowych wyróżnień dla organizacji pozarządowych w województwie pomorskim. Od ponad 30 lat konkurs honoruje inicjatywy trzeciego sektora, które w sposób realny i trwały wpływają na jakość życia lokalnych społeczności.

Nasz naukowiec dr Kosma Kołodziej, adiunkt w Katedrze Pielęgniarstwa Zachowawczego jest wiceprezesem Fundacji DiversityPL, którą kapituła konkursu doceniła za działalność na rzecz zdrowia psychicznego, w szczególności działania oparte na badaniach naukowych dotyczących prewencji suicydalnej w Polsce, które stanowią fundament realizowanych projektów i programów pomocowych.



Dr Kosma Kołodziej

Nagroda imienia Macieja Płażyńskiego od lat stanowi symbol odpowiedzialności społecznej, solidarności oraz skutecznego działania na rzecz wspólnego dobra. Dla Fundacji DiversityPL to nie tylko powód do dumy, ale również motywacja do dalszej pracy na rzecz ochrony zdrowia psychicznego i rozwoju systemowych rozwiązań w obszarze prewencji kryzysów suicydalnych.

Sukces naukowy pracownika Katedry Endokrynologii i Diabetologii

Dr n. med. Szymon Suwała, asystent kliniczno-dydaktyczny w Katedrze Endokrynologii i Diabetologii Collegium Medicum UMK, otrzymał I Nagrodę Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości za najlepszą publikację naukową w dziedzinie otyłości i jej powikłań w 2024 roku.

Nagrodzona praca pt. “Assessment of the Liver Steatosis and Fibrosis Risk in Metabolic Syndrome and Its Individual Components, Considering the Varying Definitions Used in Clinical Practice throughout Time: A Retrospective Cross-Sectional Study” została opublikowana w czasopiśmie *Biomedicines* (Impact Factor 3,9). Pierwszym autorem publikacji jest dr Szymon Suwała, natomiast współautorem – kierownik Katedry Endokrynologii i Diabetologii CM UMK, prof. dr hab. n. med. Roman Junik.

Pomimo krótkiego czasu od publikacji, praca została już zacytowana dziesięciokrotnie, co potwierdza jej istotny wkład w rozwój wiedzy na temat zespołu metabolicznego oraz jego powikłań.

Uroczyste wręczenie nagrody odbyło się podczas IV Kongresu Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.



Dr Szymon Suwała

Stypendium Ministra Kultury

Dr hab. Michalina Radzińska, prof. UMK z Katedry Geriatrii otrzymała Stypendium Twórcze Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego na rok 2026.

Stypendium zostało przyznane na realizację autorskiego projektu w dziedzinie muzyki, pt. „Konstanty Andrzej Kulka – wirtuoz skrzypiec, świadek epoki. Monografia artysty”. W tegorocznym naborze złożono aż 4 543 wnioski, a stypendia trafiły do 287 osób zajmujących się twórczością artystyczną, upowszechnianiem kultury oraz opieką nad zabytkami. Tym bardziej cieszy nas, że w tym gronie znalazła się przedstawicielka naszego Wydziału Nauk o Zdrowiu.



Dr hab. Michalina Radzińska, prof. UMK

Nagroda Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów

Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów (PTHiT) przyznaje nagrodę za najlepszą pracę oryginalną opublikowaną w czasopiśmie *Acta Haematologica Polonica*. Nagroda jest przyznawana na Zjeździe Towarzystwa. Za najlepszą pracę opublikowaną



Joanna Stankiewicz wraz z prof. dr. hab. Janem Styczyńskim

w *Acta Haematologica Polonica* w roku 2023 uznano pracę Joanny Stankiewicz pt. „Relapsed childhood acute myeloid leukemia: prognostic factors and outcomes: experience from a single oncology center”.

Praca powstała pod nadzorem prof. Jana Styczyńskiego. Współautorami pracy byli pracownicy Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii: Joanna Stankiewicz, Ewa Demidowicz, Natalia Bartoszewicz, Andrzej Kołtan, Sylwia Kołtan, Krzysztof Czyżewski, Monika Richert-Przygońska, Robert Dębski, Monika Pogorzała, Barbara Tejza, Joanna Cisek, Piotr Książniakiewicz, Agnieszka Jatczak-Gaca, Marlena Salamon, Agata Marjańska, Anna Dąbrowska, Elżbieta Grześk, Anna Urbańczyk, Kamila Jaremek, Monika Łęcka, Eugenia Winogrodzka, Monika Adamkiewicz, Dominika Kołuda, Sandra Wałach, Oliwia Grochowska, Sonia Tarasenko, Marta Mazalon, Magdalena Dziejcz, Małgorzata Kubicka, Beata Kuryło-Rafińska, Jan Styczyński (*Acta Haematologica Polonica* 2023; 54 (4): 214–220).

W pracy podsumowano wyniki leczenia ostrej białaczki szpikowej u dzieci leczonych w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Bydgoszczy w latach 1994–2020, zarówno w pierwszej linii leczenia, jak i we wznowie. Ponieważ ostra białaczka szpikowa u dzieci należy do chorób ultrazadkich (tzn. występuje rzadziej niż u 1 osoby na 50 tys. osób na rok), zebrane wyniki i wnioski mają dużą wartość naukową.

Drugi robot chirurgiczny w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1

W styczniu 2026 r. na bloku operacyjnym uruchomiono drugi robot chirurgiczny DaVinci Xi (IS4000). Zakup kolejnego systemu stanowi istotny krok w rozwoju programu chirurgii robotowej i potwierdza pozycję szpitala, jako jednego z wiodących ośrodków nowoczesnej chirurgii w regionie.

W 2025 roku w Szpitalu Jurasza wykonano 529 operacji robotowych z zakresu urologii i chirurgii, w tym m.in. prostatektomie, cystektomie, zabiegi z powodu nowotworów nerki, jelita grubego, guzów wątroby oraz operacje trzustki. Uruchomienie

drugiego robota chirurgicznego pozwoli na zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów, skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na leczenie operacyjne oraz w dalszej perspektywie rozszerzenie wachlarza procedur realizowanych z wykorzystaniem technologii robotowej, zgodnie z najwyższymi światowymi standardami medycznymi.

Zakup robota został sfinansowany w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”.



Endoprotezoplastyka barku – nowoczesne leczenie w Klinice Ortopedii CM UMK

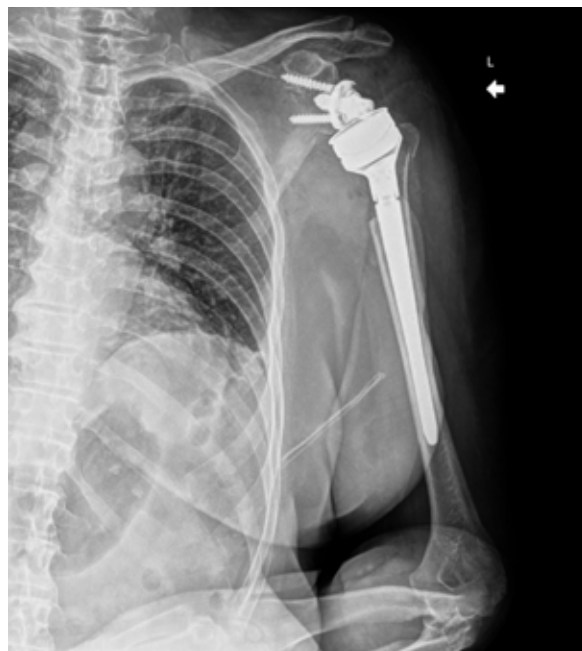
Jan Zabrzyński

Odwrócona endoprotezoplastyka barku to nowoczesny zabieg operacyjny, którego celem jest zastąpienie chorego stawu barkowego specjalną protezą. Najczęściej o endoprotezach słyszymy w kontekście stawu biodrowego lub kolanowego, jednak współczesna ortopedia umożliwia dziś skuteczne leczenie także innych stawów – w tym barku, który ze względu na swoją budowę należy do najbardziej skomplikowanych w całym organizmie.

Staw barkowy zapewnia bardzo duży zakres ruchu ręki, co pozwala nam sięgać, podnosić przedmioty

czy wykonywać precyzyjne czynności. Ta wyjątkowa ruchomość możliwa jest dzięki współpracy kości, więzadeł oraz zespołu mięśni i ścięgien nazywanego stożkiem rotatorów. Gdy elementy te ulegną poważnemu uszkodzeniu – na przykład w wyniku choroby zwyrodnieniowej, zerwania ścięgien lub ciężkiego złamania – bark przestaje działać prawidłowo, a pacjent odczuwa ból i znaczne ograniczenie sprawności ręki.

Przez wiele lat leczenie takich schorzeń było bardzo trudne, a możliwości pomocy pacjentom ograniczone. Przełomem okazało się wprowadzenie



Odwrócona endoprotezoplastyka barku to nowoczesny zabieg operacyjny, którego celem jest zastąpienie chorego stawu barkowego specjalną protezą

odwróconej endoprotezoplastyki barku. W przeciwieństwie do klasycznej protezy w tym zabiegu „odwraca się” budowę stawu: kulisty element protezy mocowany jest do łopatki, a panewka umieszczana jest na kości ramiennej. Dzięki temu bark może funkcjonować nawet wtedy, gdy stożek rotatorów jest poważnie uszkodzony lub całkowicie niesprawny.

Zabieg ten znajduje szczególne zastosowanie u osób starszych, zwłaszcza po 65. roku życia, które doznały ciężkich złamań bliższej części kości ramiennej. Złamania te często występują u kobiet i mają związek z osteoporozą, czyli osłabieniem kości. W takich przypadkach kość bywa rozkruszona na wiele fragmentów i nie nadaje się do klasycznego zespolenia płytami i śrubami. Odwrócona endoproteza barku pozwala wówczas odzyskać funkcję ręki i zmniejszyć dolegliwości bólowe.

W Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza nr 1 w Bydgoszczy w ciągu ostatnich dwóch

lat z powodzeniem wykonano 36 takich zabiegów. Większość operowanych pacjentów stanowiły osoby starsze po skomplikowanych złamaniach barku, dla których inne metody leczenia nie dawały szans na dobry efekt.

Choć operacje te są wymagające i wiążą się z koniecznością specjalistycznej opieki oraz nowoczesnego sprzętu, przynoszą pacjentom wyraźną poprawę jakości życia. Po leczeniu chorzy mogą samodzielnie wykonywać codzienne czynności, takie jak ubieranie się, jedzenie czy higiena osobista. Dla zespołu Kliniki Ortopedii Szpitala Jurasza satysfakcją jest możliwość oferowania pacjentom nowoczesnych metod leczenia, które jeszcze kilka lat temu nie były powszechnie dostępne i które realnie zmieniają codzienne funkcjonowanie chorych.

dr hab. Jan Zabrzyński, prof. UMK jest kierownikiem Katedry Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Plastycznej CM UMK

Przełom w diagnostyce białaczki?

Urszula Witt

Przewlekła białaczka limfocytowa to jedna z najczęstszych białaczek u dorosłych – często rozwija się latami bez wyraźnych objawów. Dlatego jej wczesne wykrycie i przewidywanie przebiegu choroby

to ogromne wyzwanie. Zespół badaczy z Collegium Medicum UMK odkrył nowy biomarker, który może pomóc szybciej odróżnić osoby chore od zdrowych oraz od stanów przednowotworowych. Trwają prace

nad nowoczesnym panelem diagnostycznym opartym na analizie DNA, który ma nie tylko wykrywać chorobę, ale też przewidywać jej rozwój i pomóc dobrać skuteczne leczenie.

O wyzwaniu, jakie podjął zespół badaczy z Collegium Medicum UMK z dziennikarką bydgoskiego Radia PIK, Urszulą Witt w lutym 2026 r. rozmawiał dr hab. Daniel Gackowski, prof. UMK z Katedry Biochemii Klinicznej.

- Udało nam się znaleźć biomarker, który dobrze różnicuje osoby chore na przewlekłą białaczkę limfocytową od osób zdrowych oraz od stanów przednowotworowych. Przebieg tej choroby jest bardzo podstępny, bardzo długo nie daje ona objawów klinicznych, bardzo często rozpoznawana jest niejako przy okazji - mówił Daniel Gackowski. - Mamy nadzieję, że nowe metody diagnostyczne, nad którymi pracujemy, będą umożliwiały wyselekcjonowanie z grupy pacjentów tych, którzy szybciej będą wymagali leczenia. Być może będzie można im zaproponować inny reżim kontroli, wzywać ich na te kontrole wcześniej i częściej - dodał.

- Chodzi też o to, żeby ten nowoczesny panel diagnostyczny umożliwił nie tylko wczesne diagnozowanie, różnicowanie choroby, ale też był panelem prognostycznym, dzięki któremu będzie można wdrożyć odpowiednią i skuteczną terapię. Badania będą oparte na analizie zmian molekularnych, bo chodzi o modyfikacje w DNA. Mamy do czynienia z wysokiej klasy diagnostyką. Dodajmy, że medycyna obecnie jest medycyną molekularną - mówił dr n. med. Marek Jurgowiak.

Jak wyjaśniają naukowcy, teraz stosowane metody diagnostyczne, takie jak morfologia krwi, immunofenotypowanie i badania cytogenetyczne, mają ograniczenia. Nowe biomarkery mogą umożliwić wykrycie choroby na wcześniejszym etapie, a pacjenci będą mieli szansę na szybsze podjęcie terapii. Określenie rodzaju białaczki jest kluczowe dla wdrożenia leczenia.



Od lewej: dr Marek Jurgowiak oraz dr hab. Daniel Gackowski, prof. UMK

Bydgoscy naukowcy zdobyli niemal 15 milionów złotych w ramach grantu z Krajowego Planu Odbudowy na kontynuację prac. Chcą, by badania z wykorzystaniem ich metody diagnostycznej można było wykonywać w niemal każdym laboratorium, ale trzeba będzie na to poczekać nawet kilka lat.

Urszula Witt jest dziennikarką Radia PIK

<https://www.radiopik.pl/2,136217,przelomowe-badania-bydgoskich-naukowcow-chodzi-o-diagnoze-przewleklej-bialaczki-limfocytowej>, 10.02.2026

Chirurgia dziecięca

Wojciech Szczęsny

Jeśli przyjrzymy się rozwojowi chirurgii na przestrzeni stuleci, to prócz oczywistych zmian w armamentarium, zauważymy tworzenie się podspecjalizacji. Był to proces ciągły, który na przełomie XIX i XX w. znacznie się nasilił.

W czasie bitwy pod Farsalos 9 sierpnia 48 r. p.n.e. tuż za polem walki wojska Cezara (100–44

p.n.e.) miały 25 namiotów dla 200 osób (osiem osób na namiot). Trzy należały do personelu, 22 pełniły funkcję szpitala i sali operacyjnej. Pracowali tam medici vulnerari, czyli „lekarze od ran” (zajmowali się też, w chwilach gdy Cezar nie wojował, gladiatorami). Z drugiej strony, Ludwik Rydygier (1850–1920) w swej

praktyce wykonywał operacje, które dzisiaj są domeną urologii czy ginekologii.

To samo dotyczyło chirurgii dziecięcej. W rozdziale dotyczącym pediatrii pisałem, że nie jest to leczenie „małych dorosłych”, lecz dziedzina medycyny mająca zupełnie inne podejście oraz zakres terapii.

Chyba każdy słyszał o „chorobach wieku dziecięcego” czy wadach wrodzonych. Leczeniem między innymi takich schorzeń zajmuje się właśnie chirurgia dzieci. Jest oczywistym, że pierwsi „chirurdzy” nie zwracali uwagi na wiek pacjentów. Leczyli bowiem głównie skutki urazów czy zmiany o charakterze zapalnym, np. nacięcie ropni.

Najstarszym, udokumentowanym w różny sposób zabiegiem wykonywanym u dzieci, jest obrzezanie, czyli chirurgiczne usunięcie napletka (fałdu skórniego pokrywającego żołądź prącia). To starożytna praktyka, udokumentowana w Egipcie około 2300 r. p.n.e. jako rytuał dla kapłanów i członków rodziny królewskiej, symbolizujący czystość i status, wywodzący się z wcześniejszych obrzędów afrykańskich/semickich, prawdopodobnie sprzed 6000 r. p.n.e. Stała się ona podstawowym przymierzem religijnym w judaizmie, a później tradycją w islamie, rozróżniając grupy i wyrażając wiarę, podczas gdy Grecy i Rzymianie początkowo postrzegali ją jako barbarzyństwo. Na przełomie

XIX i XX w. rozprzestrzeniła się ona w kulturach zachodnich ze względów higienicznych i medycznych, choć do dziś trwają debaty na temat jej konieczności i etyki. Artefakty archeologiczne datowane na 10.000 r. p.n.e. z obszaru Afryki i Bliskiego Wschodu wskazują na obrzezanie jako rytuał dojrzewania w starożytnych kulturach plemiennych. Ryciny naskalne odnalezione w Algierii (Oued Djerat) przedstawiają sceny tego zabiegu, a datowane są na 6000 r. p.n.e. lub wcześniej. Judaizm przejął ową praktykę od Egipcjan lub też były to rdzenne praktyki semickie. Jak wspominałem stała się symbolem świętego przymierza (brit) z Bogiem dla Abrahama i jego potomków, symbolizującym przynależność, zawierany ósmego dnia życia. Zacytujmy Ewangelię (Łk, 2, 25-32): „A żył w Jeruzalem człowiek imieniem Symeon. Był to człowiek sprawiedliwy i pobożny, wyczekujący pociechy Izraela; a Duch Święty spoczywał na nim. Jemu Duch Święty objawił, że nie ujrzy śmierci, aż zobaczy Mesjasza Pańskiego. Z natchnienia więc Ducha przyszedł do świątyni. A gdy Rodzice wnosili Dzieciątka Jezus, aby postąpić z Nim według zwyczaju Prawa, on wziął Je w objęcia, błogosławił Boga i mówił: «Teraz, o Władco, pozwalasz odejść studze Twemu w pokoju, według Twojego słowa. Bo moje oczy ujrzały Twoje zbawienie, któreś przygotował wobec wszystkich narodów: światło na



Obrzezanie pańskie, Fragment obrazu Friedricha Herlina, fragment skrzydła ołtarza Dwunastu Apostołów (niem. Zwölf-Boten-Altar), powstałego w 1466 roku. Dzieło to znajduje się w kościele św. Jakuba (St. Jakob) w Rothenburg ob der Tauber w Niemczech

oświecenie pogan i chwałę ludu Twego, Izraela»". Ów zwyczaj Prawa oznaczał obrzezanie Jezusa. Dzisiaj, obrzezanie prócz wymienionych względów religijnych i higienicznych, stosowane jest jako jedna z metod leczenia stulejki czyli zwężenia napletka, które uniemożliwia lub utrudnia jego całkowite odprowadzenie z żołądździ penisa.

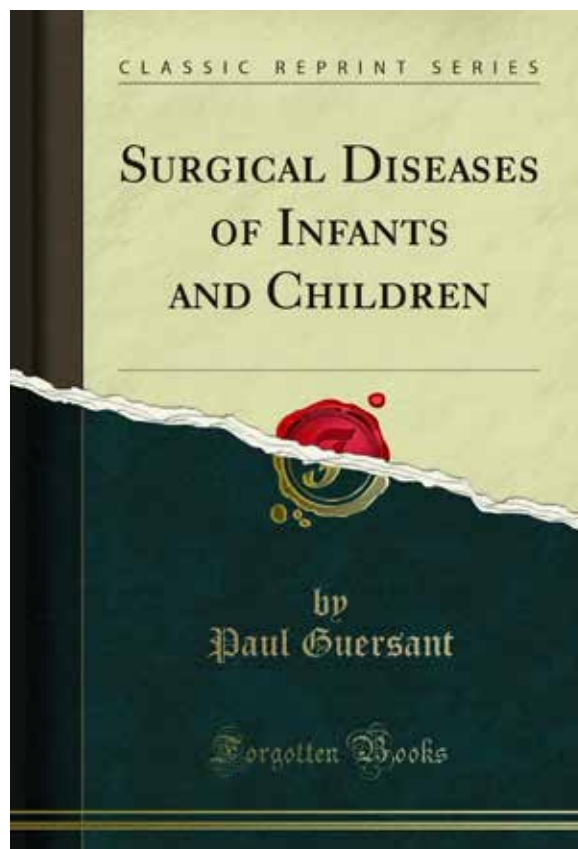
Problemem, jaki znali starożytni, a który pozostał do dzisiaj były wady wrodzone. Jeszcze o nich wspomnę. Uważano je za efekt działania sił nadprzyrodzonych, w formie kary dla rodziców za ich złe czyny. Na bazie takiego podejścia Tora i Talmud zawierają listę owych wad, które czyniły osobę niezdolną do służby w świątyni. Należało tu spodziectwo (wada cewki moczowej), niezstąpione jądro lub deformacja kończyn. Praktykujący w Rzymie grecki położnik Soranus z Efezu (98–138), opisał wady, które w jego pojęciu wykluczały opiekę na takim noworodkiem i skazywały go na śmierć. Próbowano natomiast leczyć niektóre stany patologiczne jak np. krótkie zarośnięcie odbytu.

Jedno z pierwszych odniesień do różnic w chirurgicznym leczeniu dzieci znajdziemy w dziele Sushruta Samhita, autorstwa żyjącego w VI wieku p.n.e. indyjskiego chirurga, Sushruty. Poświecił on cały rozdział pacjentom pediatrycznym poniżej 16 roku życia. Znajdziemy tu opis embriogenezy, naturalnego rozwoju chorób i różnic między technikami operacji u dzieci i u dorosłych podczas tych samych procedur, jak np. usuwanie kamieni moczowych.

W starożytnej Grecji i Rzymie tacy giganci jak Hipokrates (ok. 460 – ok. 377 p.n.e.) czy Aulus Cornelius Celsus (ur. 53 p.n.e. – ok. 7 n.e.) co prawda leczyli typowe choroby dzieci jak wgłobienia jelit, przepukliny pępkowe czy stopę końsko-szpotawą, jednak nie stosowali różnych od operacji dorosłych, technik.

Kilkakrotnie w innych rozdziałach wspominałem, że upadek cywilizacji Rzymu, a wcześniej Grecji spowodował powstanie ośrodków nauki w świecie islamu. Wybitnym przedstawicielem medycyny tamtego okresu i kultury był Abulcasis, (Az-Zahrawi Abu Al-Kasim [936–1013]). W swym 30-tomowym dziele *Kitab al-Tasrif*, opisał wiele nowatorskich metod chirurgicznych, a nade wszystko narzędzi. Za ich pomocą leczył choroby chirurgiczne dzieci, takie jak przepukliny czy kamicę moczową. W tych pierwszych zalecał kauteryzację (przypalanie), co poprzez wytworzenie blizny miało zapobiegać nawrotom.

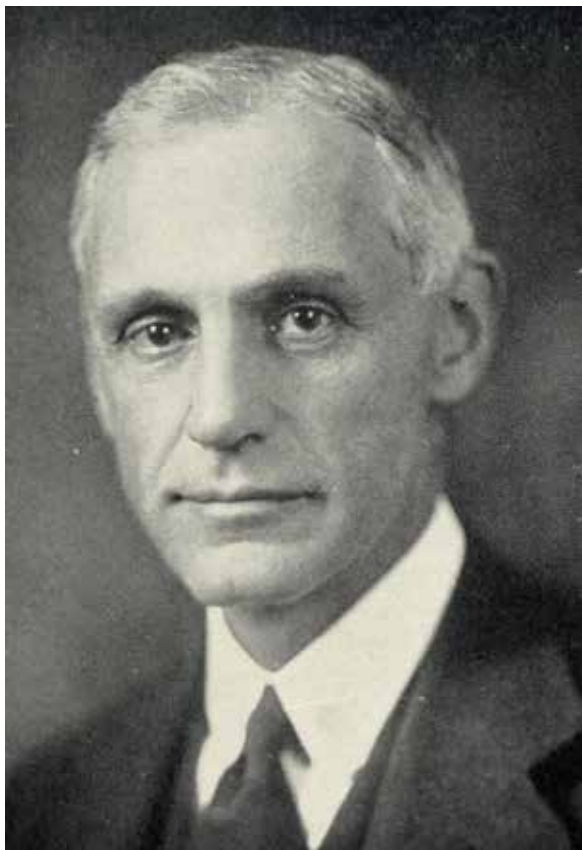
W ówczesnej Europie, chirurgia nie stanowiła głównego nurtu akademickiego nauczania medycyny. Warto jednak tu wspomnieć dwóch lekarzy. Włoch Theodorico Borgognoni (1205–1296/8) i Flamandczyk Jean Yperman (1295–1351). Pierwszy zwrócił uwagę na różnice w gojeniu złamań u dzieci i dorosłych. Drugi część swego dzieła *La Chirurgie* poświęcił zagadnieniu przepuklin u małych dzieci. Jego rodak słynny chirurg-cyruklik Ambroise (Ambroży) Paré (1510–1590)



Okladka „Surgical diseases of infants and children” Paula Greusanta

opisał leczenie zachowawcze stopy końsko-szpotawej. Ten sam problem rozważał także Francuz Pierre Franco (1505–1578). Co więcej, podejmował próby leczenia chirurgicznego takich wad wrodzonych jak rozszczep podniebienia czy dodatkowe palce kończyn. Jeszcze dalej posunął się szwajcarski lekarz Johannes Fatio (1649–1691). Przeprowadzał operacje spodziectwa (wada ujścia cewki moczowej u chłopców), atrezji (zarośnięcia) odbytu i pochwy. Jako pierwszy chirurg z powodzeniem rozdzielił bliźnięta nierozdzielone (nazwane później syjamskimi). Nikogo nie zaskoczę pisząc, że w epoce przez znieczuleniem ogólnym oraz zasadami aseptyki i antyseptyki chirurgia jako taka, w tym dziecięca, nie mogła się rozwijać ponad drobne interwencje i tak obciążone wysoką śmiertelnością.

Pediatria i chirurgia dziecięca jako osobne specjalizacje zaczęły się wyłaniać na początku XIX w. Powstały „dedykowane” leczeniu dzieci jednostki. Były to: L’Hôpital des Enfants Malades (Paryż 1802 r.), Hospital for Sick Children, Great Ormond Street (Londyn, 1852 r.) oraz Children’s Hospital of Philadelphia (1855 r.). Na bazie zdobywanych tam doświadczeń zaczęły powstawać prace naukowe i podręczniki z tej dziedziny. Paul Greusant wydał w 1873 r. podręcznik chirurgii dziecięcej „Surgical Diseases of Infants and Children”. Wcześniej bo w 1860 r., Athol Archibald Wood Johnson (1820–1902) opublikował w *British Medical Journal* serię artykułów poświęconych



William Edwards Ladd

chirurgii dziecięcej. W USA, DeForest P. Willard (1846 – 1910) wydał dzieło „The Surgery of Childhood”. Rozwój chirurgii i anestezjologii w pierwszej połowie XX w. pozwolił na coraz bardziej wyraźne kształtowanie się podspecjalizacji w medycynie zabiegowej. Działo wówczas wielu wybitnych chirurgów, których zainteresowania oscylowały wokół leczenia dzieci. Czech, Václav Kafka (1902–1991) był pionierem dziecięcej urologii, chirurgii klatki piersiowej i kardiouchirurgii. Należy także wspomnieć, o pierwszej chirurgice dziecięcej Gertrudzie Marian Amalii Herzfeld (1890–1981). Ta urodzona w Londynie lekarka pracowała następnie w Szkocji. Warto zauważyć, że współcześnie obszar chirurgii dziecięcej jest, jeśli chodzi o kadrę lekarską, znacznie sfeminizowany. Można by rzec, chirurgia dziecięca nie miała, jak zazwyczaj wielu ojców, ale wielu rodziców.

Niewątpliwie najstraszniejszym był amerykański chirurg William Edwards Ladd (1880–1967). Jak to w medycynie bywa, początkiem jego zainteresowań tą dziedziną była tragedia. 6 grudnia 1917 roku w mieście portowym Halifax w kanadyjskiej prowincji Nowa Szkocja. Zderzyły się dwa statki przewożące materiały wybuchowe. W wyniku tej katastrofy doszło do jednej z największych w historii nienuklearnych eksplozji wywołanych przez człowieka, doprowadzając do śmierci blisko dwóch tysięcy osób. Ilość poparzeń i innych obrażeń była wręcz niewyobrażalna. Dr Ladd, w 1927 r. został ordynatorem chirurgii w Boston

Children’s Hospital, poświęcając oddział wyłącznie pacjentom pediatrycznym. Opisał techniki leczenia zwężenia odźwiernika, wgnobienia jelita. Jego największe zasługi polegały na stworzeniu koncepcji pochodzenia i leczenia nieprawidłowego zwrotu jelit (wada rozwojowa płodu). Do dziś pozostał eponim „taśmy Ladda”, opisujący włókniste struktury występujące w tej chorobie. Wraz z Robertem Edwardem Grossem (1905 – 1988), wydał podręcznik *Abdominal Surgery of Infancy and Childhood*.

Chirurgia dziecięca, choć jej pryncypia powstały na bazie doświadczeń z chirurgii ogólnej, powoli zaczęła żyć własnym życiem. Chodziło nie tylko o inne narzędzia, ale też o zupełnie różne podejście do ordynowania leków, a nade wszystko płynów w okresie okołoperacyjnym. Na bazie tych doświadczeń, powstała anestezjologia dziecięca, która rzecz jasna bazowała na doświadczeniach z dorosłymi, uwzględniając specyfikę fizjologii noworodka i dziecka.

Oczywistym jest, że wszelkie odkrycia i innowacje w medycynie i dziedzinach zabiegowych u dorosłych, są implementowane do chirurgii dziecięcej. Tak stało się z videolaparoskopią, stanowiącą dziś, jeśli nie podstawę, to znaczną część procedur. Gdzie jak gdzie, ale właśnie u dzieci procedury małoinwazyjne to skarb nie do przecenienia. Mniej bólu, szybka rehabilitacja, zredukowany odczyn ogólnoustrojowy. To rzeczy, o których pionierzy chirurgii dziecięcej nawet nie marzyli.

Na koniec kilka akapitów na temat niezwykle ważny w leczeniu operacyjnym małych pacjentów. Wspomniałem o wadach wrodzonych u noworodków. Jest ich wiele i dotyczą różnych organów. Ramy rozdziału uniemożliwiają nawet krótki opis wszystkich. Skupimy się zatem na sercu.

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu nie było żadnych możliwości, aby rozpoznać nieprawidłowości przed porodem, nie mówiąc o leczeniu wewnątrzmacicznym. Tej procedurze można by dzisiaj poświęcić oddzielną książkę. Pionierem takiego postępowania był nowozelandzki ginekolog Sir Albert William Liley (1929–1983). Były to transfuzje dopłodowe wykonywane w konflikcie serologicznym. Polegały na przetaczaniu krwi płodom, u których rozwinęła się anemia z powodu obecności u matki przeciwciał przeciwko krwinkom czerwonym dziecka. Co ciekawe wykonywano to na długo przed wprowadzeniem USG.

Pojawienie się tej techniki obrazowania zrewolucjonizowało całkowicie położnictwo i ginekologię. Prócz ultrasonografii mamy też do dyspozycji fetoskop. To urządzenie, które wprowadza się do macicy przez mały otwór i wówczas można obejrzeć dziecko, a także wykonać różne zabiegi, na wzór znanej wszystkim laparoskopii. Obecnie poza nakłuwaniem rozmaitych przestrzeni płynowych u płodu i w obrębie macicy, operuje się przepuklinę przeponową oraz

wykonuje zabiegi na sercu. Te ostatnie mogą też być przeprowadzane na otwartej macicy.

No właśnie, poruszyłem problem serca. W obrębie tego organu wady są częste. Dlaczego? Tu polecam lekturę rozdziału „Serce w plecaku” z *Drugich wykładów z medycyny*. Otóż wyjaśniam tam różnicę krążenia krwi u płodu i po urodzeniu. Problem polega na tym, że płuca dziecka przed porodem nie działają. Zatem krew z prawej części serca do lewej przemieszcza się istniejącymi wówczas kanałami, to jest otworem owalnym i tzw. przewodem Botalla, który odkrył włoski anatom Leonardo Botallo (1530–ok. 1587). Po wykonaniu pierwszego wdechu skutkiem powiększenia się płuc (powietrze) struktury te ulegają zanikowi. Może się zdarzyć, że tak się nie dzieje i dochodzi do poważnych zaburzeń krążenia. Istnieją też wady (genetyczne) wynikające z nieprawidłowego rozwoju serca i wielkich naczyń jak np. tetralogia Fallota (ubytek międzykomorowy, zwężenie pnia płucnego, przemieszczenie aorty i przerost prawej komory). Opisał ją francuski lekarz Étienne-Louis Arthur Fallot (1850–1911). Pierwszą, niestety nieudaną, próbę podwiązania przewodu Botalla, podjął w 1937 r. amerykański kardiochirurg John W. Strieder (1901–1993). Zabieg taki z sukcesem wykonał rok później jego rodak Robert Edward Gross (1905–1988). Jeśli chodzi o tetralogię Fallota to odpowiedni zabieg wykonali

także Amerykanie Alfred Blalock (1899–1964) i Helen Brooke Taussig (1898–1986).

Niektóre z wad serca u noworodków mogły być leczone tylko i wyłącznie przeszczepieniem narządu. Pierwszą taką transplantację wykonał 6 grudnia 1967 r. w Nowym Jorku Adrian Kantrowitz (1918 – 2008). Miało to miejsce trzy dni po słynnej, a zarazem pierwszej operacji jaką przeprowadził w Kapsztadzie Christiaan Neethling Barnard (1922–2001) u osoby dorosłej. Niestety pacjenci zmarli wkrótce po zabiegach. Dopiero wprowadzenie nowoczesnych środków immunosupresyjnych oraz lepsze poznanie biologii człowieka w tym aspekcie, pozwoliło w początkach lat 80. XX w. uzyskać długotrwałe przeżycia. Współcześnie operacje te, choć nadal niezwykle wymagające i trudne, stały się rutynowymi.

Choroby dzieci zawsze budzą, prócz pytań czysto medycznych, te z zakresu transcendencji. Każdy człowiek odpowiada na nie wedle swojej wiary czy przekonań. Naszym zadaniem jest ratować życie i zdrowie dzieci. Zarówno w chirurgii i anestezjologii pediatricznej obowiązuje zasada: „Dziecko nie jest małym dorosłym!”. Nauczyliśmy się tego dzięki naszym wielkim poprzednikom. I dlatego coraz lepiej nam to wychodzi.

dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK pracuje w Katedrze Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej CM UMK



Operacja na sercu płodu, Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM, operatorzy: dr hab. Marzena Dębska, dr hab. Janusz Kochman, dr Beata Rebizant oraz dr Katarzyna Zych-Krekora

Agresja wobec personelu medycznego jako zjawisko systemowe

Przemysław Żuratyński, Anna Małgorzata Burak

Wstęp

Krzyk, groźby, wyzwiska, popychanie czy rzucanie przedmiotami coraz częściej stają się codziennością pracy w ochronie zdrowia, szczególnie w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, zespołach ratownictwa medycznego oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej. Przez lata zjawiska te bywały bagatelizowane i traktowane jako „element zawodu”, nieunikniona konsekwencja pracy w warunkach stresu i emocji pacjentów. Dziś jednak dysponujemy jednoznacznymi danymi naukowymi, które pokazują, że agresja wobec personelu medycznego ma charakter powszechny, systemowy i długotrwały. Zespół badawczy Katedry Ratownictwa Medycznego, pod kierunkiem dr Anny Małgorzaty Burak, opublikował w 2025 roku wyniki analizy dokumentacji oddziału ratunkowego jednego ze szpitali uniwersyteckich z lat 2017–2023. Badanie zostało opublikowane na łamach renomowanego, międzynarodowego czasopisma *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, co podkreśla zarówno jego wysoką wartość metodologiczną, jak i znaczenie dla międzynarodowej debaty dotyczącej bezpieczeństwa personelu medycznego.

Skala i charakter zjawiska w świetle badań

Najświeższe badania nie pozostawiają wątpliwości co do skali problemu. Badanie Burak i wsp. (2025) [1] stanowi jedno z najbardziej kompleksowych i aktualnych opracowań dotyczących przemocy wobec personelu Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w Polsce. Wyniki jednoznacznie potwierdzają, że przemoc ze strony pacjentów i osób odwiedzających ma charakter powszechny i powtarzalny, jednak poziom jej zgłaszalności pozostaje alarmująco niski. Autorzy badania wskazują, że zjawisko to od lat funkcjonuje w praktyce klinicznej jako „ukryta codzienność” pracy w SOR, często bagatelizowana zarówno na poziomie indywidualnym, jak i instytucjonalnym. Celem badania była szczegółowa analiza sposobu zgłaszania aktów przemocy ze strony pacjentów i ich bliskich przez personel medyczny SOR, a także identyfikacja czynników, które mogą wpływać na ograniczone raportowanie tego typu zdarzeń. Badanie miało charakter retrospektywny i zostało przeprowadzone

w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym szpitala uniwersyteckiego w Polsce, który rocznie udziela świadczeń około 48.00 pacjentów. Tak duża liczba przyjęć pozwoliła na uchwycenie długofalowych trendów i zmian w zakresie występowania oraz dokumentowania agresji. Analizie poddano dokumentację prowadzoną przez pielęgniarki i ratowników medycznych z okresu siedmiu lat (2017–2023), obejmującą zgłoszenia aktów agresji zarówno ze strony pacjentów, jak i osób im towarzyszących. Do opracowania danych i analiz statystycznych wykorzystano język programowania Python, co umożliwiło precyzyjną ocenę zmienności zgłoszeń w czasie oraz charakterystyki sprawców agresji. W badanym okresie zarejestrowano 445 zgłoszonych przypadków przemocy, przy czym autorzy odnotowali istotny statystycznie spadek liczby raportów w kolejnych latach. Tendencja ta nie została jednak zinterpretowana jako rzeczywiste zmniejszenie skali agresji, lecz jako efekt ograniczonego raportowania incydentów przez personel. Średni wiek sprawców agresji wynosił 47 lat, a zdecydowaną większość stanowili mężczyźni (71,5%). Blisko połowa agresorów znajdowała się pod wpływem alkoholu (49%), co potwierdza wcześniejsze doniesienia o istotnym związku między używaniem substancji psychoaktywnych a występowaniem zachowań agresywnych w SOR. Autorzy badania zwracają szczególną uwagę na jakość dokumentacji incydentów agresji. Opisy zdarzeń są zazwyczaj krótkie, lakoniczne i pozbawione szczegółowych informacji dotyczących okoliczności, dynamiki oraz konsekwencji zdarzeń, co znacząco utrudnia ich rzetelną analizę. Wskazuje to na istnienie barier instytucjonalnych i kulturowych w zgłaszaniu przemocy, takich jak brak czasu, brak wsparcia organizacyjnego, obawa przed formalnymi konsekwencjami czy przekonanie o nieskuteczności zgłoszeń. Wnioski płynące z badania są jednoznaczne: skuteczna prewencja agresji wobec personelu medycznego wymaga pełnego, systematycznego i standaryzowanego raportowania wszystkich incydentów, niezależnie od ich nasilenia. Tylko rzetelna ocena skali i charakteru zjawiska pozwala na projektowanie adekwatnych działań prewencyjnych, organizacyjnych i prawnych, które realnie przyczynią się do zwiększenia bezpieczeństwa personelu medycznego w miejscu pracy.

Podobne wnioski płyną z badań Seledyn i in. (2025) [2], które wskazują, że agresja pacjentów wobec personelu medycznego w środowisku pracy jest zjawiskiem narastającym i coraz bardziej powszechnym. Autorzy podkreślają, że we współczesnym świecie agresja ewoluuje, przybierając nowe formy, a jej obecność w ochronie zdrowia staje się istotnym problemem organizacyjnym i społecznym. Celem badania była diagnoza zjawiska agresji pacjentów wobec personelu medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem zespołów pielęgniarских, oraz ocena wpływu tego zjawiska na funkcjonowanie zawodowe i dobrostan pracowników ochrony zdrowia. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego w jednostkach organizacyjnych Szpitala Powiatowego w Szczytnie. Dane zbierano w okresie od 15 marca do 30 listopada 2022 roku, przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety. W badaniu udział wzięło 150 osób, z których większość stanowiły kobiety. Wyniki wykazały, że aż 97% respondentów doświadczyło agresji ze strony pacjentów, przy czym dominującą formą była agresja werbalna (66%), jednak znaczna część badanych zetknęła się również z agresją fizyczną (34%). Analiza

wyników ujawniła ponadto istotny związek pomiędzy doświadczeniem agresji a funkcjonowaniem personelu medycznego — połowa respondentów wskazywała na występowanie nerwowości jako bezpośredniego skutku agresywnych zachowań pacjentów. Respondenci deklarowali również negatywny wpływ agresji na organizację pracy oraz dobrostan bio-psycho-społeczny. Dezorganizację pracy wskazało 30% badanych, natomiast 26% doświadczało nasilonej nerwowości, a 18% zniechęcenia do pracy. Autorzy podkreślają, że zarówno agresja fizyczna, jak i werbalna pozostaje zjawiskiem bardzo częstym w ochronie zdrowia, a personel medyczny narażony jest także na agresję psychiczną ze strony pacjentów oraz ich bliskich. Badanie zwraca również uwagę na pojawianie się nowych form agresji, takich jak mowa nienawiści czy stalking, kierowanych wobec personelu medycznego przez pacjentów i ich rodziny, choć zjawiska te występowały sporadycznie. Wnioski autorów jednoznacznie wskazują, że agresja pacjentów wobec personelu medycznego zawsze wiąże się z negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, przede wszystkim w sferze emocjonalnej, oraz że personel oczekuje systemowego wsparcia, w tym szkoleń z zakresu ochrony



Rycina 1. Stop Agresji! (opracowanie własne)

praw pracowniczych i skutecznych metod radzenia sobie z agresją.

Zjawisko agresji wobec pracowników ochrony zdrowia stanowi istotny i narastający problem społeczny, który w ostatnich latach zyskuje coraz większe znaczenie zarówno w debacie publicznej, jak i w analizach naukowych. Jak wskazuje Gałęska-Śliwka (2024) [3], agresja w środowisku medycznym przybiera różnorodne formy, obejmując nie tylko przemoc fizyczną, lecz także agresję werbalną, groźby oraz zachowania naruszające godność personelu medycznego. Szczególną trudność w ocenie skali tego zjawiska stanowi niedostateczne i niespójne raportowanie incydentów, co prowadzi do znaczącego zaniżenia danych statystycznych. Autorka podkreśla, że brak kompleksowego systemu rejestracji zdarzeń agresywnych utrudnia identyfikację czynników ryzyka oraz opracowanie skutecznych strategii prewencyjnych. W konsekwencji agresja wobec personelu ochrony zdrowia nie tylko negatywnie wpływa na bezpieczeństwo i dobrostan pracowników, lecz także obniża jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zaufanie do systemu ochrony zdrowia, co uzasadnia potrzebę wdrażania adekwatnych rozwiązań organizacyjnych i prawnych.

Zjawisko to znajduje szerokie potwierdzenie w wynikach metaanalizy Leźnickiej i Zielińskiej-Więczkowskiej (2024) [4], obejmującej 253 badania oraz ponad 331 tysięcy pracowników ochrony zdrowia z różnych krajów. Analiza wykazała, że przemoc w miejscu pracy dotyczy większości personelu medycznego, niezależnie od wykonywanego zawodu, poziomu doświadczenia czy miejsca zatrudnienia. Najczęściej zgłaszaną formą agresji była przemoc werbalna, jednak istotny odsetek badanych doświadczał również groźb, przemocy fizycznej, mobbingu oraz molestowania. Autorzy podkreślają, że głównymi sprawcami agresji są pacjenci i ich bliscy, lecz szczególnie niepokojącym wnioskiem jest wysoka częstość przemocy ze strony współpracowników i przełożonych, co wskazuje na istnienie problemów strukturalnych i organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia. Długotrwała ekspozycja na takie doświadczenia wiąże się ze wzrostem poziomu stresu, wypaleniem zawodowym, zaburzeniami psychicznymi oraz zwiększoną skłonnością do rezygnacji z pracy w zawodach medycznych, co dodatkowo pogłębia kryzys kadrowy w ochronie zdrowia.

Nie można również zapominać o innych badaniach prowadzonych w Polsce, które jednoznacznie potwierdzają, że agresja wobec pracowników ochrony zdrowia stanowi poważny i długotrwały problem. Piąta i wsp. (2022) [5] wykazali, że przemoc wobec personelu medycznego nadal występuje na dużą skalę, a znaczna część incydentów nie jest zgłaszana. W okresie pandemii COVID-19 Kuć i wsp. (2021) [6] odnotowali istotny wzrost zachowań agresywnych wobec pracowników ochrony zdrowia, szczególnie

zespołów ratownictwa medycznego. Badania Płaszewskiej-Żywko, Brzyskiego i Nowak-Starz (2019) [7] potwierdziły częste występowanie agresji pacjentów wobec pielęgniarek i ratowników medycznych pracujących w oddziałach ratunkowych, głównie w formie przemocy werbalnej. Ogólnopolskie badanie Mikosa, Kopacza i Żukowskiej (2018) [8] wskazało na powszechność agresji wobec ratowników medycznych, zwłaszcza podczas interwencji przedszpitalnych. Wcześniejsze analizy Kowalczyk, Krajewskiej-Kuśak, Sobolewskiego i Rolki (2016) [9], Frydrysiaka, Ejdukiewicz i Grześkowiaka (2016) [10] oraz Szwamel i Sochackiej (2014) [11] wykazały, że agresja – zarówno werbalna, jak i fizyczna – jest częstym doświadczeniem personelu oddziałów ratunkowych i pozostaje silnie związana z warunkami organizacyjnymi pracy, a wysoka częstość agresji ma negatywny wpływ na poczucie bezpieczeństwa i zdrowie psychiczne pracowników.

Konsekwencje agresji dla personelu i systemu ochrony zdrowia

Skutki agresji wobec personelu medycznego wykraczają daleko poza pojedyncze incydenty czy bezpośrednie urazy fizyczne. Długotrwała ekspozycja na przemoc, zwłaszcza werbalną i psychiczną, prowadzi do narastania przewlekłego stresu, zaburzeń lękowych, objawów depresyjnych oraz obniżenia odporności psychicznej pracowników. W konsekwencji zwiększa się ryzyko wypalenia zawodowego, częstszych absencji chorobowych oraz podejmowania decyzji o zmianie miejsca pracy lub całkowitej rezygnacji z zawodu. Szczególnie narażone są osoby pracujące w oddziałach ratunkowych, psychiatrycznych oraz zespołach ratownictwa medycznego, gdzie kontakt z agresją ma charakter powtarzalny.

Poczucie braku bezpieczeństwa w miejscu pracy, w połączeniu z niewystarczającym wsparciem instytucjonalnym oraz niską skutecznością procedur reagowania, prowadzi do niezgłaszania incydentów agresji. Zjawisko to sprzyja normalizacji przemocy i utrwala przekonanie, że agresja jest „nieodłącznym elementem” pracy w ochronie zdrowia. Taki mechanizm nie tylko pogarsza dobrostan personelu, lecz także utrudnia rzetelną ocenę skali problemu i wdrażanie skutecznych działań prewencyjnych.

W dłuższej perspektywie konsekwencje agresji dotyczą całego systemu ochrony zdrowia. Przemęczony, zestresowany i zdemotywowany personel ma ograniczone możliwości zapewnienia bezpiecznej i wysokiej jakości opieki pacjentom, co może prowadzić do wzrostu liczby błędów medycznych oraz obniżenia zaufania społecznego do instytucji ochrony zdrowia. System nie jest w stanie funkcjonować efektywnie, jeśli osoby go tworzące pracują w warunkach



Charakterystyka incydentów agresji wobec personelu SOR

Agresorami najczęściej byli pacjenci (86,5%), a większość opisanych zachowań agresywnych dotyczyła mężczyzn (71,5%)



Średnia wieku

47

Alkohol



Rodzaj agresji



Burak AM, Kamińska ET, Szulc KK, Krzewiński P, Zurawski P. Violence from patients and visitors in the emergency department – reporting of aggression by medical staff. *Int J Occup Med Environ Health*. 2025;98(6):596–600. doi:10.13075/ijomh.1896.02640

Rycina 2. Charakterystyka incydentów agresji wobec personelu SOR (opracowanie własne na podstawie Burak et al., 2025 [1]).

stałego zagrożenia, dlatego przeciwdziałanie przemocy wobec personelu medycznego powinno stanowić jeden z priorytetów polityki zdrowotnej i zarządzania ochroną zdrowia.

Nowe regulacje prawne jako odpowiedź systemowa

Istotnym elementem systemowej odpowiedzi na zjawisko agresji wobec personelu medycznego jest Ustawa z dnia 7 listopada 2025 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks wykroczeń oraz ustawy – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U. 2025; poz. 1818) [12], która weszła w życie na początku 2026 roku. Nowelizacja ta w sposób jednoznaczny wzmacnia ochronę prawną osób wykonujących zawody medyczne, traktując przemoc wobec nich jako zjawisko szczególnie szkodliwe społecznie ze względu na charakter wykonywanej pracy oraz jej kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

W Kodeksie karnym wprowadzono istotne zaostreżenie odpowiedzialności za czyny polegające na naruszeniu nietykalności cielesnej, znieważeniu oraz kierowaniu gróźb wobec personelu medycznego w związku z wykonywaniem czynności zawodowych. Dodane przepisy przewidują surowsze sankcje, w tym karę pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat w przypadku narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ustawodawca wyraźnie zaakcentował związek czynu z pełnieniem obowiązków służbowych jako okoliczność obciążającą, a także

wprowadził możliwość podania wyroku skazującego do publicznej wiadomości na wniosek pokrzywdzonego, co wzmacnia prewencyjny i społeczny wymiar odpowiedzialności karnej.

Nowelizacja Kodeksu wykroczeń rozszerzyła zakres odpowiedzialności za mniej nasilone formy agresji, takie jak zakłócanie porządku, znieważanie czy agresja słowna, podnosząc jednocześnie minimalny wymiar grzywny do 1000 zł. Szczególne znaczenie ma objęcie surowszym reżimem prawnym czynów popełnianych w zakładach leczniczych oraz podczas akcji medycznych, co bezpośrednio odnosi się do realiów pracy personelu ochrony zdrowia.

Równoległe w Kodeksie postępowania w sprawach o wykroczenia wprowadzono rozwiązania mające na celu przyspieszenie i usprawnienie postępowań, w tym rozszerzenie stosowania trybu przyspieszonego oraz możliwość nakładania mandatów o wyższej wartości. Ma to umożliwić szybszą reakcję organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, a tym samym ograniczyć poczucie bezkarności sprawców.

Wprowadzone regulacje pełnią funkcję nie tylko represyjną, lecz także prewencyjną i symboliczną. Stanowią jednoznaczny sygnał braku społecznego i państwowego przyzwolenia na agresję wobec pracowników ochrony zdrowia oraz podkreślają, że bezpieczeństwo personelu medycznego jest warunkiem niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Dla samych medyków nowe przepisy mogą oznaczać wzmocnienie poczucia ochrony prawnej oraz większą motywację do zgłaszania przypadków przemocy, pod warunkiem ich konsekwentnego i skutecznego egzekwowania w praktyce.

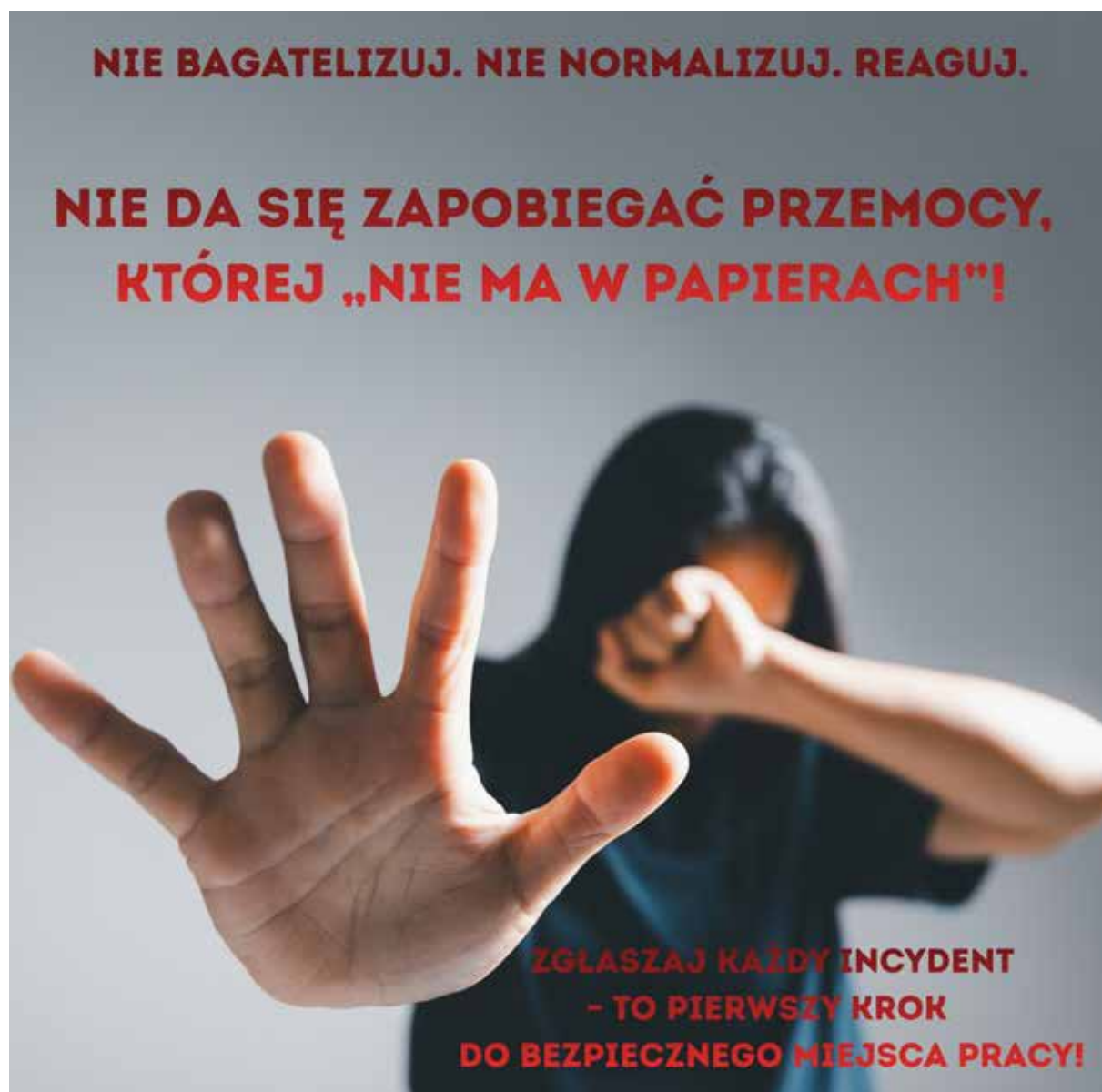
Podsumowanie

Przedstawione dane jednoznacznie wskazują, że agresja wobec personelu medycznego w Polsce ma charakter powszechny, długotrwały i systemowy, a nie incydentalny. Badania krajowe i międzynarodowe potwierdzają, że przemoc – głównie werbalna, ale także fizyczna i psychiczna – stanowi stały element pracy w szczególnie obciążonych obszarach systemu ochrony zdrowia, takich jak Szpitalne Oddziały Ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego oraz opieka nocna i świąteczna. Jednocześnie niski poziom zgłaszalności incydentów, wynikający z barier organizacyjnych, kulturowych i psychologicznych, prowadzi do zaniżenia rzeczywistej skali problemu oraz jego normalizacji w środowisku zawodowym.

Konsekwencje agresji wykraczają poza indywidualne doświadczenia pracowników, wpływając negatywnie na ich zdrowie psychiczne, satysfakcję

zawodową i decyzje dotyczące dalszej pracy w zawodzie, a w szerszej perspektywie – na jakość, bezpieczeństwo i ciągłość opieki nad pacjentami. W tym kontekście nowelizacja przepisów prawa karnego i wykroczeniowego z 2025 roku stanowi istotny krok w kierunku wzmocnienia ochrony personelu medycznego oraz jasnego określenia granic społecznej tolerancji dla agresji wobec osób wykonujących zawody medyczne.

Należy jednak podkreślić, że nowe przepisy nie rozwiążą wszystkich problemów związanych z agresją wobec personelu medycznego. Nie zastąpią one działań organizacyjnych, edukacyjnych i prewencyjnych realizowanych bezpośrednio w placówkach ochrony zdrowia, takich jak szkolenia z zakresu radzenia sobie z agresją, poprawa organizacji pracy, wsparcie psychologiczne czy skuteczne procedury raportowania zdarzeń. Stanowią natomiast ważny krok w stronę systemowego podejścia do problemu,



Rycina 3. Zgłoś incydent agresji! (opracowanie własne)

który przez wiele lat był bagatelizowany i marginalizowany zarówno w debacie publicznej, jak i w praktyce instytucjonalnej.

Bezpieczeństwo personelu medycznego nie jest przywilejem, lecz warunkiem sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Jeśli agresja wobec medyków pozostanie normą, jej konsekwencje poniesie nie tylko sam personel, ale całe społeczeństwo – poprzez obniżenie jakości opieki, pogłębianie kryzysu kadrowego oraz spadek zaufania do instytucji ochrony zdrowia.

dr Przemysław Żuratyński pełni obowiązki kierownika Katedry Ratownictwa Medycznego CM, dr Anna Małgorzata Burak jest adiunktem w tejże Katedrze

Piśmiennictwo:

1. Burak AM, Kamińska ET, Szulc KK, Krzewiński P, Żuratyński P. Violence from patients and visitors in the emergency department – reporting of aggression by medical staff. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 2025;38(6):596–610. doi:10.13075/ijomh.1896.02640
2. Seledyn M, Moczyłowska A, Perkowska E, Sharlovych Z. Psycho-pedagogical analysis of the phenomenon of patient aggression towards medical staff – legal basis for employee protection. *Ukr Educ J.* 2025;(1):25–37. doi:10.32405/2411-1317-2025-1-25-37
3. Gałęska-Śliwka A. Analiza zjawiska agresji w ochronie zdrowia – wybrane zagadnienia. *Prokuratura i Prawo* 2024;1:118–136.

4. Leźnicka M, Zielińska-Więczkowska H. Workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatr. Pol.* 2024. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/152775

5. Piąta A, Kocańda M, Adamczyk-Gruszka O. Violence against healthcare workers despite legal protection – results of a cross-sectional study. *Pol. J. Public Health* 2022;132(2):74–80. doi:10.2478/pjph-2022-0013

6. Kuć P, et al. Violence against healthcare workers before and during the COVID-19 pandemic in Poland. *Emerg. Med. Serv.* 2021;3.

7. Płaszewska-Żywko L, Brzyski P, Nowak-Starz G. Aggression of patients towards nurses and paramedics in emergency departments. *Probl. Pielęgniarstwa* 2019;27(4):315–322. doi:10.5114/piel.2019.92535

8. Mikos M, Kopacz P, Żukowska J. Aggression against paramedics in Poland – a nationwide study. *Bezpiecz. Tech. Pożarnicza* 2018;2:85–96.

9. Kowalczyk K, Krajewska-Kuśak E, Sobolewski M, Rolka H. Aggression in the workplace among nurses and paramedics. *Probl. Pielęgniarstwa* 2016;24(3):179–186.

10. Frydrysiak K, Ejdukiewicz M, Grześkowiak M. Aggression against emergency department personnel – scale, forms and selected determinants. *Emerg. Med. Serv.* 2016;3:129–134.

11. Szwamel K, Sochacka L. Aggression towards emergency department staff – frequency and selected consequences. *Probl. Pielęgniarstwa* 2014;22(2):178–184.

12. Ustawa z dnia 7 listopada 2025 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks wykroczeń oraz ustawy – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia. *Dz.U.* 2025; poz. 1818.

Demencja – „czasem zapominam” czy potrzebuję już pomocy?

Artur Kujawa

Kartezjusz powiedział: „Myślę, więc jestem” i od tego czasu niezaprzeczalnie łączymy rozum z ciałem, wskazujemy na istnienie wiedzy jasnej, wyraźnej i niepodważalnej. Co zaś się dzieje, gdy myślenie nasze ulega zakłóceniom? Bez wątplenia człowiek w całym swym długim – i dzięki zdobyciom medycyny coraz dłuższym – życiu nie będzie w stanie utrzymać swoich zdolności kognitywnych na takim samym, niezaburzonym poziomie. Na pewnym etapie naszego życia pojawić się może w końcu problem otępienia. Społeczeństwo starzeje się w coraz szybszym tempie, a problem demencji staje się coraz szerszy. Nie sposób nie znać choć w szerokim ogólnym zarysie typowego obrazu osoby z zaburzeniami otępiennymi, wszak w 2020 r. żyło na świecie 55 milionów ludzi z tą chorobą, a według statystyk w 2050 r. będzie ich około 139 milionów [1] – chorych mijamy praktycznie codziennie. Polska to kraj starzejący się, wobec czego problem i u nas jest faktem, od którego nie uciekniemy.

Otępienie, zespół otępienny i demencja to terminy używane naprzemiennie o generalnie takim samym

znaczeniu. Postuluje się wprowadzenie takich określeń jak „zaburzenie neurokognitywne duże” i „zaburzenie neurokognitywne łagodne” [2], ale w celu uzyskania przejrzystości niniejszego tekstu pozostaniemy przy dotychczasowych, przyjętych szeroko terminach.

Definicja otępienia mówi nam, że jest to choroba przewlekła lub postępująca z zaburzeniem kilku funkcji poznawczych, np. pamięci, myślenia, orientacji, pojmowania, liczenia, zdolności uczenia się lub mowy – objawy te muszą istnieć co najmniej sześć miesięcy. Uspokajam – pojedynczy incydent zapomnienia o imieninach cioci to jeszcze nie otępienie. Rozpoznanie choroby ma miejsce w sytuacji znacznego ograniczenia niezależności – możemy to określić używając mnogich specjalistycznych skal, np. ADL (Activities of Daily Living – „czynności dnia codziennego”) – a także przy obecności objawów wykraczających poza normalne starzenie się [2]. Ważne jest rozróżnienie przemijającej, odwracalnej dysfunkcji czynności mózgowia, która często przybiera formę majaczenia – stanu klinicznego potencjalnie zagrażającego życiu,

często spowodowanego np. przyjęciem alkoholu (delirium tremens), rozwijającym się stanem zapalnym (majaczenie somatogenne). Samo otępienie predysponuje do majaczenia.

Szczególnie istotne jest również rozróżnienie naturalnego procesu starzenia się, bardzo zindywidualizowanego, od zespołu otępiennego – aktualnie w popularnych testach neuropsychologicznych nie posiadamy standardowych norm dla populacji geriatrycznej, a z drugiej strony prawdopodobieństwo otępienia wzrasta wraz z wiekiem. Szereg prac naukowych dowiodł, że należy spodziewać się w pełni naturalnego spadku niektórych funkcji kognitywnych już od około dwudziestego roku życia – dotyczy to szybkości przetwarzania informacji, pamięci krótkoterminowej i zdolności odtwarzania z pamięci długoterminowej – stale polepszamy bądź utrzymujemy w stopniu niezmiennym zdolności semantyczne i zakres słownictwa [3].

Czy otępienie i choroba Alzheimera to to samo? Chociaż używane często naprzemiennie, terminy te zawierają się w sobie – nie każde otępienie wywołane jest chorobą Alzheimera, chociaż jest to najczęstsza jego przyczyna na świecie. Znamy szereg innych przyczyn otępienia – otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałami Lewy’ego, otępienie naczyniowe. Hasło „otępienie” to swego rodzaju „parasol”, pod którym znajdują się różne choroby prowadzące – chociaż ma to inną manifestację kliniczną – do tej samej, istotnej utraty zdolności poznawczych [4].

Kiedy należy się martwić?

Towarzystwa zajmujące się wsparciem osób dotkniętych zespołem otępiennym oraz ich rodzin sporządziły praktyczne wskazówki dotyczące objawów alarmowych, takich, które powinny nas zaniepokoić i skłonić do pogłębionej diagnostyki w kierunku istotnych zaburzeń poznawczych. Oto kilka z nich: [5, 6, 7]

1. Zaburzenia pamięci wpływające na codzienne funkcjonowanie. Zapominanie niedawno nauczonych rzeczy, wykonanych czynności, minionych wydarzeń, coraz większe poleganie na przedmiotach, pomocy fizycznej (karteczki, przypomnienia w telefonie), odkładanie rzeczy nie na swoje miejsce, coraz większa niesamodzielność, tzn. poleganie na pomocy rodziny.

Kiedy się nie boimy: okazjonalne zapominanie imion, terminów spotkań – ale przypomnienie sobie o nich w późniejszym terminie.

2. Problemy z planowaniem i rozwiązywaniem zadań. Trudności w realizacji zaplanowanych zadań (np. comiesięczne rachunki, opłaty) lub wykonywaniu poleceń (np. z przepisów kulinarnych), a także zdecydowane wydłużenie czasu potrzebnego na wykonywanie dotychczasowych zadań, trudności w wykonaniu pojedynczego zadania.

Kiedy się nie boimy: w sytuacji gdy te zaburzenia nie wpływają na codzienne funkcjonowanie, kiedy

dotyczą nowo poznawanych czynności, kiedy pogorszeniu ulega jedynie tempo wykonywania czynności.

3. Problemy z realizacją dotychczas znanych czynności. Są to trudności z dostaniem się do znanego miejsca, trudności z realizacją wcześniej wykonywanych zadań (np. lista zakupów, która już nie ułatwia odwiedzin w sklepie; zapominanie reguł gry, w którą się wcześniej regularnie grało).

Kiedy się nie boimy: jeśli te zaburzenia występują sporadycznie.

4. Okresowe zaburzenia poczucia czasu i miejsca pobytu. Martwi nas brak orientacji dotyczącej daty (dzień tygodnia, dzień miesiąca, miesiąc, pora roku, rok), brak orientacji dotyczącej miejsca pobytu (co to za miejsce? jakie to jest miasto? jak się tutaj znalazłem?).

Jeśli przejściowo, sporadycznie zapomnimy jaki jest dzień tygodnia, ale później sobie o tym przypomnimy – nie ma powodów do obaw.

5. Zaburzenia w rozumieniu, przetwarzaniu informacji zawartej między obrazami oraz zależności między obrazami. Dotyczy to braku zdolności rozpoznawania kształtów, oceny dystansu, zaburzenia rozumienia barw, kontrastów, istotne mylenie refleksów, błysków, kształtów z realnymi przedmiotami.

Kiedy się nie boimy: jeśli istnieje okulistyczna przyczyna powyższych dolegliwości i kiedy szybko weryfikujemy przejściowe zaburzenia widzenia.

6. Zaburzenia w mówieniu, pisaniu, rozumieniu słów. Ten podpunkt mówi o problemach z dołączeniem do rozmowy lub naturalnym podążaniem za tokiem rozmowy, trudnościach w utrzymaniu prawidłowego rytmu rozmowy, częstych powtórzeniach, „zapętleniach”, trudnościach w nazywaniu prostych przedmiotów, unikaniu ich nazywania.

Kiedy się nie boimy: jeśli czasem, przejściowo, nie pamiętamy jakiegoś słowa, nie możemy nazwać danego przedmiotu, kiedy rozproszeni nie możemy dołączyć do rozmowy.

7. Odkładanie rzeczy w nieprawidłowych miejscach, trudności z odtworzeniem swoich czynności. Są to: gubienie przedmiotów dnia codziennego, odkładanie rzeczy w nieprawidłowych miejscach i mylenie gubienia przedmiotów, nieprawidłowego położenia danej rzeczy z kradzieżą.

Kiedy się nie boimy: jeśli czasem coś zgubimy, potrafimy odtworzyć ciąg zdarzeń prowadzący do zgubienia danej rzeczy (zgubiłem kluczyki do auta? Muszę sprawdzić kurtkę, którą ostatnio nosiłem, spodnie, przejść się po miejscach, w których byłem od czasu zaparkowania auta).

8. Trudności z prawidłowym osądem, procesem decyzyjnym dnia codziennego. Mamy na myśli nieprzemysłane wydatki, brak kontroli nad finansami, oraz trudności w utrzymaniu higieny, porządku



wokół siebie, niedostosowanie ubioru do warunków atmosferycznych.

Kiedy się nie boimy: jeśli czasem dokonamy nieprawidłowej decyzji finansowej lub innej dotyczącej dnia codziennego, np. zapomnimy o regularnej wymianie oleju w samochodzie, zapomnimy o ustaleniu wizyty u fryzjera.

9. Wycofanie z życia społecznego, z pracy. Ten punkt mówi o świadomym – lub nie – unikaniu kontaktów towarzyskich, dotychczasowych zainteresowań, zaburzenie to może wynikać z trudności wspomnianych wcześniej w tej prezentacji.

Kiedy się nie boimy: jeśli okazjonalnie nie chcemy uczestniczyć w spotkaniach rodzinnych, społecznych.

10. Zaburzenia nastroju, zmiana osobowości. Są to częste “wahania nastroju” wcześniej nie obserwowane, a także zmiana dotychczasowych zachowań.

Kiedy się nie boimy: jeśli mamy wyuczone pewne zachowania, typowe procesy dotyczące rozwiązywania problemów, a “wahania nastroju” związane są z narzuconą zmianą dotyczącą tych procesów.

Jeśli powyższe podpunkty dotyczą osoby, u której podejrzewamy zespół otępienny, należałoby skorzystać z pomocy lekarza. Pierwszym krokiem do dobrej diagnostyki jest rozpoczęcie adekwatnej współpracy na linii pacjent – lekarz pierwszego kontaktu (lekarz rodzinny) – specjalista (neurolog, psychiatra, geriatra). Pacjent może korzystać z powyższego formularza, lekarz rodzinny może zalecić podstawowe (a bardzo ważne!) badania, a specjalista ukierunkować odpowiednie leczenie w zależności od etiologii zespołu otępiennego.

Do najważniejszych stanów chorobowych i czynników, które należy wykluczyć przed rozpoznaniem zespołu otępiennego należą: działania niepożądane leków, zaburzenia nastroju, zaburzenia metaboliczne, dysfunkcja narządu wzroku i słuchu, wodogłowie normotensyjne, guzy ośrodkowego układu nerwowego, infekcje i stany niedoborów odporności, a także anemii i zaburzenia hematologiczne.

Poza wdrażanym przez specjalistę leczeniem znamy szereg czynników i zachowań, które mają udowodniony wpływ na profilaktykę rozwoju zespołu otępiennego. Warto je znać, wprowadzać w życie i informować o nich najbliższych oraz pacjentów, bowiem nie istnieje lek przywracający zdolności kognitywne, a jedynym dostępnym aktualnie skutecznym orężem w walce z otępieniem jest prewencja [8].

Istotny jest dostęp do edukacji, stałe i czynne zdobywanie nowej wiedzy, ekspozycja na kognitywne wymagające zadania w miejscu pracy. Czynniki te bezpośrednio wpływają na rozwój rezerwy kognitywnej – czyli w potocznym języku „zapasu” zdolności do myślenia, jakie posiada nasz mózg. Im większy „zapas” wiedzy przez całe życie uzyskamy, tym trudniej będzie nam mówić o otępieniu, wszak nie wyczerpiemy swoich zdolności kognitywnych do poziomu, w którym wystąpią objawy otępienia.

Bardzo ważne są przesiewowe badania słuchu i wzroku – deficyty te w sposób przebiegły, skryty, narastają niezauważenie i nieleczone przyspieszają rozwój zespołu otępiennego (badania wskazują na bezpośredni związek między zaawansowaniem dysfunkcji narządów wzroku i słuchu, a rozwojem otępienia).

Nie wolno zapominać o konieczności leczenia zaburzeń depresyjnych – na każdym etapie życia. Depresja to choroba, którą należy leczyć – nieleczona przyspieszy rozwój zespołu otępiennego.

Kolejnym z istotnych czynników jest unikanie urazów głowy. Wskutek obrażeń w obrębie układu nerwowego obserwujemy aksonalne uszkodzenie tkanki nerwowej oraz atrofię korowej warstwy mózgowia, a także przyspieszenie proteinopatii, która leży u podstaw rozwoju choroby Alzheimera.

Znanym i niepodważalnym czynnikiem prowadzącym do szybszego rozwoju zespołu otępiennego jest palenie papierosów. Dane naukowe jasno mówią, że ograniczenie – a najlepiej całkowita abstynencja – jest korzystna na każdym etapie życia palacza tytoniu. Nigdy nie jest „za późno”! Poza paleniem papierosów

dane naukowe dowodzą, że każda, nawet najmniejsza ilość alkoholu szkodzi i sprzyja rozwojowi otępienia.

Bardzo istotnym czynnikiem jest adekwatna strategia dotycząca leczenia obciążeń układu sercowo-naczyniowego. Amerykańskie Towarzystwo Udaru Mózgu (American Stroke Association) stworzyło „Życiową Prostą Siódemkę” (Life’s Simple 7) – zasadę, którą bardzo łatwo zapamiętać, a która wdrożona do codziennego życia zapewni nam istotne zmniejszenie ryzyka rozwoju miażdżycy, czynnika ryzyka zawału serca, udaru mózgu, ale i zespołu otępiennego. Zasada ta mówi: ruszaj się, jedz pełnowartościowe jedzenie, zrzuć nadmiarowe kilogramy, nie pal papierosów, kontroluj cholesterol, kontroluj ciśnienie tętnicze, kontroluj glikemię.

Skoro wspomnieliśmy o aktywności fizycznej, należy temat rozwinąć. Informacja jest korzystna – w prewencji rozwoju otępienia każda aktywność fizyczna jest dobra, nawet najmniejszy ruch jest lepszy niż jego brak. Mózg – chociaż może się to wydawać zbyt proste – przypomina mięsień, a ten, gdy nieużywany – zanika.

Warto odnotować, że zaburzenia snu to również bezpośredni czynnik sprzyjający rozwojowi otępienia [9]. Niedobór snu i jego niska jakość, dłuższy czas potrzebny do zaśnięcia to przyczyna dysfunkcji układu limfatycznego – jest to naturalny system „oczyszczania” układu nerwowego m.in. z nieprawidłowych form białek oraz blaszek amyloidowych, które są przyczyną rozwoju otępienia. Przy problemach ze snem warto udać się do specjalisty zamiast kupować na własną rękę preparaty z apteki.

Stoimy na początku trudnej drogi – w starzejącym się społeczeństwie problem otępienia będzie

coraz bardziej powszechny. Musimy pamiętać, że nie każdy objaw niepokojący będzie bezpośrednio związany z zespołem otępiennym. W uzasadnionych przypadkach warto udać się po pomoc do lekarza. W każdym zaś przypadku warto powziąć działania, które nie tylko wpłyną na zmniejszenie ryzyka pogorszenia naszych zdolności kognitywnych w przyszłości, ale też poprawią nasze samopoczucie i całokształt stanu zdrowia.

lek. Artur Kujawa jest asystentem w Katedrze Neurologii CM UMK

Piśmiennictwo:

[1] *Alzheimer’s Disease International*, Londyn, Wielka Brytania; <https://www.alzint.org/>

[2] *Elsevier Essentials Demenzerkrankungen* A. Felbecker, V. Limmroth, B. Tettenborn 2019 © Elsevier GmbH, Deutschland

[3] Salthouse, T. A. (2010). *Selective review of cognitive aging*. *Journal of the International Neuropsychological Society*

[4] *The National Institute on Aging*, Bethesda Maryland, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej; <https://www.nia.nih.gov/>

[5] *Alzheimer’s Association*, Chicago Illinois, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej; <https://www.alz.org/>

[6] *Alzheimer’s Society*, Londyn, Wielka Brytania; <https://www.alzheimers.org.uk/>

[7] *Dementia Australia*, Australia; <https://www.dementia.org.au/about-us/contact-us>

[8] *Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission*, Livingston, Gill et al., *The Lancet*, Volume 404, Issue 10452, 572–628

[9] *Robbins, Rebecca et al. Examining sleep deficiency and disturbance and their risk for incident dementia and all-cause mortality in older adults across 5 years in the United States*. *Aging* vol. 13,3 (2021): 3254–3268. doi:10.18632/aging.202591

Psychofizjologia oddechu – jak oddech wpływa na nasze myśli i nastrój

Łukasz Leksowski

Oddychanie jest jedną z najbardziej podstawowych funkcji życiowych człowieka. Wydaje się banalne, automatyczne i oczywiste. A jednak – z punktu widzenia psychofizjologii – oddech jest jednym z najpotężniejszych regulatorów naszego stanu psychicznego. Wpływa na emocje, poziom stresu, koncentrację, a nawet na sposób myślenia i podejmowania decyzji. Co więcej, jest jedną z nielicznych funkcji fizjologicznych, które jednocześnie podlegają kontroli

autonomicznej i świadomej. To właśnie czyni go wyjątkowym „mostem” między ciałem a psychiką.

Oddech między automatyką a świadomością

Rytm oddychania generowany jest przez ośrodki oddechowe w pniu mózgu, które nieustannie monitorują poziom dwutlenku węgla, tlenu i pH krwi. Dzięki temu oddychamy nawet wtedy, gdy śpimy lub nie zwracamy na to uwagi. Jednocześnie możemy świadomie zmieniać

częstość, głębokość i tor oddychania: przyspieszać je, spowalniać, wstrzymywać, pogłębiać czy przechodzić na oddychanie przeponowe.

Ta podwójna kontrola sprawia, że oddech staje się narzędziem regulacji pobudzenia układu nerwowego. W praktyce oznacza to, że poprzez zmianę sposobu oddychania możemy wpływać na własny stan emocjonalny i poznawczy – szybciej się uspokoić, poprawić koncentrację albo zmniejszyć napięcie.

Neurobiologiczne podstawy wpływu oddechu na psychikę

Oddychanie jest ściśle powiązane z autonomicznym układem nerwowym, zwłaszcza z równowagą między układem współczulnym (odpowiedzialnym za mobilizację i reakcję stresową) a przywspółczulnym (związanym z regeneracją i wyciszeniem). Kluczową rolę odgrywa tu nerw błędny, który stanowi główną

drogę komunikacji między mózgiem a narządami wewnętrznymi.

Wolny, pogłębiony oddech – szczególnie z wydłużonym wydechem – sprzyja aktywacji układu przywspółczulnego, obniżeniu częstości akcji serca i zmniejszeniu napięcia mięśniowego. Z kolei szybki, płytki oddech wzmacnia aktywność współczulną i przygotowuje organizm do reakcji „walczy albo uciekaj”. Struktury limbiczne, takie jak ciało migdałowate czy hipokamp, reagują na zmiany rytmu oddechu, a jednocześnie same wpływają na jego wzorec. Powstaje w ten sposób sprzężenie zwrotne między emocjami a oddychaniem.

Nos czy usta?

Dlaczego sposób oddychania ma znaczenie

Choć oddychanie przez usta bywa konieczne w sytuacjach dużego wysiłku lub niedrożności nosa,

Emocja / stan	Typowy wzorec oddechu	Co dzieje się w organizmie
Spokój, poczucie bezpieczeństwa	Wolny, głęboki, regularny, z przewagą wydechu	Aktywacja układu przywspółczulnego, spadek tętna, rozluźnienie mięśni
Radość, pozytywne pobudzenie	Pogłębiony, żywszy, rytmiczny	Umiarkowany wzrost pobudzenia, dobra regulacja autonomiczna, poczucie energii
Stres, napięcie, niepokój	Przyspieszony, płytszy, często nieregularny	Wzrost pobudzenia współczulnego, mobilizacja organizmu
Lęk, panika	Bardzo szybki, płytki, chaotyczny (tendencja do hiperwentylacji)	Spadek CO ₂ , zawroty głowy, duszność, kołatanie serca, nasilenie objawów lęku
Złość, frustracja	Szybki, silny, często z gwałtownymi wydechami	Wysoka aktywacja współczulna, wzrost napięcia mięśniowego
Smutek, obniżony nastrój	Sploty, wolniejszy, o małej amplitudzie ruchów klatki piersiowej	Obniżone pobudzenie, mniejsza energia, tendencja do „zamkniętej” postawy
Skupienie, uważność	Rytmiczny, umiarkowanie wolny, regularny	Stabilizacja pobudzenia, lepsza kontrola poznawcza
Wysiłek, pobudzenie zadaniowe	Pogłębiony i przyspieszony, ale rytmiczny	Wzrost wentylacji dostosowany do zapotrzebowania metabolicznego

Związek między emocjami a wzorcem oddychania

Cel	Jak oddychać	Efekt
Na sen (wyciszenie)	Wdech 4 s, pauza 5 s, wydech 6–8 s, przez 5 minut	Uspokaja układ nerwowy, ułatwia zasypianie
Na skupienie (koncentracja)	Wdech 5 s, wydech 5 s, przez 3–5 minut	Porządkuje myśli, pomaga się skupić
„SOS” na stres i lęk	Dwa krótkie wdechy nosem + jeden długi wydech ustami, 5–10 razy; potem wdech 4 s, wydech 6 s	Szybko obniża napięcie i uczucie „zalanía” stresem
Przed ważnym zadaniem (optymalne pobudzenie)	Wdech 3 s, wydech 3 s, przez 2–3 minuty	Pomaga się uspokoić i jednocześnie zachować energię
Gdy potrzebujemy maksymalnego skupienia i koncentracji. Oddychanie pudełkowe	Wdech 4 s → pauza 4 s → wydech 4 s → pauza 4 s, 3–5 minut	Stabilizuje rytm oddechu, obniża stres i poprawia kontrolę emocji

Oddech, który zmienia nastrój – 5 szybkich sposobów

fizjologicznie człowiek jest przystosowany do oddychania przez nos – zarówno w spoczynku, jak i podczas snu oraz umiarkowanej aktywności.

Nos nie jest jedynie „kanałem doprowadzającym powietrze”. Filtruje, ogrzewa i nawilża wdychane powietrze, chroniąc dolne drogi oddechowe. Co jednak szczególnie istotne z punktu widzenia psychofizjologii, oddychanie przez nos wpływa także na regulację pracy układu nerwowego i mózgu. W jamach nosowych produkowany jest tlenek azotu (NO), który wraz z wdychanym powietrzem trafia do płuc, poprawiając perfuzję i efektywność wymiany gazowej.

Oddychanie przez nos sprzyja wolniejszemu, głębszemu i bardziej rytmicznemu wzorcowi oddechu, co wiąże się z większą aktywacją układu przywspółczulnego i lepszą regulacją emocji. Przewlekłe oddychanie przez usta częściej towarzyszy natomiast przyspieszonemu, płytszemu oddechowi, większemu pobudzeniu i gorszej tolerancji stresu. Badania neurofizjologiczne pokazują także, że rytm oddychania przez nos może synchronizować aktywność struktur limbicznych i kory mózgu, wpływając na przetwarzanie emocji, uwagę i pamięć. W tym sensie nos nie jest tylko „wejściem” dla powietrza, ale elementem całego systemu regulacji psychofizjologicznej.

Oddech a emocje – dwukierunkowa relacja

Relacja między oddechem a emocjami ma charakter dwukierunkowy. Stan emocjonalny wpływa na wzorzec oddychania, ale jednocześnie zmiana

sposobu oddychania może modyfikować przeżywane emocje. W praktyce klinicznej i obserwacjach psychofizjologicznych można wyróżnić charakterystyczne powiązania między emocjami a typowym wzorcem oddechu, co zestawiono w tabeli poniżej.

Zestawienie to pokazuje, że emocje „piszą się” w oddechu, ale jednocześnie sugeruje kierunek interwencji: zmieniając wzorzec oddychania, można w pewnym stopniu wpływać na stan emocjonalny.

Oddech a myśli i funkcje poznawcze

Coraz więcej danych wskazuje, że rytm oddychania wpływa nie tylko na emocje, ale również na procesy poznawcze, takie jak uwaga, pamięć robocza i kontrola poznawcza. Oddychanie synchronizuje się z aktywnością kory przedczołowej i struktur limbicznych, co może modulować sposób przetwarzania informacji.

W praktyce oznacza to, że stan pobudzenia „oddechowego” wpływa na jakość myślenia. Szybki, płytki oddech sprzyja zawężeniu uwagi i reaktywności emocjonalnej, natomiast wolniejszy, bardziej rytmiczny oddech sprzyja większej stabilności emocjonalnej, lepszej koncentracji i bardziej refleksyjnemu stylowi myślenia.

Oddech w stresie i zaburzeniach lękowych

W sytuacji zagrożenia dochodzi do przyspieszenia i sptyczenia oddechu, co krótkoterminowo jest adaptacyjne. Jednak przewlekłe utrzymywanie

takiego wzorca może prowadzić do hiperwentylacji, obniżenia poziomu CO₂ we krwi i występowania objawów somatycznych, takich jak zawroty głowy, duszność czy kołatanie serca. Objawy te bywają interpretowane katastroficznym, co nasila lęk i jeszcze bardziej zaburza oddychanie, tworząc błędne koło. Z tego powodu reedukacja oddechu stanowi ważny element terapii zaburzeń lękowych i panicznych.

Oddech w praktyce: wykorzystanie wiedzy psychofizjologicznej

Zrozumienie mechanizmów psychofizjologicznych pozwala przejść od teorii do praktyki. Oddech może być traktowany jako najprostszy i najszybciej dostępny regulator stanu układu nerwowego.

W codziennym funkcjonowaniu warto preferować oddychanie przez nos, które sprzyja spokojniejszemu rytmowi i lepszej regulacji emocji.

Znaczenie kliniczne i rehabilitacyjne

Z punktu widzenia fizjoterapii, psychologii klinicznej i medycyny stylu życia oddech jest nie tylko

wskaźnikiem stanu pacjenta, ale także narzędziem terapii. Przepona pełni podwójną rolę: oddechową i posturalną, wpływając zarówno na wentylację, jak i na stabilizację tułowia oraz kontrolę napięcia mięśniowego. To dodatkowo podkreśla integracyjny charakter oddychania jako funkcji łączącej ciało i psychikę.

Podsumowanie

Oddech nie jest jedynie mechaniczną wymianą gazową. Jest dynamicznym regulatorem emocji, nastroju i procesów poznawczych oraz jednym z nielicznych procesów fizjologicznych, na które możemy świadomie wpływać w czasie rzeczywistym. Psychofizjologia oddechu pokazuje, że zmieniając sposób oddychania – w tym świadomie wybierając tor nosowy – możemy realnie wpływać na to, jak się czujemy, jak myślimy i jak reagujemy na stres.

W tym sensie oddech staje się nie tylko warunkiem życia, ale także jednym z najprostszych i najskuteczniejszych narzędzi codziennej samoregulacji psychofizycznej.

dr Łukasz Leksowski jest adiunktem w Katedrze Rehabilitacji CM UMK

Między przymusem a wolnością – jak mózg uczy się uzależnienia

Inga Dziembowska

Aby zrozumieć, czym w istocie jest uzależnienie, trzeba na chwilę odejść od samego zachowania i przyrzeć się temu, w jaki sposób mózg konstruuje rzeczywistość, podejmuje decyzje i nadaje znaczenie bodźcom. Zjawiska, które w codziennym doświadczeniu wydają się oczywiste – „chce”, „wybiera”, „mógłby przestać” – bardzo często są jedynie powierzchnią znacznie głębszych procesów neurobiologicznych. Jednym z najprostszych, a zarazem najbardziej sugestywnych sposobów uchwycenia tej różnicy jest odwołanie się do złudzeń percepcyjnych, które pokazują, jak łatwo mózg może wytwarzać przekonujące, lecz nie w pełni zgodne z rzeczywistością interpretacje. Iluzja szachownicy Adelsona należy do tych obrazów, które w kilka sekund ujawniają zasadę działania mózgu lepiej niż długi wykład. Na pierwszy rzut oka większość odbiorców jest przekonana, że pole oznaczone jako B jest jaśniejsze niż pole A. Odruchowa pewność tej odpowiedzi nie wynika z nieuwagi ani

„błędu oka”, lecz z tego, jak układ nerwowy konstruuje doświadczenie percepcyjne: mózg nie odczytuje bodźców w izolacji, tylko nieustannie je interpretuje w kontekście. Uwzględnia cienie, relacje przestrzenne, prawdopodobne źródła światła oraz wcześniejsze regularności świata fizycznego, a następnie „koryguje” sygnał tak, by wynik był spójny z najbardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem sceny. W efekcie dwa pola o identycznym odcieniu szarości mogą być przeżywane jako różne – i co kluczowe, sama wiedza o ich identyczności nie wystarcza, by „odzobaczyć” złudzenie. Percepcja nie jest aktem woli; jest automatycznym rezultatem obliczeń, które mózg wykonuje poza świadomością.

Ten mechanizm stanowi użyteczną ramę do myślenia o uzależnieniu. Podobnie jak w złudzeniu wzrokowym, obserwujemy efekt końcowy – zachowanie – i nadajemy mu najbardziej intuicyjne wyjaśnienie. Widzimy sięganie po substancję, powtarzalność

używania czy nawracanie mimo szkód i automatycznie interpretujemy je w kategoriach wyboru. Tymczasem to, co widoczne, jest jedynie „percepcyjnym polem A i B” – powierzchnią zjawiska. Niewidoczne pozostają procesy, które ten obraz wytwarzają: zmiany w układzie nagrody, modulacja dopaminowa, wpływ stresu, uczenie nawykowe oraz osłabienie kontroli wykonawczej.

Ta analogia pozwala uchwycić podstawową tezę, która stanowi punkt wyjścia dla dalszych rozważań: uzależnienie objawia się decyzjami, ale jego mechanizm rozwija się w biologii mózgu. Zrozumienie tej rozbieżności – między tym, co widoczne, a tym, co rzeczywiste – jest pierwszym krokiem do odejścia od moralizującej interpretacji na rzecz modelu medycznego, opartego na wiedzy o neuroplastyczności, uczeniu się i regulacji motywacji.

W ujęciu klinicznym uzależnienie opisywane jest jako przewlekła, nawracająca choroba mózgu, rozwijająca się w wyniku interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Uzależnienie nie jest wyłącznie „biologiczne”, „psychologiczne” albo „społeczne”. Czynniki biologiczne wpływają na wrażliwość układu nagrody i reaktywność na stres; czynniki psychologiczne determinują, czego mózg się uczy i jak interpretuje stany wewnętrzne; czynniki społeczne budują środowisko, w którym ten mózg funkcjonuje – normy, dostępność, przewlekły stres, wzorce zachowań. Problem polega na tym, że jako obserwatorzy rzadko widzimy wszystkie te poziomy naraz: widzimy efekt (zachowanie), a mózg automatycznie dopowiada „resztę historii” w kategoriach wyboru. Tak jak w iluzji wzrokowej – kontekst „robi” percepcję, tylko tym razem kontekstem są obwody neuronalne i historia uczenia się.

Z perspektywy neurobiologii uzależnienie od substancji to zaburzenie nadawania znaczenia bodźcom i utrwalania zachowań. Centralną rolę odgrywa tu układ dopaminergiczny, często redukowany w przekazie popularnym do hasła „dopamina = przyjemność”. Tymczasem dopamina pełni przede wszystkim funkcję sygnału uczenia i priorytetu: informuje mózg, co jest ważne, na co warto kierować uwagę i wysiłek oraz co należy powtarzać w przyszłości. Sygnał dopaminowy jest ściśle związany z błędem predykcji – różnicą między tym, czego mózg się spodziewał, a tym, co faktycznie nastąpiło. Jeśli wynik jest lepszy lub bardziej nieoczekiwany niż przewidywano, stężenie dopaminy w mózgu wzrasta, wzmacniając skojarzenia i motywację; jeśli wynik jest zgodny z oczekiwaniem, sygnał wygasa; jeśli nagrody brakuje, może obniżyć się, generując stan frustracji lub dyskomfortu.

W rozumieniu neurobiologii uzależnienia kluczową rolę odgrywa układ dopaminergiczny – jeden z najlepiej poznanych, a zarazem najczęściej błędnie interpretowanych systemów neuroprzekaznikowych. W przekazie popularnym dopamina bywa

utożsamiana z przyjemnością, nagrodą czy „hormonem szczęścia”. Z perspektywy neurobiologii jej funkcja jest jednak znacznie bardziej precyzyjna. Trafniejszą metaforą niż „generator przyjemności” jest obraz urzędnika administracji, który nie tworzy wartości sam w sobie, lecz nadaje im formalny status ważności. Sygnał dopaminergiczny nie informuje, czy coś jest dobre, zdrowe lub moralne – jego zadaniem jest oznaczenie, czy dany bodziec powinien zostać uznany przez mózg za priorytetowy.

Gdy pojawia się sygnał dopaminergiczny, mózg otrzymuje bardzo konkretną instrukcję: zapamiętaj to zdarzenie, skieruj na nie uwagę, zwiększ gotowość do jego powtórzenia, następnym razem działaj szybciej i z mniejszym wahaniem. Mechanizm ten opiera się na tzw. błędzie predykcji – różnicy między tym, czego mózg się spodziewał, a tym, co faktycznie nastąpiło. Jeśli wydarzenie jest bardziej intensywne, bardziej znaczące lub bardziej nieoczekiwane niż przewidywano, sygnał dopaminergiczny ulega wzmocnieniu (jest to rozumiane jako „nagroda”). Jeśli przebieg zdarzeń jest w pełni zgodny z oczekiwaniem, aktywność układu dopaminergicznego słabnie lub wygasa. Oznacza to, że dopamina nie reaguje na przyjemność samą w sobie, lecz na informacyjną wartość zdarzenia dla procesu uczenia.

Z klinicznego punktu widzenia konsekwencje są zasadnicze. Bodziec może przestać sprawiać przyjemność, a mimo to pozostawać kompulsywnie poszukiwany – ponieważ został wcześniej oznaczony przez układ dopaminergiczny jako „ważny”. Sygnał dopaminergiczny nie aktualizuje tej „pieczęci” w oparciu o bieżącą satysfakcję, lecz o historię znaczenia zapisaną w systemach motywacyjnych. Właśnie w tym miejscu zaczyna się neurobiologiczna oś uzależnienia: mechanizm, który ewolucyjnie wzmacniał zachowania sprzyjające przetrwaniu, zaczyna nadawać najwyższy priorytet bodźcom, które biologicznie tej funkcji nie pełnią. W efekcie zachowanie może być realizowane nie dlatego, że „daje radość”, lecz dlatego, że mózg nauczył się, iż jest ono kluczowe – nawet jeśli obiektywnie pozostaje destrukcyjne.

Aby w pełni zrozumieć funkcjonowanie układu dopaminergicznego w uzależnieniu, konieczne jest rozróżnienie sytuacji, w których sygnał dopaminergiczny pojawia się pierwotnie, od tych, w których jest on wynikiem uczenia się i nadawania znaczenia bodźcom wtórnym. Układ ten nie powstał bowiem w odpowiedzi na substancje psychoaktywne ani współczesne „superbodźce”, lecz w toku ewolucji jako mechanizm zwiększający szanse przetrwania organizmu.

Pierwotnie dopamina wydziela się w odpowiedzi na tzw. bodźce pierwotne – czyli takie, które mają bezpośrednie znaczenie biologiczne. Należą do nich przede wszystkim pokarm i kalorie, woda, równowaga elektrolitowa, aktywność seksualna oraz kontakt

społeczny. Każdy z tych bodźców odpowiadał w środowisku ewolucyjnym na fundamentalne pytanie organizmu: „Czy to zwiększa moje szanse przeżycia i reprodukcji?”. Gdy potrzeba była zaspokajana, pojawiał się sygnał dopaminergiczny, który pełnił funkcję biologicznej pieczęci priorytetu – informował mózg, że dane zachowanie było istotne i powinno być w przyszłości powtarzane szybciej, sprawniej i z większą motywacją. Co istotne, mechanizm ten nie był projektowany, aby generować szczęście, lecz aby wzmacniać działania funkcjonalne dla przetrwania.

Na bazie tych pierwotnych reakcji układ dopaminergiczny uczy się jednak znacznie szerzej – poprzez proces warunkowania. W miarę powtarzania doświadczeń sygnał dopaminergiczny zaczyna pojawiać się nie tylko przy samym bodźcu biologicznym, lecz również przy sygnałach, które go zapowiadają. Tak powstają bodźce wtórne (warunkowe). Dźwięk otwieranej lodówki, zapach jedzenia, widok butelki, konkretne miejsce, pora dnia, a nawet stan emocjonalny mogą z czasem wywoływać aktywację układu dopaminergicznego – mimo że same w sobie nie mają wartości biologicznej. Mózg nauczył się, że są one predyktorami nagrody. Z neurobiologicznego punktu widzenia jest to mechanizm niezwykle adaptacyjny. Pozwala przewidywać zdarzenia, przygotowywać organizm do działania i optymalizować zachowanie zanim pojawi się właściwa nagroda. Jednak w kontekście uzależnienia ten sam proces staje się źródłem podatności. Substancja psychoaktywna lub zachowanie kompulsywne zaczynają być traktowane jak bodźce pierwotne, a całe otoczenie z nimi związane – ludzie, miejsca, rytuały, emocje – przekształca się w gęstą sieć bodźców wtórnych wyzwalających sygnał dopaminergiczny. W efekcie motywacja do sięgnięcia po substancję może być aktywowana na długo przed samym kontaktem z nią, często automatycznie i poza świadomą kontrolą.

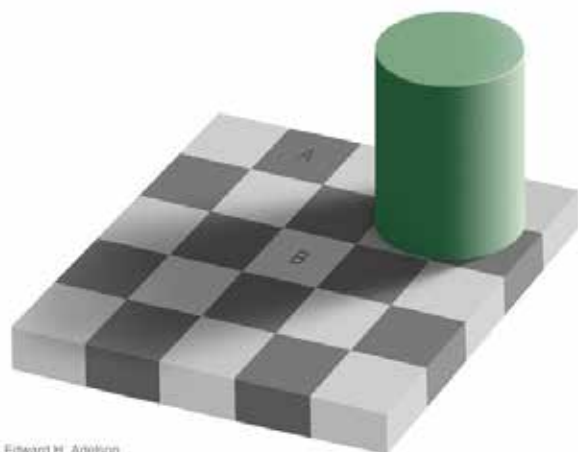
To rozróżnienie ma istotne znaczenie kliniczne: uzależnienie nie utrzymuje się wyłącznie dzięki działaniu samej substancji, lecz dzięki wyuczonej

architekturze sygnałów wtórnych, które nieustannie reaktywują system motywacyjny. Innymi słowy, układ dopaminergiczny nie reaguje już tylko na to, co biologicznie konieczne, lecz na to, czego nauczył się jako „ważne” – nawet jeśli pierwotnie nie miało to żadnego związku z przetrwaniem.

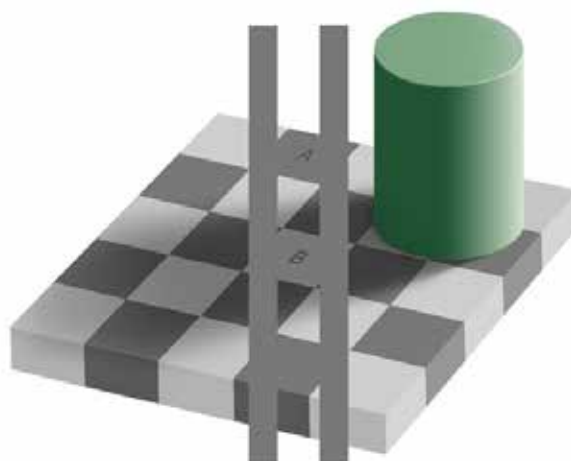
Kluczowym momentem w rozwoju uzależnienia jest ten, w którym substancja – biologicznie obojętna z punktu widzenia przetrwania – zaczyna być przez mózg traktowana tak, jakby należała do kategorii bodźców pierwotnych. Nie dzieje się to na poziomie deklaracji ani świadomych przekonań, lecz na poziomie uczenia neurobiologicznego w układzie dopaminergicznym. Substancje psychoaktywne mają zdolność wywoływania sygnału dopaminergicznego o sile i dynamice znacznie przekraczającej naturalne zakresy, do których system został zaprojektowany ewolucyjnie. W efekcie mózg otrzymuje komunikat, który z perspektywy biologicznej wygląda jak sygnał najwyższego priorytetu adaptacyjnego.

W warunkach naturalnych nawet silne bodźce pierwotne – takie jak pokarm czy kontakt społeczny – generują umiarkowany, regulowany wzrost aktywności dopaminergicznej, który z czasem ulega wygaszeniu wraz z uczeniem i przewidywalnością. Substancje działają inaczej: mogą bezpośrednio zwiększać uwalnianie dopaminy, blokować jej wychwyty zwrotny lub modyfikować neurony dopaminergiczne pośrednio poprzez inne układy neuroprzebieżnikowe. Skutkiem jest sygnał dopaminergiczny o nienaturalnej amplitudzie, często powtarzany w krótkich odstępach czasu i niewygaszający się mimo przewidywalności doświadczenia. Z punktu widzenia mózgu jest to sytuacja informacyjnie „nieвозможна” w środowisku naturalnym – coś, co zawsze okazuje się ważniejsze, niż przewidywano.

Właśnie ta nadmiarowa, sztucznie wzmacniana sygnalizacja prowadzi do stopniowego przestawienia hierarchii motywacyjnej. Substancja przestaje funkcjonować wyłącznie jako bodziec wtórny powiązany z kontekstem czy emocją, a zaczyna być kodowana funkcjonalnie na poziomie zbliżonym do bodźców



Edward H. Adelson



pierwotnych. Mózg uczy się, że kontakt z nią ma wyjątkową wartość regulacyjną: redukuje napięcie, zmienia stan afektywny, przywraca subiektywne poczucie równowagi. W tym sensie substancja nie jest już „źródłem przyjemności”, lecz narzędziem utrzymania homeostazy psychofizjologicznej – choć jest to homeostaza patologicznie przestawiona. Proces ten pogłębia się wraz z neuroadaptacją. W miarę powtarzania ekspozycji dochodzi do zmian w receptorach, szlakach dopaminergicznych i układach stresu, które obniżają reaktywność na naturalne bodźce pierwotne, a jednocześnie zwiększają znaczenie substancji jako regulatora stanu wewnętrznego. Zjawisko to bywa opisywane jako allostatyczne „przesunięcie punktu równowagi” – sytuacja, w której organizm zaczyna funkcjonować względnie stabilnie dopiero w obecności bodźca uzależniającego. W tym stadium zachowanie nie jest już napędzane poszukiwaniem euforii, lecz unikaniem dyskomfortu i przywracaniem bazowego poziomu funkcjonowania. Tak rozumiane „upierwotnienie” substancji stanowi neurobiologiczny rdzeń uzależnienia. System, który ewolucyjnie miał bezbłędnie wskazywać to, co konieczne do przeżycia, zostaje oszukany przez bodziec o nienaturalnej sile sygnału. Od tego momentu mózg reaguje na substancję tak, jakby chodziło o zasób niezbędny – uruchamia motywację, uwagę i zachowania poszukiwawcze z intensywnością porównywalną do tej, która pierwotnie była zarezerwowana dla jedzenia, wody czy bezpieczeństwa. Właśnie dlatego uzależnienie tak trudno sprowadzić do kategorii wyboru: zachowanie, które z zewnątrz wygląda jak decyzja, od wewnątrz jest realizacją programu biologicznego oznaczonego jako „konieczny”.

Jednym z najczęściej pojawiających się pytań – zarówno w praktyce klinicznej, jak i w debacie publicznej – jest to, dlaczego nie wszyscy, którzy mają kontakt z substancją lub zachowaniem o potencjale uzależniającym, rozwijają uzależnienie. Jeśli mechanizmy dopaminergiczne są uniwersalne, a substancje działają na te same układy neurobiologiczne, skąd biorą się tak duże różnice indywidualne? Odpowiedź prowadzi do pojęcia podatności – czyli zróżnicowanej wrażliwości mózgu na uczenie motywacyjne w określonym momencie życia i w określonych warunkach środowiskowych. Uzależnienie nie rozwija się w próżni biologicznej; jest wynikiem interakcji czynników ryzyka i czynników ochronnych.

Pierwszym poziomem tej podatności są uwarunkowania biologiczne. Różnice genetyczne wpływają na funkcjonowanie układu dopaminergicznego: liczbę i czułość receptorów, tempo wychwytu zwrotnego dopaminy, reaktywność neuronów na bodźce nagradzające oraz sposób, w jaki układ nagrody współpracuje z układem stresu. Dla jednego mózgu sygnał dopaminergiczny wywołany przez substancję

będzie umiarkowany i szybko podlegający regulacji; dla innego – gwałtowny, długotrwały i silnie wzmacniający uczenie. Nie oznacza to „większej chęci” czy „słabszego charakteru”, lecz odmienny próg neurobiologicznej reaktywności.

Drugim kluczowym obszarem jest funkcjonowanie kory przedczołowej, a szerzej – kory mózgu odpowiedzialnej za kontrolę wykonawczą. Struktury te pełnią rolę systemu hamującego: umożliwiają odracanie gratyfikacji, ocenę długoterminowych konsekwencji, regulację emocji i zatrzymywanie impulsów generowanych przez układ nagrody. Ich dojrzałość i sprawność są jednak zmienne – zarówno rozwojowo (np. w adolescencji), jak i sytuacyjnie. W warunkach zmęczenia, deprywacji snu, przeciążenia poznawczego czy silnych emocji zdolność kory przedczołowej do modulowania zachowania ulega osłabieniu. W takiej sytuacji sygnały motywacyjne generowane podkorowo mają większą szansę przełożyć się bezpośrednio na działanie. Uzależnienie rozwija się łatwiej tam, gdzie „gaz” układu nagrody jest silny, a „hamulec” kontroli wykonawczej – względnie słabszy.

Trzecim, niezwykle istotnym czynnikiem ryzyka jest stres – zarówno ostry, jak i przewlekły. Z neurobiologicznego punktu widzenia stres nie jest przeciwieństwem dopaminy, lecz jej wzmacniaczem. Aktywacja osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i wzrost poziomu kortyzolu zwiększają reaktywność układu dopaminergicznego, szczególnie w strukturach takich jak brzuszne pole nakrywki i jądro półleżące. Oznacza to, że w stanie stresu te same bodźce mogą generować silniejszy sygnał ważności niż w stanie równowagi. Ewolucyjnie mechanizm ten miał wartość adaptacyjną – organizm w zagrożeniu powinien szybko uczyć się, co przynosi ulgę lub zwiększa bezpieczeństwo. W warunkach współczesnych prowadzi jednak do tego, że substancje lub zachowania redukujące napięcie są kodowane jako szczególnie istotne regulatory stanu wewnętrznego.

Co więcej, przewlekły stres działa dwutorowo: z jednej strony uwrażliwia układ dopaminergiczny na obietnicę ulgi, z drugiej osłabia funkcjonowanie kory przedczołowej. W praktyce oznacza to jednocześnie wzmocnienie impulsu i osłabienie zdolności jego zatrzymania. W takich warunkach zachowanie uzależniające może pełnić funkcję szybkiej regulacji emocjonalnej – nie dlatego, że jest „najlepsze”, lecz dlatego, że jest najszybciej dostępne i neurobiologicznie wiarygodne.

Do powyższych czynników dochodzą doświadczenia życiowe – trauma, zaniedbanie, deprywacja nagrody, izolacja społeczna czy przewlekłe napięcie emocjonalne – które poprzez mechanizmy związane z procesami epigenetycznymi i uczeniem się kształtują sposób reagowania mózgu na bodźce. Mózg, który długo funkcjonował w warunkach zagrożenia lub deficytu regulacji,

uczy się szczególnie wysoko cenić wszystko, co przynosi natychmiastową ulgę. W takim kontekście substancja nie jest jedynie źródłem przyjemności, lecz skutecznym narzędziem regulacyjnym – a to znacząco zwiększa ryzyko utrwalenia śladu dopaminergicznego.

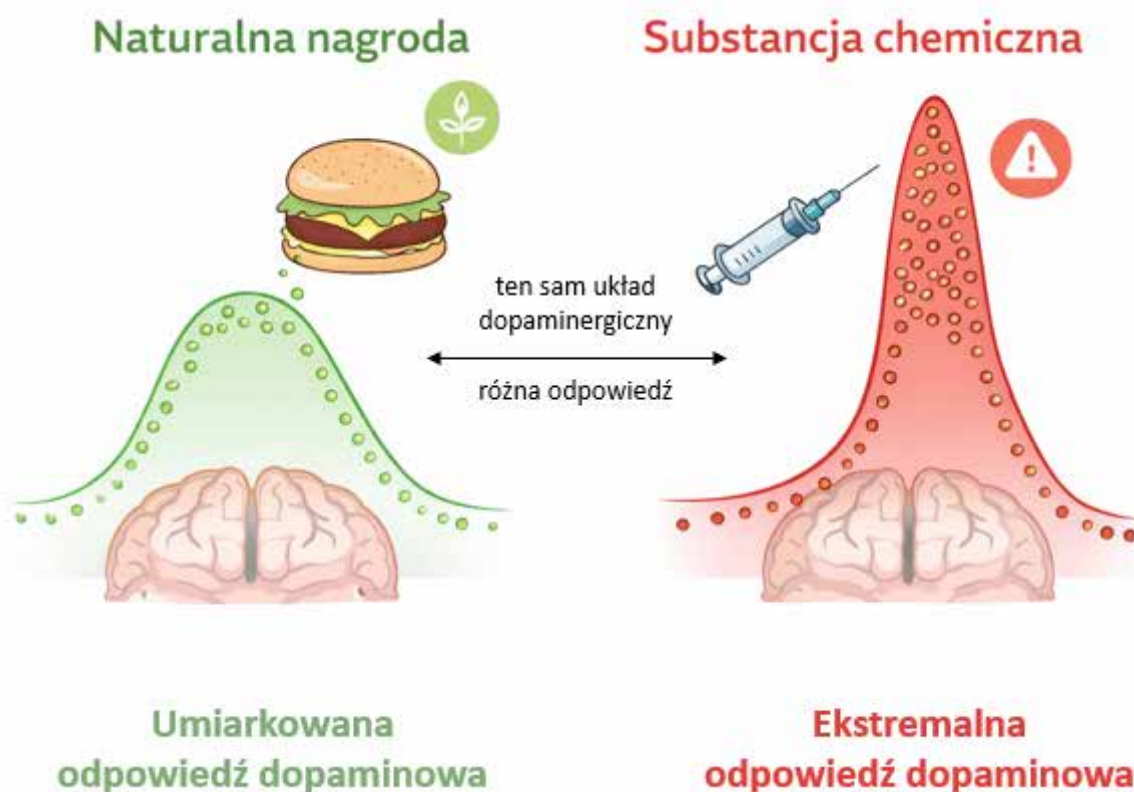
Ostatecznie odpowiedź na pytanie „Dlaczego nie wszyscy się uzależniają?” nie prowadzi do kategorii moralnych, lecz do różnic w podatności neurobiologicznej. Uzależnienie nie mówi, kim ktoś jest, lecz w jakim stanie znajdował się jego mózg w momencie uczenia: jak reagował układ dopaminergiczny, jak działała kora przedczołowa, jak silny był stres i jakie doświadczenia regulacyjne były wcześniej dostępne. To właśnie na styku tych czynników – biologii, kontroli korowej i obciążenia stresem – kształtuje się indywidualne ryzyko rozwoju uzależnienia.

Pierwszy kontakt z substancją lub zachowaniem o potencjale uzależniającym trafia na mózg, który – w sensie uczenia dopaminergicznego – nie ma jeszcze wobec tego bodźca wyrobionego „zdania”. Sygnał dopaminergiczny pojawia się wtedy głównie jako reakcja na nowość i zaskoczenie. Układ nagrody niejako „sprawdza”, z czym ma do czynienia: czy to doświadczenie coś reguluje, czy przynosi ulgę, czy warto je zapamiętać. Ten etap ma charakter eksploracyjny – dopiero powtarzalność, kontekst emocjonalny i siła efektu decydują, czy ślad uczenia zostanie wzmocniony. Innymi słowy, pierwszy kontakt otwiera proces uczenia, ale jeszcze go nie utrwała. Zupełnie inaczej wygląda sytuacja reaktywacji, czyli użycia po okresie abstynencji. W tym przypadku bodziec nie trafia na „czystą kartę”, lecz na mózg, który posiada już zapisane skojarzenia:

wie, że dana substancja kiedyś regulowała napięcie, zmieniała stan emocjonalny lub przynosiła ulgę. Układ dopaminergiczny nie musi zaczynać nauki od początku – on rozpoznaje wzorzec. Reaktywacja działa więc jak uruchomienie wcześniej zainstalowanego programu, a nie jak pierwsze doświadczenie.

Pomocna jest tu analogia mapy dróg. Pierwszy kontakt przypomina wydeptanie wąskiej ścieżki w trawie – trzeba ją odnaleźć, przejść nią kilka razy, sprawdzić, dokąd prowadzi. Jeśli jednak zachowanie się powtarza, ścieżka się poszerza, utwardza, aż w końcu może zamienić się w szeroką, szybką autostradę. Abstynencja nie burzy tej autostrady. Ona jedynie sprawia, że przestajemy po niej jeździć. Droga nadal istnieje – gotowa, by znów zostać użyta, jeśli pojawią się odpowiednie warunki. Dlatego właśnie spożycie po okresie abstynencji bywa jakościowo inne niż pierwszy kontakt. Mózg „wjeżdża” od razu na gotową trasę, zamiast budować ją od nowa. Często towarzyszy temu zjawisko sensytyzacji – zwiększonej reaktywności układu dopaminergicznego na bodźce związane z uzależnieniem. Co paradoksalne, przyjemność może być już mniejsza niż kiedyś, ale impuls i przymus – silniejsze. To sytuacja klinicznie ryzykowna: motywacja do kontynuacji zachowania pozostaje wysoka, podczas gdy kontrola wykonawcza bywa osłabiona przez stres, poczucie porażki czy kontekst powrotu.

W tym miejscu pojawia się jedno z najczęstszych nieporozumień – przekonanie o „wyleczeniu” rozumianym jako wymazanie problemu. Z zewnątrz abstynencja może wyglądać jak zamknięcie sprawy: substancji nie ma, zachowania nie ma, objawy



ustępują. Neurobiologicznie oznacza to jednak przede wszystkim brak bieżącej aktywacji określonej ścieżki, a nie jej zniknięcie. Mózg nie działa jak tablica, z której można coś zetrzeć – działa jak archiwum lub właśnie jak mapa dróg. Dlatego nawet po długim okresie abstynencji drobny bodziec – stres, zmęczenie, konkretne miejsce, emocja czy spotkanie z dawnym kontekstem – może ponownie „otworzyć wjazd” na starą autostradę. Nie oznacza to powrotu do punktu wyjścia ani braku postępu, lecz naturalną właściwość uczenia się mózgu: to, co kiedyś zostało oznaczone jako szczególnie ważne, pozostaje zapisane. Z tego powodu trafniejsze jest mówienie nie o wymazaniu uzależnienia, lecz o budowaniu dróg alternatywnych. Zdrowienie polega na tym, że obok starej autostrady powstają nowe trasy – początkowo wąskie i wymagające wysiłku, lecz z czasem coraz bardziej dostępne. Ostatecznie to nie zniknięcie starej drogi decyduje o zmianie, lecz to, którą drogę mózg zaczyna wybierać jako pierwszą – nawet wtedy, gdy warunki stają się trudne.

Skoro uzależnienie można rozumieć jako utrwalenie „autostrady ważności” w układzie dopaminergicznym, naturalnie pojawia się pytanie: w jaki sposób budować drogi alternatywne – takie, które mózg zacznie wybierać nie tylko w sprzyjających warunkach, lecz także w stresie, zmęczeniu czy przeciążeniu emocjonalnym. Kluczowa odpowiedź brzmi: układ dopaminergiczny nie uczy się przez zakaz, lecz przez doświadczenie konkurencyjnej skuteczności. Stara droga nie słabnie dlatego, że przestajemy nią jeździć; słabnie wtedy, gdy mózg wielokrotnie doświadcza, że inne trasy również prowadzą do regulacji napięcia, poczucia wpływu czy ulgi.

Fundamentalną rolę odgrywa tu rutyna i powtarzalność. Z perspektywy neurobiologii powtarzalne, przewidywalne doświadczenia mają szczególną wartość stabilizującą: regulują rytmy dobowe, obniżają bazowy poziom stresu i tworzą warunki, w których kora przedczołowa może skuteczniej modulować impulsy. Sen, regularne posiłki, aktywność fizyczna, struktura dnia – choć często postrzegane jako „zbyt proste”, stanowią biologiczne rusztowanie dla budowy nowych ścieżek. Dopamina nie musi być w tych doświadczeniach wysoka; musi być wiarygodna i powtarzalna. Mózg uczy się, że określone działania stabilnie poprawiają stan wewnętrzny, a więc stopniowo nadaje im status ważności.

Drugim filarem są interwencje terapeutyczne ukierunkowane na uczenie regulacji, a nie wyłącznie na kontrolę zachowania. Psychoterapia – niezależnie od nurtu – w dużej mierze polega na tworzeniu nowych skojarzeń między stanem emocjonalnym a sposobem reakcji. Terapia poznawczo-behawioralna uczy rozpoznawania wyzwalaczy i wprowadzania alternatywnych reakcji; podejścia oparte na uważności wzmacniają zdolność obserwacji impulsu bez jego realizacji; terapie skoncentrowane na traumie redukują bazowy poziom pobudzenia układu stresu. Każda z tych metod buduje nowe „mikrościeżki” regulacyjne – początkowo wymagające wysiłku, ale z czasem coraz bardziej dostępne automatycznie.

Istotną rolę odgrywają również relacje i kontekst społeczny. Układ dopaminergiczny jest silnie wrażliwy na sygnały więzi, przynależności i wsparcia. Doświadczenia koregulacji – rozmowa, bycie wysłuchanym, obecność drugiej osoby – mogą realnie obniżyć napięcie i wzmacniać alternatywne drogi regulacji. Z perspektywy neurobiologii grupy wsparcia, terapia



grupowa czy stabilne relacje nie są jedynie „psychologicznym dodatkiem”, lecz źródłem sygnałów ważności konkurujących z bodźcem uzależniającym.

Kolejnym elementem jest ciało jako narzędzie regulacji. Aktywność fizyczna, oddech, praca z napięciem mięśniowym czy interwencje somatyczne wpływają zarówno na układ dopaminergiczny, jak i oś stresu. Regularny ruch może podnosić bazywy poziomu dopaminy, poprawiać nastrój i zmniejszać reaktywność na bodźce uzależniające. Co ważne, efekt nie wynika z jednorazowej intensywności, lecz z powtarzalności – to właśnie ona buduje nową drogę, którą mózg zaczyna rozpoznawać jako funkcjonalną.

Wreszcie kluczowe znaczenie ma poczucie sprawczości i sensu. Działania, które wzmacniają doświadczenie wpływu – praca, rozwój kompetencji, cele długoterminowe – również generują sygnały dopaminergiczne, choć o innej dynamice niż bodźce natychmiastowe. Są wolniejsze, mniej intensywne, ale bardziej stabilne. Z czasem mogą tworzyć szerokie, adaptacyjne „trasy ważności”, które konkurują z autostradą uzależnienia nie siłą impulsu, lecz trwałością regulacji.

Z perspektywy klinicznej zdrowienie nie polega więc na zburzeniu starej drogi, lecz na systematycznym poszerzaniu nowych. Na początku są one wąskie, wymagają świadomego wyboru i wysiłku kory przedczołowej. Jednak poprzez powtarzalność, kontekst emocjonalny i realną skuteczność regulacyjną ulegają wzmocnieniu. Ostatecznie mózg zaczyna wybierać je coraz częściej – nie dlatego, że stara autostrada zniknęła, lecz dlatego, że nowe drogi stały się wystarczająco szerokie, by mogły przejąć ruch także wtedy, gdy warunki wewnętrzne stają się trudne.

Ostatecznie proces zdrowienia wymaga przesunięcia perspektywy – z myślenia o uzależnieniu wyłącznie w kategoriach abstynencji na rozumienie go jako trwałej zmiany w architekturze uczenia mózgu. Samo zaprzestanie używania substancji lub

wykonywania zachowania jest warunkiem koniecznym, lecz niewystarczającym. Abstynencja „zamyka ruch” na starej autostradzie, ale nie usuwa jej z mapy. Neurobiologiczny ślad pozostaje zapisany w układzie dopaminergicznym: w skojarzeniach, kontekstach, reakcjach na stres i napięcie.

Dlatego zdrowienie nie polega na przekonaniu, że dawnych ścieżek już nie ma, lecz na świadomości, że istnieją – i że mogą się aktywować w określonych warunkach. Ta świadomość nie jest oznaką słabości ani braku postępu, lecz elementem dojrzałej regulacji. Pozwala rozpoznawać momenty zwiększonego ryzyka: przeciążenie, samotność, zmęczenie, kryzys emocjonalny – czyli sytuacje, w których mózg naturalnie skłania się ku drogom najszybszym i najlepiej utrwalonym. W tym sensie zdrowienie nie polega na „zapomnieniu”, lecz na rozwinięciu zdolności wyboru mimo pamięci.

Kluczowa zmiana dokonuje się wtedy, gdy obok starej autostrady powstaje sieć nowych tras: regulacyjnych, relacyjnych, nadających znaczenia. Z czasem to one zaczynają przejmować funkcję pierwszego wyboru – nie dlatego, że są bardziej spektakularne, lecz dlatego, że okazują się wystarczająco skuteczne i powtarzalne. Układ dopaminergiczny stopniowo przenosi „pieczętkę ważności” na doświadczenia, które stabilizują funkcjonowanie zamiast je destabilizować.

W tym ujęciu zdrowienie nie jest jednorazowym wydarzeniem ani stanem „bez uzależnienia”. Jest procesem uczenia się nowych dróg przy jednoczesnej świadomości, że stare nadal istnieją. Być może najtrafniej oddaje to prosta konkluzja: mózg nie zdrowieje dlatego, że zapomniał starą trasę – zdrowieje dlatego, że nauczył się wybierać inną, nawet wtedy, gdy autostrada wciąż pozostaje w zasięgu wzroku.

dr Inga Dziembowska jest adiunktem w Katedrze Patofizjologii CM UMK

Psychologiczne aspekty hospitalizacji

Monika Siekierka

„Szpital to miejsce, gdzie lęk przed nieznanym bywa bardziej paraliżujący niż sama choroba”.

Hospitalizacja jest procesem wykraczającym poza ramy interwencji medycznej i oddziałującym silnie na psychikę pacjenta. Hospitalizacja jest zaliczana do silnych czynników stresogennych, w nawiązaniu do konieczności aklimatyzacji do nowych warunków

otoczenia oraz nowej sytuacji. Jest to podyktowane przede wszystkim doświadczeniem izolacji, lęku czy bólu. Zarządzanie procesem narażenia na stres szpitalny – poprzez wsparcie psychiczne bliskich czy personelu i wytworzenie odpowiedniej atmosfery – stanowi kluczowy aspekt łagodzący negatywne skutki stresu szpitalnego oraz wspomagający proces leczniczo-terapeutyczny.

Stąd tak ważne jest holistyczne spojrzenie na pacjenta i jego chorobę oraz dążenie do maksymalizacji dobrostanu fizycznego i psychicznego osoby hospitalizowanej.

Zacznijmy zatem od wyjaśnienia – czym jest pojęcie hospitalizacji. Hospitalizacją nazywamy pobyt pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną dobę, w celu postawienia diagnozy, wdrożenia leczenia lub też zapewnienia stałej opieki. Istnieją różne rodzaje hospitalizacji. Wyróżniamy hospitalizację planową czyli w ustalonym terminie, bądź też nagłą, czyli wymuszoną koniecznością natychmiastowej interwencji. Hospitalizacja może być też przymusowa (jak w przypadku pacjentów z zaostrzeniem choroby psychicznej) lub domowa (obejmująca leczenie w domu).

Zatem hospitalizacja stanowi kompleksowe doświadczenie, które wpływa na pacjenta zarówno w zakresie sfery psychicznej, jak i fizycznej. Stąd też cały okres pobytu w szpitalu – wywiera na pacjenta znaczący wpływ, a dążenie do jak najwyższego komfortu realizacji tego procesu – jest nieodłączną częścią leczenia i powrotu do zdrowia.

Stres jako naturalna reakcja organizmu towarzyszy zatem hospitalizacji, bo jest ona sytuacją nową, niecodzienną i powtarzającą się w jakichś odstępach czasu.

Ten specyficzny rodzaj stresu towarzyszący pobytowi pacjenta w szpitalu – stanowi naturalną reakcję fizjologiczną i psychologiczną organizmu – i może on nasilać objawy choroby podstawowej u pacjenta, utrudniając rekonwalescencję, a w skrajnych przypadkach doprowadzając do powstania syndromu poszpitalnego.

Do głównych przyczyn stresu osób hospitalizowanych zaliczamy:

- poczucie osamotnienia i strachu związane z odseparowaniem od swoich bliskich i od znanego otoczenia;
- niepewność i brak kontroli wynikające z nieznaności procedur medycznych;
- niepewność i lęk związany z diagnozą i rokowaniem oraz czekającym pacjenta całym procesem diagnostycznym i ewentualnymi zabiegami operacyjnymi;
- lęk przed bólem lub operacją;
- zmianę rutyny dnia codziennego i zmianę środowiska. Przejawia się to w konieczności dostosowania się do nowych zasad, nowego otoczenia, nowej diety. Ponadto mogą pojawiać się problemy ze snem z powodu hałasu, nadmiernego oświetlenia lub też z powodu wykonywania procedur medycznych o różnych porach doby;
- ignorowanie potrzeb emocjonalnych pacjentów, wynikające z wrażenia, że nie zawsze personel medyczny uwzględnia ich perspektywę i odczucia;

- utratę poczucia kontroli nad własnym życiem i ciałem. Pacjent oddaje w ręce innych ludzi i zawiera im to, co ma najcenniejsze czyli życie i zdrowie;
- zmianę otoczenia i narażenie dodatkowo na obce, nieprzyjemne widoki czy dźwięki, związane z wykonywaniem procedur medycznych.

Objawy stresu szpitalnego przypominają objawy stresu ogólnego i obejmują zarówno objawy fizyczne, jak i psychiczne.

Jeżeli chodzi o objawy fizyczne, to mogą się one manifestować poprzez: przyspieszone tętno, wzmożone napięcie mięśniowe, bóle głowy, problemy ze snem i koncentracją, niepokój, drażliwość, uczucie bezradności, nadmierne pocenie się czy też zaburzenia żołądkowe.

Natomiast objawy psychiczne mogą się wyrażać u pacjenta przez: niepokój, drażliwość, trudności z koncentracją, zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, poczucie bezradności, złość oraz lęk.

W jaki sposób pacjent może próbować poradzić sobie ze stresem szpitalnym? Przede wszystkim należy położyć duży nacisk na edukację pacjenta i zrozumienie istoty procedur medycznych oraz całego procesu leczniczego, który będzie się w tym zakresie odbywać. Pacjenci mogą stosować techniki relaksacyjne, ćwiczenia oddechowe, medytacyjne. Ważne jest także wsparcie społeczne czyli utrzymanie kontaktu z najbliższymi, rozmowy oraz ich obecność. Istotne jest także dbanie (w miarę możliwości) o podstawowe potrzeby, takie jak sen, dieta czy umiarkowana aktywność fizyczna.

Jeżeli w danym szpitalu dostępny jest psycholog – istnieje możliwość rozmowy z takim specjalistą, aby pomóc sobie w oswojeniu lęku.

W celu zminimalizowania ilości bodźców stresogennych, do pobytu w szpitalu należy się wcześniej przygotować. Odbywa się to poprzez wykonanie niezbędnych czynności, takich jak uporządkowanie i spakowanie dokumentacji medycznej, przedmiotów osobistego użytku czy też przedmiotów pozwalających poczuć się bardziej komfortowo i trochę jak w domu.

Oprócz psychicznych objawów stresu szpitalnego związanego z lękiem, utratą kontroli, osamotnieniem czy izolacją, należy także mieć na uwadze samopoczucie fizyczne pacjenta. Pacjent przeżywający ból i dyskomfort związany ze zdiagnozowaną dolegliwością, jest znacznie bardziej podatny na działanie stresu. Także zmniejszona aktywność fizyczna czy wręcz unieruchomienie w łóżku szpitalnym – może dodatkowo ten stres potęgować, co szczególnie jest widoczne w przypadku dzieci. Zarówno pacjenci dorośli, jak i dzieci, mogą dodatkowo wykazywać wahania nastroju w związku z hospitalizacją. Jest to zupełnie normalny objaw towarzyszący głównie przewlekłej hospitalizacji. Można próbować złagodzić skutki tych wahań nastroju poprzez próbę zrozumienia przez

pacjenta całej sytuacji, dostarczenia mu informacji dotyczącej przebiegu procesu diagnostycznego, zaoferowania wsparcia społecznego w postaci odwiedzin najbliższych czy przyjaciół. Działania te mają na celu zminimalizowanie poczucia izolacji, a wpierane są przez zabranie do szpitala przedmiotów kojarzących się z domem (własna poduszka, książka, zdjęcie, czy przedmioty codziennego użytku, typu wygodny dres zamiast piżamy). Czasem także drobne gesty wykonane w szpitalu, typu: umycie włosów, wykonanie manikuru czy uczesanie się – również pomagają przeżyć bardziej komfortowo okres hospitalizacji. Także codzienna aktywność (poprzez spędzanie jak największej ilości czasu poza łóżkiem, jeżeli jest to możliwe) oraz starania o nawiązanie poprawnej relacji z personelem opartej na serdeczności, cierpliwości, komunikacji i wyrozumiałości dla pracy tego personelu, znacząco potrafi złagodzić skutki szpitalnego stresu. Nie mniej ważne i kojące podczas hospitalizacji jest także zapewnienie sobie rozrywki i relaksu. Słuchanie muzyki ze słuchawkami, oglądanie filmów czy czytanie książek – pozwala odseparować się nieco od szpitalnego otoczenia.

Każdy pobyt pacjenta w szpitalu, szczególnie pierwszorazowy na danym oddziale jest obciążony bardzo dużym stresem. Ma to związek z tym, że pacjent nie wie dokładnie jakie czynności będą wykonywane. Środowisko i otoczenie są dla niego zupełnie nowe. Dochodzi do tego nieznanostwo rutyny i procedur na poszczególnych oddziałach. Ale to nie oznacza, że pacjent, który przybywa do szpitala już po raz kolejny zyskuje automatycznie miano szpitalnego weterana oraz eksperta od rozłęki i chorowania. Owszem, stopień wyobcowania bywa może nieco mniejszy, ale zawsze jednak bywa w jakimś stopniu zaznaczony. Dlatego też większość chorych stara się zminimalizować poziom tego stresu, uodpornić nieco na ból oraz tęsknotę za zwyczajnością – właśnie poprzez zabezpieczenie sobie domowych przedmiotów łagodzących pobyt w szpitalu.

Pamiętajmy, że człowiek chorujący to człowiek doświadczający bólu i dyskomfortu, stąd często mogący zachowywać się w sposób odbiegający od uznanego za powszechnie przyjęty, będąc bardziej drażliwym czy wręcz opryskliwym. Jeżeli chcemy bardziej wczuć się w sytuację chorego, a szczególnie w sytuację przewlekłe chorego, należy przypomnieć sobie czas, kiedy to my chorowaliśmy, kiedy sami cierpieliśmy i jak bardzo byliśmy wtedy wyczerpani i drażliwi. Takie odwrócenie ról pomaga lepiej rozumieć pacjenta i wykazywać się większą empatią.

Mówi się, że w szpitalnym stresie „bólą zupełnie małe rzeczy”, niepozorne drobnostki, zdarzenia czy sytuacje, które w normalnym środowisku byłyby dla chorego prawie niezauważalne lub zignorowane, a które podczas hospitalizacji przybierają rangę

dramatu. Potrafi to wybrzmieć szczególnie dobitnie w sytuacji, gdy hospitalizacja jest spowodowana jakimś zdarzeniem nagłym, na przykład wypadkiem. Pacjent w takich okolicznościach odczuwa szczególnie wielkie poczucie straty, krzywdy i wyobcowania, a nagle okoliczności hospitalizacji jeszcze mocniej ten ból, izolację oraz krzywdę podkreślają.

Pacjent przebywający w szpitalu jest skupiony przede wszystkim wyłącznie na swojej chorobie, a wiadomości docierające do niego ze świata zewnętrznego nie stanowią priorytetu. Szczególnie daje się to zauważyć w początkowym okresie hospitalizacji. Stres osoby hospitalizowanej można wtedy starać się zminimalizować poprzez bardziej wstrzemięźliwe dawkowanie informacji ze świata zewnętrznego. Wskazane jest, aby w tym okresie bliscy odwiedzający pacjenta zachowali umiar w opowiadaniu co u nich, jak wygląda życie codzienne w rodzinie lub też co wydarzyło się na świecie. Powinni oni maksymalnie przekierować swoją uwagę z czynników świata otaczającego na pacjenta i na stan, w którym się on znajduje. Możemy sobie łatwo wyobrazić, że pacjent, który doznał np. nagłego urazu kręgosłupa w wyniku skoku do wody – a do tej pory był osobą aktywną (jeździł na rowerze, wspinał się po górach, dużo podróżował i korzystał z życia) – nie będzie się skupiał na newsach ze świata zewnętrznego, których występowanie może stanowić dla niego swoistą mentalną torturę. Takie informacje nie zwiększają u chorego poczucia psychicznego komfortu, ponieważ na pierwszy plan wysuwa się tutaj poczucie krzywdy i straty, co nie zachęca dodatkowo do walki o własne zdrowie i życie. Odwiedzający często mają błędne przekonanie, że przychodząc do pacjenta z własną energetyczną narracją zmobilizują go do walki. Prawda jest zgoła odmienna – w tym krytycznym momencie hospitalizacji prezentowanie pacjentowi optymistycznych historii o powrocie do codzienności rzadko go mobilizuje, a wręcz jeszcze potęguje jego niemoc i brak sił. W tym pierwszym okresie chory, który cierpi skupia się wyłącznie na walce „tu i teraz” z daną jednostką chorobową i odczuwanym dyskomfortem. Najczęściej przejawia się to poprzez fokusowanie swoich sił na przetrwaniu z godziny na godzinę, a potem dotrwanie do kolejnego dnia, nie „rozsypany się” przy tym psychicznie i fizycznie. Przedstawianie pacjentowi w tym momencie wizji, „że będzie jeszcze jeździł nad morze czy wspinał się po górach” zaburza jego spokój, wywierając niebywałą presję, że „tu i teraz” powinien zmobilizować się do walki, podczas gdy ciągle jeszcze poczucie krzywdy i straty – wysuwają się u niego na plan pierwszy.

Psychika chorego podczas pobytu w szpitalu bardzo mocno uwrażliwia się na zmiany otoczenia i wszelkiego rodzaju bodźce. Pobyt w szpitalu, szczególnie ten długookresowy, uzmysławia pacjentowi

nieubłagalny upływ czasu. Spostrzega on, patrząc w okno, że został przyjęty do szpitala kiedy było lato, a teraz jest już zima. Te zmiany otoczenia i natężenie ilościowe nowych bodźców powodują u niego pogłębienie stresu. Ten stres z kolei rodzi strach, że już nie zdąży się czegoś przeżyć, że być może jest to ostatnia zima, że coś na zawsze się skończyło i coś bezpowrotnie mija.

Natomiast w miarę postępu procesu hospitalizacji pacjent oswaja się ze swoim stanem, z procedurami, nabiera większej pewności siebie w konfrontacji z nimi, oswaja się z tym co mu się przydarzyło, analizuje i dokonuje przemyśleń. Dlatego też w drugim okresie hospitalizacji, gdy minie już pierwszy szok, bardzo ważna jest dobra obecność bliskich i ich mądre wsparcie, co z kolei istotnie przekłada się na zmniejszenie poziomu stresu. To wtedy rozpoczyna się ten etap, gdzie staje się ważne, aby taki pacjent miał cel i miał na co po zakończonej hospitalizacji czekać. To w tym właśnie momencie obecność bliskich przynoszących newsy ze świata zewnętrznego jest bardzo pożądana. Jeżeli nie mogą oni przychodzić do chorego, warto żeby komunikowali się z nim w inny sposób np. za pomocą czatów, telefonów czy wideorozmów. Podyktowane jest to faktem, że codzienny kontakt z kimś, kto wspiera, informuje, motywuje, prowadzi dyskusje czy ciepłe rozmowy wzbudza u pacjenta chęć ponownego dołączenia do świata pozaszpitalnego, a to z kolei motywuje go do walki o lepsze samopoczucie. Wprowadzane elementy pozaszpitalnej rutyny na tym etapie korzystnie wpływają na poprawę samopoczucia pacjenta. Czekanie na spotkanie z bliskimi, na rozmowę potrafi zmieniać poczucie bezsensu i jednostajności w planowanie i wy czekiwanie, a to z kolei stanowi krok ku normalności i ku szybszemu powrotowi do świata zewnętrznego. Pamiętajmy jednak, aby te rozmowy o planach pacjenta były realnymi, aby nie były to plany zupełnie niemożliwe do zrealizowania. Jest to o tyle istotne, że pacjent mając wizję planu, który ma szansę się zrealizować, identyfikuje się ze swoją przyszłością po szpitalu i zdecydowanie łatwiej radzi sobie z obawą o czas późniejszy. Pacjent nabiera wtedy wiary, że poradzi sobie, a miejsce pesymistycznej wizji zajmują plany optymistyczne i pojawia się chęć do działania.

Musimy też pamiętać, że pobyt w szpitalu potrafi złamać nawet bardzo silne osobowości. Dzieje się tak dlatego, że szpital pomimo swojej rutyny to nadal nieznanne i nieprzewidywalne środowisko, to ból, fizyczność i procedury. Dlatego tak istotna jest obecność osób bliskich – obecność, która wspiera i rozumie, ale też mobilizuje pacjenta i nie pozwala mu się zasiedzieć w stanie negatywnego oszołomienia. Stąd też pomysłem wartym rozważenia jest przede wszystkim odwiedzanie pacjenta przez osoby, które go motywują i mają na niego dobry wpływ oraz ograniczenie

wizyt osób, których pacjent nie darzy sympatią i które dobrze na niego nie wpływają.

Istotnym jest też, aby „nie przyklejać” pacjentowi tylko i wyłącznie etykiety chorego. Pamiętajmy, że to nadal jest czyjaś mama, mąż, córka czy brat. Te role rodzinne nie zostały im przez pobyt w szpitalu odebrane i nadal je pełnią.

Warto też mieć na względzie fakt, że chory hospitalizowany, częściej niż współczucia i biadolenia, potrzebuje po prostu zrozumienia, które mobilizuje go do walki z chorobą.

W bardziej komfortowym przeżyciu okresu hospitalizacji pomagają tzw. dobre przyzwyczajenia. Są one dobre także w szpitalu. Nasza codzienna rutyna, zwykłe czynności higieniczne, które wykonywaliśmy poza szpitalem, są także bardzo pożądane podczas pobytu w szpitalu. Zatem – pomalowanie rzęs, umycie włosów, ułożenie fryzury – także w szpitalu mają szansę spowodować, że pacjent będzie czuł się bardziej komfortowo, nie podda się marazmowi i nie zalegnie w łóżku. Nawet ubranie ulubionego dresu zamiast piżamy także ten komfort może polepszyć. Dlatego też warto zwrócić uwagę na wszystkie te czynności i rzeczy, które sprawiały pacjentowi radość przed hospitalizacją i starać się je w miarę możliwości przenieść do środowiska szpitalnego. Czasami mała rzecz potrafi „postawić pacjenta na nogi”, spowodować nieco poprawę samopoczucia, a to wszystko przyczynia się do szybszego procesu zdrowienia. Te dobre przyzwyczajenia i te małe kroki są szczególnie często stosowane i pożądane w opiece paliatywnej.

Kolejny czynnik zmniejszający natężenie stresu szpitalnego może stanowić muzyka. Łagodzi ona obyczaje, zarówno w środowisku pozaszpitalnym, jak i w szpitalu. Rozgardiasz i hałas wynikający z realizacji procedur medycznych czy odwiedzin innych pacjentów mogą potęgować stres i nasilać poczucie zagubienia. Dlatego dobrym pomysłem jest zabranie do szpitala słuchawek w celu odtwarzania muzyki, np. z telefonu. Jakiego rodzaju powinna to być muzyka? Taka, którą pacjent po prostu lubi i która go relaksuje, w zależności od momentu, w jakim się aktualnie znajduje lub od jego upodobań. To słuchanie muzyki pozwala odciąć się od środowiska szpitalnego, ukoić nerwy, uspokoić głowę.

Wszyscy wiemy, że ruch to świetne lekarstwo, dające lepsze samopoczucie nie tylko fizyczne, ale i psychiczne. To odnosi się także do warunków szpitalnych. Nie zawsze pacjent może wstać z łóżka, ale czasami ma możliwość przemieszczania się po szpitalnym korytarzu lub też nawet wyjścia do przyszpitalnego ogrodu. Taki spacer, szczególnie połączony ze słuchaniem muzyki czy audiobooka lub podcastów – zdecydowanie może przyczynić się do poprawy samopoczucia pacjenta.

Ważnym aspektem pobytu chorego w szpitalu jest przestrzeganie jego praw. Pacjent podczas hospitalizacji ma przede wszystkim prawo do rzetelnych informacji oraz godnego traktowania. Na tym polu ogromnym wsparciem dla pacjenta mogą być jego bliscy, ponieważ pacjent nie zawsze przyswaja wszystkie informacje, które do niego docierają. Dlatego mogą oni pomóc choremu w zrozumieniu informacji medycznych i w dbaniu o to, aby prawa pacjenta były przestrzegane. Tutaj rola bliskich pacjenta jest nie do przecenienia. Należy jednak liczyć się z faktem, że pomoc oferowana przez bliskich może być początkowo przez pacjenta odrzucana. Pacjenci często nie chcą przyjmować rad, unikają nadmiernego kontaktu czy przyjmowania pomocy. Zapadają się w sobie, uważając, że jest to jedyny słuszny (na ten moment) sposób postępowania, który poprzez skupianie uwagi tylko stricte na dolegliwościach pozwoli przetrwać im ten szpitalny czas. Pacjenci często myślą, że jeżeli nie będą rozmawiać z bliskimi o dręczącym ich problemie, o swojej chorobie, to tego problemu nie będzie i gdzieś zniknie. Natomiast najczęściej taki „nieprzegadany” temat

bardzo często uwiera, niepokoi i męczy negatywnymi wizjami przyszłości. To w głównej mierze do roli bliskich należy, aby otoczyć pacjenta opieką w tym zakresie i podejmować próby rozmowy, aby dać choremu poczucie, że jego choroba nie jest żadnym wstydem i że nie jest w tym sam. Ważne są zapewnienia, że ciężar, który dźwiga jest lżejszy, jeżeli ma się wsparcie osób bliskich. Właśnie to mądre wsparcie rodziny czy przyjaciół, a także personelu medycznego przyczynia się do szybszego zdrowienia i skrócenia czasu hospitalizacji.

W celu zwiększenia świadomości pacjentów co do przysługujących im praw na każdym szpitalnym oddziale znajduje się Karta Praw Pacjenta. Definiuje ona do czego pacjent ma prawo, a jest to m.in.: prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, prawo do zachowania tajemnicy lekarskiej, prawo do wyrażania zgody albo też odmowy na proponowane leczenie, prawo do poszanowania intymności i godności, prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lub też proponowanego procesu diagnostycznego, prawo do poszanowania życia



Marzenie o kocie

Pan Jan od lat marzył o czarnym kocie – takim, co przyjdzie, położy się obok i zostanie. Nie był to wielki wymóg – tylko chęć bliskości i ciszy dzielonej z małym, futrzastym towarzyszem. Wystarczył jeden telefon, by spełnić to marzenie. Po godzinie przyjechał Józek – czarny, spokojny kot, który bez oporów ułożył się przy nodze Pana Jana. Mruczał, patrzył mu w oczy, dawał się głaskać. Pan Jan milczał, ale jego łzy i delikatny uśmiech mówiły wszystko. To było krótkie spotkanie, ale pełne radości, które zapadnie w naszych sercach na długo. Źródło: <https://hospitium.org/ostatnie-chwile-szczescia/>

prywatnego i rodzinnego, prawo do opieki duszpasterskiej, prawo do przechowania cennych rzeczy w depozycie.

Hospitalizacja może nie tylko przyczyniać się do wywoływania objawów stresu szpitalnego, związane go stricte z samym pobytem pacjenta w szpitalu, ale może też przekładać się na poszerzenie zakresu stresowego poza mury szpitalne i generowania objawów tzw. syndromu poszpitalnego. Syndrom poszpitalny to zespół objawów pojawiających się w momencie, kiedy pacjent wraca po hospitalizacji do domu. Syndrom ten może trwać tygodniami czy też miesiącami i objawiać się przede wszystkim osłabieniem, brakiem energii, utratą masy mięśniowej, obniżoną sprawnością fizyczną i psychiczną. Może też przejawiać się w postaci depresji, lęku, zaburzeń koncentracji, obniżonej odporności czy zaburzeń snu. Przyczyną syndromu poszpitalnego są sytuacje, które towarzyszyły hospitalizacji. Do najczęstszych zaliczamy unieruchomienie, czyli długotrwałe leżenie w łóżku, niedobory żywnościowe, stres, zaburzenia rytmu dobowego i wpływ samej choroby podstawowej. Z objawami syndromu poszpitalnego można próbować sobie poradzić poprzez włączenie większej dawki aktywności fizycznej, zadbanie o dietę i sen, szukanie wsparcia specjalistów, np. psychologa. Pełnoobjawowy syndrom poszpitalny może dotyczyć nawet co drugiego pacjenta po 65 roku życia i jest związany właśnie z osłabieniem, utratą energii, zmniejszoną aktywnością. Te objawy przekładają się z kolei na zwiększone ryzyko upadków i związanych z tym złamań kości u seniorów, a to z kolei generuje zwiększone prawdopodobieństwo kolejnych hospitalizacji. Dlatego ważne jest, aby po zakończonej hospitalizacji starać się wrócić jak najszybciej do właściwego sobie stylu życia, normalnej aktywności fizycznej i normalnej rutyny.

W celu zwiększenia świadomości pacjenta odnośnie wpływu hospitalizacji i stresu z nią związanego oraz stosowania środków przygotowawczych i zaradczych wprowadzono pojęcie prehabilitacji. Prehabilitacja to zbiór zasad i działań, które przygotowują pacjenta do pobytu w szpitalu i mają za zadanie ograniczenie wpływu stresu szpitalnego. Prehabilitacja stanowi zatem kompleksowe przygotowanie pacjenta do leczenia, najczęściej w odniesieniu do zabiegu chirurgicznego czy też procesu leczenia onkologicznego. Pakiet ten obejmuje porady z zakresu żywienia, aktywności fizycznej i wsparcia psychologicznego. Stanowi on holistyczną formułę podejścia do hospitalizacji, obejmującą dbałość zarówno o kondycję fizyczną, jak i psychiczną. Proces ten powinno się wdrażać w czasie pomiędzy diagnozą a rozpoczęciem leczenia. Ma on na celu zaznajomienie pacjenta z czekającą go nową sytuacją, aby w momencie rozpoczęcia hospitalizacji był on już optymalnie do tego procesu przygotowany, zarówno fizycznie, jak

i psychicznie oraz posiadał odpowiednią wiedzę na temat planowanej diagnostyki i procesu leczniczego. W związku z tym, kluczowymi elementami prehabilitacji są aktywność fizyczna (mająca na celu zwiększenie siły i wydolności pacjenta), dobre odżywienie, wsparcie psychologiczne, edukacja odnośnie procedur, kontrola wszystkich chorób współistniejących. Dobrze przeprowadzona prehabilitacja jako holistyczny proces otaczający pacjenta i jego schorzenie ma za zadanie przeprowadzić pacjenta przez czas hospitalizacji jak najbardziej komfortowo i z jak najmniejszym deficytem. Zastosowanie działań prehabilitacyjnych daje mniejsze ryzyko powikłań i skutków ubocznych oraz przekłada się na krótszy okres pobytu w szpitalu, a tym samym rokuje na szybszy powrót do codziennej sprawności. Taki program prehabilitacji w formie informatora dla pacjentów przygotowujących się do zabiegu operacyjnego wdrożono w Szpitalu Uniwersyteckim im. dra A. Jurasza w Bydgoszczy. Treści w nim zawarte dokładnie precyzują na co pacjent powinien zwrócić szczególną uwagę. Jednym z aspektów prehabilitacji jest przygotowanie się psychicznie do wizyty w szpitalu. Ale zanim przygotujemy się psychicznie musimy zadbać o przygotowanie i spakowanie rzeczy takich jak: dokumenty, skierowania, historie choroby, leki, niezbędne rzeczy użytku osobistego czy odpowiednie ubrania. Oprócz przygotowania w/w należy przygotować się właściwie psychicznie i fizycznie, tzn. być na czczo w dniu przyjęcia, odpowiednio się nastawić, wyspać się, a już w samym szpitalu starać się utrzymywać kontakt ze swoimi najbliższymi, pamiętając przy tym o poszanowaniu prawa do prywatności innych pacjentów.

Rodzina chorego, jej stała obecność i współtowarzyszenie choremu jest w procesie hospitalizacji niezmiernie ważną składową i właśnie wskutek tej znaczącej i obciążającej ją roli zdarza się, że „choruje” ona razem z pacjentem. Nie jest to de facto choroba podstawowa, na którą cierpi pacjent, natomiast rodzina też może doświadczać lęku, żalu, bezsilności, złości, poczucia winy i stresu. Przede wszystkim może to wynikać z doświadczeń stanów nagłych, z towarzyszącym szokiem i niedowierzaniem. Rodziny mogą odczuwać niepokój, smutek, gniew, frustrację, bezradność czy żal. Często też ich członkowie mogą funkcjonować w ogromnym stresie i napięciu z powodu niepewności i niewiedzy dotyczących przebiegu procesu leczniczego. Czasami poszczególni członkowie rodzin pacjenta zmuszeni są zrezygnować z własnych planów, zaburzyć swój rytm dnia. Także sam proces chorobowy jest momentem kryzysowym, wymagającym przeorganizowania struktury i modelu funkcjonowania całej rodziny. Zmieniają się wtedy role i relacje w rodzinie. Zmienia się dynamika rodzinna. Mogą pojawić się kłótnie, konflikty i wzajemne oskarżenia, ale też często zdarza się, że wystąpienie choroby

w rodzinie powoduje wzmocnienie więzi wśród jej członków i polepszenie sposobu wspierania się. Rola rodziny chorego jako jego opiekuna bardzo często uwidacznia się w przybieraniu kontekstu profesjonalisty w opiece nad najbliższym. Rodziny przyjmują na swoje barki ciężar opieki nad chorym, pilnowania terminów, dawkowania leków, co może prowadzić do nadmiernej eksploatacji i wypalenia. Bliscy w tych aspektach opiekuńczych muszą czasami stanąć przed trudnością związaną z wyzwaniem komunikacyjnym, czyli trudnością w rozmowie z chorym. No bo jak powiedzieć o niepomyślnym rokowaniu? Jak przekazać taką informację? Jak pocieszyć? Jak okazać wsparcie, kiedy sytuacja jest tragiczna? W takich kryzysowych, wcale nie rzadkich sytuacjach to już nie tylko sam pacjent, ale także jego rodzina potrzebuje wsparcia, zarówno od innych członków rodziny czy przyjaciół, jak i ze strony personelu. Ważne jest, żeby było to wsparcie, które jest dostosowane indywidualnie do potrzeb. W związku z tym, członków rodziny należy zachęcać, aby otwarcie komunikowali się między sobą, mówili o swoich odczuciach, słuchali, mówili o tym co jest dla nich ciężarem, co stanowi trudność.

Ważne jest, aby wzajemnie się wspierali, dbali o siebie, akceptowali (na ile się da) chorobę najbliższego, godzili się z sytuacją, ale też w krytycznych momentach szukali profesjonalnej pomocy (psychologa, terapeuty lub też grupy wsparcia).

Kolejnym ważnym aspektem mającym wpływ na komfort i przebieg hospitalizacji jest płaszczyzna określająca komunikację na linii pacjent-personel. W jaki sposób należałoby do tego wyzwania komunikacyjnego podejść, aby ten kontakt był jak najbardziej efektywny i żeby przyniósł jak najwięcej oczekiwanych korzyści? Rozmowa pomiędzy personelem a pacjentem stanowi szczególny rodzaj rozmowy, ponieważ pacjent jest nierzadko w stresie, bywa zdenerwowany, zagubiony, załkniiony, drażliwy. Ta rozmowa powinna więc być nacechowana szczególnymi priorytetami:

- Zwracajmy się do pacjenta personalnie i z szacunkiem. Zamiast mówić : „Panie Kowalski”, lepiej powiedzieć: „Panie Januszu”;

- Starajmy się mówić do pacjenta jak do dorosłego;



Pan Roman

Jednym z ostatnich marzeń Pana Romana było odwiedzenie Daru Pomorza. Udaliśmy się więc na pełną emocji wyprawę z Pucka do Gdyni. Przemierzając kolejne kilometry, mogliśmy wystuchać wspomnień o pracy na Uniwersytecie Morskim, by dotrzeć na Skwer Kościuszki w Gdyni. Pan Roman promieniował radością, patrząc, jak wszyscy zebrani słuchają z zapartym tchem, pochłaniając każde Jego słowo. Opowiadał o swoich podróżach, o tym, jak zaczął swoją przygodę na morzu, o tym, jak nauczył się sztuki nawigacji i jak przezwyciężył najtrudniejsze wyzwania, z jakimi musiał się zmierzyć.

Źródło: <https://hospitium.org/ostatnie-chwile-szczescia/>

- Aktywnie słuchajmy, co mówi do nas pacjent. Potwierdzajmy, kiwajmy głową, mówmy: „Tak, rozumiem, z tego co Pan mówi wynika, że boli Pana kolanem.” Pytamy pacjenta: „Czy coś jeszcze Pana niepokoi?” , „Czy jeszcze chciałby Pan coś dodać?” , „Czy wszystko jest dla Pana zrozumiałe?”;

- Informujemy o swoich działaniach w stosunku do pacjenta. Postaramy się wyjaśnić co będziemy w danej chwili robić, np. „Teraz zmierzę Panu ciśnienie”, „Teraz zmierzę Panu temperaturę”;

- Bądźmy rzeczowi. Jeżeli pacjent odbiega od tematu, wracajmy do głównego nurtu wypowiedzi i starajmy się, aby rozmowa była konkretna. Używajmy przede wszystkim prostego języka. Starajmy się unikać żargonu medycznego, którego pacjenci często nie rozumieją. Starajmy się mówić językiem prostym, dostosowanym do możliwości przyswajania informacji przez pacjenta. Bądźmy szczerzy w takiej rozmowie (Jeżeli nie znamy odpowiedzi na pytanie, to powiedzmy, że nie znamy, ale sprawdzimy to). Nie kłammy, nie starajmy się być sztucznie weseli, zapewniamy o wsparciu;

- Szacunek i empatia. „Rozumiem, że jest to dla Pana trudne”. W rozmowie bądźmy spokojni, delikatni. Nie podnośmy głosu i nie oceniamy pacjenta. Dajmy mu swoją uwagę, budujmy zaufanie;

- Ważna jest też komunikacja niewerbalna. Utrzymujmy spójność między słowami, a mową ciała. Zwracajmy uwagę na nasze gesty. Nie róbmy gestów gwałtownych, które mogą być dla pacjenta niezrozumiałe;

- Unikajmy rozmowy w tonie nakazów i poleceń. Zamiast powiedzieć : „Musi Pan” – lepiej powiedzieć: „Poproszę, żeby Pan zrobił daną rzecz”;

- Nie oceniamy pacjenta. Nie mówmy do niego: „Jak Pan mógł się tak zaniedbać? Jak Pan mógł do tego dopuścić?”;

- Starajmy się nie żartować i nie używać sarkazmu. Szczególnie w trudnych sytuacjach może to być nieodpowiednie. Starajmy się pacjentowi nie przerywać, chyba że znacznie odbiega od tematu głównego wątku;

- Starajmy się, żeby nasza gestykulacja i postawa była pełna szacunku.

To zagadnienie i wyzwanie komunikacyjne dotyczy nie tylko stricte komunikacji z pacjentem, ale też komunikacji z rodziną pacjenta. Ważne jest, aby starać się w takiej rozmowie rozwiewać lęki, zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Rodzina często oczekuje od nas konkretnej informacji i stara się zdobyć potwierdzenie, że leczenie będzie skuteczne. Starajmy się, szczególnie jeżeli jest kilku lekarzy prowadzących, aby przekazywana informacja była spójna i transparentna. Okazujmy też wsparcie emocjonalne. Czasem są takie sytuacje w szpitalu, kiedy należy okazać współczucie i przede wszystkim umożliwić kontakt z bliskimi. Specyficznym rodzajem komunikacji jest komunikacja z dzieckiem.

Ważne jest tutaj, żeby ta komunikacja odbywała się w przyjaznej atmosferze z indywidualnym podejściem. Często lepiej jest zostać sam na sam z dzieckiem bez rodzica i wtedy porozmawiać, dlatego że dziecko pytane o objawy, może niektóre przed rodzicem zatajać, natomiast przed lekarzem z reguły wyjawia prawdę. Ważna jest też prostota przekazu, informacje dostosowane do wieku dziecka.

W wyzwaniu komunikacyjnym należy wspomnieć nie tylko o stronie pacjenta, jego bliskich czy rodziny, ale także o stronie personelu medycznego. Tutaj także zdarzają się uchybienia, a do najczęstszych należy przede wszystkim brak rozmowy. Wynika to często nie ze złej woli, ale po prostu z braku czasu, jednak kilka zdań wyjaśnienia, poświęcenia czasu pacjentowi, nakierowania go, uspokojenia potrafi przełożyć się znacząco na optymalizację sukcesu procesu terapeutycznego.

Kolejnym częstym niedopatrzaniem jest to, że personel, podchodząc do pacjenta, nie przedstawia się, pacjent nie wie, czy jest to lekarz, pielęgniarka, terapeuta, a może student. Pytany wie, że był „ktoś”, natomiast nie potrafi powiedzieć kto. Dlatego zawsze warto mieć identyfikator i przedstawiać się.

Kolejne uchybienie to brak intymności w rozmowie z pacjentem, głośne rozmowy personelu z pacjentem na sali, zbyt głośne zbieranie intymnego wywiadu, brak oddzielenia pacjentów parawanem (szczególnie w sytuacji, gdy na sali przebywają osoby w różnym stanie i gdzie wymagane jest wykonywanie różnego rodzaju zabiegów higienicznych).

Wykonywanie przez personel nagle, z zaskoczenia różnych czynności medycznych także nie powinno mieć miejsca. Należy powiedzieć pacjentowi, co będziemy robić, a jeżeli w tym momencie śpi, obudzić go. Nie odkrywamy też nagle pościeli, nie zabieramy bez informacji i nagle pacjenta na badania. Powiedzmy, co będziemy wykonywać.

Deinformacja to kolejne przewinienie, czyli pacjent nie wie po co został przyjęty, co będzie zaplanowane na dany dzień, kiedy nastąpi ewentualny wypis.

Rutyna, która dla pracowników szpitala jest czymś normalnym, dla pacjentów może być czymś szokującym. Postaramy się, żeby ta rutyna jak najmniej wpływała na dobre samopoczucie pacjenta i nie łamała jego intymności.

Hospitalizacja od strony personelu medycznego to nie tylko przewinienia. Personel medyczny oczywiście leczy pacjenta, dba o niego, opiekuje się nim. Jest często bardzo empatyczny, serdeczny, pomocny, cierpliwy, z ogromną wiedzą merytoryczną. Natomiast to niestety często właśnie medycy stają się ofiarami swoich pacjentów. Mówimy tutaj o napaściach i groźbach skierowanych do personelu medycznego, właśnie ze strony pacjentów. Są to wyzwiska, groźby, przemoc fizyczna. Warto pamiętać, że w Polsce te właśnie działania zagrażające personelowi są

przestępstwem ściganym z urzędu, za które grozi kara pozbawienia wolności nawet do lat 10. Ta fala rosnącej przemocy wobec medyków nabrała znaczącego przyspieszenia. W związku z tym, rząd podjął się nowelizacji kodeksu karnego i w tej chwili za napaści i groźby w kierunku personelu medycznego grozi 5000 zł grzywny. Jest to efektem serii ataków, które były wystosowane w kierunku pracowników ochrony zdrowia. Pamiętajmy, że odpowiedzialność karna dotyczy znieważenia czy naruszenia nietykalności cielesnej pracownika, czyli uderzenia, popchnięcia lub też stosowania gróźb karalnych. Samorząd lekarski wystosował do Ministra Zdrowia szereg propozycji, m.in. aby groźby karalne wobec personelu ścigać z urzędu, aby zastrzec dane osobowe lekarzy i innych zawodów medycznych oraz stworzyć rejestr agresji w ochronie zdrowia jako narzędzie prewencyjne wraz ze stworzeniem nowej kategorii prawnej pt. „zakłócanie porządku

publicznego w placówkach medycznych”, co coraz częściej się wśród pacjentów zdarza. Do personelu medycznego otoczonego szczególną ochroną należą lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, dentyści, fizjoterapeuci i diagnosty laboratoryjni.

Wracając do szczególnych potrzeb osób chorujących i hospitalizowanych, należy tutaj wspomnieć też o pacjentach znajdujących się w opiece paliatywnej czy też w opiece domowej. Jest to o tyle szczególna grupa chorych, że w znaczącej części jest reprezentowana przez osoby w wieku senioralnym. Dla osób powyżej 60 roku życia hospitalizacja wiąże się z ogromnym stresem. Dzieje się tak dlatego, że taki pacjent często bywa zagubiony, także w środowisku pozaszpitalnym. Natomiast w szpitalu, w związku z brakiem wyczerpujących informacji dotyczących stanu zdrowia, byciem zależnym od innych, oddaniem kontroli nad swoim życiem w ręce innych i koniecznością zaufania



Pani Ewa

Od zawsze marzyła o tańcu. Nie o scenach czy reflektorach, ale o tańcu, który sprawia, że serce bije mocniej. Do naszego Hospicyjnego Domu przyjechało Studio Tańca Dance Flow. Walce, rumba, cha-cha – tancerze poruszali się z wdziękiem, a muzyka niosła więcej niż rytm. To był dialog. Opowieść. Pani Ewa patrzyła z uśmiechem i łzami wzruszenia. Jej spojrzenie mówiło wszystko. Dziękujemy tancerzom za każdy krok i gest. Dziękujemy Pani Ewie za przypomnienie, że marzenia nie znają wieku. To było marzenie wytańczone łzami wzruszenia, a które zostanie w sercu na zawsze. Źródło: <https://hospitium.org/ostatnie-chwile-szczescia/>

drugiej osobie, ten stres się znacznie potęguje. Odwiedziny najbliższych pozytywnie wpływają na seniorów. Seniorzy czekają na odwiedziny. Natomiast niepokojącym jest, że do około 10% hospitalizowanych seniorów nikt w odwiedziny nie przychodzi. Wizyty bliskich są dla seniorów czynnikiem wyzwalającym uspokojenie, dającym radość, wzruszenie i zadowolenie. Seniorzy cenią sobie wśród personelu medycznego, szczególnie pielęgniarskiego, takie cechy jak serdeczność, uprzejmość, staranność, cierpliwość, wyrozumiałość i umiejętność komunikacji.

Drugi szczególny obszar opieki stanowi opieka paliatywna. Opieka paliatywna jest opieką interdyscyplinarną w obliczu nieuleczalnej choroby i zbliżającej się śmierci, co wiąże się dla chorego z lękiem, samotnością i cierpieniem psychicznym oraz fizycznym. Te negatywne odczucia można złagodzić poprzez słuchanie, rozmowę, poszanowanie godności, pomaganie w pogodzeniu się z losem, pomoc w rozwiązaniu różnych spraw życiowych. Te kluczowe aspekty psychologiczne opieki paliatywnej to właśnie wsparcie, bycie obok, słuchanie, rozmawianie o lękach i nadziejach, umożliwienie pacjentowi wyrażania swoich obaw i zadysonowania co do majątku czy zwierząt. Przynosi to znaczącą ulgę. Taka rozmowa pomaga w pogodzeniu się i zaakceptowaniu obecnej sytuacji, a także w identyfikacji dręczących pacjenta stanów i emocji.

W opiece paliatywnej bardzo ważne są aspekty duchowe. Duchowość nadaje sens, niesie nadzieję i pozwala czuć się godnie pacjentowi, a także nadaje poczucie celu, wartościuje relacje i nadaje poczucie sensu. Opieka paliatywna jest oczywiście bardzo wyczerpująca, nie tylko dla samego pacjenta, ale też dla rodziny i opiekunów. Dlatego tak ważne jest wsparcie poszczególnych członków rodziny w procesie choroby i wzajemna pomoc, aby rodzina mogła poradzić sobie ze stresem i zaadaptować się do nowej sytuacji. Tutaj znaczącą rolę odgrywa praca całego zespołu paliatywnego, który będąc zespołem interdyscyplinarnym wszystkie te potrzeby stara się wyodrębnić i możliwie maksymalnie zrealizować. Bardzo ważne w opiece paliatywnej jest działanie i komunikacja. Przede wszystkim kładzie się nacisk na dbanie o godność i intymność pacjenta, łagodzenie bólu, ale też pomoc w prozaicznych, codziennych sprawach. Ważne jest bycie blisko, ale bez narzucania się, okazywanie zrozumienia i unikanie pustych frazesów.

Poza seniorami i pacjentami objętymi opieką paliatywną trzeci szczególny obszar jakości życia pacjentów hospitalizowanych stanowi długoterminowa opieka stacjonarna, czyli opieka domowa (pacjent nie przebywa w hospicjum, ani w szpitalu, ale znajduje się w tzw. opiece domowej czy też hospicjum domowym). U takich pacjentów często obserwuje się objawy depresji, drażliwość, niepokój, związane z brakiem samodzielności. Wynika to nie tylko z choroby podstawowej, ale też

z faktu, że pacjenci ci często mają dostęp do ograniczonego grona ludzi, którzy ich odwiedzają. Jest to zazwyczaj stałe, bardzo zawężone grono – i fakt, że nie spędzają oni czasu wśród innych pacjentów – może działać destrukcyjnie, potęgując bezradność i zagubienie.

Istnieją nie tylko na świecie, ale i w Polsce świetnie zorganizowane, modelowe instytucje interdyscyplinarnej pomocy, będące doskonałym przykładem przeniesienia życia zewnętrznego do środowiska szpitalnego.

Chciałabym wskazać przykład Puckiego Hospicjum p.w. Św. O. Pio jako wzorzec działania właśnie w tym obszarze. Umożliwiono tam pacjentom realizację ich marzeń, oczywiście w ramach dostępności. Są to prozaiczne marzenia, które wydawałyby się jednak nie do zrealizowania w hospicyjnej rzeczywistości. Okazało się, że przy wsparciu pewnej grupy osób, są one możliwe do spełnienia. Jeden z beneficjentów marzenia to pan Jan, który zawsze marzył o czarnym kocie – a będąc pacjentem hospicjum chciał, żeby taki kot do niego przyszedł, położył się i po prostu był. Taki kot został do Pana Jana dostarczony. Pan Jan nazwał go Józkiem, głaskał go przez wiele godzin, szeptał czule do niego. Było to tylko jedno takie spotkanie, ale pozostawiło w sercu pana Jana ogromną radość i niezapomniane wspomnienia.

Inna pacjentka hospicjum to pani Ewa, która zawsze uwielbiała tańczyć, kochała taniec. Specjalnie dla niej pojawili się w hospicjum tancerze, którzy zaprezentowali swoje umiejętności taneczne, wywołując u Pani Ewy głębokie wzruszenie i radość. Niby niewielkie marzenie, a zostało zrealizowane.

Kolejna podopieczna to pani Maria, która już nie przebywa w hospicjum, ponieważ znajduje się w opiece domowej. Pani Maria każdym odwiedzającym ją pracowników hospicjum traktuje z wielką radością, jak swoich najbliższych, ciepło ich wita i zawsze ma dla nich miłe słowo. Są to spotkania pełne bliskości, zarówno poprzednio w hospicjum stacjonarnym, jak i obecnie w hospicjum domowym.

I ta właśnie atmosfera pełna bliskości, realnej więzi, radości, szczerych relacji pomaga przetrwać najtrudniejszy etap choroby, z wpisaną w życie hospitalizacją, nierzadko naznaczoną bólem i cierpieniem.

Tak więc, aby hospitalizacja była jak najmniej stresującym przeżyciem, zarówno dla pacjenta, jak i dla jego rodziny oraz dla personelu medycznego, potrzebna jest na pewno szczerza rozmowa, empatia i współpraca wszystkich tych grup, czyli bycie razem – personel, pacjent i jego rodzina.

„Salus aegroti suprema lex”.

mgr Monika Siekierka jest Koordynatorem Pobierania i Przeszczepiania Narządów Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, pracownikiem Katedry Fizjologii Człowieka CM UMK

Profilaktyka onkologiczna jako element kształcenia kompetencji zdrowotnych studentów

Interdyscyplinarne warsztaty świadomości raka piersi na Wydziale Nauk o Zdrowiu

Oliwia Kowalczyk

Edukacja prozdrowotna stanowi istotny element procesu kształcenia akademickiego, wykraczający poza tradycyjny model transferu wiedzy. Warsztaty świadomości raka piersi zorganizowane w listopadzie przez dr Oliwię Kowalczyk z Katedry Onkologii oraz studentki English Division stanowią przykład inicjatywy oddolnej, realizującej założenia konstruktywistycznego modelu uczenia się, w którym studenci stają się aktywnymi kreatorami procesu edukacyjnego. Inicjatywa warsztatów powstała z potrzeby pogłębienia wiedzy w zakresie prewencji chorób nowotworowych, zidentyfikowanej przez Norę Sultani, studentkę 5 roku kierunku lekarskiego English Division, wraz z Aoife Lowe, studentką 2 roku farmacji ED, oraz Julią Świrydowicz, studentką 3 roku fizjoterapii ED. Merytoryczne wsparcie projektu zapewniła dr Oliwia Kowalczyk z Katedry Onkologii WNoZ, realizująca badania

i projekty krajowe oraz międzynarodowe w obszarze profilaktyki zdrowotnej, prokurent w Fundacji Kochasz Dopilnuj, w ramach której corocznie organizuje wystawy poświęcone doświadczeniu choroby nowotworowej. Zaproszonym gościem był dr Łukasz Fijałkowski z Katedry Chemii Organicznej WF, prezes zarządu DOZ S.A., który przedstawił perspektywę farmaceuty w profilaktyce chorób onkologicznych.

Program warsztatów obejmował techniki samobadania piersi w kontekście wczesnej diagnostyki, mechanizmy wykrywania zmian nowotworowych oraz analizę przypadków klinicznych. Szczególnym elementem wydarzenia była wystawa portretów pacjentek po mastektomii, zrealizowana we współpracy z Fundacją Kochasz Dopilnuj, stanowiąca przykład edukacji przez sztukę i budowania świadomości społecznej poprzez bezpośrednie zetknięcie z ludzkim



Wystawa portretów pacjentek po mastektomii, zrealizowana we współpracy z Fundacją Kochasz Dopilnuj



Warsztaty świadomości raka piersi

wymiarem choroby. Integralnym komponentem dydaktycznym warsztatów był konkurs dla uczestniczek, którego celem była aktywizacja studentek poprzez pokazanie ich autorskich perspektyw dotyczących dbania o zdrowie. Wartość merytoryczną konkursu podkreśliło wsparcie instytucjonalne – nagrody ufundowane przez dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Pawła Zalewskiego oraz sieć aptek DOZ. Komisja konkursowa w składzie:

organizator: dr Oliwia Kowalczyk (Katedra Onkologii, Wydział Nauk o Zdrowiu)

prodziekan ds. studenckich Wydziału Nauk o Zdrowiu: dr Anita Gałęska-Śliwka

dyrektor Centrum Kształcenia w Języku Angielskim: prof. dr hab. Arkadiusz Jawień (Wydział Lekarski)
dr Łukasz Fijałkowski (Wydział Farmaceutyczny)
studentka Nora Sultani – przedstawicielka społeczności studenckiej

dokonała oceny prac konkursowych pod kątem zgodności z tematyką, kreatywności, oddziaływania oraz atrakcyjności wizualnej. Laureatkami zostały:

miejsce 1: Samhita Mekala

miejsce 2: Clodagh Lehane

miejsce 3: Aoife Lowe

Projekt ilustruje współczesne trendy w dydaktyce akademickiej, gdzie rola wykładowcy ewoluuje w kierunku mentora i facylitatora. Wspieranie inicjatyw studenckich rozwija kompetencje przekrojowe: organizacyjne, komunikacyjne oraz społeczne, stanowiące kluczowy element przygotowania zawodowego. Model ten realizuje założenia student-centered learning, w którym aktywność i autonomia studentów stanowią fundament procesu edukacyjnego. Interdyscyplinarny charakter wydarzenia, łączący perspektywy studentek z Wydziałów Nauk o Zdrowiu, Lekarskiego i Farmaceutycznego, odzwierciedla współczesne podejście do edukacji medycznej, w której integracja różnych specjalizacji stanowi klucz do holistycznego rozumienia problematyki zdrowotnej. Wydarzenie wykazało, że efektywne kształcenie kompetencji zdrowotnych wymaga wykroczenia poza ramy tradycyjnego wykładu akademickiego i stworzenia przestrzeni dla praktycznego zastosowania wiedzy teoretycznej. Warsztaty świadomości raka piersi stanowią tym samym przykład synergii między wiedzą ekspercką a inicjatywą studencką, potwierdzając tezę, że wspieranie autonomii studentów w procesie edukacyjnym przekłada się na rozwój kompetencji kluczowych dla przyszłych specjalistów oraz buduje postawy odpowiedzialności społecznej w zakresie promocji zdrowia.

dr Oliwia Kowalczyk jest adiunktem w Katedrze Onkologii Collegium Medicum UMK



Warsztaty świadomości raka piersi

Inicjatorka projektu: Nora Sultani

My idea for the breast cancer workshop began around September 2025. I was scrolling through my LinkedIn feed, as any 23 year old does in their free time, when I kept seeing brands release pink versions of their products, slap a breast cancer awareness tag on them, and charge extra despite the fact that the additional cost often wasn't going toward any meaningful support for breast cancer. It frustrated me to see how easily companies did this every year without realizing the harm it causes to actual patients who are dealing with breast cancer and who dread seeing this performative cycle repeated every year.

It was shocking to see how many people wore pink and a pink ribbon, yet didn't know the simplest facts about real awareness. That was the moment I thought: Right, this has to change, and I'll start with my own class. I reached out to Professor Kowalczyk to ask if she was planning anything for Breast Cancer Awareness Month. Being the amazing person she is, she agreed to plan something with us despite her incredibly busy schedule.

I wanted to be heard. I wanted my friends to understand how important it is to check their breasts every month. And I wanted the women dealing with breast cancer to know that wearing pink alone is not awareness, and that their stories are being heard by other women. I kept thinking this could happen to anyone, and as brutal as it is, life goes on and won't wait for you. You can have breast cancer and still have to study, work, care for your children, and manage your responsibilities. That's why it is crucial for us to check ourselves regularly.



Warsztaty świadomości raka piersi

I couldn't have asked for a better person to do this with. Professor Kowalczyk makes everything feel easier, and I have truly never been prouder to be a part of something as meaningful and empowering as this project. I will cherish every moment of it. Knowing that at least the girls in my university now know how to perform a monthly self-exam makes me feel that I've done my part, as a medical student and as a woman.

I will continue to raise awareness about breast cancer and share the incredible stories of the strong women who have beaten cancer 1-0.



Wystawa portretów pacjentek po mastektomii, zrealizowana we współpracy z Fundacją Kochasz Dopilnuj

Medyczna perspektywa Collegium Medicum na Welconomy



Dr Marek Jurgowiak



Dr hab. Maciej Socha, prof. UMK



Dr Szymona Suwała

„Hasło „Po pierwsze bezpieczeństwo” wyznaczyło ton tegorocznej edycji Welconomy Forum w Toruniu – jednego z najważniejszych i najbardziej opiniotwórczych wydarzeń gospodarczych w kraju. W dniach 23–24 lutego Toruń stał się ogólnopolskim centrum debaty o wyzwaniach współczesności, w których kwestie bezpieczeństwa, także zdrowotnego, wybrzmiały szczególnie mocno. W dyskusję aktywnie włączyli się naukowcy z Collegium Medicum, wnosząc do paneli ekspercką wiedzę, medyczną perspektywę oraz praktyczne doświadczenie w obszarze ochrony zdrowia.

Welconomy Forum w Toruniu to cykliczna inicjatywa, która każdego roku przyciąga do Torunia przedstawicieli środowiska akademickiego, biznesowego, administracji samorządowej oraz polityki krajowej. Forum stanowi przestrzeń wymiany myśli i doświadczeń na temat kierunków rozwoju Polski. W debatach uczestniczą eksperci reprezentujący różne dziedziny, a wśród publiczności nie brakuje osób zainteresowanych bieżącymi wyzwaniami gospodarczymi, zarówno w wymiarze lokalnym, jak i globalnym.

Ważnym punktem programu była „Strefa UMK” – cykl eksperckich paneli z udziałem przedstawicielek i przedstawicieli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, którzy wnieśli do dyskusji akademicką wiedzę oraz praktyczne rekomendacje. Istotną rolę w debatach odegrali reprezentanci Collegium Medicum UMK, wzbogacając panele o perspektywę medyczną i doświadczenie w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego.

Naukowcy Collegium Medicum aktywnie uczestniczyli w panelu dyskusyjnym pt. „Medycyna w czasach dezinformacji. Fake news, manipulacje, czyli jak odróżnić naukę od iluzji?”, podejmując temat zagrożeń wynikających z rozpowszechniania niezweryfikowanych informacji medycznych. Moderatorem debaty był dr Marek Jurgowiak z Wydziału Farmaceutycznego CM UMK. W dyskusji udział wzięli: dr hab. Maciej Socha, prof. UMK (Wydział Nauk o Zdrowiu CM UMK), dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK (Wydział Lekarski CM UMK) oraz dr Szymon Suwała (Wydział Lekarski CM UMK), którzy przedstawili eksperckie stanowiska oparte na badaniach naukowych i praktyce klinicznej.

Nasi naukowcy wzięli również udział w panelu dyskusyjnym pt. „AI w edukacji medycznej. Rewolucja, przełom, a może utrata relacji lekarz–pacjent?”, podejmując temat rosnącej roli sztucznej inteligencji



Od lewej: dr hab. Maciej Wróbel, prof. UMK oraz prof. dr hab. Dariusz Grzanka



Dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK

w kształceniu przyszłych lekarzy oraz jej wpływu na praktykę kliniczną i relację z pacjentem.

Moderatorem debaty był dr hab. Maciej Wróbel, prof. UMK z Wydziału Lekarskiego CM UMK. W gronie panelistów znaleźli się: prof. dr hab. Dariusz Grzanka – prorektor ds. Collegium Medicum (Wydział Lekarski CM UMK), dr hab. Katarzyna Buszko, prof. UMK (Wydział Farmaceutyczny CM UMK), dr Sara Kierońska-Siwak (Wydział Lekarski CM UMK) oraz dr Piotr Płeszka – dyrektor ds. leczenia Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. J. Biziela w Bydgoszczy. Ekspertcy wskazywali zarówno na potencjał nowych technologii w procesie dydaktycznym, jak i na wyzwania etyczne

oraz komunikacyjne, które towarzyszą cyfrowej transformacji medycyny.

Swoją wiedzę i doświadczeniem z uczestnikami Welconomy Forum w panelu poza „Strefą UMK” podzieliła się także dr hab. Iwona Sadowska-Krawczenko, prof. UMK. Dziekan Wydziału Lekarskiego CM UMK, która wzięła udział w dyskusji poświęconej „Wczesnej profilaktyce zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży”. Ta ważna i merytoryczna rozmowa o odpowiedzialności instytucjonalnej, interdyscyplinarnej współpracy oraz konieczności działań opartych na wiedzy, prowadzona była wspólnie z innymi ekspertami na rzecz zdrowia dzieci.



Od lewej: dr hab. Maciej Wróbel, prof. UMK, dr hab. Katarzyna Buszko, prof. UMK, dr hab. Marek Foksiński, prof. UMK, dr Szymon Suwała, prof. dr hab. Dariusz Grzanka, prorektor Collegium Medicum UMK, dr Sara Kierońska-Siwak, dr hab. Maciej Socha, prof. UMK, dr Marek Jurgowiak, dr Piotr Płeszka, dyrektor ds. leczenia Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. J. Biziela w Bydgoszczy

Konferencja jubileuszowa „10 lat trombektomii – 2500 szans”



Od lewej: prof. dr hab. Paweł Zalewski, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, prof. dr hab. Dariusz Grzanka, prorektor CM UMK, Jolanta Sobierańska-Grenda, dr hab. Iwona Sadowska-Krawczyńska, dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. UMK, dr hab. Marek Foksiński, dziekan Wydziału Farmaceutycznego

Dziesięć lat trombektomii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy to wydarzenie,

które jest więcej niż oficjalną rocznicą, to symbolika, za którą podążają bardzo konkretne liczby – ponad 2500 przeprowadzonych zabiegów i historie ludzi, którzy odzyskali sprawność i samodzielność dzięki skoordynowanej interwencji.

Jubileuszowa konferencja „10 lat trombektomii – 2500 szans” wpisuje się w dziesięciolecie wprowadzenia i dynamicznego rozwoju trombektomii mechanicznej w Polsce oraz 10 lat działalności Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu działającego w strukturach Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy.

To właśnie ten uniwersytecki ośrodek konsekwentnie budował jeden z kluczowych elementów krajowej sieci leczenia udarów mózgu, zapewniając pacjentom dostęp do nowoczesnej, ratującej życie terapii.

Konferencja „10 lat trombektomii – 2500 szans” była spotkaniem przedstawicieli systemu ochrony zdrowia: lekarzy różnych specjalności, pielęgniarek, ratowników medycznych, rehabilitantów, menedżerów ochrony zdrowia oraz osób realnie kształtujących politykę zdrowotną w Polsce. Program wydarzenia łączył część uroczystą z intensywną częścią merytoryczną.

W wydarzeniu uczestniczył prorektor ds. Collegium Medicum, prof. dr hab. Dariusz Grzanka, podkreślając znaczenie medycyny uniwersyteckiej i zespołowej pracy dla bezpieczeństwa zdrowotnego naszej



Zespół Kliniki Neurologii i Neurofizjologii Klinicznej wraz z kierującą Kliniką dr hab. Mileną Świtońską, prof. UMK oraz kierownikiem Katedry Neurochirurgii, Neurochirurgii Czynnościowej i Stereotaktycznej, dr hab. Pawłem Sokalem, prof. UMK

społeczności oraz wraz z ministrami zdrowia (Ministerstwo Zdrowia) Jolantą Sobierańską-Grendą wręczając wyróżnienia dla członków zespołu Kliniki Neurochirurgii, Neurochirurgii Czynnościowej i Stereotaktycznej.

W konferencję wpisało się też otwarcie Oddziału Intensywnego Nadzoru Neurologicznego w Klinice Neurologii i Neurofizjologii Klinicznej – inwestycji stanowiącej kolejny, konsekwentny krok w rozwoju Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu. Zrealizowany projekt objął modernizację Oddziału

Udarowego, w tym utworzenie Sali Intensywnego Nadzoru Neurologicznego, pomieszczenia rehabilitacji oraz specjalistycznych gabinetów diagnostycznych USG i EMG.

Rozbudowa infrastruktury nie jest wyłącznie zmianą organizacyjną – to realne wzmocnienie możliwości terapeutycznych ośrodka, które przekłada się na skrócenie czasu diagnostyki, zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów oraz dalszy rozwój nowoczesnych metod reperfuzyjnego leczenia udaru mózgu.

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych

W dniach 3–5.12. br. w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego odbyły się obrady Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM). W trakcie spotkania przedstawiciele władz uczelni medycznych, MNiSW, Ministerstwa Zdrowia, Agencji Badań Medycznych oraz władz uczelni medycznych, omówili najważniejsze zmiany w systemie szkolenia medyków oraz ich konsekwencje dla uczelni, studentów i systemu ochrony zdrowia.

Tegoroczny KRAUM odbył się z gościnnym udziałem podsekretarza stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. Marii Mrówczyńskiej, dyrektora Departamentu Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia prof. Mariusza Klenckiego oraz Społecznego Doradcy Prezydenta RP prof. Piotra Czauderny.

KRAUM skupia największe i najstarsze polskie uczelnie medyczne, pośród których znajduje się Collegium

Medicum UMK na czele z reprezentantem uczelni – prorektorem ds. Collegium Medicum prof. Dariuszem Grzanką. W trakcie spotkania dyskutowano nad finansowaniem nauki i badań oraz kształceniem kadr medycznych, zmianami zasad ewaluacji uczelni wyższych, kwestią stażu podyplomowego lekarzy, a także włączenia medycyny taktycznej do standardów kształcenia i gotowości uczelni medycznych do współpracy z Siłami Zbrojnymi RP w stanie zagrożenia wojennego.

Posiedzenie KRAUM zakończyło się podkreśleniem znaczenia dalszej, ścisłej współpracy między uczelniami medycznymi, a resortami zdrowia i nauki. Współpraca ta ma koncentrować się na kształceniu nowych kadr medycznych, podnoszeniu jakości edukacji oraz zapewnieniu stabilnego finansowania rozwoju i innowacji w medycynie.



Konferencja KRAUM

XXIV Debatą Studentów Analityki Medycznej w Białymstoku



STDL CM UMK w Bydgoszczy w Białymstoku

W dniu 29 listopada 2025 roku studenci działający w ramach Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych wzięli udział w XXIV Debatce Studentów Analityki Medycznej, zorganizowanej przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydarzenie

stanowiło ogólnopolskie forum wymiany wiedzy oraz doświadczeń studentów kierunku analityka medyczna, koncentrując się na aktualnych wyzwaniach kształcenia przyszłych diagnostów laboratoryjnych oraz na praktycznych aspektach funkcjonowania medycznych laboratoriów diagnostycznych.

Wydział Farmaceutyczny, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu reprezentowali Julia Gręda i Eliza Jaskulska, studentki trzeciego roku, a także Kacper Dłużniewski, student czwartego roku kierunku analityka medyczna.

Program Debaty obejmował cykl wykładów oraz warsztatów o wysokiej wartości merytorycznej, poświęconych między innymi zagadnieniom z zakresu hematologii, organizacji pracy medycznego laboratorium diagnostycznego oraz prawidłowego pobierania krwi żyłnej. Część warsztatowa umożliwiła uczestnikom rozwijanie kompetencji praktycznych, pogłębianie wiedzy teoretycznej oraz wymianę doświadczeń pomiędzy ośrodkami akademickimi z całej Polski. Udział w wydarzeniu sprzyjał również integracji środowiska studenckiego oraz nawiązywaniu kontaktów naukowych i zawodowych.

XXIV Debatą Studentów Analityki Medycznej została przeprowadzona na bardzo wysokim poziomie, zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym.

Sukces Studenckiego Koła Naukowego Biologii i Biochemii Medycznej

Studenckie Koło Naukowe Biologii i Biochemii Medycznej, działające w ramach Katedry Biologii i Biochemii Medycznej, odniosło znaczący sukces podczas VIII Gali Kół Naukowych STN Collegium Medicum UMK, która odbyła się 18 grudnia 2025 roku. W tego-rocznym rankingu Koło zdobyło 883 punkty, zajmując pierwsze miejsce wśród wszystkich Studenckich Kół Naukowych CM UMK.

SKN Biologii i Biochemii Medycznej zostało uhonorowane tytułem Najlepszego Studenckiego Koła Naukowego Collegium Medicum UMK w roku akademickim 2024/2025, a także tytułem Najlepszego SKN na Wydziale Lekarskim w tym samym roku

akademickim. Wraz z uzyskaniem tytułu Najlepszego SKN CM UMK Koło otrzymało również główną nagrodę gali – Złote Wąsy Rydygiera. Warto podkreślić, że jest to już drugi rok z rzędu, w którym SKN Biologii i Biochemii Medycznej zdobywa tytuł Najlepszego SKN Collegium Medicum UMK, co potwierdza wysoki i stabilny poziom jego działalności.

Sukces ten jest efektem ogromnego zaangażowania i systematycznej pracy członków Koła, obejmującej działalność badawczą, publikacyjną, aktywny udział w konferencjach naukowych oraz współpracę zespołową. Stanowi także dowód dojrzałości



SKN Biologii i Biochemii Klinicznej CM UMK

naukowej studentów oraz ich znaczącego wkładu w życie akademickie Collegium Medicum UMK.

Opiekunami naukowymi SKN Biologii i Biochemii Medycznej są dr n. med. i n. o zdr. Jarosław

Nuszkiewicz oraz dr hab. n. med. Karolina Szewczyk-Golec, prof. UMK.

Spotkanie z astronautą Sławoszem Uznańskim-Wiśniewskim

20 listopada 2025 roku na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika odbyło się spotkanie z dr. inż. Sławoszem Uznańskim-Wiśniewskim, astronautą Europejskiej Agencji Kosmicznej. Wydział Farmaceutyczny Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy reprezentowali studenci zrzeszeni w Studenckim Towarzystwie Diagnostów Laboratoryjnych.

Podczas wydarzenia członkowie STDL przedstawiali specyfikę studiów na kierunku analityka medyczna oraz podkreślali znaczenie zawodu diagnosty laboratoryjnego we współczesnej medycynie. Zwracali uwagę, że to diagnosty opracowują i interpretują wyniki badań, odkrywają nowe markery i doskonalą metody analityczne, co każdego dnia przyczynia się do ratowania zdrowia i życia pacjentów.

Studenci demonstrowali między innymi:

- wybrane preparaty mikroskopowe,
- prawidłową technikę pobierania krwi włośniczkowej do oznaczania stężenia glukozy,
- sposób samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego.

Spotkanie miało charakter zarówno popularizatorski, jak i edukacyjny – pokazało, jak istotną rolę w systemie opieki zdrowotnej odgrywa diagnostyka laboratoryjna oraz jak można łączyć rozwój naukowy

z praktycznym przygotowaniem do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.

Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych reprezentowali:

- Malwina Kotula – studentka V roku,
- Angelika Kotwica – studentka V roku,
- Kacper Dłużniewski – student IV roku.



Spotkanie z astronautą Sławoszem Uznańskim-Wiśniewskim

Studenci dla Seniorów – Dzień Relaksu w Domu Seniora w Bydgoszczy



19 stycznia 2026 roku w Domu Seniora przy ul. Gdańskiej 116 w Bydgoszczy odbyła się akcja charytatywna z okazji Dnia Babci i Dziadka pod hasłem „Studenci dla Seniorów – Dzień Relaksu”, zorganizowana przez Kosmetologiczną Organizację Studencką działającą przy Collegium Medicum w Bydgoszczy.

W wydarzeniu uczestniczyły studentki kierunku kosmetologia, które wykonały relaksujące masaże dłoni dla mieszkańców Domu Seniora. Spotkanie było okazją do bezpośredniego kontaktu, rozmów oraz budowania relacji międzypokoleniowych.

Akcja odbyła się pod opieką mgr inż. Katarzyny Piechowskiej, która wspiera studentki w planowaniu i realizacji inicjatyw, w tym również o charakterze prospołecznym.

Wydarzenie zostało objęte patronatem honorowym dziekana Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK wraz z kolegium dziekańskim.

Zaszczyciła nas również swoją obecnością prodekan ds. kształcenia dla kierunków analityka medyczna i kosmetologia, dr hab. Anna Stefańska, prof. UMK, podkreślając tym samym znaczenie zaangażowania społecznego studentów oraz rolę uczelni w kształtowaniu postaw empatii i odpowiedzialności.



Kosmetologiczna Organizacja Studencka w Domu Seniora

Uczestnicy wydarzenia otrzymali drobne upominki, w tym własnoręcznie przygotowane mydełka oraz słodkie podarunki przekazane przez sponsora – Fabrykę Wyrobów Cukierniczych „JAGO” Jan Gogolewski z Bydgoszczy.

Inicjatywa „Studenci dla Seniorów – Dzień Relaksu” stanowi przykład działań łączących edukację akademicką z odpowiedzialnością społeczną oraz pokazuje, że kosmetologia to nie tylko estetyka, ale również relacja, uważność i troska o drugiego człowieka.

Studencki projekt nagrodzony na Welconomy

Projekt „TK Storage” Tomasza Kameckiego z Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK otrzymał Nagrodę im. prof. Stefana Mellera w konkursie Copernicus Startup Stars. Wyróżnienie wręczono podczas XXXIII Welconomy Forum, które odbyło się w Toruniu.

Konkurs Copernicus Startup Stars jest organizowany przez Centrum Przedsiębiorczości Akademickiej i Transferu Technologii UMK z myślą o studentach i doktorantach naszej Uczelni, którzy mają gotowy pomysł na biznes lub stawiają już pierwsze kroki w prowadzeniu swojej firmy. Ideą konkursu jest przede wszystkim stworzenie przestrzeni do prezentacji koncepcji i wymiany doświadczeń oraz wsparcie najbardziej obiecujących przedsięwzięć.

Projekt, który wygrał w tym roku – TK Storage, to modułowa infrastruktura warsztatowo-magazynowa oparta na adaptowanych kontenerach morskich, skierowana do rzemieślników i podmiotów z sektora e-commerce. Jury doceniło skalowalność rozwiązania, jego potencjał wdrożeniowy oraz umiejętne

połączenie nowoczesnego podejścia do urbanistyki z realnymi potrzebami małych przedsiębiorców.

Nagrodę im. prof. Stefana Mellera podczas uroczystej sesji plenarnej inaugurującej Welconomy Forum wręczyli Tomaszowi Kameckiemu rektor UMK prof. dr hab. Andrzej Tretyn i dr Jacek Janiszewski, wiceprezes Stowarzyszenia „Integracja i Współpraca”, które jest organizatorem Welconomy.

Tegoroczna edycja Forum upłynęła pod hasłem „Po pierwsze bezpieczeństwo”. Obrady trwały 23 i 24 lutego w Toruniu, a ważną częścią programu stanowiła „Strefa UMK”, czyli panele tematyczne z udziałem ekspertów i ekspertek z naszego uniwersytetu.

W dyskusji o bezpieczeństwie państwa i obywateli, która otworzyła dwudniowe obrady, wzięli udział m.in. prorektor ds. nauki dr hab. Adam Kola, prof. UMK, minister nauki i szkolnictwa wyższego dr inż. Marcin Kulasek oraz minister sprawiedliwości i prokurator generalny Waldemar Żurek.



Od lewej: dr Jacek Janiszewski, Tomasz Kamecki oraz prof. dr hab. Andrzej Tretyn, Rektor UMK

Wspólne warsztaty trzech Kół Naukowych: SKN Ultrasonografii, SKN Chirurgii Dziecięcej oraz SKN Medycyny Górskiej i Ekstremalnej

Szymon Krzykowski, Kacper Kroczek, Martyna Lis-Kujawska, Janusz Tyloch



Audytoryum w trakcie części wykładowej

28 stycznia 2026 r. w Studenckiej Pracowni Edukacji Ultrasonograficznej – sala seminaryjna Katedry Urologii i Andrologii – odbyło się wspólne spotkanie trzech Kół Naukowych: Ultrasonografii, Chirurgii Dziecięcej oraz Medycyny Górskiej i Ekstremalnej. Tematem

spotkania było badanie ultrasonograficzne w ramach protokołu eFAST (extended focused assessment with ultrasonography in trauma), którego głównym założeniem jest szybka diagnostyka USG pacjentów w stanach zagrożenia życia.

Warsztaty składały się z części teoretycznej i praktycznej. Wykład wprowadzający w części teoretycznej wygłosił dr Kacper Kroczek, który przybliżył zasady protokołu eFAST uwzględniając specyfikę urazów wielonarządowych u dzieci. Z kolei stud. Martyna Lis-Kujawska z SKN Medycyny Górskiej i Ekstremalnej przybliżyła zagadnienia choroby wysokościowej, jej patofizjologii i jej rozpoznania, nie tylko przez objawy, ale i przez obraz widziany w USG. Temat został przedstawiony dzięki znajomości objawów przedmiotowych, jak i podmiotowych w przypadku choroby wysokościowej, której głównym czynnikiem jest niskie



Organizatorzy spotkania, od lewej: dr Kacper Kroczek – opiekun SKN Chirurgii Dziecięcej, studentka Martyna Lis-Kujawska – SKN Medycyny Górskiej i Ekstremalnej, studentka Zofia Andrychowska – SKN Chirurgii Dziecięcej, student Szymon Krzykowski – SKN Ultrasonografii



Aparat USG Vscan firmy GE HealthCare



Indukcyjne ładowanie aparatów przed badaniem



Ustawienie połączenia aparatu Vscan z tabletem za pomocą technologii Bluetooth

Badanie aparatem Vscan sondą sektorową

stężenie tlenu atmosferycznego, a w konsekwencji hipoksja, która może prowadzić do odwracalnych zmian metabolicznych takich jak np. alkalozia oddechowa w trakcie dnia lub lekka kwasica oddechowa w trakcie nocy. W skrajnych przypadkach choroba wysokogórska może doprowadzić do obrzęku płuc spowodowanego zwiększonym przepływem krwi przez tkanki w celu zrównoważenia zmniejszonego stężenia parcjalego tlenu transportowanego w erytrocytach. W diagnozie obrzęku dużym usprawnieniem, zwłaszcza w trudnych warunkach środowiskowych, są przenośne aparaty USG, które znajdują się coraz częściej na wyposażeniu jednostek SAR, umożliwiającą szybką





Studentka Martyna Lis-Kujawska z SKN Medycyny Górskiej i Ekstremalnej przedstawia patomechanizm powstawania choroby wysokościowej oraz miejsca diagnostyki ultrasonograficznej

ocenę obrzęku zarówno płuc, jak i dzięki badaniu TCD (przezskroniowa ultrasonografia dopplerowska) ocenę przepływu krwi w mózgu oraz ciśnienia śródczaszkowego.

Część warsztatową zabezpieczyła firma Medinco, będąca dystrybutorem firmy GE HealthCare. Firma dostarczyła na warsztaty 6 aparatów Vscan. Aparat Vscan to kieszonkowy ultrasonograf mieszczący się w dłoni, kształtem przypominający smartfon. Aparat współpracuje z każdym tabletem lub smartfonem dzięki technologii Bluetooth. Jest doskonałym narzędziem dla lekarza, ratownika medycznego i pielęgniarki, wtedy gdy wymagana jest szybka diagnostyka typu Point-of-Care na izbach przyjęć, w karetkach, w miejscu wypadku, czy przy łóżku pacjenta. To małe

urządzenie zawiera sondę convex lub sektorową oraz z drugiej strony sondę liniową. Pozwala na błyskawiczną ocenę jamy brzusznej, serca, płuc praktycznie w każdych warunkach.

W spotkaniu brało udział 42 studentów. Uczestnicy szczególnie zainteresowani byli przenośnymi aparatami ultrasonograficznymi, wielkości telefonu komórkowego, mogącymi współpracować z dowolnym tabletem lub smartfonem, jednocześnie uzyskując obrazy USG wysokiej rozdzielczości.

Szymon Krzykowski – SKN Ultrasonografii, lek. Kacper Kroczek – opiekun SKN Chirurgii Dziecięcej, Martyna Lis-Kujawska – SKN Medycyny Górskiej i Ekstremalnej, dr hab. Janusz Tyloch, prof. UMK – opiekun SKN Ultrasonografii z Katedry Urologii i Andrologii CM UMK



Dr Kacper Kroczek, opiekun SKN Chirurgii Dziecięcej, przedstawia podstawy badania USG w protokole eFAST u dzieci

Książki E-Library

Biblioteka Medyczna odnowiła subskrypcję kolekcji książek cyfrowych E-Library dla Collegium Medicum UMK. To kolekcja wartościowych książek medycznych wydawnictwa Elsevier Health Sciences Poland – poczytnych podręczników wydanych w języku polskim. Wyboru dokonano na podstawie statystyk dotyczących poprzedniej umowy oraz sugestii pracowników CM. Stalaliśmy się wybrać tytuły z różnych dziedzin medycyny.

W 2026 roku subskrypcja obejmuje 34 pozycje, które można przeszukiwać, przeglądać, po zalogowaniu dodawać do „Mojej półki”, a także drukować do 5% treści poszczególnego tytułu w ciągu 24 godzin dla własnych celów poznawczych i dydaktycznych.

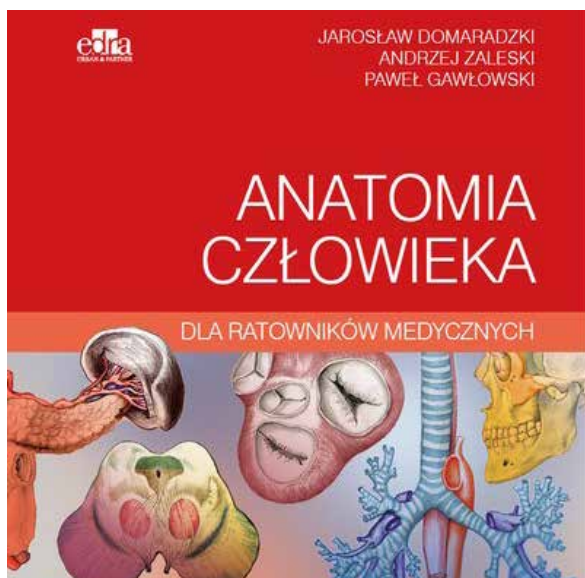
W kolekcji e-książek na rok 2026 znalazły się:

1. Anatomia człowieka dla ratowników medycznych (J. Domaradzki, A. Zaleski, P. Gawłowski)
2. Anatomia Gray. Pytania testowe. Tom 1 (Ryszard Maciejewski)
3. Anatomia Gray. Pytania testowe. Tom 2 (Ryszard Maciejewski)
4. Anatomia Gray. Pytania testowe. Tom 3 (Ryszard Maciejewski)
5. Anatomia prawidłowa człowieka. Tom 1 (M. Szpinda)
6. Anatomia prawidłowa człowieka. Tom 2 (M. Szpinda)
7. Anatomia prawidłowa człowieka. Tom 3 (M. Szpinda)
8. Anatomia prawidłowa człowieka. Tom 4 (M. Szpinda)
9. Anatomia Woźniak (red. M. Bruska, B. Ciszek)
10. Anatomia. Podręcznik dla studentów. Gray. Tom 1 (Richard Drake)
11. Anatomia. Podręcznik dla studentów. Gray. Tom 2 (Richard Drake)
12. Anatomia. Podręcznik dla studentów. Gray. Tom 3 (Richard Drake)
13. Anestezjologia Tom 1 (Reinhard Larsen)
14. Anestezjologia Tom 2 (Reinhard Larsen)
15. Atlas anatomii człowieka Nettera. Polskie mianownictwo anatomiczne (Frank Netter)
16. Atlas neuroanatomii i neurofizjologii Nettera (D. L. Felten, M. O'Banion)
17. Biochemia (Edward Bańkowski)
18. Biologia komórki. Podręcznik dla studentów uczelni medycznych (Jarosław Józwiak)
19. Diagnostyka laboratoryjna z elementami biochemii wyd. 5 (B. Solnica, A. Dembińska-Kieć, J.W. Naskalski)
20. Farmakologia Danysza. Kompendium farmakologii i farmakoterapii (W. Buczko, A. Danysz)
21. Fizjologia człowieka. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych (red. J. Lewin-Kowalik)
22. Genetyka medyczna (L.B. Jorde, J.C. Carey, M.J. Bamshad)
23. Histologia. Podręcznik dla studentów medycyny i stomatologii (Maciej Zabel)
24. Immunologia (red. K. Bryniarski, M. Siedlar)
25. Konturek Fizjologia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny wyd. II (Stanisław J. Konturek)
26. Mianownictwo anatomiczne polsko-łacińsko-angielskie (M. Szpinda, M. Ciołkowski, T. Kuder, J. H. Spodnik)
27. Mikrobiologia (Patric Murray)
28. Neuroanatomia BRS (D. J. Gould)
29. Okulistyka (red. A. Grzybowski)
30. Patofizjologia (Ivan Damjanov)
31. Patofizjologia kliniczna wyd. 3 (red. M. Olszanecka-Glinianowicz, E. Małecka-Tendera, J. Chudek)
32. Pediatria wyd. 6 Lissauer (red. T. Jackowska, A. Wrotek)
33. Psychiatria (P. Gałęcki, A. Szulc)
34. Ross & Wilson. Anatomia i fizjologia człowieka w warunkach zdrowia i choroby (A. Waugh, A. Grant)

Zachęcamy do kontaktu z Biblioteką Medyczną w związku z prowadzonymi zakupami, tak abyśmy mogli zakupić podręczniki polecane studentom, wykorzystywane w procesie dydaktycznym. Mamy świadomość, że książki dostępne online cieszą się dużym zainteresowaniem z uwagi na łatwy dostęp do treści.

Kolekcja e-książek E-Library jest dostępna przez Czytelnię Online Biblioteki – <https://bm.cm.umk.pl/czytelnia-online/>, a także wyszukiwalna w katalogu Biblioteki Medycznej.

oprac. mgr Monika Kubiak, mgr Teresa Krzyżaniak z Oddziału Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej CM UMK



Wiadomości Akademickie

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.
© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Adres Redakcji

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

Wersje on-line wszystkich numerów „Wiadomości Akademickich” są dostępne na stronie Biblioteki Medycznej CM UMK

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. Eugenia Gospodarek-Komkowska

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

dr Marek Jurgowiak

dr hab. Bogumiła Kupcewicz, prof. UMK

dr Krzysztof Nierzwicki

dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK

prof. dr hab. Maria Szewczyk

dr hab. Janusz Tyloch, prof. UMK

Zespół Redakcyjny

Redaktor naczelny

dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego

dr hab. Janusz Tyloch, prof. UMK

Sekretarz redakcji

mgr Monika Kubiak

Redaktorzy

mgr Marta Brzezińska

mgr Justyna Gapska

mgr Agnieszka Milik

Adiustacja

mgr Joanna Hładoń-Wiącek

Projekt graficzny

dr Radosław Staniec

Skład komputerowy

mgr Monika Kubiak

Redakcja merytoryczna

dr Krzysztof Nierzwicki

dr hab. Janusz Tyloch, prof. UMK

Korekta

mgr Anna Kaszewska

Druk

Drukarnia Salus

Szosa Chełmińska 50

87-100 Toruń

Wszystkie teksty zaprezentowane w dziale „Kronika CM” zostały opracowane przez Dział Promocji i Komunikacji CM UMK oraz Redakcję „Wiadomości Akademickich”

Fotografie wykorzystane w numerze

Andrzej Romański, Mariusz Kowalikowski, Krzysztof Fabisiak

Fotografia na okładce

fot. mgr Justyna Gapska, I miejsce w konkursie fotograficznym „Wiosna w Collegium Medicum”

Największa w Europie wystawa realizmu magicznego!

44 artystów z 13 krajów



MAGICAL DREAMS

wernisaż:

8 kwietnia 2026 g.18.00

01.04 — 03.05.2026

ACKIS OD NOWA | TORUŃ UL. GAGARINA 37A

W wystawie udział biorą: Bruno Altmayer, Kathrine Baumgartner, Maja Borowicz, Katarzyna Bułka-Matłacz, Sylwester Chłodziński, Ewa Ćwikła, Zenon Dyrzka, Arkadiusz Dzielawski, Riccardo Gatti, Igor Grechanyk, Peter Gric, Sabina Maria Grzyb, Jarosław Jaśnikowski, Marcin Kołpanowicz, Tomasz Kopera, Micha Lobi, Johannes Masseli, Sławomir Micek, Marcin Minor, Waldemar Musik, Jacek Opała, Zbigniew Oporski, Agnieszka Osak, José Parra, Graszka Paulska, Pavlina, Daniel Pielucha, Lech Pierchała, Kazimierz Pilarz, Miłosz Płonka, Fabrizio Riccardi, Jean-Noël Riou, Carlos Sablón, Katrina Sadrak, Liba Stamballion, Grzegorz Stec, Artur Szoldra, Ulyana Turchenko, Roch Urbaniak, Christopher Vacher, Tigran Vardikyan, Ryszard Wichtowski, Krzysztof Wiśniewski, Siegfried Zadernack

gość specjalny — Jacek Yerka | wernisaż uświetni recital gitarowy Adama Skrętnego



MIASTO,
TORUŃ



2026 ROK
LUDZI FILMU
Z KUJAW
I POMORZA

Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego



KUJAWY
POMORZE



Urząd Marszałkowski
Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
w Toruniu

Dofinansowano ze środków
Samorządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

2026 ROKIEM
NSZZ SOLIDARNOŚĆ RI
BYDGOSKIEGO MARCA 1981



UNIWERSYTET
MIKOŁAJA KOPERNIKA
W TORUNIU



Od Nowa

BATOR



Art Gallery



AGRAART
G.M. ALKUCYJ-V

WA

Wiadomości Akademickie

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