



Wiadomości Akademickie

Pismo Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Nr 12 (1/2004)

Kwiecień 2004

ISSN 1508-2180



Czy powstanie budynek Farmacji?

*(szczegóły w wywiadzie z mgr Ewą Nawrocką,
Dyrektorem Administracyjnym Akademii Medycznej)*

„Miejcie odwagę posługiwać się rozumem”

Immanuel Kant

Gorąco zachęcam do szczegółowej lektury świątecznego wydania Wiadomości Akademickich. Nasze pismo staje się bowiem coraz to obszerniejsze i dociera do większej liczby Czytelników. Obfitość wydarzeń w ciągu ostatnich miesięcy w wielu Katedrach, Klinikach i Zakładach oraz Wasza chęć przedstawienia ich w formie atrakcyjnych publikacji sprawiły, że Wiadomości Akademickie stały się nie tylko informacyjnym, ale i literackim forum Uczelni. Przedstawiamy również w tym numerze ważne informacje o planach rozbudowy naszej Uczelni. Plany te są związane z racjonalnymi potrzebami trwania i rozwoju uczelni medycznej oraz oparciu jej na solidnych, bo różnorodnych podstawach, w myśl cytowanej, uniwersalnej maksymy niemieckiego filozofa.

Z najlepszymi Życzeniami Radosnych
i Zdrowych Świąt Wielkiej Nocy.

*Przewodniczący Rady Programowej
dr hab. n. med. Zbigniew Wolski, prof. nadzw. AM*



Spis treści

Misja Akademii Medycznej	5
Wywiad numeru	
Lubię pracę w Akademii i to jest podstawą mojego sukcesu - wywiad z mgr Ewą Nawrocką, Dyrektorem Administracyjnych AM	2
Z życia Uczelni	
Wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Lekarskiego	6
Jubileusz 50-lecia Katedry i Kliniki Otolaryngologii	6
Torakochirurdzy u Prezydenta RP	8
Zarządzenia Rektora	9
Medycyna	
Nadwrażliwość na antybiotyki beta-laktamowe	12
Przeszczep szpiku: początek bydgoskiej historii	14
Dydaktyka	
Jak pisać prace naukowe	15
Esej: student pisze - nauczyciel ocenia	16
Metody aktywizujące w nauczaniu pielęgniarstwa pediatricznego	18
Oczekiwania Studentów - Wydziału Nauk o Zdrowiu kierunku	
Pielęgniarstwo – wobec realizowanego na uczelni procesu kształcenia	19
Refleksje Studentów po zajęciach praktycznych w Domach Pomocy Społecznej	21
Historia medycyny	
Izba Lekarska Prowincji Poznańskiej w Poznaniu 1887–1919	23
Polemiki	
Tajemnica i zatajenie lekarskie	26
Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe	
Leczenie ran przewlekłych i odleżyn	26
Odleżyny i rany poprzewlekłe – problem na teraz i na jutro	27
2nd International Conference of Students' Scientific Society for Medical Students and Young Doctors	28
Telemedycyna w Regionie Kujawsko-Pomorskim	28
Zaproszenie na XXV Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów	29
Z Biblioteki	
Konferencja Ogólnopolska	
„Informacja Naukowa Bibliotek Medycznych w Polsce”	30
Działalność informacyjna i dydaktyczna Biblioteki Głównej	32
Zasady oceny parametrycznej jednostek naukowych	34
Ze sportu	
Nowe władze Klubu Uczelnianego AZS	35
Sprawy studenckie	
Studenckie Towarzystwo Naukowe – możliwości rozwoju każdego studenta	37
Wspomnienia	
Trudno pogodzić się z myślą...	38
Pamięci dr n. med. Jadwigi Tyrakowskiej ...	38
Sprawy osobowe	
Informacje kadrowe	39
Promocje doktorskie	39

„Wiadomości Akademickie” wydaje Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy za zgodą Rektora i na zasadzie pracy społecznej Zespołu Redakcyjnego. Redakcja zastrzega sobie prawo do adjustacji i skrótów w tekstach autorskich. Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów. © Wszelkie prawa zastrzeżone.

ISSN: 1508-2180

RADA PROGRAMOWA

Przewodniczący:

prof. AM dr hab. n. med. Zbigniew Wolski

Z-ca Przewodniczącego:

prof. dr hab. Gerard Drewa

Członkowie:

prof. AM dr hab. n. med. Andrzej Dziedziczko

prof. AM dr hab. n. med. Eugenia Gospodarek

prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień

mgr Ewa Nawrocka

dr Krzysztof Nierzwicki

dr n. med. Janusz Tyloch

dr n. med. Wojciech Szczęsny

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Redaktor Naczelny:

dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego:

dr n. med. Janusz Tyloch

Sekretarz redakcji:

mgr Monika Kubiak

Adres redakcji

Biblioteka Główna Akademii Medycznej

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9

85-094 Bydgoszcz

tel.: +48 +52 585 35 09

e-mail: biblio@amb.bydgoszcz.pl

Opracowanie techniczne i typograficzne

Studio „Skryba”

Skład komputerowy: Grzegorz Kubiak

Korekta merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Janusz Tyloch

Korekta techniczna: mgr Ewa Dominas

Druk

Centrum Promocji i Reklamy „ReMedia”

http://www.remedia.pl

Zdjęcie na okładce

Projekt graficzny budynku Farmacji

Autor: mgr inż. architekt Grzegorz Wdowiak

Pracownia „Wektor”

Misja Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy jest działającą w Rzeczypospolitej Polskiej państwową uczelnią akademicką.

Realizując swą Misję, Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera łączy najlepsze tradycje z zadaniami dnia dzisiejszego. Akademia Medyczna jest kontynuatorką działań pionierów, którzy starania o utworzenie w Bydgoszczy ośrodka naukowego rozpoczęli z chwilą powrotu miasta w granice II Rzeczypospolitej. Intelaktywny klimat miasta, pozbawionego wyższej uczelni, kształtowały w owym czasie kręgi inteligencji, wśród których znaczącą rolę odgrywali lekarze. Wykształceni i wychowani w innym środowisku kulturowym, politycznym i naukowym, kontynuowali wielopokoleniowe tradycje obrony polskości i kultury narodowej, których symbolem stał się znakomity chirurg Ludwik Rydygier – nasz Patron. Przenosili oni tradycje nauczania medycyny Wilna i Lwowa, polskich korporacji studenckich, rozwijali działalność towarzystw naukowych.

Akademia Medyczna, jako młoda, prężnie rozwijająca się Uczelnia, dochowuje wierności tradycji i dorobku zawodowego środowiska lekarskiego regionu a także czerpie z wieloletnich doświadczeń innych uczelni medycznych w kraju, których profesorowie budowali naszą Alma Mater w pierwszych latach jej istnienia.

Na Misję Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera składają się, uznawane jako jednakowo ważne:

- **nauczanie,**
- **prowadzenie badań naukowych,**
- **rozwój kadr naukowych,**
- **działalność w zakresie ochrony zdrowia.**

Zadania te, realizowane są w poszanowaniu idei prawdy, szacunku do wiedzy i rzetelności w jej upowszechnianiu. Działaniom tym, przyświeca szczytny cel służenia dobru człowieka.

Akademia Medyczna prowadzi nauczanie na poziomie licencjackim, magisterskim, doktorskim, w zawodzie

lekarza medycyny i innych zawodach biomedycznych, w powiązaniu z zadaniami praktycznymi w klinikach akademickich i przychodniach oraz prowadzi inne formy działalności edukacyjnej i popularyzatorskiej, odpowiadające aktualnym i przyszłym aspiracjom społeczeństwa. Nauczanie, prowadzone w Uczelni, służy poznaniu aktualnej wiedzy, umiejętności poszukiwania rzetelnej prawdy oraz odpowiedzialności wobec społeczeństwa. Studia dzienne i wieczorowe mają ten sam akademicki charakter, a studia podyplomowe, kształcenie specjalistyczne lekarzy oraz kursy podyplomowe służą doskonaleniu wiedzy zawodowej.



Misję edukacyjną Akademia Medyczna pojmuje jako swój obowiązek wychowawczy, wypełniany w ramach kształcenia akademickiego, cechującego się wysoką jakością i odniesieniem do aktualnych standardów, pozwalających na wykształcenie kadry zgodnie z ustalonym profilem absolwenta, zdolnego sprostać wyzwaniom współczesnej medycyny i oczekiwaniom współczesnego społeczeństwa.

Badania naukowe w Akademii Medycznej w Bydgoszczy prowadzone są w duchu poszukiwania prawdy, osiągnięcia postępów w nauce i korzyści społecznych, a ich wyniki są upowszechniane. Najnowsze wyniki badań naukowych są też włączone w proces dydaktyczny, dia-

gnostyczno-leczniczy a także do badań usługowych i ekspertyz. Wzajemne powiązanie badań naukowych i diagnostyczno-leczniczych w naszej Uczelni, przyczynia się do wypełnienia postulatów społecznego, związanego z zawodami medycznymi oraz poprawy jakości ochrony zdrowia.

Swoją Misję, związaną z badaniami naukowymi, Akademia łączy z kształtowaniem nowoczesnej medycyny i nauk biomedycznych oraz tworzeniem wartości etycznych świata nauki i medycyny.

Kształcenie pracowników naukowych jest z kolei nierozdzielnie związane z ich rozwojem naukowym i zdobywaniem kolejnych stopni i tytułów naukowych oraz nawiązywaniem przez nich, szeroko pojętej, współpracy z innymi ośrodkami naukowymi, tak na gruncie krajowym, jak i w wymiarze międzynarodowym.

Wokół Misji Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera skupiają się nauczyciele i studenci, badacze i pracownicy administracyjni, absolwenci i przedstawiciele społeczeństwa regionu. Tworzą oni obraz Uczelni oraz realizują jej posłannictwo.

Praca i postępowanie nauczycieli akademickich i studentów podlegają ocenie, której miarą jest rzetelność i poszanowanie norm etycznych. Nauczyciele akademicki i studenci dochowują wierności ideałom akademickim, których istotą jest nie tylko wolność badań naukowych i treści nauczania ale też i samorządowość akademicka.

Misję swą Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera realizuje w poszanowaniu podmiotowości człowieka, otwartości na nowe idee, w poczuciu obowiązku służenia dobru regionu, budzeniu zainteresowań nauką i nowoczesną myślą młodzieży tych ziem, tworzeniu tradycji akademickiej i wreszcie nasyceniu wysoko kwalifikowaną kadrą medyczną ziemi kujawsko-pomorskiej.

„Misję Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy” uchwalił Senat Uczelni na posiedzeniu w dniu 22 kwietnia 2003 r.

Wywiad numeru

Lubię pracę w Akademii i to jest podstawą mojego sukcesu

Wywiad z Dyrektorem Administracyjnym Akademii Medycznej
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, mgr Ewą Nawrocką

Bardzo jesteśmy radzi i dziękujemy, że mimo natłoku zajęć i spotkań znalazła Pani Dyrektor czas na rozmowę, by przekazać czytelnikom „Wiadomości Akademickich” kilka słów dotyczących rozwoju naszej Uczelni i przyszłego połączenia z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu. Czas to zresztą szczególny, czas wielkich przeobrażeń w Uczelni, która niebawem zamknie swą historię jubileuszem 20-lecia istnienia i którą czeka nowa wspólna przyszłość z toruńskim UMK.

Redakcja: Znamy obecną strukturę administracyjną Akademii, czy możemy prosić Panią Dyrektor o przybliżenie zmian, jakie w niej zajądą po połączeniu z UMK?

Dyrektor Administracyjny: Myślę, że jeśli chodzi o strukturę organizacyjną, po połączeniu z Uniwersytetem wiele się nie zmieni. We wstępnych projektach przewiduje się oczywiście, że w miejsce Rektora Akademii powołane zostanie prawdopodobnie stanowisko Prorektora UMK ds. Collegium Medicum bądź Prorektora UMK ds. Klinicznych. Zastanawiamy się nad władzami typowo administracyjnymi, bo przecież mamy zachować pełną odrębność finansową i organizacyjną. Będziemy wzorować się na Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Połączenie uczelni medycznej z uniwersytetem dokonało się tam już wiele lat temu, dlatego słuszne wydaje się korzystanie z krakowskich doświadczeń. Zmianie uległy nazwy, w pewnym sensie zmieniły się zakresy działania, ale Collegium Medicum UJ dalej funkcjonuje organizacyjnie i finansowo samodzielnie. Jest finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia, podczas gdy UJ jest finansowany ze środków Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu. W takiej strukturze Uczelnia krakowska funkcjonuje bardzo dobrze, myślę więc, że i nam po połączeniu z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika też będzie dobrze, a nawet bardzo dobrze, co przeloży się na rozwój obu środowisk naukowych, a także na sprawne i skuteczne administrowanie.

Redakcja: Wiemy, że projekty ustaw z obu Ministerstw trafiają do Sejmu, a po zatwierdzeniu powrócą do nas. Co się wówczas zmieni? Czy w związku z tym nastąpią istotne zmiany kadrowe?

Dyrektor Administracyjny: Nie, na

tę chwilę żadnych zmian nie przewidujemy. Wszystko zostanie tak, jak jest. W momencie połączenia niczego nie zlikwidujemy. To może nastąpić na drodze ewolucji, natomiast nie na drodze rewolucyjnej. Na pewno trzeba będzie ustalić określone pełnomocnictwa Rektora UMK dla naszej Pani Rektor i dla mnie, aby Uczelnia mogła funkcjonować w tym samym zakresie i kształcie, co dotychczas.

Redakcja: Czy znana jest już dokładna nazwa Akademii w przyszłych strukturach UMK?

Dyrektor Administracyjny: Trudno mi powiedzieć, dyskusje wciąż trwają, na pewno będzie to Collegium Medicum, a dalej ... zobaczymy.

Redakcja: Jakie zadania i cele stawia sobie w tej sytuacji Dyrektor Administracyjny Akademii Medycznej w Bydgoszczy i które z nich wydają się Pani najważniejsze?

Dyrektor Administracyjny: Po uzyskaniu pewnej wiedzy na temat krakowskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego i funkcjonującego w jego ramach Collegium Medicum uważam, że należy maksymalnie skupić się na uregulowaniu wszystkich kwestii od strony prawnej. Dążymy do tego, by nie było nieokreślonych kompetencji, nieokreślonych zadań, a co najważniejsze, nieokreślonej odpowiedzialności. Tego przede wszystkim chciałabym dopilnować, żeby strona prawna przedsięwzięcia została zapięta na przysłowiowy „ostatni guzik” i abyśmy nie musieli stawać przed sytuacjami nieprzewidywalnymi. Wiele zadań będzie prowadzonych na zasadzie pełnomocnictw, być może część uda się oprzeć na bazie ustawy o szkolnictwie wyższym. Pragnęłabym, by to ustawa powołująca nasze Collegium Medicum określała jego odrębność finansową i organizacyjną, w pewnym sensie wówczas będą to kwestie nienaruszalne, niezależne od ewoluującej sytuacji.

Redakcja: W jakim zakresie Dyrektorzy Administracyjni UMK i Collegium Medicum będą ze sobą współpracowali?



Dyrektor Administracyjny: Od wielu lat z dr. Stefanem Nielkiem – Dyrektorem Administracyjnym UMK łączą nas relacje koleżeńskie, wraz z innymi Dyrektorami Administracyjnymi z naszego regionu spotykamy się oficjalnie i mniej oficjalnie. Myślę, że po utworzeniu Collegium Medicum nasza współpraca z korzyścią dla nas obojga zacieśni się. Po połączeniu, mimo że UMK i Collegium Medicum będą jednorodnym podmiotem, początkowo nic się nie zmieni. Zbyt wiele różnorodnych spraw i tematów obciąża każdą z Uczelni. Może z czasem wypracujemy „nową jakość”, np. chciałabym, by powstał jeden audyt, jedna kontrola wewnętrzna. Sądzę, że można by także powołać wspólną jednostkę ds. programów unijnych, czy też ds. współpracy z zagranicą. Niektóre sprawy można by ujednolicić. Jesteśmy jednak Uczelnią o swoistej specyfice i wiele rzeczy po prostu nie może ulec zmianie. Trudno wyprzedzać czas. Najpierw trzeba poznać się bliżej, określić potrzeby i możliwości.

Redakcja: A w sprawach finansowych? Czy widzi Pani Dyrektor jakieś pola współpracy z Dyrektorem Administracyjnym UMK?

Dyrektor Administracyjny: No cóż, pewnie z chwilą połączenia sprawy wspólnego działania w tym zakresie będą ograniczone. Może z czasem wielkie zamówienia typu: zakupy sprzętu komputerowego moglibyśmy realizować wspólnie. Myślę, że pola współpracy pojawiają się w trakcie wspólnego funkcjonowania. Ciągłe porównujemy się do Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdzie po połączeniu obu uczelni w zakresie realizowanych prac i zadań administracji niewiele zmieniło się na rzecz

łączenia spraw i jednostek. Trzeba zwrócić też uwagę, że dzieli nas od Torunia 50 km. Nasze Uczelnie funkcjonują w dwóch odrębnych miastach. To również z pewnością nie pozwala na rewolucyjne zmiany w tym zakresie, choć mam nadzieję, że z czasem wypracujemy pola współpracy, które pozwolą na jeszcze lepsze funkcjonowanie administracji Uczelni.

Redakcja: A np. korespondencja wewnętrzna, zarządzenia Rektora czy Dyrektora Administracyjnego UMK?

Dyrektor Administracyjny: Myślę, że kwestie organizacyjne uregulujemy we własnym zakresie. Pozostanie przecież administracja Collegium Medicum, która będzie pracowała na dotychczasowych zasadach. Musielibyśmy całkowicie wejść w strukturę Uniwersytetu, a to np. na Uniwersytecie Jagiellońskim nie ma miejsca. Co prawda UJ wykazuje 14 wydziałów, łącznie z medycznymi, ale te ostatnie są wyodrębnione jako Collegium Medicum. Logika i rachunek ekonomiczny nakazywałyby zmniejszyć koszty administracji, ale na to tak jak już mówiłam potrzebny jest czas.

Redakcja: Nawiażując do powstania nowych komórek organizacyjnych, na ostatnim posiedzeniu Senatu przedstawiła Pani Dyrektor kilka zmian w strukturze administracyjnej Akademii. Wydaje się, że były one niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania Uczelni. Zwłaszcza ucieszyły zmiany mające doprowadzić do sprawnego aktualizowania stron internetowych Akademii. To wizytówka Uczelni, która z różnych względów nie spełniała oczekiwań dając jednocześnie niewłaściwy obraz Akademii. Czy można poprosić o kilka słów w tej sprawie?

Dyrektor Administracyjny: Tak, czułam, że sprawa strony internetowej, jakby nie było – wizytówki Uczelni, pozostaje zaniedbywana. Początkowo podlegała ona Działowi Teleinformatyki Administracyjnej, gdzie zatrudnieni są sami informatycy, którym ta problematyka nie była z różnych względów bliska. Zawsze bliższe były im komputery, programy, funkcjonowanie sieci, naprawa sprzętu a nie sprawy będące w gestii administracji, jakimi w pewnej mierze są kwestie funkcjonowania stron internetowych. Ponieważ wciąż przybywa nam jednostek, których jest już ponad setka, informatycy wnioskowali o zwiększenie zatrudnienia. W sytuacji, gdy widziałam, że problem strony internetowej nie jest rozwiązywany tak, jakbym tego pragnęła, a jedynie na marginesie ich działań, zdecydowałam się poszerzyć zakres działania Stanowiska ds. Organizacji i Zarządzania jednocześnie zmieniając jego nazwę na Zespół ds. Organizacji, Zarządzania i Informacji. I o to wnioskowałam

na Senacie. Przyjęłam nową pracownicę, która już podsunęła kilka propozycji, zajmuje się także prowadzeniem bieżącego Biuletynu Informacji Publicznej na stronie internetowej.

Wracając do strony internetowej, my jako administracja zajmujemy się stronami oficjalnymi, natomiast nie możemy opracowywać stron poszczególnych jednostek. Przygotowuję właśnie pismo, przypominające wszystkim kierownikom o konieczności przejścia i dokonania aktualizacji stron jednostek, podając kontakt z nowo powołaną komórką. Dobrze opracowana strona internetowa to świetna reklama i informacja o Akademii. Jest wiele możliwości wykorzystania strony we wszystkich sferach działania Uczelni – administracyjnej, naukowej, dydaktycznej, marketingowej, do zamieszczania bieżących informacji z Senatu, wszystkich zmian kadrowych, konkursów.

Redakcja: Jakie są dalsze plany rozbudowy Uczelni? Czy planuje się postawienie nowego budynku Farmacji?

Dyrektor Administracyjny: Budynek Farmacji jest już zaprojektowany. Zostanie zbudowany przy ul. Jurasza. Wszystko zostało szczegółowo przygotowane. Chcieliśmy realizować go z własnych pieniędzy Uczelni, co prawda w okrojonym, kilkietapowym projekcie, ale pojawiła się możliwość skorzystania z funduszy Unii i wycofaliśmy się z realizacji. Na Radzie Wydziału Farmaceutycznego spotkałam się z kierownikami, prosząc, by ten rok jeszcze przetrwali. Co prawda trudno było się z tym pogodzić, gdyż Farmacja funkcjonuje już dwa lata, a obiektu wciąż nie ma. Należałoby przyspieszyć, a tu jeszcze o rok opóźniamy. Jednak niewykorzystanie pojawiających się możliwości finansowania tej inwestycji w ramach tzw. „projektów unijnych”, przy naprawdę coraz trudniejszej sytuacji finansowej Uczelni, byłoby swoistym „sabotażem” z mojej strony. W porozumieniu z kierownikami ustaliliśmy więc, że przez ten rok jakoś przetrwamy. Zrobimy zarazem wszystko, aby na tym nie stracili studenci, bo przecież to o nich idzie w głównej mierze. Pełną parą przygotowujemy się do wpasowania projektu w program Unii. Jeszcze w marcu projekt trafi do oceny Urzędu Marszałkowskiego w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego i dotacji z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Program jest częścią Funduszy Strukturalnych Unii Europejskiej pod nazwą ZPORR priorytet I działanie 1.3. Uczelnia musi wyłożyć 25 % środków. Łączne koszty budowy i wyposażeń szacowane są na ok. 25 mln złotych. W budynku o powierzchni około 5.300 m², na 3 kondygnacjach

naziemnych i 1 podziemnej, będzie miało swe siedziby 7 jednostek.

Redakcja: Jaką Uczelnia ma szansę otrzymania tych środków z funduszy Unii?

Dyrektor Administracyjny: Wszyscy twierdzą, że ogromne. Z tego co się orientuję, niewiele Uczelni ma przygotowane gotowe projekty i wnioski. Mam nadzieję, że szczęście nam dopisze. Możliwość wykorzystania funduszy unijnych pojawiła się w momencie, gdy mieliśmy przygotowany skończony projekt. Jakby sama wyszła nam naprzeciw ...

Redakcja: A inne plany rozbudowy Uczelni?

Dyrektor Administracyjny: Od 1 marca „zasiedlamy” obiekt przy ul. Świętojańskiej, do którego docelowo przeniosą się jednostki Fizjoterapii. Niedawno otrzymaliśmy również z Urzędu Marszałkowskiego do użytkowania na 30 lat budynek przy ul. Gimnazjalnej. Chcemy go adaptować głównie na potrzeby dydaktyki, sale seminaryjne, ewentualnie na potrzeby kilku jednostek nie wymagających laboratoriów. Adaptacja będzie wymagała kwoty rzędu 5 mln złotych, o które również będziemy starali się z funduszy Unii.

Staram się znaleźć miejsce dla jednostek, które w tej chwili nie miałyby gdzie prowadzić zajęć. Mam też trochę problemów z pomieszczeniami dla administracji, dlatego przy ul. Jagiellońskiej dokonamy adaptacji zaplecza nad garażami, gdzie docelowo chciałabym umieścić 3 jednostki. Na okres przejściowy, na ul. Skłodowskiej-Curie umieścimy na razie część Farmacji.

Redakcja: Pozostając przy problematyce rozbudowy Uczelni, jako bibliotekarzom trudno nam nie zapytać o Bibliotekę? Obecny gmach naszej ksiąznicy uczelnianej nie spełnia żadnych standardów bibliotecznych, jest niefunkcjonalny i oferuje zbyt mało miejsc dla czytelników. Czy Pani Dyrektor przewiduje remont budynku Biblioteki? Jeśli tak to w perspektywie jakiego czasu?

Dyrektor Administracyjny: Jeśli chodzi o Bibliotekę, powinniśmy rozpocząć działania już od dzisiaj, określić perspektywę jej rozwoju. Na pewno budynek przy ul. Skłodowskiej-Curie powinien być w pewnej części adaptowany na potrzeby Biblioteki. Kiedy Farmacja się wyprowadzi, będzie można pomyśleć o Bibliotece. Trzeba by określić koncepcje rozwoju w ramach istniejących pomieszczeń, a następnie przygotować projekty i ponownie starać się o fundusze unijne. Można górne kondygnacje nad obecną Biblioteką wykorzystać dla celów administracyjnych, pozostawiając dół do użytku czytelników, może z wolnym dostępem do zbiorów. Jedno skrzydło na

potrzeby Biblioteki powinno wystarczyć, nie ma co się ludzić, że wybudujemy nową Bibliotekę. Można też będzie nieco uatrakcyjnić budynek z zewnątrz. Powinniśmy przygotować się do tego pomysłu, by w 2005 roku ruszyć z realizacją.

Redakcja: A propos uatrakcyjnienia budynków. Budynki wyremontowane i zbudowane za rządów Pani Dyrektor są niezwykle starannie wykonane, z dużym gustem i niezwykle dbałością o szczegóły. Kto czuwa nad detalami? Czy Pani Dyrektor zatrudnia w tym celu architekta wnętrz?

Dyrektor Administracyjny: Dziękuję za słowa uznania. Dotychczas przy modernizacji obiektów nie zatrudnialiśmy architekta wnętrz. Pierwsze architektury wnętrz zlecieliśmy dla budynku Farmacji. Chcieliśmy, by było to profesjonalnie zrobione i taki był też wymóg programów unijnych. Przedtem borykaliśmy się z tym problemem sami, aktywnie angażując się w ustalenie kolorystyki, szczegółów zabudowy itp. Zaczęliśmy od budynku przy ul. Techników, gdzie staraliśmy się przeprowadzić oszczędny remont. Do dzisiaj budynek funkcjonuje jak należy i wszyscy są zadowoleni z wystroju. Później aranżacja wnętrz przy pomocy przyszłych użytkowników weszła nam już w krew, a remontów było i jest sporo. Wiele obiektów Uczelni jest co prawda w moich ulubionych zielonych barwach, ale obiecuję, że w budynku Farmacji tego koloru nie będzie. Na samym początku zastrzegaliśmy architektowi wnętrz, by wykorzystywał wszystkie kolory oprócz zielonego. *(uśmiech)*

Redakcja: Jakie problemy i trudności napotyka Pani Dyrektor w codziennej pracy? Jakie największe problemy przeżywa obecnie Uczelnia, czy to tylko brak finansów?

Dyrektor Administracyjny: Dotychczas to nawet nie pieniądze sprawiały najwięcej trudności. Udało się zgromadzić fundusze na nowe przedsięwzięcia, które realizowaliśmy, więc pieniądze nie były największą bolączką. W tej chwili zakres robót jest znaczny i nie posiadamy już takiej rezerwy finansowej, więc ten rok będzie trudniejszy, ale poradzimy sobie, zwłaszcza przy zrozumieniu ze strony władz rektorskich.

Dla mnie największym problemem jest pozyskanie dobrych pracowników. Dobrych i odpowiedzialnych, mających ambicje i pomysł na działanie. Druga sprawa to znalezienie dla nich czasu. Staram się jak mogę, ale przy moim nawale zajęć nie mam go tyle dla pracowników, ile bym chciała. Zarobki w administracji nie są za wysokie. Kryzys i bezrobocie sprawiają, że za niższe pieniądze pozyskujemy ludzi warty znacznie większego wynagrodzenia. Z czasem będę się martwiła, skąd wziąć pieniądze, by ich zatrzymać, bo

przecież wysoce kompetentni i zaangażowani pracownicy to zysk dla Uczelni i warto dla nich wyjść ponad taryfikator. Tak, największym problemem jest pozyskanie dobrych pracowników.

Redakcja: Wielkimi krokami zbliża się jubileusz 20-lecia Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W jaki sposób Uczelnia planuje uhonorować tę rocznicę?

Dyrektor Administracyjny: Będzie to jubileusz połączony z ostatnim prawdopodobnie rokiem funkcjonowania Uczelni jako całkowicie samodzielnej Akademii Medycznej, więc pragniemy go odpowiednio uczcić. Przygotowujemy publikację jubileuszową. Jej Magnificencja Rektor planuje obchody uroczystości we wrześniu tego roku, zatem jest jeszcze trochę czasu, by ustalić program. Na razie nie przewidujemy zjazdu absolwentów, ale może trzeba byłoby o tym pomyśleć. Tworzymy właśnie Stowarzyszenie Absolwentów w ramach Biura Promocji Studentów i Absolwentów, więc może ... nie jest jeszcze za późno.

Redakcja: Co Pani Dyrektor uważa za największe własne osiągnięcie?

Dyrektor Administracyjny: Może nie osiągnięcie, ale coś, z czego czerpię największe zadowolenie zawodowe. Otóż najbardziej cieszę się, gdy mogę komuś pomóc, znaleźć wspólne rozwiązanie i wyjście z trudnej sytuacji. Dla mnie największą satysfakcją jest to, że przychodzą do mnie ludzie z uśmiechem i podziękowaniami, czym jestem mile zaskoczona, tym bardziej że rozwiązywanie problemów skutecznie i z korzyścią dla Uczelni traktuję jako swoją normalną pracę. Bardzo lubię tę pracę w Akademii i to jest podstawą mojego sukcesu.

Redakcja: A czy podwładni boją się Pani Dyrektor?

Dyrektor Administracyjny: Pracownicy, którzy są ze mną od dawna, na pewno się mnie nie boją. Natomiast, jak mi mówią, czują pewien respekt, wiedząc, że znam każdy szczegół funkcjonowania Uczelni, zarówno od strony organizacyjnej jak i finansowej. Nie chciałabym, by się mnie bali. Nie o to chodzi. Chodzi o to, by szanowali pracę, korzystali z mojej pomocy i rady w sprawach, z którymi nie potrafią sobie poradzić. Tak więc myślę, że się mnie nie boją, chociaż podejrzewam, że czasem cieszą się, gdy mnie nie ma ... Bardzo lubię swoich pracowników i czuję, że mamy ze sobą dobry kontakt. To dla mnie ważne, przecież w pracy spędzamy połowę życia. Złe nastroje tłumię w sobie, awantury i zły humor nie są w moim stylu. Czasami obsztoruję kogoś, kto sobie na to mocno zasłużył. Generalnie najbardziej mężczyźnie – cóż tu dużo mówić – ludzka bezmyślność. Ona szczególnie mnie irytuje. Nie znoszę, kiedy ktoś pomimo wielu wyjaśnień, ciągle nie rozumie problemu,

a jego realizację stawia pod znakiem zapytania, bądź co gorsza wszystko tą realizacją psuje.

Redakcja: Na zakończenie trudno nie zapytać, jak radzi sobie Pani Dyrektor z tak sporym zespołem ludzi. Czy trudno być kobietą-Dyrektorem, zwłaszcza, że zastępcami są również kobiety? Jakie cechy charakteru uważa Pani za najcenniejsze w tego typu pracy?

Dyrektor Administracyjny: Zarządzanie administracją, zwłaszcza tak skomplikowanego organizmu jakim jest uczelnia medyczna, wiąże się oczywiście z ogromnym nakładem pracy, zaangażowaniem, ponoszeniem odpowiedzialności, a zatem ze stresem, poświęceniem i wieloma wyrzeczeniami. Sądzę jednak, że kobiecie dobrze zorganizowanej, świadomej celów jakie stawia sobie i innym oraz konsekwentnej w działaniu sprawowanie funkcji dyrektora administracyjnego nie powinno sprawiać większych trudności. W każdym razie mi nie sprawia to trudności. Ciągły rozwój Uczelni stawia przede mną coraz to nowe wyzwania, którym staram się sprostać jak najlepiej. Realizacja tych wyzwań nie byłaby możliwa bez moich bezpośrednich podwładnych i w ogóle wszystkich pracowników Akademii. Przez sprawne i w miarę bezkonfliktowe zarządzanie tak dużym zespołem ludzi najpełniej realizuję własne ambicje zawodowe. A fakt, że kobiety zajmują również stanowiska moich zastępców wynika ze względów czysto merytorycznych oraz posiadanych przez nie fachowych kompetencji.

Co do cech charakteru, które uważam za najważniejsze w tego typu pracy, to najważniejsza jest pracowitość. Pracowitość, pracowitość i jeszcze raz pracowitość. Owszem, na samodzielnych stanowiskach konieczna jest również umiejętność szybkiego kojarzenia i podejmowania decyzji. Jednak administracja wykonuje przede wszystkim żmudne czynności związane z planowym zarządzaniem majątkiem i finansami Uczelni. Przygotowujemy warunki do tego, by jednostki Uczelni mogły funkcjonować poprawnie, godnie i bez większych utrudnień. Taka jest gospodarcza rola administracji, w której kobiety sprawdzają się bardzo dobrze.

Redakcja: Dziękujemy za rozmowę, której przemiłą atmosferę podkreślał salone wysmakowane wnętrze Pani gabinetu. Tu jeszcze raz ukłon w stronę wielkiego gustu, który sprawia, że Uczelnia znacznie zyskuje na swoim wystroju. To w perspektywie czasu z pewnością zaprocentuje.

*Ze strony „Wiadomości Akademickich”
rozmowę prowadzili:*

*Redaktor Naczelny - dr Krzysztof Nierzwicki
oraz Sekretarz Redakcji - mgr Monika Kubiak*

Życia Uczelni

Wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Lekarskiego

Dnia 6 grudnia 2003 roku miała miejsce uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Po zaintonowaniu przez chór akademicki pieśni „Gaudeamus igitur” i powitaniu zebranych przez Dziekana Wydziału Lekarskiego, prof. dr. hab. Gerarda Drewę, prof. zw. AM, jako pierwszy z wykładem zatytułowanym „Postępy w chirurgicznym leczeniu choroby niedokrwiennej serca” wystąpił dr hab. Lech Anisimowicz, prof. nadzw. AM.

Najbardziej uroczystym momentem uroczystości było złożenie przyrzeczenia i wręczenie dyplomów wszystkim absolwentom oraz przekazanie wybranym listów gratulacyjnych i nagród. W 2003 roku Wydział Lekarski Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera na kierunku lekarskim ukończyło 142 absolwentów.

List gratulacyjny JM Rektor, prof. dr hab. Danuty Miścickiej-Śliwki, prof. zw. AM, nagrodę pieniężną i książkę za dyplom z wyróżnieniem otrzymali: lek. Tadjana Janik, lek. Joanna Pufal, lek.

Damian Maćkowski, lek. Elżbieta Marcinkowska, lek. Marek Koziński, lek. Beata Moczulska, lek. Agnieszka Błażewska, lek. Przemysław Gałązka.

Za działalność na rzecz Uczelni i Społeczności Akademickiej list gratulacyjny JM Rektor przypadł w udziale: lek. Markowi Kozińskiemu i lek. Przemysławowi Gałązce.

Wraz z nagrodą książkową podobny list gratulacyjny JM Rektor otrzymali: lek. Sebastian Pietrzak – członek Zarządu STN, inicjator tzw. minigrantów studenckich, organizator Konferencji Studentów AM w 2003 roku, trzykrotny brązowy medalista drużynowych Mistrzostw Polski Akademii Medycznych w 1998, 2000 i 2003 roku; lek. Tomasz Hawro – członek Zarządu STN, organizator Konferencji Studentów w AM w 2003 roku; lek. Sabina Lach – członkini IFMSA, wiele lat aktywnie zajmowała się opieką nad studentami zagranicznymi odbywającymi praktykę w naszej Uczelni; lek. Andrzej Bielski – członek Studeckiej Komisji Stypendialnej; lek. Joanna Pufal

– stypendystka MZ, członkini chóru Akademii; lek. Joanna Zielińska – członkini chóru Akademii; lek. Renata Cieciora – członkini chóru Akademii.

Z kolei listem gratulacyjnym JM Rektor za wybitne osiągnięcia sportowe w Mistrzostwach Akademii Medycznych i w Mistrzostwach Szkół Wyższych oraz nagrodą książkową uhonorowano: lek. Pawła Dobrowolnego, lek. Grzegorza Józwiaka, lek. Pawła Lisewskiego, lek. Jerzego Maciejewskiego, lek. Zbigniewa Małeckiego, lek. Marcina Ujazdowskiego, lek. Michała Wilczaka, lek. Michała Ziółkowskiego.

Absolwentów Wydziału Lekarskiego pożegnał przedstawiciel Samorządu Studenckiego oraz, krótkim przemówieniem, Dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. Gerard Drewa, prof. zw. AM.

Uroczystość uświetnił koncert w wykonaniu Chóru Akademii Medycznej pod dyrekcją prof. Janusza Staneckiego.

opracowała mgr Monika Kubiak
Biblioteka Główna AM

Życia Uczelni

Jubileusz 50-lecia Katedry i Kliniki Otolaryngologii



Uczestnicy I Spotkania Przewodniczących Towarzystw Otolaryngologicznych Krajów Europy Środkowej i Wschodniej w Bydgoszczy w grudniu 1994 r.

8 grudnia 2003 roku Katedra i Klinika Otolaryngologii obchodziła uroczystości związane z ponad pół wieku trwającą działalnością dydaktyczną, naukową i usługowo-leczniczą na terenie regionu kujawsko-pomorskiego. Nazwa tej placówki akademickiej zmieniała się kilkakrotnie, zmieniali się kierownicy i członkowie zespołu tej kliniki, jednakże zasadniczy charakter pozostał niezmienny od czasu, gdy 1 stycznia 1953 roku ówczesny docent Jan Szymański obejmował kierownictwo Zakładu Laryngologii w ramach nowoutworzonego Instytutu Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich.

dyplomowego – specjalistycznego w zakresie otolaryngologii. Jest to zadanie niezwykle ważne ze względu na olbrzymie braki wyspecjalizowanych kadr lekarskich. Wielu wyszkolonych w tym okresie lekarzy z całej Polski miało po raz pierwszy możliwość zapoznania się ze współczesnymi metodami diagnostycznymi i leczniczymi i stanowiło później trzon polskiej medycyny specjalistycznej w zakresie otolaryngologii. Równocześnie rozpoczęto w zespole Kliniki pierwsze badania naukowe.

Ta działalność zarówno w zakresie dydaktyki specjalistycznej jak i naukowej

Instytut ten przemianowany został później na Studium Doskonalenia Lekarzy, w ramach którego utworzono II Klinikę Laryngologii SDL. Była to pierwsza placówka akademicka na terenie bydgoskim. 2 września 1954 roku doc. Jan Szymański otrzymał tytuł profesora.

Dydaktyka w tym pierwszym okresie dotyczy przede wszystkim szkolenia po-

jeszcze bardziej rozwinęła się, gdy 1 września 1957 roku kierownikiem tej placówki został prof. Jan Małecki. W latach 1953 – 1972 przeprowadzono w tej Klinice 78 kursów szkoleniowych, szkoląc 668 lekarzy w zakresie otolaryngologii. W ciągu 10 lat zespół Kliniki ogłosił 67 prac naukowych klinicznych i doświadczalnych, w tym 12 w językach obcych. Na szczególne podkreślenie zasługują prace doświadczalne w zakresie fizjologii i fizjopatologii narządu równowagi, niektóre z nich były pracami pionierskimi nie tylko w piśmiennictwie polskim, ale również światowym. W okresie tym 4 pracowników Kliniki uzyskało stopień naukowy doktora nauk medycznych, a jedna osoba doktora habilitowanego. Klinika stawała się jednym z liczących się ośrodków specjalistycznych w kraju, wyrazem czego było powierzenie obowiązków Redaktora Naczelnego polskiego naukowego czasopisma specjalistycznego „Otolaryngologia Polska” prof. Małeckiemu, kierownikowi kliniki bydgoskiej. Prof. Małecki był też współzałożycielem i pierwszym prezesem nowoutworzonego na terenie Bydgoszczy – Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego.

Zainteresowania naukowe zespołu Kliniki koncentrowały się głównie na 3 zagadnieniach: na problemie leczenia złamań podstawy przedniego dołu czaszki



Uczestnicy panelu: „Advances in ORL” podczas XXXV Zjazdu PTORL-ChGiS w Bydgoszczy – prof. Z. Szmaja (Poznań), prof. M. Bauer (Pecs-Węgry), prof. E. Lenhardt (Hannover), prof. R. Preibisch-Effenberger (Magdeburg), prof. J. Wendler (Berlin), prof. C. Zini (Parma)

i związanych z tym operacji zatok przynosowych, na badaniach ultrastrukturalnych ucha wewnętrznego i na pracach dotyczących fizjologii i fizjopatologii narządu równowagi. W pracach dotyczących leczenia urazów przedniego dołu czaszki rozwinęła się szeroka współpraca naukowa z zespołem neurochirurgicznym, czego wynikiem było opracowanie zespołowej metody rynoneurochirurgicznej.

Ten zakres zainteresowań naukowych zespołu Kliniki kontynuowany był również w okresie kierowania Kliniką przez doc. dr. hab. Zygmunta Ukleję w latach 1971-1981. W okresie tym dwie dalsze osoby uzyskały stopień naukowy doktora nauk medycznych. Od 1973 roku w ramach Zespołu Nauczania Klinicznego AM w Gdańsku rozpoczęto w Bydgoszczy również prowadzenie zajęć stacjonarnych dla 38 studentów V roku Wydziału Lekarskiego, obejmujące wszystkie przedmioty zgodnie z programem, w tym także laryngologię. Dalsza dydaktyka studencka Kliniki Otolaryngologii odbywała się już w ramach Filii Akademii Medycznej w Gdańsku, przekształconej następnie w II Wydział Lekarski Gdańskiej Akademii Medycznej. Po nagłej śmierci doc. Uklei, obowiązki kierownika Kliniki przez kilka miesięcy pełniła dr med. Danuta Burduk.

1 września 1981 roku, w wyniku konkursu, stanowisko kierownika Kliniki Otolaryngologii objął doc. dr. hab. Stanisław Betlejewski. Poza kontynuacją zainteresowań naukowych kliniki w zakresie badań nad fizjologią i fizjopatologią narządu równowagi, wprowadzone zostają nowe kierunki badań. Są to przede wszystkim badania nad fizjologią i fizjopatologią górnych dróg oddechowych oraz ze względu na kliniczne potrzeby, związane z narastającym problemem onkologii w otolaryngologii, właśnie onkologia otolaryngologiczna. Rozszerzono

też w istotny sposób zakres działalności klinicznej. Jako pierwszy ośrodek kliniczny w Polsce wprowadzono początkowo do diagnostyki a następnie również do leczenia metody endoskopowe w zakresie nosa i zatok przynosowych, przedstawiając na Ogólnopolskim Zjeździe Otolaryngologicznym w Gdańsku swoje doświadczenia w tym zakresie, oraz szkoląc w tej metodzie lekarzy specjalistów

w ramach ogólnopolskich kursów doskonalących CMKP. Zapoczątkowano również w Bydgoszczy wprowadzoną już wcześniej przez doc. dr. hab. Betlejewskiego w Gdańsku chirurgię czynnościową nosa oraz wewnątrznosową mikrochirurgiczną operację dróg łzowych. Rozpoczęto też leczenie w Bydgoszczy wad rozwojowych w zakresie górnych dróg oddechowych i uszu.

Jako drugi ośrodek w Polsce wprowadzono do leczenia mikrochirurgię krtani z użyciem lasera CO₂. Metoda ta miała istotne znaczenie w sposobie leczenia wczesnych postaci nowotworów krtani, ale też była ogromnym postępem w zakresie mikrochirurgicznego leczenia zmian zapalnych, wad wrodzonych, blizn i zwężeń pourazowych czy zmian zwyrodnieniowych w krtani i na błonie śluzowej jamy ustnej. Rozszerzając swoje doświadczenie i uzupełniając sprzęt i aparaturę klinika bydgoska pierwsza w Polsce zastosowała laser CO₂ do leczenia endoskopowego zmian w jamach nosa.

Nowo zakupiona aparatura badawcza pozwoliła na rozszerzenie badań diagnostycznych w zakresie czynności narządu słuchu i równowagi.

W dniu 21 lipca 1984 roku Sejm Polski uchwalił ustawę powołującą w Bydgoszczy Akademię Medyczną jako samodzielną uczelnię medyczną i w tym też roku kierownik Kliniki uzyskał tytuł profesorski. Problem narastania liczby przypadków nowotworów krtani z jednej strony, a fakt zgłaszania się chorych do leczenia klinicznego w znacznym stopniu

zaawansowania był przyczyną zorganizowania przez Klinikę akcji masowych badań przesiewowych krtani. Dzięki współpracy środków masowego przekazu – radia i gazet, oraz zaangażowaniu społecznemu całego środowiska otolaryngologicznego regionu przebadano 37895 osób. Akcja ta jednak wykazała, że metoda badań masowych nie spełnia oczekiwań, gdyż do badań tych jedynie w małym stopniu zgłaszają się osoby najbardziej narażone na zachorowanie na nowotwór krtani.

W wyniku prowadzonych badań klinicznych i doświadczalnych w zakresie fizjologii i fizjopatologii górnych dróg oddechowych i jednocześnie prowadzonych badań w zakresie onkologii otolaryngologicznej opracowano oryginalny, bydgoski model rehabilitacji chorych po całkowitym usunięciu krtani. W ramach tej rehabilitacji zorganizowano tzw. „Klub Laryngektomowanych”, który po 4 latach przekształcił się w: „Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych (PTL)”. Działalność tego Towarzystwa jak i sposób rehabilitacji laryngektomowanych zostały podczas wizytacji przedstawicieli „Confederation of European Laryngectomees (CEL)” bardzo wysoko ocenione i Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych zostało włączone do tej organizacji. Obecnie działalność tego Towarzystwa obejmuje już prawie całą Polskę, gdyż istnieje 13 oddziałów regionalnych PTL.

Dalszym wynikiem badań w zakresie fizjologii i fizjopatologii górnych dróg oddechowych było zorganizowanie przez klinikę po raz pierwszy w Polsce Ogólnopolskiego Sympozjum Rynologicznego w Wiktorowie k. Bydgoszczy. Ta inicjatywa spotkała się z ogromnym zainteresowaniem i z dużym uznaniem w środowiskach otolaryngologicznych, czego wyrazem była z jednej strony coraz większa liczba uczestników kolejnych organizowanych przez klinikę sympozjów, a z drugiej strony powołanie Sekcji Rynologicznej PTORL-ChGiS i wybranie prof. Betlejewskiego na przewo-



Zespół Katedry i Kliniki Otolaryngologii w roku jubileuszu 50-lecia



Klinikę odwiedzał również Św. Mikołaj

dniczącego tej sekcji.

W dniach 17-20 września 1992 roku Katedra i Klinika po raz pierwszy była organizatorem XXXV Zjazdu Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi z licznym udziałem naukowców zagranicznych. Podczas tego Zjazdu, prof. Betlejewski, jako przewodniczący Zarządu Głównego PTORL-ChGiS, wręczył dyplomy Członków Honorowych tego Towarzystwa 5 wybitnym naukowcom- otoraryngologom z Belgii, Włoch, Niemiec i Węgier oraz 4 otoraryngologom polskim.

Wyrazem uznania osiągnięć Kliniki w badaniach w zakresie onkologii otoraryngologicznej było powierzenie Klinice sprawy organizacji X Jubileuszowego Międzynarodowego Sympozjum „Oncology in Otoraryngology”, które odbyło się w 2003 roku.

Prace naukowe pracowników Kliniki były wielokrotnie przedstawiane na Światowych i Europejskich Kongresach Otoraryngologicznych jak i na wszystkich

Krajowych Zjazdach i Konferencjach Naukowych. Wynikiem badań było przeprowadzenie w Klinice od 1981 roku 22 obronionych przewodów doktorskich, dalsze prace są w toku.

Dr med. Henryk Kaźmierczak na podstawie pracy pt.: „Badania kliniczne zjawiska przewagi kierunkowej oczopląsu kalorycznego” uzyskał stopień naukowy doktora habilitowa-

negu, a w 1998 roku uzyskał tytuł profesorski. Kontynuując zainteresowania naukowe kliniki w zakresie fizjologii i fizjopatologii narządu równowagi prof. Kaźmierczak prowadzi dalsze badania kliniczne i doświadczalne przedstawiając je na wielu zjazdach i konferencjach naukowych krajowych i zagranicznych, będąc jednocześnie współorganizatorem wielu konferencji naukowych poświęconych otoneurologii. Jest także promotorem 7 obronionych doktoratów, dotyczących zagadnień z zakresu otoneurologii.

Prof. S. Betlejewski wielokrotnie reprezentował Polskę na posiedzeniach Europejskiej Federacji Towarzystw Otoraryngologicznych (EUFOS) jak i Międzynarodowej Federacji tych Towarzystw (IFOS). W 1996 r. Polskie Towarzystwo Otorinolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi (PTORL-ChGiS) uhonorowało prof. S. Betlejewskiego członkostwem honorowym tego Towarzystwa.

Zarówno prof. S. Betlejewski jak i prof. H. Kaźmierczak są członkami Zarządu Głównego (PTORL-ChGiS)

Wyrazem uznania dla aktywności naukowej kliniki na polu międzynarodowym było wybranie kierownika Kliniki, prof. S. Betlejewskiego w 1992 roku na miejsce zmarłego prof. G. Smitha z Anglii, na członka Komitetu Wykonawczego International Federation of Otorhinolaryngological Societies (IFOS) – jako reprezentanta krajów Europy Środkowej i Wschodniej.

W ramach tej działalności międzynarodowej prof. Betlejewski zorganizował w grudniu 1994 roku w Bydgoszczy I Spotkanie Przewodniczących Towarzystw Otoraryngologicznych Krajów Europy Środkowej i Wschodniej, a rok później II Spotkanie w Kijowie. Inicjatywa ta spotkała się z dużym uznaniem i tradycją stały się coroczne takie spotkania kolejno w różnych krajach tego regionu Europy.

Dzięki tej działalności Towarzystwa Otoraryngologiczne wszystkich krajów byłego Związku Radzieckiego i tzw. krajów „demokracji ludowej” zostały włączone do międzynarodowej organizacji skupiającej wszystkie otoraryngologiczne towarzystwa naukowe świata.

Wysiłek i zaangażowanie kilku pokoleń otoraryngologów złożyły się na fakt, że po pół wieku działania na polu dydaktycznym, naukowym i leczniczym Katedra i Klinika Otoraryngologii Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy jest ośrodkiem kliniczno-akademickim liczącym się i znanym nie tylko w Polsce ale i poza granicami kraju.

*prof. dr hab. Stanisław Betlejewski
Katedra i Klinika Otoraryngologii*

Życia Uczelnia

Torakochirurdzy u Prezydenta RP

27.11.2003 r. Zarząd Klubu Torakochirurgów Polskich został przyjęty przez Prezydenta RP Aleksandra Kwaśniewskiego. Przywitanie uczestników spotkania przez Prezydenta RP odbyło się w Sali Hetmańskiej. W rozmowach brała również udział Pani Barbara Labuda – sekretarz stanu w Kancelarii Prezydenta.

Celem wizyty było przybliżenie Panu Prezydentowi specjalności torakochirurgicznej i zwrócenie uwagi na współczesne problemy tej dyscypliny, zwłaszcza na obniżone przez NFZ finansowanie procedur w 2004 r. Pan Prezydent zainteresował się szczególnie sprawą opóźnionego rozpoznawania raka płuca w Polsce i brakiem ruchomych ambulansów rtg.

Podczas wizyty wręczyliśmy Panu Prezydentowi dyplom nadania tytułu honorowego członka Klubu Torakochirurgów Polskich oraz przekazaliśmy kserokopię tableau pierwszego powojennego rocznika AM w Poznaniu ze zdjęciem m. in. dr Kwaśniewskiego – ojca Pana Prezydenta.

Rozmowy odbywały się w bardzo rzeczowej i przyjaznej atmosferze.

prof. Janusz Kowalewski



Od lewej: prof. Janusz Kowalewski (sekretarz Zarządu Klubu, Bydgoszcz), prof. Wojciech Rokicki (Zabrze), dr hab. Tomasz Grodzki (prezes Klubu, Szczecin), prof. Jan Skokowski (Gdańsk), dr Jakub Perdeus (Kielce), Prezydent, prof. Tadeusz Orłowski (konsultant krajowy, Warszawa), dr H. Olechnowicz (Kraków), prof. Stanisław Jabłonna (Lublin), dr Wojciech Kądziołka (Rzeszów).

Życia Uczelni

Zarządzenia Rektora

ZARZĄDZENIE NR 28/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 03 września 2003 r.

w sprawie przekazywania przez nauczycieli akademickich Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy kopii prac naukowych, których są autorami lub współautorami do Biblioteki Głównej.

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii zarządzam, co następuje:

§ 1.

Wprowadzam obowiązek przekazywania do Biblioteki Głównej Akademii kopii prac naukowych, których autorami lub współautorami są nauczyciele akademicki Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

§ 2.

Kopie prac naukowych, o których mowa w § 1, niezwłocznie po ich opublikowaniu, przekazuje do Biblioteki Głównej Akademii:

- 1) autor pracy lub
- 2) w przypadku prac zbiorowych – autor pod kierunkiem którego dana praca naukowa została opublikowana.

§ 3.

Biblioteka Główna Akademii prowadzi bazę danych dotyczących prac naukowych nauczycieli akademickich Akademii oraz przygotowuje opracowania statystyczne tych danych dla bieżących potrzeb Uczelni, w tym opracowania dla oceny dorobku naukowego nauczycieli akademickich, jednostek organizacyjnych, wydziałów oraz całej Akademii.

§ 4.

Odpowiedzialnymi za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię prorektora ds. nauki i współpracy z zagranicą, dziekanów wszystkich wydziałów Akademii oraz dyrektora Biblioteki Głównej, odpowiednio do zakresów ich działania.

§ 5.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 29 września 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 30/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 03 września 2003 r.

w sprawie powołania komisji bezpieczeństwa i higieny pracy.

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii oraz art. 237¹² ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (j.t. Dz. U. z 1998 roku Nr 21, poz. 94 z późn. zm)

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Powołuję komisję bezpieczeństwa i higieny pracy, zwaną dalej: „Komisją”, w następującym składzie:

przewodnicząca:
mgr Magdalena Brończyk,
wiceprzewodniczący:
dr Krzysztof Góralczyk,
członkowie:
lek. med. Aneta Cieślak,
mgr inż. Anna Ignaszak,
inż. Urszula Ritter,
Marek Koch.

§ 2.

Komisja jest organem doradczym i opiniotwórczym rektora Akademii.

§ 3.

Do zadań Komisji należy:

- 1) dokonywanie przeglądu warunków pracy,
- 2) dokonywanie okresowej oceny stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 3) opiniowanie podejmowanych w Uczelni środków zapobiegających wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym,
- 4) formułowanie wniosków dotyczących poprawy warunków pracy,
- 5) współdziałanie w realizacji przez rektora Akademii obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

§ 4.

1. Posiedzenia Komisji odbywają się w godzinach pracy, nie rzadziej niż raz w kwartale.
2. Z posiedzenia Komisji sporządzany jest protokół, który przewodnicząca Komisji przekazuje niezwłocznie rektorowi Akademii.

§ 5.

1. Komisja, w związku z wykonywaniem zadań określonych w § 3, po uprzednim uzgodnieniu z rektorem Akademii, korzysta z ekspertyz lub opinii specjalistów spoza Uczelni.
2. Koszty ekspertyz, o których mowa w ust. 1, pokrywa Akademia.

§ 6.

Odpowiedzialną za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię przewodniczącą komisji bezpieczeństwa i higieny pracy.

§ 7.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 29 września 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 39/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 01 grudnia 2003 r.

w sprawie wprowadzenia „Instrukcji przesyłania w wersji elektronicznej treści wewnętrznych aktów prawnych oraz komunikatów wewnętrznych w Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy”.

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii zarządzam, co następuje:

§ 1.

Wprowadzam „Instrukcję przesyłania w wersji elektronicznej treści wewnętrznych aktów prawnych oraz komunikatów wewnętrznych w Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy”, w brzmieniu załącznika do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zobowiązuję:

- 1) kierowników wszystkich jednostek organizacyjnych Akademii do:
 - a) odbioru w Dziale Teleinformatyki Administracyjnej, osobiście lub poprzez upoważnionego pracownika, w terminie do 23.12.2003 r., przyznanego hasła dostępu do systemu poczty elektronicznej,
 - b) zabezpieczenia otrzymanego hasła dostępu do systemu poczty elektronicznej przed osobami nieupoważnionymi do jego używania,
 - c) właściwego zorganizowania pracy w podległej jednostce w celu zapewnienia otwierania strony internetowej Akademii www.amb.bydgoszcz.pl i odczytywania zawartości poczty elektronicznej co najmniej dwa razy dziennie w godz. 8.30-9.00 oraz 13.30-14.00,
- 2) kierownika Działu Teleinformatyki Administracyjnej do:
 - a) niezwłocznego przyporządkowania poszczególnym jednostkom organizacyjnym Akademii haseł

dostępu do systemu poczty elektronicznej w ramach witryny internetowej Akademii www.amb.bydgoszcz.pl,

b) przekazania, w terminie do 23.12.2003 r., za pisemnym potwierdzeniem odbioru, haseł dostępu do systemu poczty elektronicznej bezpośrednio kierownikom właściwych jednostek organizacyjnych Akademii lub upoważnionym przez nich pracownikom tych jednostek, c) bieżącego przyporządkowywania oraz przekazywania haseł dostępu do systemu poczty elektronicznej zgłaszającym się kierownikom nowo utworzonych jednostek organizacyjnych Akademii lub pracownikom pełniącym obowiązki kierowników - na podstawie karty obiegu wydanej przez Dział Kadr i Płac, d) sporządzenia oraz bieżącego prowadzenia rejestru użytkowników systemu poczty elektronicznej wraz z przyporządkowanymi im hasłami dostępu,

e) niezwłocznego sprawdzania i usuwania nieprawidłowości w przypadku jakichkolwiek deformacji treści korespondencji przesyłanej w wersji elektronicznej lub zakłóceń w pracy systemu pocztowego,

- 3) kierownika Działu Kadr i Płac do poszerzenia karty obiegu kierowników nowo utworzonych jednostek organizacyjnych Akademii lub pracowników pełniących obowiązki kierowników, o pozycję: „Dział Teleinformatyki Administracyjnej”.

§ 3.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dyrektora administracyjnego Akademii.

§ 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 04 grudnia 2003 r., z tym że „Instrukcja przesyłania w wersji elektronicznej treści wewnętrznych aktów prawnych oraz komunikatów wewnętrznych w Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy”, obowiązuje od dnia 01 stycznia 2004 r.

Załącznik

do zarządzenia nr 39/03 Rektora

Instrukcja przesyłania w wersji elektronicznej treści wewnętrznych aktów prawnych oraz komunikatów wewnętrznych w Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

I. Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Instrukcja określa zasady przesyłania w wersji elektronicznej treści wewnętrznych aktów prawnych oraz komunikatów wewnętrznych w Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, zwanej dalej: „Akademią”, a także zasady przyjmowania, odczytywania, zapisywania oraz prowadzenia zbioru korespondencji elektronicznej w jednostkach organizacyjnych Akademii.

2. Ilekroć w niniejszej instrukcji mówi się o wersji elektronicznej lub poczcie elektronicznej, należy przez to rozumieć elektroniczny system poczty funkcjonujący w ramach witryny internetowej Akademii www.amb.bydgoszcz.pl.

§ 2.

1. System poczty elektronicznej funkcjonujący w Akademii przeznaczony jest do korzystania wyłącznie w celach służbowych.
2. Przy przesyłaniu w wersji elektronicznej treści wewnętrznych aktów prawnych oraz komunikatów wewnętrznych obowiązuje przestrzeganie przepisów o ochronie informacji niejawnych oraz przepisów o ochronie danych osobowych.

§ 3.

W Akademii przesyła się obligato-ryjnie w wersji elektronicznej:

- 1) treść następujących wewnętrznych aktów prawnych lub ich projektów:
 - a) uchwał senatu Akademii,
 - b) uchwał rad wydziałów Akademii,
 - c) zarządzeń, pism okólnych oraz okólników rektora,
 - d) zarządzeń, pism okólnych oraz okólników dyrektora administracyjnego,
- 2) komunikaty wewnętrzne:
 - a) rektora
 - b) prorektorów
 - c) dziekanów,
 - d) dyrektora administracyjnego,
 - e) zastępców dyrektora administracyjnego.

II. Uprawnienia do przesyłania dokumentów w wersji elektronicznej

§ 4.

1. Treść **obowiązujących wewnętrznych aktów prawnych** w wersji elektronicznej oznacza się bezpośrednio na wstępie nazwą i numerem aktu, zgodnie treścią oryginału w wersji drukowanej.

2. Treść **komunikatów wewnętrznych**

w wersji elektronicznej oznacza się bezpośrednio nazwą komunikatu, zgodnie treścią oryginału w wersji drukowanej.

§ 5.

1. Obowiązujące wewnętrzne akty prawne oraz komunikaty wewnętrzne w wersji elektronicznej, zwane dalej: „dokumentami w wersji elektronicznej”, w stosunku do oryginału w wersji drukowanej, nie zawierają podpisu osoby wydającej dany dokument.
2. Na autentyczność i zgodność dokumentu w wersji elektronicznej z oryginałem w wersji drukowanej wskazuje nazwa nadawcy wersji elektronicznej, upoważnionego do jej przesyłania, zgodnie z § 6 niniejszej instrukcji.

§ 6.

1. Do przesyłania w wersji elektronicznej treści **obowiązujących wewnętrznych aktów prawnych** upoważnione są wyłącznie następujące jednostki administracji Akademii, odpowiednio w zakresie:

- 1) Biuro Rektora – uchwały senatu,
- 2) dziekanaty poszczególnych wydziałów – uchwały właściwych rad wydziałów,
- 3) Stanowisko ds. Organizacji i Zarządzania – zarządzenia, pisma okólnie i okólniki rektora oraz dyrektora administracyjnego.

2. Do przesyłania w wersji elektronicznej treści **komunikatów wewnętrznych** upoważnione są wyłącznie następujące jednostki administracji Akademii, odpowiednio w zakresie:

- 1) Biuro Rektora – komunikaty rektora
- 2) Dział ds. Studenckich – komunikaty prorektora ds. studenckich
- 3) Dział ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą – komunikaty prorektora ds. nauki i współpracy z zagranicą
- 4) Stanowisko ds. Kształcenia Podyplomowego – komunikaty prorektora ds. klinicznych i kształcenia podyplomowego,
- 5) Kancelaria-sekretariat dyrektora administracyjnego – komunikaty dyrektora administracyjnego oraz jego zastępców.

§ 7.

Jednostki, o których mowa w § 6 niniejszej instrukcji:

- 1) przesyłają właściwe dokumenty w wersji elektronicznej niezwłocznie po podpisaniu oryginału w wersji drukowanej przez osobę upoważnioną do wydawania danego aktu lub w terminie konkretnie przez tą osobę określonym,

- 2) przesyłają ponadto w wersji elektronicznej treść obowiązujących aktów prawnych na bieżąco, na każdą uzasadnioną prośbę kierownika danej jednostki Akademii, przekazaną elektronicznie, telefonicznie lub w formie drukowanej,
- 3) ponoszą odpowiedzialność za zgodność treści dokumentu w wersji elektronicznej z treścią oryginału w wersji drukowanej,
- 4) prowadzą zbiór oryginałów odpowiednich dokumentów w wersji drukowanej, zawierającej podpis osoby wydającej dokument,
- 5) udostępniają kserokopie oryginałów dokumentów organom oraz jednostkom Akademii w przypadku jakiegokolwiek konieczności przedłożenia dokumentu w wersji drukowanej, np. w przypadku konieczności załączenia do pisma urzędowego.

III. Zasady przesyłania dokumentów w wersji elektronicznej

§ 8.

1. Jednostki Akademii, o których mowa w § 6 niniejszej instrukcji, przesyłają dokumenty w wersji elektronicznej do właściwych jednostek Akademii, których dany dokument dotyczy, zgodnie z obowiązującym wykazem użytkowników poczty elektronicznej.
2. Wykaz użytkowników poczty elektronicznej dostępny jest po zalogowaniu się na stronie internetowej Akademii www.amb.bydgoszcz.pl, w oknie „OBIEG DOKUMENTÓW”, w zakładce „edycja/nowy” oraz po wybraniu opcji „wyślij/zmień”, odpowiednio do postanowień § 10 niniejszej instrukcji.
3. Obowiązujący w Akademii wykaz użytkowników poczty elektronicznej sporządzany jest przez Dział Teleinformatyki Administracyjnej, który ponadto zobowiązany jest do bieżącego wprowadzania nowo tworzonych jednostek Akademii do systemu użytkowników poczty elektronicznej.

§ 9.

Wysłanie dokumentu w wersji elektronicznej następuje poprzez wykonanie kolejno następujących czynności:

- 1) otwarcie strony internetowej Akademii www.amb.bydgoszcz.pl,
- 2) wpisanie w oknie „logowanie”, w odpowiednich polach, nazwy użytkownika i hasła oraz wybranie funkcji „login”,
- 3) w oknie OBIEG DOKUMENTÓW:

- a) wybranie z menu funkcji „edycja/nowy”,
- b) wpisanie w oknie „(+) dodaj nowy dokument”:
 - tytułu wysyłanego dokumentu
 - treści, tj. krótkiej informacji o tym, czego dokument dotyczy,
 - imienia i nazwiska pracownika wysyłającego dokument,
- c) wybranie przycisku „ZAPISZ”,
- d) wybranie przy dokumencie funkcji „wyślij/zmień”,
- 4) wybranie w oknie „Załączniki” funkcji „dodaj...”, w celu dołączenia właściwego dokumentu do wysyłanej wiadomości,
- 5) wybranie w oknie „Upload” funkcji „Przeglądaj”, w celu odszukania i zaznaczenia właściwego pliku, w którym zapisany jest dokument,
- 6) wybranie funkcji „Send File”, w celu umieszczenia zaznaczonego pliku w oknie „Załączniki”, z tym że:
 - a) w przypadku konieczności załączenia więcej niż jednego dokumentu należy każdorazowo powtórzyć czynności, określone w pkt. 4-6,
 - b) w przypadku konieczności usunięcia załącznika, np. z powodu błędu, należy wybrać ikonę „Kosz”,
- 7) wybranie z listy użytkowników poczty elektronicznej właściwego adresata lub adresatów wiadomości przez:
 - a) zaznaczenie pierwszego adresata oraz z jednoczesnym wciśnięciem klawisza „Shift” zaznaczenie ostatniego adresata – w przypadku wysyłania wiadomości do kilku adresatów znajdujących się kolejno po sobie na liście użytkowników,
 - b) zaznaczenie poszczególnych adresatów z jednoczesnym wciśnięciem klawisza „Ctrl” – w przypadku wysyłania wiadomości do kilku adresatów nie znajdujących się kolejno po sobie na liście użytkowników,
- 8) wybranie funkcji „WYŚLIJ” (wykaz wysłanych wiadomości oraz informacje o ich przeczytaniu przez adresatów znajduje się w oknie „OBIEG DOKUMENTÓW”, w zakładce „statystyki”),
- 9) zakończenie korzystania z systemu następuje przez wybranie w oknie „Menu użytkownika” funkcji „Logout”.

IV. Zasady przyjmowania oraz postępowania z otrzymaną korespondencją w wersji elektronicznej

§ 10.

Pracownicy jednostek Akademii, będących użytkownikami poczty elektronicznej, wyznaczeni przez kierowników tych jednostek, zobowiązani są do:

1) otwierania strony internetowej Akademii www.amb.bydgoszcz.pl i odczytywania zawartości poczty elektronicznej co najmniej dwa razy dziennie w godz. 8.30-9.00 oraz 13.30-14.00,

- 2) sporządzania i bieżącego prowadzenia w programie Word oddzielnych katalogów dla poszczególnych rodzajów otrzymywanych dokumentów w wersji elektronicznej np. dla zarządzeń rektora – C:/MOJEDOKUMENTY/ZARZĄDZENIA/ZARZĄDZENIAREKTORA/ZARZĄDZENIE NR ...,
- 3) zapisywania dokumentów w wersji elektronicznej na twardym dysku w programie Word, w odpowiednim katalogu, niezwłocznie po ich otrzymaniu z właściwej jednostki Akademii,
- 4) niezwłocznego przedłożenia kierownikowi jednostki lub jego zastępcy treści dokumentów otrzymanych w wersji elektronicznej,
- 5) zabezpieczenia treści dokumentów otrzymanych w wersji elektronicznej przed możliwością dokonania jakichkolwiek zmian,
- 6) weryfikacji treści dokumentów otrzymanych w wersji elektronicznej w jednostkach upoważnionych do ich przesyłania, w przypadku uzasadnionych wątpliwości co do autentyczności tej treści.

§ 11.

Przyjęcie, odczytanie oraz zapisanie dokumentu otrzymanego w wersji elektronicznej następuje poprzez wykonanie kolejno następujących czynności:

- 1) otwarcie strony internetowej Akademii www.amb.bydgoszcz.pl,
- 2) wpisanie w oknie „logowanie”, w odpowiednich polach, nazwy użytkownika i hasła oraz wybranie funkcji „login”,
- 3) w oknie „OBIEG DOKUMENTÓW”:
 - a) wybranie tytułu danej wiadomości,
 - b) wybranie danego tytułu w oknie „Załączniki”,
- 4) zaznaczenie pola „przeczytane”, po zapoznaniu się z treścią otrzymanej wiadomości, oraz wybranie funkcji „Zatwierdzam”,
- 5) wybranie, w oknie „Załączniki”:
 - a) prawym klawiszem myszy w danym tytule funkcji „Zapisz element docelowy jako...”
 - b) wskazanie katalogu, w którym

ma zostać zapisany otrzymany dokument oraz wybranie funkcji „Zapisz” (lista dokumentów przeczytanych znajduje się w oknie „OBIEG DOKUMENTÓW”, w zakładce „WIADOMOŚCI przeczytane”),

- 6) zakończenie korzystania z systemu następuje przez wybranie w oknie „Menu użytkownika” funkcji „Logout”.

§ 12.

1. Treść dokumentów w wersji elektronicznej przesyłanych przez upoważnione jednostki Akademii, o których mowa w § 6 niniejszej instrukcji, przeznaczona jest wyłącznie do odczytu i może być kopiowana lub drukowana wyłącznie na użytek własny jednostki będącej jej adresatem.
2. Niedopuszczalne jest dokonywanie przez pracowników jednostek Akademii jakichkolwiek samodzielnych zmian w treści dokumentów otrzymanych w wersji elektronicznej.

V. Postanowienia końcowe

§ 13.

Dokumenty przesyłane w wersji elektronicznej poza systemem poczty funk-

cjonującym w ramach witryny internetowej Akademii www.amb.bydgoszcz.pl, traktuje się jako nie mające mocy wiążącej. Zastosowanie takich dokumentów wymaga obligatoryjnie uprzedniej weryfikacji ich treści wyłącznie we właściwej jednostce Akademii, o której mowa w § 6 niniejszej instrukcji.

§ 14.

W przypadku jakichkolwiek deformacji treści korespondencji przesyłanej w wersji elektronicznej lub zakłóceń w pracy systemu pocztowego należy zwracać się bezpośrednio do Działu Teleinformatyki Administracyjnej, który zobowiązany jest do niezwłocznego sprawdzenia i usunięcia nieprawidłowości.

§ 15

Instrukcja obowiązuje od dnia 01 stycznia 2004 r.

ZARZĄDZENIE NR 01/04

Rectora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 12 stycznia 2004 r. w sprawie powołania Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej dla doboru kandydatów na I rok studiów w roku akademickim 2004/2005.

Na podstawie: art. 141 ust. 5 ustawy

z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 65 poz. 385 z późn. zm.) oraz § 58 ust. 4 Statutu Akademii zarządzam, co następuje:

§ 1.

Powołuję Uczelnianą Komisję Rekrutacyjną dla doboru kandydatów na I rok studiów w roku akademickim 2004/2005, w Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, w składzie:

przewodniczący:

dr hab. Bronisław Grzegorzewski,

prof. nadzw. AM,

z-ca przewodniczącego:

dr hab. Grażyna Malukiewicz-

Wiśniewska,

członkowie:

prof. dr hab. Gerard Drewa,

prof. zw. AM,

prof. dr hab. Aleksander Gutsze,

prof. zw. AM,

dr hab. Zbigniew Bartuzi,

prof. nadzw. AM,

sekretarze:

dr Beata Augustyńska,

dr Walentyna Korpalska,

dr Dariusz Nowak,

mgr Mirosława Felsmann,

mgr Jacek Wiśniewski.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 16 stycznia 2004 r.

Medycyna

Nadwrażliwość na antybiotyki beta-laktamowe

Wśród beta-laktamów penicylina jest najczęściej uczulającym antybiotykiem i najczęstszą przyczyną wstrząsu anafilaktycznego, często już po pierwszym wstrzyknięciu, a także najczęstszą przyczyną zgonów z tego powodu. Wstrząs występuje u ok. 0,02% leczonych penicyliną, a zgon występuje u ok. 0,0005%. Napady astmy jako wyraz nadwrażliwości na penicylinę są rzadkie. Dożylne podanie penicyliny może być przyczyną niedokrwistości hemolitycznej, ustępującej po odstawieniu tego leku. Penicylina jest także przyczyną takich dermatoz jak pokrzywki i osutki plamisto-grudkowe, oraz rzadziej plamice i rumienie.

Cechą charakterystyczną nadwrażliwości na penicyliny półsyntetyczne jest to, że objawy sposterza się nie po pierwszym, ale po którymś z kolejnych podań leku. W Polsce najczęściej uczula ampicylina, znacznie rzadziej kloksacylina i inne otrzymane później antybiotyki o podobnej strukturze chemicznej.

Po ampicynie i po innych półsyntetycznych penicylinach wstrząsy anafilaktyczne występują znacznie rzadziej niż po penicylinie benzylowej. Częściej nato-

miast występują zmiany skórne w postaci pokrzywki ostrej oraz pokrzywki typu choroby posurowiczej, związanej z trzecim mechanizmem immunologicznym Gella i Coombsa. W materiale Instytutu Leków, po ampicynie dość często, bo w około 40% przypadków objawów ubocznych, występowała osutka plamisto-grudkowa (dermatitis alergica). Do rzadkich powikłań po ampicynie należą rumienie i plamice, a u osób narażonych zawodowo (pielęgniarki, pracownicy przemysłu farmaceutycznego) również wyprysk kontaktowy.

Wśród chorych z objawami nadwrażliwości na penicyliny, manifestujące się pokrzywką i/lub obrzękiem Quinckego, osutką plamisto-grudkową i wstrząsem anafilaktycznym, 52% chorych było uczulonych na amoksycylinę, 53% na ampicylinę, a 36% na penicylinę G.

Występowanie nadwrażliwości na cefalosporyny w różnych ośrodkach szacuje się na 1-10%. Cefalosporyny rzadko wywołują reakcje anafilaktyczne, dość często natomiast osutki polekowe, eozynofilię, objawy hematologiczne, w tym cytopenie polekowe i objawy pokarmowe.

U osób uczulonych na penicylinę ponad 30% chorych miało klinicznie jawną alergię na cefalosporyny. W latach 70. ubiegłego wieku odsetek ten był znacznie mniejszy i wynosił 8%. Należy zatem pamiętać o możliwości współistnienia dwóch niezależnych uczuleń.

Determinanty

Penicylina nie jest już najczęściej zapisywanym antybiotykiem beta-laktamowym, a obraz reakcji alergicznych na pochodne penicyliny uległ zmianie. W organizmie penicylina ulega przekształceniu w wyniku, którego powstaje kilka metabolitów uczulających, nazywanych determinantami. Manifestacja nadwrażliwości może występować u chorego pod wpływem jednej lub kilku determinant, z których najczęściej uczula większa determinanta. Nadwrażliwość na większą determinantę wykrywa test z Testarpenem. Penicylina benzylowa jest jedną z mniejszych determinant, rzadziej uczulających, a próby z nią są dodatnie tylko u części chorych.

Podobieństwo struktury chemicznej, polegające na posiadaniu pierścienia beta-

laktamowego sprawia, że pomiędzy cefalosporynami i naturalnymi oraz półsyntetycznymi penicylinami mogą zachodzić reakcje krzyżowe.

Wyniki badań wskazują, że w diagnostyce alergii na penicylinę konieczny jest cały zestaw jej determinant. Czułość takiego zestawu testów wynosi ok. 70% z niewielką tylko liczbą wyników fałszywie dodatnich. Tylko w 13% przypadków u osób uczulonych występują dodatnie wyniki testu RAST, a w 17% w celu potwierdzenia rozpoznania uczulenia niezbędne jest wykonanie bezpośredniej próby prowokacji lekiem.

Reakcje krzyżowe

Penicylina benzylowa daje bardzo częste odczyny krzyżowe z penicylinami półsyntetycznymi. Dlatego 15-20% chorych źle znosi cefalosporyny w następstwie odczynów krzyżowych manifestujących się wstrząsem anafilaktycznym lub wypryskiem kontaktowym.

Częste są również reakcje krzyżowe między ampicyliną a innymi penicylinami półsyntetycznymi i penicyliną benzylową. Ampicylina daje również reakcje krzyżowe z cefalosporynami. Cefalosporyny to postacie antybiotyku, które same uczulają i dają reakcje krzyżowe z penicylinami naturalną i półsyntetycznymi. Reakcje krzyżowe pomiędzy penicylinami a cefalosporynami pierwszej generacji są względnie częste, natomiast nieporównywalnie rzadsze z cefalosporynami II i III generacji, o czym powinien pamiętać lekarz praktyk.

Zamaskowane źródła antybiotyków

Zamaskowanym źródłem penicyliny może być mleko krowie, a nawet jego przetwory, a także mięso zwierząt, które choć rzadko, może być źródłem uczulenia. Do leczenia niektórych chorób występujących u krów i innych zwierząt rzeźnych również używa się antybiotyków, w tym zwłaszcza beta-laktamowych. Produkty spożywcze pochodzące od tych zwierząt mogą stać się zamaskowanymi źródłami uczulających antybiotyków. Do zamaskowanych źródeł penicyliny należy również powietrze w pomieszczeniach zabiegowych, w których lek jest przygotowywany do wstrzyknięcia lub wstrzykiwany. W takich pomieszczeniach mogą ujawniać się objawy nadwrażliwości na penicylinę, nawet w postaci wstrząsu anafilaktycznego, pokrzywki, zapalenia spojówek, napadu duszności astmatycznej, kaszlu i kichania. •ródła zamaskowane uczulają ludzi, którzy w konsekwencji mogą reagować wstrząsem już po pierwszym wstrzyknięciu penicyliny, a utrzymujący się kontakt z zamaskowanym źródłem uczulenia sprawia, że nadwrażliwość na penicylinę nie wygasa.

Mechanizmy immunologiczne reakcji uczuleniowych na penicyliny

W uczulaniu na penicyliny uczestniczą różne mechanizmy Gella i Coombsa. Nadwrażliwość natychmiastowa na penicylinę (reakcja I. typu) manifestuje się ostrą pokrzywką, wstrząsem anafilaktycznym, rzadziej napadami astmy lub zaostreniem nieżytu nosa. Okazało się jednak, że penicyliny powodują również inne reakcje alergiczne, takie jak niedokrwistość hemolityczna małopłytkowość i limfopenia, zaliczane do reakcji drugiego lub trzeciego typu wg Gella i Coombsa.

W przypadku niektórych dermatoz możliwą rolę odgrywają odczyny opóźnione. U osób narażonych zawodowo przykładem może być wyprysk, a u chorych osutka plamisto-grudkowa (dodatnie opóźnione testy śródskórne i płatkowe). W badaniach histologicznych wycinków ze zmian skórnych alergię opóźnioną stwierdza się w 40% przypadków. W niektórych przypadkach zmiany skórne są niezależne od mechanizmów immunologicznych, a chorzy dobrze znoszą dalsze podawanie antybiotyku.

Testy

Wśród chorych z objawami pokrzywki lub anafilaksji występujących w ciągu 1 godz. po doustnym lub pozajelitowym podaniu penicyliny lub pochodnych leków, sugerujących alergię natychmiastową, wykonano testy punktowe (prick), śródskórne, RAST i próby prowokacyjne z głównymi i drugorzędowymi determinantami benzylpenicyliny (BPO i MDM), amoksycyliny i ampicyliny. Dodatnie testy prick na każdą z tych determinant stwierdzono u ok. 30% badanych, dodatnie testy śródskórne stwierdzono u ok. 50-60% badanych, u 13% chorych były dodatnie testy RAST przy ujemnych testach prick, a u 17% spotrzegano reakcje na lek tylko w bezpośrednich próbach prowokacyjnych.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że czułość dodatnich testów skórnych wynosiła ok. 70% przy uwzględnieniu wszystkich 4 determinant (BPO, MDM, amoksycylinę i ampicylinę). Z cytowanych badań wynika jednocześnie, że ok. 30% chorych uczulonych na penicylinę mogłoby nie zostać wykrytych przy pomocy testów prick. Czułość obniżała się do 20-40% jeżeli oceniano ją osobno dla każdej z tych determinant. Lepsze znaczenie wyniki uzyskano dla swoistości testów. Swoistość wszystkich czterech testów z badanymi determinantami wynosiła w grupie kontrolnej ok. 97-98%.

Z innych badań wynika, że połowa chorych uczulonych na amoksycylinę miała dodatnie testy skórne tylko z tym antybiotykiem, pozostali natomiast w większości mieli dodatnie testy skórne rów-

nież z ampicyliną lub z penicyliną naturalną.

Próby płatkowe

Od dawna wiadomo, że pewną wartość w wykrywaniu uczuleń na penicyliny mają próby płatkowe. Ta informacja może mieć znaczenie dla lekarzy praktyków, ponieważ próby płatkowe są łatwiejsze do wykonania. Z doniesień piśmiennictwa wynika, że trzy rodzaje testów skórnych umożliwiły wykrycie uczulenia u 52% badanych, w tym u 17,4% chorych przy pomocy dodatnich testów płatkowych, a u 47,8% przy pomocy dodatnich testów śródskórnych. Wadą testów płatkowych jest mała czułość, zaletą to, że nie dają wyników fałszywie dodatnich. Dodatni wynik próby płatkowej stwierdza się zwłaszcza u chorych, u których uczulenie objawia się osutką plamisto-grudkową, a także pokrzywką.

Wykrywanie uczulenia na amoksycylinę umożliwiają próby płatkowe z tym antybiotykiem w stężeniu 25% i próby śródskórne w stężeniu antybiotyku 5mg/ml. Okazało się również, że uczuła nie tylko większa determinanta (pierścień antybiotyku wspólny dla leków tej grupy), ale również łańcuchy boczne, odmienne w penicylinie naturalnej i w penicylinach półsyntetycznych. U chorych uczulonych na penicylinę obserwowano częściej dodatnie wyniki testów skórnych po użyciu cefalorydyny niż cefalotyny.

Obecnie zatem docenia się istnienie nadwrażliwości na łańcuchy boczne. To wydawało się nieco zmieniać podejście do leczenia penicylinami. Jednak, podkreśla się, że nadal obowiązuje zasada, żeby nie podawać innych penicylin osobie uczulonej na jedną z nich, ponieważ większość chorych jest uczulonych na wspólny pierścień. Odróżnienie uczulenia na wspólny pierścień i łańcuchy boczne jest jednak trudne.

Wyniki powszechnie dostępnych testów śródskórnych z Testarpenem i testu płatkowego z penicyliną benzylową nie zawsze są dodatnie. To zależy od tego czy chory jest uczulony na główny pierścień antybiotyku, czy na jego łańcuchy boczne. W takiej sytuacji chory powinien wiedzieć, że nie może bez zgody alergologa być leczonym antybiotykami beta-laktamowymi, w tym cefalosporynami.

Rozpoznanie uczulenia na amoksycylinę w oparciu o próby skórne z tym antybiotykiem w warunkach polskich jest dla większości lekarzy niedostępne. W uczuleniu na ampicylinę i amoksycylinę dużą rolę przypisuje się łańcuchom bocznym i stosunkowo częstym odczynom opóźnionym. Przeciwnie, przeciwko penicylinie występowały nawet 3-krotnie częściej u chorych leczonych cefalosporynami niż w przeciętnej populacji. Spo-

strzegano również wzrost stężenia IgG i IgM przeciwko cefalosporynie i penicylinie u chorych leczonych dożylnie cefalosporynami.

Leczenie

Zmiany skórne w postaci ostrej pokrzywki, która jest odczynem anafilaktycznym, dają się opanować przy pomocy leków przeciwhistaminowych, a pokrzywki typu choroby posurowiczej, związanej z trzecim mechanizmem immunologicznym Gella i Coombsa, ustępują po niedużych dawkach gliko-

kortykosteroidów (GKS).

Mimo, że po wystąpieniu osutki niektórzy chorzy dość dobrze znoszą dalsze podawanie leku, jego podawanie w tej sytuacji jest uznawane za błąd w sztuce, ponieważ u niektórych chorych może powodować burzliwe reakcje alergiczne. Zatem dalsze podawanie antybiotyku mimo wystąpienia objawów jest traktowane jako błąd w sztuce.

Wstrząs anafilaktyczny świadomie pominięto, ponieważ wydaje się, że jest to temat na osobny artykuł.

Główne źródła

1. Torres MJ, Romano A, Mayorga C, Moya MC, Guzman AE, Reche M, Juarez C, Blanca M: *Diagnostic evaluation of a large group of patients with immediate allergy to penicillins: the role of skin testing*. *Allergy* 2001; 56(9): 850-856

2. Rudzki E.: *Alergeny. Medycyna Praktyczna*, wydanie specjalne 3/2003

prof. dr hab. n. med. Andrzej Dziedzicko
Katedra i Klinika Alergologii
i Chorób Wewnętrznych

Medycyna

Przeszczep szpiku: początek bydgoskiej historii

W październiku 2003 r. w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii dokonano pierwszego przeszczepienia szpiku kostnego. Jest to powód do dumy całego środowiska bydgoskiego. Jednak zanim do tego doszło, przeszliśmy długą drogę. Wiosną 2000 r. zapadła decyzja o utworzeniu oddziału transplantacji szpiku kostnego. Rozpoczęły się starania o środki finansowe. Cała Klinika pracowała, pozyskiwała środki, szkoliła się w Instytucie Pediatrii w Poznaniu, wizytowała inne ośrodki przeszczepowe. Z udziałem lokalnego środowiska przeprowadzono akcję „Przeszczepić siłę dębu”. Musieliśmy sprostać wymaganiom formalnym, krajowym i europejskim. Wymagania Krajowej Rady Transplantacyjnej dotyczące udzielania uprawnień do wykonywania przeszczepień komórek hematopoetycznych są bardzo wygórowane. Po pierwsze: oddział wyposażony w sterylne pomieszczenia, z laminarnym przepływem jałowego powietrza z dodatnim ciśnieniem. Po drugie – kwalifikacje personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i technicznego. Po trzecie – zaplecze laboratoryjne, z cytometrem przepływowym oraz możliwościami preparatyki szpiku kostnego. Do tego dochodziły: możliwości wykonania aferezy, system krioprezerwacji, możliwość całkowitego napromieniania organizmu, dostęp do sali operacyjnej, poradnia przykliniczna.

Dokończenie wyposażenia oddziału miało miejsce na początku 2002 r., dzięki „Fundacji Bez Barier” Jolanty Kwaśniewskiej, władzom Akademii Medycznej, Dyrekcji Szpitala Klinicznego. W ostatniej fazie dopomogło Ministerstwo Zdrowia. Ale to wszystko nie wystarczało. Ogromną pomoc okazała Dyrekcja Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Również Centrum Onkologii włączyło się w przygotowania. Zabezpieczenie sali operacyjnej przyszło ze strony Kliniki Kardiokirurgii, a zabezpieczenie anestezjologiczne z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Po wizytacji przed-

stawiciela Krajowej Rady Transplantacyjnej i wystawieniu dobrej opinii, Klinika uzyskała zgodę i uprawnienia Ministerstwa Zdrowia, chociaż trwało to kilka miesięcy. Gotowy Ośrodek Transplantacji Szpiku Kostnego otworzyła Jolanta Kwaśniewska w dniu 27 czerwca 2003 r.

I kiedy już wszystko było gotowe, zaczęły się kłopoty z pacjentami: były to różne problemy medyczne, niezależne ani od pacjentów, ani od personelu. Przesuwany kilkakrotnie termin pierwszego przeszczepienia został wreszcie zrealizowany.

Przeszczepienie szpiku jest innym rodzajem zabiegu niż przeszczepienie narządu litego. Cechą wspólną jest ogrom spraw organizacyjnych. Różnice są związane z innym rozłożeniem akcentów medycznych. Przeszczepianie narządu litego jest związane z perfekcyjnymi umiejętnościami manualnymi operatora, natomiast pod względem immunologicznym, wiąże się z udziałem stosunkowo niewielkiej liczby komórek immunokompetentnych. Z kolei przeszczepienie szpiku wiąże się z obecnością ogromnej ilości komórek progenitorowych i układu immunologicznego skierowanych przeciwko gospodarzowi i zdolnych do wywołania groźnej dla niego choroby „przeszczep przeciwko gospodarzowi” (GVHD), natomiast pod względem technicznym jest to zabieg relatywnie prosty: przetoczenie szpiku przez cewnik centralny. Przeszczepione komórki dawcy muszą odtworzyć szpik kostny w organizmie biorcy. Jest to więc zabieg głównie na poziomie komórkowym, należący do metod tzw. inżynierii komórkowej.

„Przeszczep szpiku” a właściwie



Uroczyste otwarcie oddziału transplantacji szpiku kostnego

„przeszczepienie komórek hematopoetycznych,” jest procedurą wysokospecjalistyczną realizowaną jako świadczenie finansowane z budżetu państwa za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia.

Według umowy z Ministerstwem Zdrowia, procedura wysokospecjalistyczna jaką jest allogeniczny przeszczep szpiku od spokrewnionego dawcy obejmuje:

- 1) przygotowanie pacjenta do przeszczepu od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury,
- 2) przygotowanie dawcy do pobrania szpiku lub komórek krwiotwórczych z krwi,
- 3) pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych z krwi,
- 4) przeszczep szpiku allogeniczny,
- 5) leczenie po przeszczepieniu do chwili wypisania z ośrodka, nie dłużej niż 30 dni od wykonania przeszczepu.

Wykonanie procedury obejmuje w szczególności: przygotowanie biorcy i dawcy rodzinnego do przeszczepu od pierwszego dnia kondycjonowania włączając w to transport i hospitalizację biorcy i dawcy, pozyskanie komórek do przeszczepu, wykonanie zabiegu z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków i materiałów medycznych, leczenie pacjenta związane

z zabiegami i immunosupresją w okresie 30 dni po transplantacji, w tym: odpowiednie monitorowanie oraz ewentualne dodatkowe zabiegi lecznicze lub diagnostyczne.

Po 30 dniu od przeszczepienia rozpoczyna się leczenie immunosupresyjne po przeszczepieniu szpiku, które trwa 1 rok, a w przypadku przewlekłej choroby przeszczepu przeciwko gospodarzowi tak długo jak trwa choroba.

Wszystkie te czynności, które są wyliczone przez Ministerstwo, zostały wykonane u naszej pacjentki i jej siostry. Zostały wykonane również liczne inne, których już żadne formalne dokumenty nie wymieniają. Medycyna uczy pokory. Po przeszczepieniu szpiku kostnego może zdarzyć się wszystko. U pacjenta następuje wymiana układu immunologicznego, a lista możliwych powikłań jest bardzo długa. W ciągu 4 miesięcy po tym prze-

szczeniu działy się jednak zjawiska, które określamy jako „łagodne”. Po 120 dniach od przeszczepienia nasza pierwsza pacjentka jest w domu, bez żadnych objawów chorobowych, ze szpikiem kostnym, grupą krwi i układem immunologicznym w 100% pochodzącymi od swojej siostry.

*prof. dr hab. n. med. Mariusz Wysocki
dr n. med. Jan Styczyński
Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii
i Onkologii*

Dydaktyka

Jak pisać prace naukowe

Punktacja KBN, Impact Factor, Index Copernicus, cytowanie, indeksowanie w PubMed, w Embase, w Polskiej Bazie Bibliograficznej to terminy dobrze znane pracownikom naukowym wyższej uczelni medycznej (i nie tylko). W interesie piszących jest opublikowanie swojego manuskryptu w czasopiśmie jak najwyżej punktowany, ale nie zawsze jest to tak proste jak mogłoby się wydawać.

Trudno jest uzyskać informacje o tym jak pisać prace naukowe. Po pierwsze, dlatego, że nie ma na to żadnej recepty; po drugie, dlatego, że nie każdy chce na ten temat mówić. Każdy, na całym świecie, kto pisze prace naukowe, ma za sobą przegromny wysiłek włożony w pisanie prac, każdy ma różne niepowodzenia związane z odrzucaniem prac przez redakcje czasopism. Jest to jednak normalne zjawisko. Są czasopisma, które odrzucają ponad 90% nadesłanych prac. Nie należy się martwić odrzuceniem pracy: należy ją poprawić, ulepszyć i wysłać do innego czasopisma (czasami: wyżej punkowanego).

Główne etapy w procesie pisania pracy naukowej to kolejno: (1) planowanie, przygotowanie projektu, wykonanie badań i zebranie danych; (2) pisanie manuskryptu; (3) przygotowanie manuskryptu do wysłania do publikacji.

I tutaj pierwsza z 3 najważniejszych wskazówek. Ponieważ wszystko co piszemy jest przeznaczone dla czytelnika, więc oczywiste jest, że tekst musi być łatwo zrozumiały dla innych. Pierwszym czytelnikiem będzie Recenzent (najczęściej kilku, również Redaktor też jest recenzentem, najczęściej najważniejszym). W związku z tym na wszystko co piszemy, trzeba patrzeć oczami recenzenta.

Etap pierwszy: planowanie, przygotowanie projektu, wykonanie badań i zebranie danych

Najpierw pojawia się pomysł. Zaczyna się myśleć o napisaniu pracy. Na początek należy przeczytać kilka prac z zakresu zbliżonego do naszych zainteresowań. Potem należy przeczytać je jeszcze raz, ale już z punktu widzenia recenzenta „rodem z piekła”. Znajdźmy wszystkie słabe

strony czytanych prac. Przyda się tutaj wiedza z dziedziny krytycznej oceny prac naukowych, z dziedziny evidence-based medicine. Potem można pomyśleć o sobie i zaplanować własną pracę naukową. Należy myśleć prospektywnie. Ostrożnie i z rozwagą dobrać grupę kontrolną. Zaplanować szczegółowo zebranie danych, potencjalne tabele, wykresy i dokumentację graficzną. Dobrze jest postarać się przewidzieć końcowe wyniki. Ważna uwaga: należy zaplanować badania w taki sposób by zbierać wyniki ułatwiające rozważenie wniosków alternatywnych do zakładanych. Wreszcie można przystąpić do pisania projektu.

Pisząc projekt, planujemy swoje badania. Tutaj też zaczyna się już pisanie pracy. Należy przygotować projekt dla Komisji Bioetycznej (a więc już dla recenzenta). Często trzeba też przygotować wniosek o finansowanie (to też jest głównie dla recenzenta). Planując i systematyzując zbieranie danych, dobrze jest przygotowywać kolejność dokumentowania wyników oraz propozycje końcowych wykresów i tabel. Wszystko musi być przejrzyste i zrozumiałe. Koniecznie należy zapisywać wszystko co ma związek z pracą, wszystkie przemyślenia, obserwacje. Jeśli projekt trwa 3-4 lata, to trudno zapamiętać to, o czym myślało się na początku. Należy założyć sobie notatnik lub teczkę przeznaczoną na potrzeby realizacji projektu i często tam zaglądać.

Etap drugi: pisanie manuskryptu

Przy pisaniu obowiązują 4 kluczowe zasady: adekwatność, znaczenie, jakość i nowoczesność. Adekwatność to sam temat pracy i jego konsekwentna realizacja w manuskrypcie. Znaczenie pracy polega na tym, że praca musi być ważna dla tych, którzy będą ją czytać. Jakość, bo praca naukowa musi spełniać określone kryteria, to nie jest literatura piękna! Nowoczesność wiąże się z tym, że każda praca naukowa ma wnosić element postępu wiedzy.

Kiedy zacząć pisać? Zanim jest zbyt późno i zanim praca badawcza jest skończona, gdyż wtedy są szanse na dorobienie

brakującego ogniwa i na uzupełnienie danych. Ale tak naprawdę pisanie pracy rozpoczyna się przed rozpoczęciem badań, na etapie projektowania.

Jak pisać pracę naukową? Precyzyjnie, każde słowo musi mieć swoją wartość. Tekst powinien być oszczędny w słowa, a praca konkretna i zwarta. Dobrze jest przyjąć zasadę napisania jak najmniejszej jednostki nadającej się do publikacji, tj. minimalnej ilości informacji, która jest niezbędna do udokumentowania postawionej tezy. Nie może być zbyt dużo informacji, ale też nie za mało. Należy przekonać czytelnika (i recenzenta), że zrobiło się jednak coś więcej niż tylko minimalny krok w dziedzinie zrozumienia zagadnienia. Końcowa praca naukowa musi całościowo rozwiązywać pewien problem.

Pisząc pracę, myśl prospektywnie o temacie pracy, o stylu pracy, o aspektach bioetycznych. Należy pisać zwięźle i treściwie. Pisanie pracy naukowej do czasopisma to nie doktorat. Nie wszystko co zostało wykonane, musi być opisane w artykule. Wielka literatura, jak np. „Władca pierścieni” czy „Harry Potter” nie jest literaturą naukową i nie ma szansy na publikację w czasopismach naukowych. Pamiętajmy o limitach objętościowych, jakie z reguły są narzucone przez czasopisma. Należy dokładnie ustalić, co chcemy przekazać czytelnikowi: jakie informacje, jedną czy kilka wiadomości. Napisz to jasno, nie zmuszaj czytelnika aby musiał się domyślać, o co chodzi w Twojej pracy.

Praca definitywnie musi zawierać nowe wiadomości, nowe spojrzenie, nowy punkt widzenia, nowy wątek, nowe podejście. To druga z 3 najważniejszych wskazówek. Wiele dobrych prac zostało odrzuconych, ponieważ nie zawierały nowych poglądów. Decyduje o tym, co prawda, subiektywne podejście recenzenta – ale w związku z tym należy tak napisać swoje wyniki i przemyślenia, aby czytelnik (i recenzent) to dostrzegł. Przekonaj recenzenta i redakcję, że to co napisałeś jest nowe. Przekonaj czytelnika, że

zrobiłeś krok w zrozumieniu mechanizmów, leczenia, diagnostyki.

Pisząc pracę myśl o niej jako recenzent. Myśl o tym jakie recenzent zada pytania, jakie opinie i komentarze przedstawi. Nikt nigdzie nie oczekuje, że praca będzie perfekcyjna na 100%; bądź więc z góry uczciwy w słabych stronach pracy. Staraj się nie dać szansy recenzentowi, żeby on to zauważył. Skoro można coś przewidzieć i uniknąć błędu, to dlaczego nie skorzystać z takiej możliwości.

Pisząc pracę, zrób to starannie i włóż maksymalny wysiłek, aby jakość pracy była bez zarzutu. Na wykresach zaznacz granice błędów, skonsultuj się z ekspertem od statystyki. Jeśli przedstawiasz „reprezentatywny” wynik, to i tak wiadomo, że jest to najlepszy wynik – więc musi być wysokiej jakości. Ryciny i ich opisy muszą być czytelne, nie mogą wymagać dodatkowego wytłumaczenia. Pokaż kolumnę, który nic nie wie o pracy, niech wyciągnie właściwy wniosek. Dobierając pozycje piśmiennictwa, kieruj się ich wartością. Dobrą praktyką jest przeczytanie tego co się cytuje. Precyzja i dobór cytowania może też dużo powiedzieć recenzentowi.

Etap trzeci: przygotowanie manuskryptu do wysłania do publikacji

Temat pracy częściowo decyduje o tym do jakiego czasopisma można ją zgłosić. Wybór czasopisma zależy od rodzaju czytelników, do których jest ono adresowane: czy zajmujące się tematyką ogólną czy specjalistyczną, jaki jest obiekt zainteresowań czasopisma.

Wybór czasopisma określa styl naszego manuskryptu. Bezwzględnie dostosuj się do instrukcji dla autorów. To trzecia z 3 najważniejszych wskazówek. Złamanie zasad, czy to w zakresie zainteresowań czasopisma, czy w zakresie spraw formalnych, automatycznie powoduje odrzucenie czasopisma. Pisząc po angielsku,

upewnij się, że praca jest poprawna pod względem gramatycznym (nie wspominając o ortografii).

Abstrakt. To klucz do pracy. Przez wiele osób tylko ta część pracy będzie przeczytana. Wiele osób zachęci się do całej pracy po przeczytaniu abstraktu. Wiele osób zniechęci się. Abstrakt będzie cytowany w bazie medycznej. W abstrakcie koniecznie należy pokazać, że mamy dobry pomysł, że wyciągnęliśmy właściwe wnioski i że przedstawiamy nowe poglądy. W miarę możliwości dobrze jest pokazać w jaki sposób zostało to zrobione.

Aspekty osobowe

Oddzielną sprawą jest autorstwo w pracy. Pojawiają się coraz ostrzejsze kryteria i ograniczenia związane z autorstwem pracy. Redakcja najważniejszego czasopisma ogólnomedycznego na świecie, „The New England Journal of Medicine” określa to jednoznacznie: autorstwo w pracy naukowej może być uznane wtedy, gdy został włożony istotny wkład w: (a) koncepcję i projekt, lub (b) analizę i interpretację danych, lub (c) pisanie pracy, lub (d) krytyczną ocenę napisanego tekstu, istotną dla jego zawartości intelektualnej. Każdy autor musi napisać oświadczenie o swoim udziale. Współudział w zbieraniu danych do pracy nie upoważnia do współautorstwa. Liczy się wkład intelektualny. Z kolei, redakcja czasopisma „Haematologica” wymaga konkretnego określenia co zrobił każdy autor, nawet kto był odpowiedzialny za każdą tabelę i rysunek. Do współautorstwa upoważnia krytyczne i twórcze poprawienie pracy, przez co zwiększa się wartość intelektualna pracy. Nie ma autorstwa „w imieniu grupy”. Czasopismo „Leukemia Research” definiuje kolejność autorów wg wkładu intelektualnego:

1. koncepcja i projekt
2. analiza i interpretacja danych
3. napisanie pracy

4. krytyczna ocena tekstu artykułu istotna dla intelektualnej zawartości
5. ostateczne zaaprobowanie artykułu
6. dostarczenie danych (o pacjentach, o materiałach)
7. statystyczna analiza
8. uzyskanie finansów
9. pomoc administracyjna, techniczna lub logistyczna
10. zebranie i przetworzenie danych

Redakcje czasami zgadzają się na to aby było dwóch, a wyjątkowo trzech „pierwszych autorów”, ale trzeba to bardzo dobrze uzasadnić. Na świecie istnieje też przywilej tzw. „senior author”, którego umieszcza się na ostatniej pozycji (też zdarza się podwójne autorstwo w zakresie „senior author”).

Redakcje niemalże wszystkich czasopism zagranicznych wymagają dodatkowo informacji o: finansowaniu autorów, powiązaniach biznesowych (conflict of interest), informacji o dystrybucji materiałów, odczynników i urządzeń, informacji o finansowaniu projektu oraz oświadczenia o przekazaniu praw autorskich do publikacji.

Podsumowanie

Pisanie pracy naukowej wymaga przestrzegania pewnych ogólnych reguł. Łatwo jest się ich trzymać. Należy dokładnie przestrzegać instrukcji dla autorów. Na koniec warto swoją pracę jeszcze raz dokładnie przeczytać, poprawić wszystkie błędy i wyrzucić każde słowo, którego brak nie spowoduje pogorszenia jakości pracy. Wtedy na pewno ją ulepszymy. Dodajmy jeszcze podziękowania. Zawsze jest ktoś, komu warto podziękować.

PS. Powyższy artykuł nie spełnia kryteriów pracy naukowej.

*dr n. med. Jan Styczyński
Katedra i Klinika Pediatrii,
Hematologii i Onkologii*

Dydaktyka

Esej: student pisze - nauczyciel ocenia

Tradycja eseju, choć wówczas tak go jeszcze nie nazywano, sięga starożytności. Były to pisma, retoryki Platona, Arystotelesa, Seneki. W czasach nowożytnych eseistyka zajmowali się: B. Pascal, J.W. Goethe, A. Camus, S. Staszic, M. Parandowski i wielu innych wybitnych literatów polskich i zagranicznych.

Obecnie esej określa się mianem szkicu: naukowego, historycznego, krytycznego, filozoficznego, literackiego bądź publicystycznego. Cechują go: podmiotowość (autorskie „ja”), subiektywizm („moim zadaniem”, „wydaje mi się, że...”), refleksyjność (emocjonalny stosunek autora do opisywanych zjawisk

i faktów), erudycyjność (bogata wiedza i bogate słownictwo), otwarta, luźna kompozycja (nie przypominająca zasad linearnego wykładu, ale uwaga! pozornie), lekkość i płynność stylu (zbliżony do artystycznego – obrazowy i plastyczny). Umożliwia autorowi swobodne wypowiadanie się na interesujące tematy.

Przystępując do pisania eseju należy rozpocząć od zebrania odpowiedniego materiału, umożliwiającego snuć rozważań na dany temat. Trzeba skorzystać ze zbiorów bibliotecznych, komputerowych baz danych w poszukiwaniu różnych źródeł literackich i naukowych. Gromadzić się także informacje przez sporządzanie

notatek, planów, konspektów. Warto także brać pod uwagę znane sobie wydarzenia rzeczywiste – zdarzenia z własnego życia, epizody będące przyczynkiem do napisania lub/i fakty z życia sławnych ludzi.

Wstęp eseju może zawierać cytowane fragmenty książki, czasem przypadkową, aluzyjną uwagę. We wstępie można zadać także szereg pytań dotyczących tematu: „Jakie zdrowie?”, „Dlaczego lubimy mieć dobre samopoczucie?”. itd., można przytoczyć kilka dat, faktów oraz liczb, zdanie typu „Ktoś napisał, że...”, własną opinię np. „Myślę, że...”. Ukazanie tematu wszechstronnie, choć nie wyczerpująco to rzeń eseju. Nawet wskazane

jest dążenie do pewnych uogólnień, bo przyjmuje się, że celem eseisty jest ukazanie wiele perspektyw oglądu danego problemu oraz snuć dotyczące go refleksji. Pomocne w odwoływaniu się do wyobraźni i odczuć odbiorcy mogą być wyrażenia typu: „Przyjmijmy, że...”, „Wyobraźmy sobie, że...”. W wywodzie można w swobodny sposób przeplatać ze sobą rozważania rozmaitego typu, można łączyć swoje myśli dzięki skojarzeniom lub zabiegom retorycznym. Rozwijane wątki mogą kończyć się zdaniem pytającym lub stwierdzeniem: „Wydaje się...”, „Być może...”. Istotę eseju stanowi wpisana weń refleksja. Stawia się pytania i usiłuje się na nie odpowiedzieć, posługuje się stwierdzeniami: „Załóżmy, że...”, „Przypuśćmy, że...”, „Gdyby przyjąć, że...”.

Zakończenie eseju nie musi spełniać wymogu zakończenia tekstu. Może mieć charakter otwarty, choć dobrze jest jednak postarać się o jakiś rodzaj puenty. Mogą to być: podsumowujące pytanie, cytaty.

Napisanie eseju nastęrcza dużo trudności. Cechą eseju jest jego pracowitość – sporo wysiłku i czasu wkłada się w jego opracowanie. Jest metodą pracy indywidualnej. Autor musi odznaczać się wiedzą, wyobraźnią i kulturą słowa, jeśli chce pisać o trudnych i różnych sprawach w sposób kompetentny, a przy tym przystępny.

Poniżej przedstawiono esej studentki WNoZ kierunku Pielęgniarstwa dziennego

„Problemy opiekuńcze i wychowawcze dzieci przewlekle chorych”.

Powiedzmy sobie jasno – istnienie problemów opiekuńczych i wychowawczych wśród dzieci i młodzieży przewlekle chorych jest faktem widocznym w ich funkcjonowaniu zarówno w środowisku szpitala, jak i poza nim. Choroba przewlekła jest dużym obciążeniem fizycznym, psychicznym i społecznym. Czym staje się w tym momencie informacja o zachorowaniu na nią, zmaganie się z nią przez całe życie dla człowieka wchodzącego w życie? Temat ten powinien stać się ważny dla nas – pielęgniarek, szczególnie pediatrycznych. Argumentem przemawiającym za potrzebą dostrzeżenia tego problemu jest możliwość umacniania naszej samodzielności zawodowej przez wypełnianie funkcji opiekuńczej i wychowawczej.

W swoich rozważaniach chciałabym zwrócić szczególną uwagę na problemy opiekuńcze i wychowawcze przewlekle chorej młodzieży. Jest to grupa wiekowa znajdująca się w fazie dojrzewania płciowego, dorastania psychicznego i społecznego, a więc w okresie ważnym i rzutującym na przyszłe życie każdego człowieka.

Przyjmując za paradygmat pielęgniarstwa holistyczne ujęcie człowieka,

rozważmy zatem wspólnie sytuację młodego, przewlekle chorego człowieka we wszystkich aspektach jego funkcjonowania, jako że choroba przewlekła ingeruje i zaburza wszystkie te sfery: biologiczną, psychiczno-duchową i społeczną. Spróbujmy zatem określić znaczenie pełnienia przez pielęgniarkę roli opiekuńczej i wychowawczej w ramach tychże aspektów.

Dotknijmy czulej sfery młodego człowieka – psychiki. Jakże istotną rolę odgrywa ona w tym okresie jego życia. Np. ile płaczu i lamentu potrafi wzbudzić jeden pryszcz na twarzy! Z jakim zapamiętaniem porównuje się dziewczyna, chłopak do aktorek, aktorów, modelek, wyszukując w sobie dziesiątki mankamentów urody i niedoskonałości w tężyźnie fizycznej. Tymczasem schorzenie przewlekle stosowane w nim terapia, może przynieść spadek kondycji fizycznej, watość sylwetki, ograniczania lub wręcz niemożność wykonywania wielu normalnych czynności dnia codziennego, zmiany w wyglądzie ciała – po sterydoterapii, chemioterapii. Nie trzeba zbyt wielkiego wysiłku, by wczuć się w stan psychiczny młodej, przewlekle chorej osoby. (...) Często zdarza się, że problemy tego typu przesłaniają cały świat.

Jakże istotne jest zatem zawiązanie prawidłowego kontaktu pielęgniarki z młodym pacjentem. Łatwiejsze jest wówczas podjęcie wspólnej i za zgodą podopiecznego pracy nad zmianą postawy wobec choroby. Ważnym jawi się motywowanie do dbałości o własny wygląd zewnętrzny i higienę ciała, wdrażanie do samoopieki.

Często można usłyszeć stwierdzenie, iż młody, chronicznie chory pacjent, to pacjent trudny. Skąd się ono wzięło? Spróbujmy odpowiedzieć sobie na to pytanie. Każdy człowiek, teraz już dorosły, przeszedł na „własnej skórze” proces dojrzewania i wie, że może on przybierać obraz nierzadko dramatyczny, nacechowany silnym pobudzeniem emocjonalnym i wynikające zeń zachowanie. To faza rozwoju własnego „ja”, budowania i umacniania własnej tożsamości, obrazu własnej osoby, dążenia do samodzielności i odpowiedzialności za siebie. Bardzo łatwo popełnić w tym czasie błędy wychowawcze. Jak wysublimowane powinno być zatem nasze postępowanie z chorą dojrzewającą dziewczyną, chłopakiem. Często określaną jako trudni, w istocie wrażliwi niczym mimoza na wszelkie przejawy zakłamania, krytyki, nietolerancji i braku akceptacji. Zdarza się jednak, że nastolatek w odruchu buntu próbuje odstawić leki, przestaje stosować się do zaleceń terapeutycznych. Odpowiednie konstruktywne postępowanie pielęgniarskie w przypadku podobnych

zachowań jest sztuką i wymaga dobrego przygotowania psychologicznego i psychoterapeutycznego. Jeśli nie wiemy jak pomóc, to chociaż nie szkodźmy i po prostu tylko bądźmy z młodym człowiekiem, wysłuchajmy, jeśli zechce mówić. Nie okazujemy zniecierpliwienia i braku zrozumienia dla jego niekiedy dziwacznych zachowań, wynikających z nieumiejętności przystosowania się do nowej, trudnej sytuacji. Chwalmy za wykazane postępy. Nie folgujmy mu jednak zbyt, a pod- nośmy poprzeczkę, gdyż tak zwane „cackanie się” z chorym nastolatkiem łatwo wprowadza go do przyjęcia roli chorego, którego głównym przekazem staje się: róbcie wszystko za mnie, bo ja jestem chory i strasznie się dzisiaj czuję. Taka postawa nie rokuje dobrze i grozi biernością wobec choroby.

I pozostały rozważania odnośnie sfery społecznej w życiu młodego, przewlekle chorego człowieka. Biorąc pod uwagę okres dojrzewania, to wiadomo, że jest to czas poszukiwania swego miejsca w społeczeństwie, podkreślania swojego indywidualizmu i samodzielności, jak i silnej potrzeby integracji ze środowiskiem rówieśniczym. Tworzy się poczucie własnej wartości w konfrontacji z ocenami płynącymi z zewnątrz i wewnątrz młodego człowieka. Sukces podwyższa to poczucie. Niepowodzenia je obniżają. Formuje się osobowość, młody człowiek zaczyna nosić plecak pod nazwą „Moje role społeczne”. Nawet u w pełni zdrowych nastolatków pojawiają się trudności w nadaniu sensu własnemu istnieniu i wytyczeniu jakiejś konkretnej drogi życiowej. Jakże więc ciężko zmierzyć się jest z tym przewlekle choremu rówieśnikowi. Najważniejszą rolą społeczną w tymże okresie rozwojowym jest bycie uczniem. Długotrwała choroba może być przyczyną powstawania zaległości w nauce i w ogóle niechęci do szkoły. W młodym człowieku narasta poczucie osamotnienia i wyobcowania oraz przekonania, że nie dorównuje kolegom. Nie sposób pominąć kontaktów społecznych, szczególnie na gruncie towarzyskim. Chory nastolatek mając zaniżoną samoocenę i postrzegając siebie jako niezdare, kalekę, często unika kontaktów ze swoimi zdrowymi rówieśnikami bojąc się odrzucenia. Często wówczas dom, szpital staje się jedyną oazą – tu jestem sam, tam przebywają podobni do mnie, nie muszę się wstydić, tłumaczyć się ze swojego stanu.

Podobno ilość dzieci i młodzieży przewlekle chorych rośnie. Nie jest to pocieszające, jednak w owej rzeczywistości wyrastają nowe zadania dla nas – pielęgniarek, zadania które możemy realizować samodzielnie i które mocno zaznaczają rolę pielęgniarki w społeczeństwie. Prawidłowa opieka i działania

wychowawcze podejmowane na rzecz dzieci i młodzieży przewlekłe chorych są i będą, mam nadzieję jednym z wielu „pół frontu”.

Ocena eseju powinna mieć charakter opisowy. Stanowi w ten sposób informację zwrotną dla studenta o poziomie i jakości jego pracy. Ocena opisowa nie oznacza konieczności oceny pisemnej w postaci stopnia szkolnego. Żeby uniknąć dużej dozy subiektywizmu w ocenie eseju (chodzi o stymulowanie własnej twórczości studenta, danie możliwości swobodnego wyrażania własnej opinii, z którą to można się nie zgadzać) posłużono się **Kryteriami Oceny Eseju**, zamieszczonymi we Wkładce Specjalnej nr 2 (13) 1998 rok Pielęgniarstwo 2000 nr 5 (40) 1998 r. Proponowany sposób wykorzystania Kryteriów zostawia margines swobody dla osób, które z nich korzystają. Można więc wybrać pełen zestaw kryteriów lub tylko niektóre, przez siebie wybrane. Zamieszczone skale szacunkowe ułatwiają wystawienie oceny punktowej lub szkolnej, np. poprawność literacka – w stopniu: żadnym, niewielkim, znacznym, pełnym i tak do każdego punktu i podpunktu.

Wzięto pod uwagę następujące kryteria ocen:

1. Poprawność literacka

- 1.1. W jakim stopniu treść eseju może zaciekać czytelnika?
- 1.2. W jakim stopniu zaznacza się subiektywizm ujęcia tematu?
 1. Poprawność metodologiczna
 - 1.1. W jakim stopniu esej jest na temat?
 - 1.2. W jakim stopniu temat jest uzasadniony przez autora?
 - 1.3. W jakim stopniu cytowane są poglądy innych osób?
 - 2.4. W jakim stopniu piśmiennictwo jest właściwie dobrane?
2. Poprawność merytoryczna
 - 3.1. W jakim stopniu formułowane poglądy są zgodne ze stanem wiedzy pielęgniarstwa?
3. Przydatność merytoryczna
 - 4.1. W jakim stopniu rozważania zawarte w eseju mogą podnieść poziom opieki pielęgniarstwa?
4. Wartość dydaktyczna i wychowawcza
 - 5.1. W jakim stopniu rozważania mogą przyczynić się do podniesienia poziomu wiedzy i umiejętności innych osób?
 - 5.2. W jakim stopniu proponowane rozwiązania (stwierdzenia) mają na względzie dobro osób objętych opieką pielęgniarstwa i innych pielęgniarzy?
 - 5.3. W jaki sposób autor dostrzega skutki

działań własnych i własnej grupy zawodowej?

Esej piszą studenci w ramach pakietu samokształceniowego będącego minimalnym warunkiem zaliczenia zajęć z pielęgniarstwa pediatrycznego. Korzyści zeń płynące są obustronne. Student rozwija swoje umiejętności intelektualne, takie jak: logiczne wiązanie faktów i zjawisk, rozwija umiejętności pozyskiwania wiedzy z różnych źródeł, samodzielnie opracowuje materiały, a w konsekwencji uczy się twórczego myślenia i przelewania myśli na papier. Dla nauczycieli prace pisemne stały się źródłem wartościowych informacji dotyczących kształcenia studentów. Zebrane prace pozwoliły na dokonanie indywidualnej oceny każdego studenta. Wystawione stopnie spełniły swoje funkcje: informacyjne i motywacyjne. Nauczyciele mieli poczucie dobrze spełnionego obowiązku dydaktycznego mobilizując studentów do samokształcenia, tym bardziej, że zaproponowane tematy wykraczały poza obowiązujący program nauczania.

mgr Mirosława Kram,

mgr Ewa Barczykowska

Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Aneta Dowbór

pielęgniarstwo 4-letnie mgr. III rok

Dydaktyka

Metody aktywizujące w nauczaniu pielęgniarstwa pediatrycznego

Metody aktywizujące stworzono w celu szkolenia kadr przemysłowych. Równie dobrze sprawdzają się one w procesie nauczania i uczenia się i to na każdym jego szczeblu.

Głównym zadaniem metod aktywizujących jest stawianie uczącego się w sytuacji, w której będzie on odczuwał potrzebę podejmowania samodzielnych działań, i to takich jakich się od niego oczekuje oraz nabywania umiejętności współdziałania w grupie, a co jest szczególnie przydatne w życiu dorosłym i zawodowym.

Metody aktywizujące angażują umysł, wolę, emocje i zmysły, szczególnie wzroku i słuchu; sprzyjają samodzielnemu myśleniu i działaniu, pobudzają pozytywną motywację do uczenia się. Z tego co się słyszy zapamiętuje się 10%, z tego co się widzi 20%, z rozmów i dyskusji 40%, a z tego co się robi aż 90%. Dlatego należy dążyć do aktywizowania studentów przez włączenie w proces nauczania i zapamiętywania – myślenia, emocji i jak najwięcej zmysłów. **Zamiast podawać gotowe informacje należy zachęcać studentów do stawiania pytań,**

samemu stawiać pytania i tym samym poszukiwać odpowiedzi na nie. Wprowadzenie środków dydaktycznych, szczególnie audiowizualnych uatrakcyjnią zajęcia i ułatwia zapamiętanie i rozumienie przedstawianych treści.

Współczesnemu nauczycielowi, także akademickiemu nie powinno pozostawać nic innego, jak organizowanie zajęć dydaktycznych takimi metodami, aby studenci zaangażowali się całym sobą. Tym bardziej, że w obecnych czasach od osoby nauczającej oczekuje się, aby była ona przewodnikiem uczących się, czuwającym nad dynamiką pracy w grupie, organizatorem pracy w taki sposób, aby uczący się mieli możliwość zaspokojenia potrzeby uznania, kontaktów społecznych, komunikowania się i samorealizacji.

Najprostszą metodą aktywizującą jest „burza mózgów”, znaną także pod nazwą „giełda pomysłów”, „metoda Osborna” – twórcy metody. Jej istotą jest zgromadzenie w jak najkrótszym czasie dużej ilości pomysłów na rozwiązanie jakiegoś problemu. Prowadzący zajęcia podaje problem, udziela głosu zgłaszającym pomysły rozwiązań, zapisuje je na

tablicy, folii. Po wyczerpaniu pomysłów następuje dyskusja i wybór najlepszego rozwiązania. Można także przygotować wcześniej paski papieru (ok. 3 cm szerokości), na których pisze się poszczególne pomysły w postaci krótkich zwrotów lub wyrażań. Następnie składa się je na wspólne miejsce. Udzielane w ten sposób odpowiedzi, niwelują nieśmiałość i niepewność czy niskie poczucie wiedzy.

Burzę mózgów stosować można min. jako rozgrzewkę umysłową na początku zajęć celem pobudzenia studentów do aktywności umysłowej. Oto przykład.

Na pierwszych zajęciach z pielęgniarstwa pediatrycznego kierując do studentów pytanie: Kto to jest dziecko?”.

Konsternacja, uśmiechy na twarzy. Po dłuższej chwili padają zrazu nieśmiałe odpowiedzi, ale jest ich coraz więcej, różnych, żadnych nie odrzucamy. Wszystkie zapisywane są na tablicy. Kiedy uważamy, że już nic więcej nie da się wymyśleć, grupujemy odpowiedzi w sensowną całość. W ten sposób ustalamy pojęcie dziecka. Okazuje się, że ma ono szeroki wymiar – społeczny, psychologiczny, rozwojowy, opiekuńczy i prawny. Każdy

z nich jest dalej szerzej omawiany.

Czas szybko mija. Nikt się nie nudzi. Atmosfera zajęć – pogodna, bezstresowa, nawiązuje się nić sympatii między nauczycielem a studentami. Wszyscy studenci aktywnie uczestniczyli w zajęciach, nikt, nikogo nie osądzał. Nauczyciel ma także poczucie dobrze spełnionego obowiązku dydaktycznego.

Burza mózgów jest także pierwszym etapem innych metod aktywizujących, np. **metaplanu**. Jego istota sprowadza się do tworzenia podczas rozmowy o problemie plakatu noszącego nazwę metaplanu. Do przeprowadzenia zajęć należy przygotować: tablicę, do której można przypinać, przyklejać kartki; arkusze białego lub

szarego papieru; kartki w o różnych kształtach: owalne, koła, chmurki, itp. Prowadzący zajęcia stawia pytanie, które zapisuje flamastrem w chmurce i przypina do tablicy. Dalej prowadzący zapowiada, że oczekuje od uczących się odpowiedzi na owalnych kartkach, które będą przypinane bądź przyklejane na tablicy. Zawieszenie kartek zaraz po napisaniu zapobiega powtórzeniom i jednocześnie inspirowanie do następnych odpowiedzi. Przyjmuje się wszystkie propozycje. Zwykle otrzymuje się obszerną odpowiedź na pytanie. Po analizie odpowiedzi należy uporządkować je wg przyjętych kryteriów, np. czasowych, rodzaju choroby, rodzaju uszkodzeń narządowych.

Plakat wymaga omówienia. W czasie prezentacji każdy może zadawać pytania. Praca grupy kończy się zebraniem wniosków. W podsumowaniu należy ocenić wartości merytoryczne, ale i współdziałanie i zaangażowanie się całej grupy.

Praca w grupach, oprócz ogromnych walorów dydaktycznych daje wysokie korzyści wychowawcze. Praca w grupie rozwija wspólnotę i współdziałanie z zespołem i przede wszystkim – niepowodzenie zespołowe jest mniej przykre od indywidualnego, a porażka doznana przez grupę nie wytwarza poczucia mniejszej wartości.

mgr Mirosława Kram

Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego

Dydaktyka

Oczekiwania Studentów - Wydziału Nauk o Zdrowiu kierunku Pielęgniarstwo – wobec realizowanego na uczelni procesu kształcenia

We współczesnej dydaktyce coraz więcej miejsca zajmują elektroniczne nośniki informacji, uczenie się na odległość przy pomocy przekazu elektronicznego i satelitarnego, wykorzystanie sieci Internet i poczty elektronicznej. Rolą nauczycieli jest precyzyjne określanie celów kształcenia, aktywizowanie uczących przez tworzenie atrakcyjnych sytuacji problemowych, zastąpienie nauczania kierowanym samokształceniem oraz wypracowanie trafnych, rzetelnych i obiektywnych metod oceny wyników kształcenia.¹ Jednym z czynników służących doskonaleniu procesu kształcenia jest informacja zwrotna od poddanych kształceniu, bezpośrednio zainteresowanych studentów.

O opinię na temat przebiegu procesu kształcenia na studiach licencjacko – magisterskich, zwrócono się do studentów kierunku Pielęgniarstwa.

Badania przeprowadzono w dwóch grupach. Grupę A – stanowili studenci pierwszego roku (n = 32), natomiast grupa B – to studenci drugiego roku (n = 33). Badana populacja obejmowała 65 osób (100%) w przedziale wieku 19 – 22 lata, większą grupę stanowiły kobiety – 98,4% ogółu badanych. 43,0 % respondentów mieszka w mieście liczącym ponad 100 tysięcy mieszkańców, natomiast 36,9% w mieście do 100 tysięcy mieszkańców. 20,0 % – stanowiły osoby pochodzące ze wsi. (Tabela nr 1) Założono, że różnice w opiniach mogą wynikać z okresu studiowania, u studentów pierwszego roku mogą się pojawić trudności adaptacyjne, w wyniku zmiany środowiska nauki a niezradko i miejsca zamieszkania.

Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Informacje groma-

dzono za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji, który zawierał pytania zamknięte, półotwarte, otwarte, które umożliwiły porównanie opinii studentów na temat realizowanego procesu kształcenia z oczekiwaniami studentów. Uzyskane dane pozwoliły określić oczekiwania studentów wobec władz i wykładowców uczelni w zakresie:

- metod kształcenia i stosowanych środków dydaktycznych, które najkorzystniej wpływają na proces przyswajania wiedzy,
- źródeł wiedzy, z których chcieliby skorzystać w procesie samokształcenia,
- kontroli i oceny, jakiej pragną być poddani przy sprawdzaniu zdobytej wiedzy

Przyjmując za podstawę procesu kształcenia pielęgniarek zapis w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej – mówiący, że pielęgniarstwo jest zawodem samodzielnym², absolwentów należy przygotować do:

- twórczego myślenia,
- decydowania,
- podnoszenia odpowiedzialności za decyzje i działania.

Wymaga to w kształceniu pielęgniarskim maksymalnego ograniczenia metod podających na rzecz metod eksponujących, przygotowanie uczących się do pracy badawczej, dialogu edukacyjnego i negocjacyjnego oraz działań

BADANA CECHA		I - ROK		II - ROK		OGÓŁEM	
		N = 32	100%	N = 33	100%	N = 65	100%
Wiek (lata)	19	6	18,8	-	-	6	9,2
	20	22	68,8	13	39,4	35	53,8
	21	2	6,2	15	45,4	17	26,1
	22	2	6,2	5	15,2	7	10,7
Płeć	K	31	96,9	33	100	64	98,4
	M	1	3,1	-	-	-	1,5
Zamieszkanie	Miasto ponad 100 tysięcy	16	50,0	12	36,4	28	43,0
	Miasto do 100 tysięcy	10	31,2	14	42,4	24	36,9
	Wieś	6	18,8	7	21,2	23	35,1

Tabela nr 1 Charakterystyka grupy badanej

praktycznych. W kształceniu wyzwajającym w odróżnieniu od tradycyjno – adaptacyjnego radykalnej zmianie podlega cały proces dydaktyczny, który opiera się na podmiotowym, ewolucyjnym oraz holistycznym podejściu do studenta.³

W nauczaniu Podstaw pielęgniarstwa opieramy się na kształceniu wyzwajającym. Podczas ćwiczeń w Pracowni Kształtowania Umiejętności Zawodowych często oprócz pokazu wprowadzane są symulowane sytuacje kliniczne, tzn. studenci wcielają się w role chorych i pielęgniarek identyfikując się z przyszłą rolą zawodową. Zajęcia te oprócz kształtowania umiejętności zawodowych mają zasadniczy wpływ na kształtowanie postaw etycznych. Ułatwiają późniejszy bezpośredni kontakt z chorym na zajęciach praktycznych. Sprawiają, że student sam przeżywa określone sytuacje, szuka odpowiedzi na nurtujące go pytania, analizuje własny system wartości. Dzięki temu łatwiej mu na praktyce zawodowej wejść w trudny proces odpowiedzialności za czyjeś losy, podejmowania życiowych decyzji.

Metody kształcenia	Oczekiwane						Stosowane					
	I - rok		II - rok		Ogółem		I - rok		II - rok		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dyskusja	29	90,6	30	90,9	59	90,7	-	-	-	-	-	-
Analiza przypadku	28	87,5	31	93,9	59	90,7	8	25,0	29	87,8	37	56,9
Pokaz	21	65,6	31	93,9	52	80,0	20	62,5	19	57,5	39	60,0
Inscenizacja	17	53,1	19	57,5	36	55,3	-	-	9	27,2	9	13,8

Uwaga: Dane nie sumują się, do 100% ponieważ badani wybierali więcej niż jedną wartość.

Tabela nr 2 Oczekiwane a stosowane metody kształcenia

W badaniach pytano studentów o metody aktywizujące z jakimi mieli kontakt na uczelni, a szczególnie w których chcieliby uczestniczyć. (Tabela nr 2)

Z analizy wyników obu grup – jednoznacznie wynika, że studenci preferują tego typu zajęcia. 90,7% – ogółu badanych zadeklarowało swój czynny udział w dyskusji i analizie przypadku; grupa B – w tym 93,9% opowiedziała się za analizą przypadku i pokazem, natomiast w 90,9% jest za dyskusją. Zdaniem badanych w procesie kształcenia na uczelni stosowany jest w grupie A – w 60% pokaz, natomiast w grupie B – 87,8 % wskazali na analizę przypadku oraz w 13,8% – na inscenizację. Metody te były stosowane przede wszystkim w realizacji ćwiczeń w pracowni umiejętności pielęgniarstwa.

Uczenie pielęgniarstwa „przy łóżku” chorego nie sposób przecenić, spełnia ono najlepiej postulat „kształcenia wielostronnego” przez poznawanie, przeżywanie, internalizację i sprawdzanie w praktyce.⁴ Studenci chętnie uczestniczą w zajęciach z przedmiotów klinicznych, w praktykach zawodowych odbywających się w placówkach ochrony zdrowia, mają wówczas sposobność wykorzystania w praktyce wiedzy i umiejętności nabytej w trakcie studiowania.

Badani wymienili następujące trudności, jakie napotykają w procesie kształcenia:

- księgozbiór biblioteki i czytelnia Akademii Medycznej – ubogi w podręczniki przeznaczone dla studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierunku Pielęgniarstwo,
- źle rozplanowany tygodniowy plan zajęć, student przebywa na uczelni od godziny 8⁰⁰ do 20⁰⁰,

Studenci oczekują:

- zwiększenia funduszy na rzecz uzupełnienia księgozbioru w bibliotece i w czytelnicy w aktualne podręczniki
- rozpisania planu zajęć umożliwiających prowadzenie higienicznego trybu

życia. Postulują, by zajęcia kończyć o godzinie 17⁰⁰,

Wszyscy badani studenci postulują utworzenie kół naukowych, organizowanie obozów i konferencji naukowych – uzupełni to możliwość poszerzania wiedzy pod kierunkiem specjalistów.

Zdaniem badanych korzystanie z nowoczesnych źródeł informacji pomaga w procesie samokształcenia. Studenci na samokształcenie przeznaczają od 3 do 5 godzin na dobę, dotyczy to obu grup badawczych, korzystając jednak przede wszystkim z dostępnego im księgozbioru bibliotecznego. Wpływ dobrego samopoczucia na wyniki kształcenia jest znany od dawna. W opinii 76,9% studentów obciążenie pracą na studiach jest bardzo duże, natomiast zdaniem 23,1% – duże. Wyniki są zbieżne dla obu grup badanych studentów. Powodem tego obciążenia w odczuciu studentów jest źle rozłożony plan zajęć, który zmusza do całodziennego pobytu na uczelni. Obciążenie to prowadzi do zmęczenia, zmniejszenia wytrzymałości psychicznej, co wyraża się drażliwością, nerwowością. Przy ogólnym złym samopoczuciu występują dolegliwości somatyczne tzn. bóle głowy, serca, brzucha, zaburzenia widzenia. Uczucie przemęczenia, senności towarzyszy im przez cały czas, utrudniając prawidłowe funkcjonowanie. Całodzienny pobyt na uczelni utrudnia racjonalne odżywianie. Studenci podają, że śpią średnio 5-6 godzin na dobę.

Na temat sylwetki współczesnego wykładowcy pielęgniarstwa wypowiada się wielu autorów. Wszyscy uważają, że powinien on posiadać rzetelną wiedzę, szerokie zainteresowanie humanistyczne, społeczne oraz umiejętności, które w sposób bezpośredni lub pośredniczący określają poziom jego zawodowego rozwoju.⁵

Badani studenci przedstawili pożądane cechy wykładowcy, z którym chcieliby współpracować w procesie kształcenia na uczelni. (Tabela nr 3) Uważają, że po-

Cechy charakteru	I - rok		II - rok		Ogółem	
	N = 32	100%	N = 33	100%	N = 65	100%
Dobrze przekazujący wiedzę	32	100	33	100	65	100
Sprawiedliwy	32	100	33	100	65	100
Partnerski	24	75,0	27	81,8	51	78,4
Komunikatywny	27	81,8	18	54,5	45	69,2
Zyciwy	20	62,5	24	72,7	44	67,6
Wyrozumiały	17	53,1	18	54,5	35	53,8

Uwaga: Dane nie sumują się, do 100% ponieważ badani wybierali więcej niż jedną wartość.

Tabela nr 3 Oczekiwane przez studentów cechy charakteru u wykładowcy

winna to być osoba, którą cechuje przede wszystkim umiejętność dobrego przekazu wiedzy, sprawiedliwość i obiektywizm w ocenianiu. Wizerunek wykładowcy w opinii studenta jest kształtowany również w aspekcie stosowanych przez nauczyciela metod i form kontroli oraz oceny. Ocena informuje o poziomie wiedzy i umiejętnościach, ustalana jest często w czasie egzaminu. Każda ocena powinna być postawiona w oparciu o ustalone uprzednio kryteria. Ocena, żeby mogła spełniać swoje zadania, musi być obiektywna, tzn. student musi mieć świadomość, za co ocena została wystawiona. Znajomość kryteriów ocen w badanej grupie obrazuje tabela nr 4.

Znaczna grupa studentów 58,4 % – w niewielkim stopniu знаła kryteria wg, których była oceniana, dla 36 % – były one znane, a tylko 4,7 % – osób udzieliło odpowiedź, że nigdy.

Stosowane kryteria oceny, zdaniem 49,2% ankietowanych były sprawiedliwe, w odczuciu 30,7% były niesprawiedliwe, natomiast 20,0% studentów nie miało na ten temat swojego zdania.

Zdaniem 61,5% badanych ocena pomaga w poznaniu swojej wiedzy i umiejętności, natomiast 29,2% studentów uważała, że nie miała wpływu, tylko 9,2 % nie miało na ten temat zdania. 60% badanych studentów odbierało ocenę jako informację o poziomie zdobytej wiedzy, 27,7% badanych jako mobilizację i zachętę do dalszej pracy. (Tabela nr 5) Dla 81,5 % badanych ocena była tylko czasami zgodna z ich samooceną. 12,3 % – było zdania, że jest zgodna, tylko 4,7 % – respondentów twierdziło, że rzadko jest zgodna. (Tabela nr 6) Zdaniem większości badanych – 81,5% samoocena stosowana była podczas zajęć w pracowni kształtowania umiejętności zawodowych oraz w trakcie zajęć praktycznych w placówkach ochrony zdrowia.

Prawie połowa badanych – 44,6 % oczekuje, że sprawdzanie ich wiedzy

Odbiór oceny	I - rok		II - rok		Ogółem	
	N = 32	100%	N = 33	100%	N = 65	100%
Informacja o poziomie zdobytej wiedzy	22	68,8	11	33,3	39	60,0
Mobilizacja do dalszej nauki	10	31,2	14	42,4	18	27,7
Nagroda / kara	-	-	8	24,3	8	12,3

Tabela nr 5 Odbiór oceny przez studentów

Tabela nr 4 Znajomość kryteriów oceny

Ocena	I - rok		II - rok		Ogółem	
	N = 32	100%	N = 33	100%	N = 65	100%
Czasami	29	90,6	24	72,7	53	81,5
Zgodna	3	9,4	5	15,2	8	12,3
Rzadko	-	-	3	9,1	3	4,7

Tabela nr 6 Zgodność oceny z samooceną

będzie odbywało się podczas egzaminu opisowego pisemnego, natomiast 30,8 % – studentów preferuje egzamin testowy a 24,6% – egzamin ustny. (Tabela nr 7) Wybór egzaminu opisowego pisemnego studenci argumentują tym, że mają czas na wykazanie się wiedzą, dostrzegają równą szansę dla każdego oraz możliwość sprawdzenia, czy ocena postawiona przez sprawdzającego jest właściwa.

Porównując opinie dwóch grup (A i B) studentów dotyczące ich odczuć, oczekiwań wobec realizowanego procesu kształcenia w uczelni, nie stwierdza się znaczących różnic. Nie potwierdza się również wcześniejsze założenie, że występują różnice w grupach studentów, które wynikać mogą z trudności adaptacyjnych studentów pierwszego roku.

Wnioski:

1. Z badań sondażowych wynika, że studenci preferują w kształceniu metody aktywizujące, które w ich odczuciu zmuszają do myślenia, twórczego rozwiązywania problemów, a przede wszystkim uczą samodzielności.

2. •ródłem wzbogacającym wiedzę w procesie samokształcenia dla 84,6% badanych jest możliwość korzystania z sieci Internet; powołanie kół naukowych, organizowanie obozów i konfe-

rencji naukowych oraz wzorcowo wyposażona biblioteka i czytelnia.

3. Studenci postulują zmianę w planie zajęć uwzględniającą podstawowe zasady dydaktyki. Odczuwają obciążenie związane z długim pobytom na uczelni, co ma ich zdaniem ma niekorzystne konsekwencje w stanie ich zdrowia.

4. Od wykładowcy oczekują dobrego przekazu wiedzy oraz sprawiedliwego i obiektywnego oceniania, co zapewni pisemny egzamin w formie opisowej.

Piśmiennictwo:

1. Nowacki J., (1996) Szkoła białych tablic. CEM Warszawa. s 43

2. Wasyluk J., (1998) Podręcznik dydaktyki medycznej. CMKP Warszawa. s 85

3. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5.07.1996. Dz. U. Nr 91 z 30.07.1997. art. 2. Nowelizacja z dnia 29.03.2001

4. Burian J., (1998) Podmiotowość ucznia w procesie kształcenia jego aktywności. w: Uniwersyteckie kształcenie pielęgniarek z doświadczeń polsko-szwedzkich. Pod red.I. Wrońskiej i Katedra i Zakład Pedagogiki – Wydział Pielęgniarski AM Lublin s 41-42

5. Wasyluk J., op. cit. s 93

6. Zielińska B., (1992) Próba oceny umiejętności nauczyciela szkoły pielęgn-

niarskiej. w: Ocena oraz ocenianie ucznia i nauczyciela. Materiały z konferencji w Lublinie 4-5.X. 1991. CMDNŚSZM Warszawa s 137

(Footnotes)

¹ Wasyluk J., (1998) Podręcznik dydaktyki medycznej. CMKP Warszawa. s 85

² Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5.07.1996. Dz. U. Nr 91 z 30.07.1997. art. 2. Nowelizacja z dnia 29.03.2001

³ Burian J., (1998) Podmiotowość ucznia w procesie kształcenia jego aktywności. w: Uniwersyteckie kształcenie pielęgniarek z doświadczeń polsko-szwedzkich. Pod red.I. Wrońskiej i Katedra i Zakład Pedagogiki

– Wydział Pielęgniarski AM Lublin s 41-42

⁴ Wasyluk J., op. cit. s 93

⁵ Zielińska B., (1992) Próba oceny umiejętności nauczyciela szkoły pielęgnarskiej. w: Ocena oraz ocenianie ucznia i nauczyciela. Materiały z konferencji w Lublinie 4-5 X 1991. CMDNŚSZM Warszawa s 137

*mgr Krystyna Kurowska
Katedra i Zakład Pedagogiki
i Dydaktyki Pielęgniarskiej*

Dydaktyka

Refleksje Studentów po zajęciach praktycznych w Domach Pomocy Społecznej

Przez całe nasze życie w chwilach podejmowania nowych wyzwań towarzyszy nam lęk. Skala tego napięcia emocjonalnego jest różna i składa się na nią wiele czynników, nie mniej jednak każdy z nas je odczuwa, w większym, czy też mniejszym stopniu. Towarzyszył on również grupie studentów pierwszego roku studiów licencjacko-magisterskich Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej odbywających zajęcia praktyczne w Domach Pomocy Społecznej dla ludzi w wieku podeszłym - w Bydgoszczy, przy ulicy Łomżyńskiej i Mińskiej.

Pytania, które często zabierały im sen z powiek – to: Czy podołają potrzebom i oczekiwaniom ludzi starych?; Czy kontakt ten będzie przypominał spotkanie z własną babcią, dziadkiem?; Czy będą w stanie im pomóc, wspierając ich zarówno w zdrowiu jak i w chorobie?; Czy sprawdzą się w roli pielęgniarki, opie-

BADANA CECHA		Łomżyńska		Mińska		OGÓŁEM	
		N = 16	100%	N = 16	100%	N = 32	100%
Płeć	Kobiety	16	100,0	16	100,0	32	100,0
	19 lat	1	6,3			1	3,1
Wiek	20 lat	15	93,7	15	93,7	30	93,7
	21 lat			1	6,3	1	3,1
Zamieszkanie	Miasto ponad 100 tysięcy	14	87,5	7	43,7	21	65,6
	Miasto 50-100 tysięcy			5	31,2	5	15,6
	Miasto poniżej 50 tysięcy	1	6,3	1	6,3	2	6,2
	Wieś	1	6,3	3	18,7	4	12,5

Tabela nr 1. Charakterystyka grupy badanej

kunki ludzi oczekujących pomocy?

Pytania te również towarzyszyły nam nauczycielom, zastanawialiśmy się, czy uda się skorzystać studentom z tego kontaktu, z doświadczenia życiowego tej

grupy ludzi, ze specyficznej atmosfery Domu, w którym każdy jest ważny, każdego traktuje się podmiotowo, czego niestety nie ma jeszcze we wszystkich naszych szpitalach.

Celem pracy było zapoznanie się z opinią studentów pierwszego roku Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierunku Pielęgniarstwo na temat odczuć, które towarzyszyły im w trakcie trwania pierwszych zajęć praktycznych w DPS.

Badania przeprowadzono wśród 32 studentów pierwszego roku Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, po odbyciu zajęć praktycznej nauki zawodu w DPS.

Założono, że różnice w opiniach mogą wynikać z faktu realizowania zajęć w dwóch placówkach (Łomżyńska, Mińska). Badania przeprowadzono w dwóch grupach. Grupę A – stanowili studenci z DPS – Łomżyńska, o profilu opieki: dla ludzi starych i przewlekle chorych (n=16), natomiast grupa B – to studenci z DPS – Mińska, o profilu opieki dla ludzi starych (n=16). Grupę badaną stanowiły kobiety w przedziale wieku (19-21 lat). 65,6% z nich mieszka w mieście liczącym ponad 100 tysięcy mieszkańców natomiast 15,6% w mieście 50-100 tysięcy mieszkańców; zaś 12,5% stanowiły osoby pochodzące ze wsi. (tabela nr 1) Badane ukończyły liceum ogólnokształcące. Nie doświadczyły wcześniejszego kontaktu z DPS.

Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Informacje gromadzono za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji, który zawierał pytania dotyczące opinii studentów na temat towarzyszących odczuć po zakończeniu zajęć w DPS.

Uzyskane dane pozwoliły określić oczekiwania studentów wobec organizacji zajęć praktycznej nauki zawodu w DPS. Wnioski z badań posłużą do udoskonalenia procesu kształcenia w wytypowanych do tego celu placówkach służby zdrowia.

Nadrzędnym zadaniem prowadzonych zajęć w DPS było doskonalenie umiejętności z zakresu funkcji opiekuńczej i profilaktycznej, których kształtowanie rozpoczęto w ramach ćwiczeń z Podstaw pielęgniarstwa.

Pierwsze dni spędzone w DPS dla studentów były trudne. Towarzyszył im niepokój, obawa, że nie podołają temu trudnemu wezwaniu, jakim jest opieka nad człowiekiem w podeszłym wieku. Uczucie to potęgował fakt, że były to dla nich pierwsze zajęcia praktyczne, a więc próba identyfikacji z zawodem, udzielenie sobie odpowiedzi na pytanie: Czy dobrze wybrałam?, Czy sprawdzę się w tym zawodzie?

Znaczna liczba ogółu badanych (75,0%) odczuwała stan zadowolenia po odbytych zajęciach w DPS, a 59,4% z nich radość. Pozytywne odczucia towarzyszyły p/w osobom odbywającym zajęcia w DPS na ulicy Mińskiej. Uczucia obojętności (12,5%), niezadowolenia (18,7%), rozczarowania (31,2%) odczuwali badani po praktykach na ulicy Łomżyńskiej. Przy-

BADANA CECHA		Łomżyńska		Mińska		OGÓŁEM	
		N = 16	100%	N = 16	100%	N = 32	100%
Uczucia	Zadowolenie	9	56,2	15	93,7	24	75,0
	Radość	7	43,7	12	75,0	19	59,4
	Rozczarowanie	5	31,2			5	15,6
	Niezadowolenie	3	18,7			3	9,4
	Obojętność	2	12,5			2	6,2

Tabela nr 2. Uczucia towarzyszące odbyciu pierwszych zajęć praktycznej nauki zawodu w DPS

czynę tego stanu upatrują w bardzo złych stanach zdrowia podopiecznych, tzn. dużej ilości osób ciężko chorych, z zaawansowaną demencją, praktycznie bez kontaktu, młodzież nie czuła się przygotowana do pracy z takim pacjentem, co znajdzie potwierdzenie w poniżej przytoczonych wypowiedziach samych badanych. (Tabela nr 2)

„Uświadomienie sobie, jak mało drugiemu człowiekowi potrzeba do szczęścia – dobre słowo, uśmiech, świadomość, że jest w pobliżu ktoś, kto się zatrzyma, złapie za rękę, porozmawia, sprawiał im tak wiele radości.”; „Zrozumienie, że pod maską złośliwości, obojętności chorzy często skrywają swoje dramaty życiowe.”; „Umiejętność komunikowania się z człowiekiem w podeszłym wieku, często bardzo schorowanym i ciężko doświadczonym przez los.”; „Poczucie, że jestem im bardzo potrzebna”; „Kontakt z ludźmi przebywającymi w DPS nauczył mnie większego zaangażowania w problemy osób starszych, większej gotowości do niesienia im pomocy”.

DPS – Mińska

„Zajęcia w DPS uświadomiły mi jak dużej opieki potrzebują osoby starsze. Dzięki kontaktowi z tymi ludźmi z innej strony spojrzałam na starość, problem samotności, śmierci.”

„Upewniłam się, że to, co będę robić w przyszłości jest tym, czego pragnę najbardziej. Ludzie ci uświadomili mi jak bardzo człowiek starszy potrzebuje miłości i opieki”

„Kontakt z tymi ludźmi pozwolił mi lepiej poznać proces starzenia się człowieka. Niektórzy ciągle mówili o śmierci, prowadzili dość ponure życie, ale byli i tacy, którzy tryskali radością, promienieli szczęściem. Lubiłam słuchać historii z ich życia....”; „Nauczyłam się cierpliwości, komunikacji z drugim człowiekiem, chorym, w podeszłym wieku. Pielęgnacji chorych leżących.”; „Wywyczyłam swoją wyrozumiałość, cierpliwość a powodów do jej utraty nie brakowało. Nauczyłam się postępować z ludźmi starszymi, nie rzadko bardzo schorowanymi.”

Opinia, co do nabytych umiejętności zawodowych podczas odbywanej praktyki w DPS, dla obu grup była zbieżna, dotyczyła pogłębienia wiedzy i umiejętności kształconych podczas realizacji przedmiotu Podstawy pielęgniarstwa: z zakresu komunikowania się z czło-

wiekiem w podeszłym wieku, schorowanym; zapewnienia warunków do utrzymania higieny osobistej i otoczenia; zapewnienia wygody i wypoczynku; uruchamiania i usprawniania; dostarczania pokarmów i płynów; dokumentowania wykonywanych działań.

Badani po zajęciach w DPS czują się bogatsi o wiedzę z zakresu geriatrii; z komunikacji z osobami starszymi, schorowanymi, często po silnych przeżyciach traumatycznych; z wiedzy opiekuńczo-pielęgnacyjnej i profilaktycznej oraz z etyki i moralności ludzi starszych; sprawnego odnajdowania się w sytuacjach trudnych.

87,5% badanych odbywających zajęcia w DPS na Łomżyńskiej odczuwa potrzebę utrzymywania kontaktu z Pensjonariuszami, a z DPS na Mińskiej, aż 93,7% osób.

O to kilka wypowiedzi:

„Przywiązałam się do nich, chętnie ich odwiedzę”; „Poznałam wielu bardzo interesujących ludzi, czuję wewnętrzną potrzebę kontaktu z nimi, wiem, że i oni na mnie czekają”; „Ludzie ci są często samotni, na pewno cieszą się z moich odwiedzin. Z wieloma z nich zdążyłam się zaprzyjaźnić”; „Byli dla nas bardzo mili, sympatyczni. Prosiłi byśmy o nich nie zapomnieli. Żałowali, że praktyki się już skończyły, że odchodzimy. Po tak długim wspólnym kontakcie trudno byłoby nam ich zapomnieć”.

12,5% badanych z DPS na ul. Łomżyńskiej nie czuje potrzeby kontaktu z Mieszkańcami a 9,4% z DPS na ul. Mińskiej. Wypowiedzi uzasadniające ich decyzję: „Bardzo się do nich przywiązałam. Lubię pomagać innym, ale boję się, że gdy kiedyś tam pójde w odwiedziny, to dowiem się, że kogoś już nie ma wśród nich.”; „90,0% osób, z którymi miałam kontakt miało zaawansowaną demencję starczą. Nie pamiętali mnie już na drugi dzień, dlatego nie sądzę by pamiętali mnie po miesiącu.”

Na pytanie o propozycję zmian w organizacji zajęć praktycznych, studenci w 87,5% odbywających zajęcia w DPS na ul. Łomżyńskiej i 93,7% z ul. Mińskiej – odpowiedzieli: zmian żadnych. Nieznaczna grupa badanych (12,5%) z DPS na ul. Łomżyńskiej i 9,4% z ul. Mińskiej, oczekuje zmian. Pragną: „Więcej zebrań, na których omawialiby problemy Mieszkańców DPS oraz poddawaliby szczegó-

łowej analizie warianty proponowanej pomocy.”; „Nie po pierwszym roku zajęcia w DPS, gdyż nie czują się przygotowani do kontaktu z tak ciężko chorym.”

Z oceny bezpośrednich opiekunów wynika, że pod koniec miesięcznej praktyki młodzi ludzie bez słów komunikowali się z Mieszkańcami, bezbłędnie odczytywali ich potrzeby, wspomagając w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego.

Park w koło Domu, ładna pogoda, sprzyjała spacerom, rozmowom, zwierzeniom – często dwustronnym, gdzie ludzie starsi, z doświadczeniem życiowym często starali się pomóc, wesprzeć psychicznie młodzież. Studenci otrzymali pomoc, której nie oczekiwali, szli na praktykę z nastawieniem na dawanie, a tutaj miłe zaskoczenie, Mieszkaniec DPS stał się kimś bliskim, poznali osobę, która zaoferowała im swój czas, by ich wysłuchać, doradzić.

Oto najczęściej powtarzające się opinie badanych, wydane przez osoby sprawujące bezpośredni nadzór nad praktykantkami: „Niezwykle aktywna, bardzo pracowita, miła i ciepła w kontaktach z Mieszkańcami. Bardzo sumienna i angażująca się w sprawy innych ludzi. Bezinteresownie w czasie wolnym od zajęć zajmowała się podopiecznymi.”; „Otwarta na potrzeby innych, miła i ciepła w kontaktach z Mieszkańcami, wysoka empatia, która koreluje z niezwykle trafną

oceną potrzeb drugiego człowieka. Wykazała opanowanie, fachową pomoc i ciepło okazane innemu człowiekowi w chwili jego śmierci.”; „Samodzielną, otwartą na nowe doświadczenia, bardzo dobrze ocenia potrzeby innych, aktywna.”; „Niezwykle miła i ciepła w kontaktach z innymi, wysoka empatia, otwarta na potrzeby innych, aktywna, bardzo pracowita.”

Starość nie jest kwestią wyboru – jest faktem i procesem biologicznym i społecznym, stąd stosunek nasz do starszej generacji powinien być akceptujący i pozytywny.

Każde pokolenie spełnia odmienne zadania, i każde w swoim procesie rozwoju od młodości do starości podejmuje wyzwania, aby po jakimś czasie przekazać je następnemu pokoleniu.

Spółczesność – nawet najbardziej nastawione na nowoczesność nie może obyć się bez ludzi starych. Wnoszą oni, bowiem w jego życie specyficzne dla ich wieku wartości, których odrzucanie pozbawiłoby ludzkość czegoś bardzo dlań istotnego, czegoś co należy do istoty życia ludzkiego jako całości, co daje podstawę do utrzymania tożsamości i rozwoju społeczeństwa.

Pamiętajmy o tym zawsze!

Wnioski:

1. Z badań sondażowych wynika konieczność wnikliwszego doboru grupy podopiecznych przez organizatora praktyk z Podstaw pielęgniarstwa oraz osób

sprawujących bezpośredni nadzór nad studentami. Zasadne wydaje się wyeliminowanie kontaktu z ciężko chorymi, do którego studenci na tym etapie edukacji nie są przygotowani i co również nie jest celem tej praktyki.

2. Badani w 75,0 % byli zadowoleni z zajęć praktycznych w DPS, utwierdzając się w przekonaniu co do trafności wyboru zawodu pielęgniarstwa.

3. Badani po praktykach w DPS wzbogacili się o wiedzę z zakresu geriatrii; z komunikacji z osobami starszymi, schorowanymi, często po silnych przeżyciach traumatycznych; z wiedzy opiekuńczo-pielęgniarskiej i profilaktycznej oraz z etyki i moralności ludzi starszych; sprawnego odnajdowania się w sytuacjach trudnych.

4. Większość praktykantów (87,5%) odbywających zajęcia w DPS na Łomżyńskiej; 93,7% z DPS na Mińskiej), odczuwa potrzebę utrzymywania kontaktu z podopiecznymi z DPS.

5. Ocena opiekunów sprawujących bezpośredni nadzór nad praktykantami była bardzo wysoka. Komunikatywność, otwartość na potrzeby ludzi starszych często pojawiała się w opiniach badanych.

Piśmiennictwo:

¹ Nowacki J., (1996) Szkoła białych tablic. CEM Warszawa. s 43

*mgr Krystyna Kurowska
Katedra i Zakład Pedagogiki
i Dydaktyki Pielęgniarskiej*

Historia medycyny

Izba Lekarska Prowincji Poznańskiej w Poznaniu 1887–1919 [Ärzte - Kammer der Provinz Posen]

Z dziejów samorządu lekarskiego

Dzieje samorządu lekarskiego związane są z pojawieniem się XIX wiecznej idei decentralizacji administracji. U jej źródeł leżały doktryny liberalne, które postulowały wprowadzenie konstytucjonalizmu i związanych z nim gwarancji praw i wolności obywatelskich. Podstawą ładu społecznego były żywiołowo kształtujące się stosunki ekonomiczne. Decentralizacja administracji wynikała z przekonania, że dana grupa obywateli potrafi sama zadbać o swe interesy, uwzględniając przy tym interesy ogółu wynikające z powierzonych jej zadań. Pojawiła się idea samorządu – w tym samorządu korporacyjnego.

Takie procesy modernizacyjne dokonywały się w państwie pruskim w drugiej połowie XIX wieku. Objęły one także ziemie polskie zaanektowane przez Prusy w wyniku traktatów rozbiorowych, w tym należącą do prowincji poznańskiej rejencję bydgoską. Tam też powstał najwcześniej, z ziem polskich będących pod

obcymi rządami, samorząd lekarski – izby lekarskie.

Jak wskazują źródła, zawód lekarza w państwie niemieckim był niezwykle popularny. Dawał on także możliwość osiągania znaczących korzyści finansowych, tak w gabinetach prywatnych, jak i w Kasach Chorych. Wraz z procesami modernizacyjnymi w medycynie niemieckiej następował systematycznie wzrost liczby lekarzy w stosunku do liczby ludności. Ten przyrost spowodował znaczące zwiększenie dostępności do pomocy lekarskiej. W latach od 1881 do 1896 w Wielkim Księstwie Poznańskim przybyło 15% ludności i 68 % lekarzy. Wśród nich było wielu Polaków, którzy wybierali ten zawód jako najbardziej „wolny” wśród zawodów inteligentkich, a więc najmniej zależny od pruskiej administracji.

To nowe pokolenie lekarzy wpływało aktywnie na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa i doskonalenie metod zapobiegania chorobom, czy to przez rozwój

i aplikację naukowych koncepcji (między innymi w związku z nowymi odkryciami w medycynie), czy też przez reformy społeczne. Następowo stopniowo przewartościowanie poglądów na istotę zdrowia publicznego.

Rozwój nowoczesnych metod zarządzania państwem, dynamiczna industrializacja, rozwój ekonomiczny i społeczny, zwróciły uwagę na problemy zdrowotne pracowników współtworzących dobrobyt gospodarczy kraju. Obawa przed utratą sił roboczych oraz dezorganizacją życia ekonomicznego spowodowała, iż warstwy rządzące podjęły starania w zakresie reform ochrony zdrowia. Wykształcił się system ochrony prawnej zdrowia publicznego – od roku 1883 obowiązywała ustawa o przymusowym ubezpieczeniu chorobowym, od 1884 o ubezpieczeniu od wypadków przy pracy, a od 1889 o ubezpieczeniu na starość i niezdolność do pracy. W Wielkopolsce i na Pomorzu powstawały Kasy Chorych należące do

gmin, miast, fabryk, cechów itp.

Równoległe z normowaniem kwestii ochrony zdrowia publicznego następowało także porządkowanie spraw organizacyjnych pomocy lekarskiej, dentystycznej, położniczej i spraw aptekarskich. Ochroną uprawnień zawodowych wciąż rosnącej liczby lekarzy i ich miejscem w systemie opieki zdrowotnej zajmowały się właśnie izby lekarskie, powołane na wzór istniejących wcześniej izb adwokackich, przemysłowych, handlowych i rolniczych.

Idea powołania organizacji reprezentującej stan lekarski narodziła się w Badenii w roku 1864. Następnie samorządowy ruch lekarski znalazł formalne umocowanie w roku 1865 w Saksonii i Brunzswiku, w 1871 w Bawarii, w 1875 w Württembergu i w 1877 w Hesji. Zachęcające doświadczenia tych pierwszych samorządów skłoniły rząd pruski do wydania dnia 25 maja 1887 r. rozporządzenia powołującego do życia izby: Poznańską, Zachodnią – Pomorską, Wschodnią – Pruską i Śląską.

Izby Lekarskie miały charakter organizacji profesjonalno – samorządowej. Reprezentowały interesy zawodowe lekarzy wobec władz, rozstrzygały sprawy związane z wykonywaniem profesji medycznych, dbały o godność zawodu lekarza i wysoki standard usług medycznych świadczonych w prywatnych praktykach. Izby pełniły także funkcje rozjemcze, zajmowały się rozstrzyganiem sporów między lekarzami, a instytucjami lub obywatelami. Na posiedzeniach Izby omawiano problematykę rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, prowadzenia szczepień ochronnych, funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia (szpitale, przychodnie, gabinety prywatne), szeroko pojęte sprawy zwodów medycznych (lekarze, aptekarze, położne, partactwo medyczne). Izby podejmowały również problematykę profilaktyki i higieny ogólnej na terenie prowincji.

Kadencja Izby trwała trzy lata, wybory na nową kadencję zarządzano w listopadzie ostatniego roku kadencji, wybrane władze obejmowały obowiązki z początkiem nowego roku. Wybory odbywały się w każdej rejencji oddzielnie. Spośród 50 kandydujących lekarzy wybierano 1 członka i 1 zastępcę. Izba nie mogła liczyć mniej niż dwunastu członków i zastępców, zaś Zarząd stanowili przewodniczący i czterech członków. Siedzibą Zarządu Izby była stolica prowincji czyli Poznań.

Na mocy § 5 rozporządzenia z dnia 25 maja 1887 r. przy każdej izbie powołano sąd honorowy, który orzekał o wykroczeniach „...tych lekarzy, którzy bardzo często, albo znacznie wykraczają przeciwko obowiązkowi swego zawodu, albo którzy nie okazują się godnymi szacunku i zaufania, jakiego wymaga zawód”. Ta nieprecyzyjna formuła budziła niepokój

polskich lekarzy, którzy obawiali się jej nadinterpretacji i nadużywania przez władze pruskie wobec lekarzy polskiego pochodzenia. Zwracał na to uwagę w „Nowinach Lekarskich” dr Klemens Koehler, ówczesny przewodniczący Izby Lekarskiej w Poznaniu wskazując, iż odnośny fragment „...jest bardzo niejasny i elastyczny i może właśnie nam Polakom dać się we znaki”¹. Zresztą uprawnienia sądów były ograniczone, sprowadzały się właściwie do możliwości odebrania członkowi izby, na czas określony, lub na stałe, praw wyborczych. Orzeczeniom sądów nie podlegali natomiast lekarze urzędowi i wojskowi, którymi w prowincji poznańskiej byli prawie wyłącznie Niemcy.

Funkcjonowanie sądów honorowych wywołało wśród lekarzy ożywioną dyskusję i budziło szereg wątpliwości. Administracja państwowa nie zamierzała jednak rezygnować z poddania stanu lekarskiego nadzorowi państwa. W 1893 r. ministerstwo oświaty, któremu podlegały sprawy medyczne, wystąpiło z projektem rozszerzenia władzy dyscyplinarnej sądów honorowych. W pismach lekarskich rozpętała się dyskusja, w której lekarze, zwłaszcza Polacy, domagali się wyłączenia spod władzy sądów ich życia prywatnego i działalności pozazawodowej, także politycznej. Dr Klemens Koehler pisał wówczas: „My lekarze Polacy musimy często zajmować się sprawami politycznymi i jesteśmy wobec dzisiejszego prądu i niechęci ku nam narażeni na różne kolizje z władzami. Polaków lekarzy uważają za agitatorów (...). Dlatego reprezentanci nasi w izbach lekarskich powinni sprawę tę poruszyć i żądać, ażeby (...) sądom tym podlegali lekarze jedynie w sprawach, które ściśle z zawodem lekarskim są związane”.

Kształtowanie się polskiej inteligencji, w tym stanu lekarskiego, pod pruskim zaborem przebiegało przecież jednak w warunkach ucisku narodowego i agresywnej polityki germanizacyjnej, która ważyła na życiu zawodowym, społecznym i osobistym. Lekarzom ubiegającym się o posady państwowe stawiano wysokie wymagania. Lekarze narodowości polskiej ubiegający się o te stanowiska musieli wykazać się biegłą znajomością języka niemieckiego. Władze pruskie zwracały szczególną uwagę, czy zatrudnieni w instytucjach rządowych pracownicy są lojalni, czy skrupulatnie wykonują swoje obowiązki wobec państwa, czy należą do któregoś z uznanych w państwie wyznań i czy biorą udział w jego obrzędach. Ingerowano także głęboko w życie prywatne i pozazawodowe urzędników państwowych. Stąd też zdecydowana większość lekarzy polskich, ale też niemieckich utrzymywała się z prowadzenia prywatnej praktyki.

Obawy polskiego środowiska lekarskiego potęgowała też znaczna przewaga Niemców wśród lekarzy i jej odzwierciedlenie w składzie narodowościowym Izby. W 1888 r. na 13 członków Izby Poznańskiej było 5 Polaków, w 1894 na 12 członków – 4, w 1900 i 1906 na 12 członków tylko 3 polskich lekarzy, a w 1911 na 12 członków 4. W sądzie honorowym zasiadał tylko jeden lekarz – Polak, dr Stanisław Warmiński z Bydgoszczy. Był on zresztą przez kilka kadencji jedynym przedstawicielem polskich lekarzy z rejencji bydgoskiej w Izbie poznańskiej². Po śmierci dr Stanisława Warmińskiego w 1905 r. polscy lekarze w Bydgoszczy nie byli w stanie przegłosować swych niemieckich kolegów i przeforsować w wyborach swojego kandydata do Izby. Słusznie dr Koehler w 1896 r. przestrzegał: „Łatwo zdarzyć się może, że w sądzie honorowym żaden Polak zasiadać nie będzie”.

Problematyka sądów korporacyjnych uregulowana została przepisami wprowadzonymi dnia 1 kwietnia 1900 r. Znalazły w nich odzwierciedlenie starania polskiego środowiska lekarskiego. W myśl zapisu § 3: „Lekarz powinien obowiązków swego zawodu wykonywać sumiennie, a przez zachowanie się przy wypełnianiu czynności zawodowych, jako i poza nimi okazywać się godnym szacunku, jakiego wymaga jego zawód”. Równocześnie zapis ten stanowił: „Polityczne, naukowe i religijne zapatrywania albo czynności lekarza nigdy nie mogą być przedmiotem postępowania sądu honorowego”.

Wzrost liczby lekarzy powodował zaostrezenie wśród nich walki o pozyskanie pacjentów, która często prowadziła do konfliktów. Niepokój budziły zwłaszcza problemy reklamy nie liczącej z powagą stanu lekarskiego, podważającej autorytet całego zawodu. Z problemem tym sądy honorowe nie zawsze radziły sobie zadowalająco. W „Nowinach Lekarskich” odnotowano; „Procesy przed sądami honorowymi nieraz o rzecz stosunkowo drobną niepokoją lekarzy, podczas gdy kary nakładane przez te sądy na prawdziwych winowajców, np. z dziedziny anonсів tymże nie nie szkoda ostatecznie”.

Doświadczenia funkcjonowania Izby Lekarskiej i dyskusja nad zadaniami sądów honorowych wzbudziły w środowisku lekarskim refleksję nad zagadnieniami etyki lekarskiej. Podjęto starania o uchwalenie kodeksu deontologicznego, który regulowałby zasady wykonywania zawodu oraz relacje pomiędzy lekarzami. Pracę nad sformułowaniem tych unormowań zainicjowali członkowie Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu. Jako podstawę przyjęto kodeks etyczny Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego z 1884 roku, który re-

wolucjonizował ówczesne zasady deontologii. Uchwalone na walnym zebraniu w grudniu 1901 r. „Ustawy Etyczne Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu” były typowym dokumentem korporacyjnym, który regulował zasady działalności zawodowej lekarzy, wzajemne stosunki między członkami korporacji, ustalał metody zwalczania nieuczciwej konkurencji.

Z pewnością pod wpływem starań środowiska polskich lekarzy Izba Lekarska Prowincji Poznańskiej uchwaliła w 1903 r. kodeks norm i zasad postępowania lekarzy – „Ärztliche Standesordnung für die Provinz Posen”. Regulacje zawarte w tym dokumencie w dużym stopniu pokrywają się z propozycjami zawartymi w „Ustawach Etycznych” „Ustawy” i „Ärztliche Standesordnung” odbiegały od pojęć, które tego rodzaju zbiorom norm etycznych przypisujemy dzisiaj, pomijały obszar relacji lekarza z pacjentem, ale i tak spełniły istotną rolę w podnoszeniu rangi zawodu i dbaniu o możliwą, w ramach silnie scentralizowanej monarchii, niezależność stanu lekarskiego. Ostatecznie wspólny dla lekarzy polskich trzech zaborów Kodeks Deontologii Lekarskiej przyjęto na przełomowym X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w dniu 24.VII.1907 r. we Lwowie.

Ważnym zadaniem, które stawiano Izbie Lekarskiej było dbanie o status materialny lekarzy. W potocznej opinii należeli oni do najlepiej uposażonych grup inteligencji. Dochody lekarzy w Wielkopolsce szacowano około roku 1900 na ponad 3 tysiące marek rocznie. Wydaje się, że dotyczyło to jednak tylko części tej grupy zawodowej, posiadającej tzw. „tłuste praktyki”. Wraz ze wzrostem liczby lekarzy pod koniec XIX wieku i jednak ograniczoną liczbą osób, które mogły korzystać z opieki medycznej w ramach Kas Chorych, następowała pewna pauperyzacja zawodu. Opłaty za czynności lekarskie uregulowano dopiero zarządzeniem z 15. 05. 1896 roku. Była to pierwsza regulacja od 80 lat! Dotąd obowiązywały bowiem przepisy z 21. 05. 1815 r.

Dodatkowo lekarze musieli borykać się z silną konkurencją ze strony różnego rodzaju znachorów, szarlatanów i osób oferujących naturalne metody leczenia (Naturheilkunde), którym sprzyjało liberalne w tej mierze ustawodawstwo. Przepisy zabraniające praktyki tzw. partaczom (Kurfuscher) uchwalono dopiero w maju 1896 roku, a i tak nie były one respektowane. Pacjenci zaś, tak jak i dziś, nader chętnie korzystali z porad i środków oferowanych przez leczniczych partaczy.

Środowiska medyczne domagały się właśnie od Izby Lekarskiej walki o wprowadzenie skutecznego ustawodawstwa zwalczającego niekompetentnych „uzdro-

wicieli”. Jednak starania Izby w tej materii nie odniosły właściwie żadnego skutku.

Analiza materiałów źródłowych skłania do wniosku, iż w ciągu swojego działania do wybuchu I wojny św. Izba Lekarska nie była w stanie skutecznie zadbać o status materialny lekarzy. Dotyczyło to także ich relacji z kasami chorych. Ustawa z 1883 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu chorobowym tworzyła sektor lecznictwa ubezpieczeniowego reprezentowanego przez kasy chorych różnego typu – terytorialne, przemysłowe, cechowe itp. W 1912 r. w prowincji poznańskiej istniało już 212 takich kas. Ustawy ubezpieczeniowe, które były dobrodziejstwem dla korzystających ze świadczeń, stały się utrapieniem dla lekarzy. Już wkrótce okazało się, że pod rządami tej ustawy to kasy chorych decydowały kto i gdzie miał prawo otworzyć praktykę lekarską. Lekarze musieli „wisieć u klamki” w urzędach kas w oczekiwaniu na dokument upoważniający do leczenia pacjentów w określonej kasie. To urzędnicy w kasach byli panami sytuacji. Warunki takie okazały się nie do zniesienia dla lekarzy. Uważali oni, że kasy chorych „proletaryzują” stan lekarski.

W ramach Izby Poznańskiej powołano specjalną komisję, która miała zająć się sprawą zawieranych z Kasami Chorych umów, zbierać skargi i postulaty od lekarzy prowincji. Komisję tą tworzyli dr August Borchard z Poznania i dr Stanisław Warmiński z Bydgoszczy. Problematyka ta nurtowała środowisko lekarskie, kwestie relacji z kasami chorych przewijały się stale na posiedzeniach Izby Lekarskiej w Poznaniu. Z protokołów posiedzeń wynika jednak, że Izba poznańska nie odnosiła znaczących sukcesów w walce o poprawę sytuacji lekarzy.

Podjęto więc starania o stworzenie takiego stowarzyszenia, które w skuteczny sposób mogłoby zadbać o właściwy status materialny i społeczny lekarzy. Z inicjatywy dr Hartmanna w 1900 r. lekarze niemieccy utworzyli tzw. „Związek Lipski”, którego celem była ochrona lekarzy w nim zrzeszonych. Miał to więc być de facto pierwszy związek zawodowy. Także polscy lekarze w prowincji poznańskiej stworzyli organizację samopomocową. Była nią „Pomoc Koleżeńska”. Na walnym zebraniu tego stowarzyszenia w dniu 29 sierpnia 1903 roku w Poznaniu, w którym uczestniczyli także lekarze z Prus Zachodnich i Śląska przedstawiono projekt utworzenia Związku Lekarzy Polaków w Niemczech. Inicjatywa ta jednak upadła, być może w obawie, iż władze zaborcze i tak nie zaakceptują takiej formy samorządności polskich lekarzy. Jednak kiedy w latach następnych władze postanowiły rozszerzyć zakres działalności kas chorych, polscy lekarze zaczęli chętniej wstępować do Związku Lipskiego. Zachę-

cały ich zresztą do tego postanowienia Zarządu Izby Lekarskiej w Poznaniu. Polscy lekarze nie kryli jednak i tutaj wielu obaw: „mamy nadzieję, że Związek Lipski nie odstąpi od wytkniętych sobie zasad, i że pod jego skrzydłami i my, Polacy znajdziemy schronienie przed upadkiem”.

Dotychczasowe rozważania skłaniają do wniosku, że ocena działania Poznańskiej Izby Lekarskiej, a na jej tle podobnych, działających na ziemiach polskich pod pruskim zaborem nie może być jednoznaczna.

Izby lekarskie, choć z założenia miały umożliwić roztoczenie szerszej kontroli państwa nad stanem lekarskim stały się, obok stowarzyszeń naukowych, jeszcze jedną płaszczyzną współpracy lekarzy. Sprzyjały, choć to brzmi jak paradoks, powstawaniu więzi koleżeńskich współpracy i solidarności wewnątrz zawodowej. Właśnie w organizowaniu się, zrzeszaniu, udziale w pracach towarzystw naukowych widziano środek służący wymianie myśli i stanowiący bodziec do pracy. Ogólnoniemieckie i lokalne stowarzyszenia lekarzy podejmowały kwestie społeczne, w miarę możliwości troszczyły się o status materialny lekarzy, choć była to najslabsza strona ich działania. Zajmowały się także sprawami dokształcania, wymianą doświadczeń, popularyzacją najnowszych osiągnięć nauk medycznych, co było szczególnie istotne wobec braku wyższej uczelni w prowincji poznańskiej. Aktywny udział polskich lekarzy w działalności Izby Lekarskiej i innych stowarzyszeń sprawiał, że nie byli oni wyobcowani z tego, co działo się w środowisku naukowym i zawodowym nie tylko Wielkopolski i Pomorza, ale całego państwa niemieckiego.

dr Walentyna Korpalska
Katedra i Zakład Historii Medycyny
i Pielęgniarstwa

¹ Dr Klemens Koehler

– znany lekarz, archeolog, ludoznawca był synem bydgoskiego lekarza Gustawa Adolfa Këhlera. Urodził się w Bydgoszczy w 1840 r., do gimnazjum chodził w Poznaniu, studia medyczne odbywał we Wrocławiu, Greifswaldzie i Berlinie, gdzie w 1869 roku uzyskał tytuł doktora medycyny. Praktykował w Kościanie, Bydgoszczy, a od 1884 r. w Poznaniu, gdzie należał do wybijających się przedstawicieli polskiej inteligencji.

² Dr S. Warmiński po studiach osiedlił się w Bydgoszczy i osiągnął pozycję wybitnego lekarza i przedstawiciela inteligencji prowincji poznańskiej. Był członkiem Sekcji Lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, członkiem Zarządu Izby Lekarskiej i jej sądu honorowego, działaczem Towarzystwa Historycznego dla Obwodu Nadnoteckiego.

Polemiki

Tajemnica i zatajenie lekarskie

Co najmniej dwie sprawy przyczyniły się do napisania poniższych przemyśleń. Po pierwsze to afera poznańskiego dyrygenta podejrzanego o pedofilię i zarażonego wirusem HIV, zaś po drugie sposób, w jaki niektórzy koledzy anonują swoje usługi.

Opublikowanie przez „Gazetę Wyborczą” faktu podejrzenia (graniczącego z pewnością) o nosicielstwo wirusa HIV, a nawet czynnym AIDS, spowodowała dyskusję. Czy wolno łamać tajemnicę lekarską i podawać do wiadomości tego typu fakty? Nawet wielkie autorytety z poznańskiego środowiska wyrażały oburzenie i odmawiały potwierdzenia lub zaprzeczenia pogłoskom. Nim zastanowimy się nad konsekwencjami takiego postępowania przyjrzyjmy się obecnemu stanowi prawnemu w tej materii. Przysięga Hipokratesa nakazuje: „*Cokolwiek podczas pełnienia obowiązków zawodu, mojego nawet poza obrębem czynności lekarskich, w życiu ludzkim zobaczyłbym lub posłyszał, co rozgłaszanym być nie potrzebuje, przechowam w milczeniu, nigdy nikomu nie wydając tego*”. Znowelizowany w Toruniu „Kodeks Etyki Lekarskiej” stwierdza (przytaczam *in extenso*): Art. 23 „*Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej*”

Art. 25: „*Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:*

- jeśli pacjent wyrazi na to zgodę
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób
- jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.”

Podkreślenia są mego autorstwa, a pominąłem mniej istotny w tej kwestii Art. 24.

Istnieje przyjęta ogólnie w prawie zasada ratowania większych wartości kosz-

tem mniejszych, czyli jak wspaniale ujął Żeromski: „Nie czas żałować róż, gdy płonie las”.

Może się mylę, ale niektórzy Koledzy uparcie zbierają różę. Oskarżony nie wyraził żadnej skruchy. Co więcej mimo oczywistych dowodów nie chce podać nazwisk swoich partnerów. Powstaje zatem pytanie, czy wobec takiej postawy nie należy zastosować wyjątku od zachowania tajemnicy i upublicznić informację o zakażeniu i możliwych ofiarach psychicznej i fizycznej przemocy seksualnej oskarżonego. Chodzi o zdrowie kilkunastu młodych ludzi, dla których być może istnieje jeszcze szansa leczenia. Łatwo zza profesorskiej katedry prawić o pięknie tajemnicy lekarskiej. Trudniej powiedzieć prawdę ratując kogoś.

Ciekawą interpretację może mieć moim zdaniem zapis o zwolnieniu z obowiązku tajemnicy, na żądanie organów prawa. Może wpadnę w ton demagogiczny, ale otwiera to różnorakie możliwości manipulacji. O ile wiem w Toruniu toczyło się postępowanie przeciw lekarzowi, który odmówił pobrania krwi u podejrzanego o jazdę po pijanemu. Art. 74 cytowanego Kodeksu głosi że: „*Lekarz nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia, asystować w torturach i torturowaniu lub innym poniżającym traktowaniu człowieka (...)*”. Osobiście podjąłbym dyskusję czy mogę siłą naruszyć ciągłość tkanek, a do tego sprowadza się pobranie krwi, na życzenie Policji. Może znowu się mylę, ale wykonywanie czynności lekarskich wbrew woli, nawet nietrzeźwego, nazwałbym czynnością poniżającą godność. Dostrzegam tu, jak i w wielu innych miejscach Kodeksu, pewne sprzeczności i niedomówienia.

Drugą sprawą, która poruszyła mnie w ostatnim okresie jest sposób ogłaszania się lekarzy w prasie. Znaczna ilość anonów pozbawiona jest nazwisk lekarzy, zapewnia natomiast o wysokiej fachowości, a często podnosi, choć o jedno oczko stopień naukowy. Widać lepiej brzmi.



Legendarne są już ogłoszenia ginekologów dotyczące „przywracania miesiączki”. Moje osobiste zdanie na temat ustawy „antyaborcyjnej” w jej obecnym brzmieniu jest negatywne. To na niej żeruje podziemie aborcyjne, które, nie muszę chyba dodawać, składa się w dużej części z ginekologów. Mimo to ogłoszenia owe nie budzą niepokoju ani instytucji prawnych, ani konsultanta ds. ginekologii, ani Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Przynajmniej nic mi o takowych działaniach nie wiadomo. Chętnie usłyszałbym od kogoś z wymienionych coż oznacza „bebolesne przywrócenie miesiączki” przez podległych im lekarzy. I proszę mi nie mówić, że proceder ten odbywa się poza granicami RP. Ma on miejsce tu, w naszym mieście. Ustalmy więc czy żyjemy w państwie prawa, czy udajemy, że interupcje w Bydgoszczy wykonują krasnoludki i one podają swoje komórki w gazetach. Jeśli tak, to przepraszam, że zająłem Państwu czas lekturą. Jeśli jednak chcemy żyć zgodnie z przyjętymi w tym kraju zasadami (obojętnie, czy się nam podobają, czy nie) to może zaczniemy coś zmieniać. Proponuję zacząć od posprzątania na własnym podwórku.

dr n. med. Wojciech Szczęsny

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

Leczenie ran przewlekłych i odleżyn

Powikłane rany i odleżyny stanowią chleb powszedni w praktyce lekarzy, szczególnie chirurgów oraz pielęgniarek, nie tylko pielęgniarek oddziału zabiegowego, ale także oddziałów internistycznych, opieki długoterminowej, paliatywnej, rehabilitacyjnych i innych. Rany, choć zwykle nie wiążące się z bezpośrednim zagrożeniem życia i stąd spadające

na drugi plan w zainteresowaniach lekarskich, stanowią duży problem dla chorych, wiążą się dla nich z długotrwałym leczeniem, cierpieniem, dyskomfortem psychicznym. Powikłane rany i odleżyny przyczyniają się do wydłużenia hospitalizacji pacjentów, występowania powikłań wtórnych – takich jak odległe zakażenia, powikłania zakrzepowo-zatorowe,

zwiększania kosztów terapii, potęgowania stresu u chorego związanego z chorobą zasadniczą i pobytem w szpitalu itd. Praktyka codzienna pokazuje, że ranami powikłanymi i odleżynami zajmują się wszyscy i ... nikt. Chirurg zwykle ogranicza się do wycięcia jeśli jest taka konieczność, pielęgniarka – do zmiany opatrunków, wśród całego zespołu leczącego do-

minuje zaś pewien nihilizm terapeutyczny i zniecierpliwienie przewlekłym leczeniem, nie dającym zwykle tak spektakularnych efektów jak inne procedury zabiegowe.

Tymczasem leczenie powikłanych ran i odleżyn wymaga po pierwsze cierpliwości, po drugie cierpliwości i po trzecie wiedzy. W tych dwóch pierwszych przypadkach polecamy ćwiczenia medytacyjne tudzież inne mobilizujące koncentrację, my natomiast chcemy Państwu przybliżyć nowoczesną wiedzę dotyczącą leczenia ran i odleżyn. Pojawilo się na rynku wiele opatrunków o specyficznych właściwościach, wiele specyfików do leczenia miejscowego, antyseptyków lokalnych i innych substancji wspomagających leczenie. Bijąc się w pierś musimy przyznać, że nie mamy choćby ogólnej wiedzy w tej dziedzinie, a nasze działania kierowane są szczątkową wiedzą i ogólnymi zasadami, które niekiedy nawet, metodą prób i błędów się sprawdzają.

Ale tak naprawdę ...

- Kiedy musimy zastosować antybiotyk ogólnie a kiedy wystarcza lokalnie?
- Czy trzeba wkładać skalpelem, czy wystarczą odpowiednie opatrunki – maści?
- Czy chorego można leczyć w domu, czy trzeba go skierować do szpitala?
- Jak pomóc choremu i jego rodzinie w zmaganiu się z trudną i przewlekającą się chorobą?

Na te i inne pytania szczegółowe często tak naprawdę nie znamy odpowiedzi. Chcemy przedstawić Państwu wystąpienia ekspertów zajmujących się leczeniem ran, chirurgów plastycznych, bio-

gów, fizjologów, chirurgów, specjalistów medycyny paliatywnej oraz zaproponować specjalistyczne sesje pielęgniarskie szczególnie dla pielęgniarek oddziałów zabiegowych, tzw. pielęgniarek opatrunkowych, pielęgniarek OIOM, zespołów opieki długoterminowej i paliatywnej, pracowników hospicjum, opiekunów domów pomocy społecznej i wszystkich zainteresowanych. Rozpowszechnienie problemu jest ogromne, nasza wiedza... szczątkowa i wybiórcza.

Chcąc przedstawić najnowsze osiągnięcia wiedzy w tej dziedzinie, z inicjatywy dr. hab. prof. nadzw. AM Stanisława Dąbrowieckiego kierującego zespołem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej we współpracy z Katedrą i Zakładem Opieki Paliatywnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, zorganizowaliśmy w dniach 24-25 października 2003 roku, bodajże pierwszą w Polsce, konferencję naukowo-szkoleniową „Leczenie ran przewlekłych i odleżyn”. Konferencja zgromadziła około 200 uczestników – lekarzy i pielęgniarek, którzy w ciągu dwóch dni obrad poznawali szczegółową wiedzę dotyczącą fizjologii i patofizjologii gojenia ran, praktycznego zastosowania opatrunków specjalistycznych oraz terapii poszczególnych rodzajów ran przewlekłych. Tematy prezentowane były przez ekspertów w odpowiednich dziedzinach, uzupełniając uczestnicy mogli wysłuchać doniesień oryginalnych i badań z różnych ośrodków z całej Polski. Budzącym szczególnie zainteresowanie punktem obrad było wystąpienie Patricii Grocott z King's College z Londynu, która zaprezentowała klasyfikację i zasady współczesnego po-

stępowania z raną przewlekłą wypracowane przez ten znany europejski ośrodek edukacyjny oraz work-shop opatrunkowy, podczas którego (dzięki transmisji z sali zabiegowej szpitala SPSK) prezentowano na żywo zastosowanie opatrunków i postępowanie w ranach przewlekłych u konkretnych pacjentów. Uczestnicy Konferencji zgodnie potwierdzali brak dostępu do specjalistycznej wiedzy z dziedziny leczenia ran. Organizatorzy wstępnie zadeklarowali przeznaczenie strony internetowej <http://www.rany.zjazd.ras.pl/> na platformę informacyjną w przedmiotowej tematyce, na początek zaś udostępnienie na tej stronie prezentowanych w czasie obrad wykładów. W czasie zjazdu zaznaczyło swoją działalność, ukonstytuowane na początku roku, Polskie Towarzystwo Leczenia Ran. W planach tego towarzystwa jest podjęcie energicznej działalności na rzecz propagowania specjalistycznej informacji w dziedzinie leczenia ran. Obiecującą zabrzmiała też propozycja utworzenia kwartalnika „Leczenie ran”. Dopelnieniem miłej atmosfery zjazdu był wieczorek towarzyski – biesiada staropolska przygotowana dla uczestników.

W imieniu organizatorów pozwolę sobie wyrazić nadzieję, iż zapoczątkowana przez nas w Bydgoszczy problematyka terapii ran przewlekłych zaowocuje zainteresowaniem lekarzy polskich tą tematyką, co z pewnością przyczyni się do lepszego leczenia naszych pacjentów z ranami przewlekłymi, wszędzie tam, gdzie oni trafiają.

lek. med. Jacek Szopiński
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej
i Endokrynologicznej
<http://www.rany.zjazd.ras.pl/>

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

Odleżyny i rany poprzewlekłe – problem na teraz i na jutro

Coraz większy odsetek pacjentów zarówno szpitali jak i poradni stanowią ludzie starzy. Wydłużający się czas życia ludzkiego, będący zasługą coraz to lepszej opieki medycznej, stwarza również coraz większe problemy. Mają one naturę nie tylko czysto medyczną, ale i również społeczną i etyczną. Powstają pytania, często bez odpowiedzi, o koniec życia człowieka, zakres ingerencji w jego przedłużanie i postępowanie w przypadkach nieuleczalnych chorób niosących ze sobą niewyobrażalne cierpienia. Chorzy ci często są pacjentami hospicjów, czy znajdują się pod domową opieką zespołów paliatywnych. Dlatego też Konferencję pt. „Leczenie ran przewlekłych i odleżyn” w dniach 24-25.10.2003

zorganizowaliśmy wraz z Katedrą i Zakładem Opieki Paliatywnej naszej Akademii. Wiele referatów było poświęconych nowym metodom leczenia bólu przewlekłego, jaki towarzyszy nieogającym się odleżynom i ranom. Czasami proste i znane preparaty potrafią zniwelować całkowicie ból, co nie pozostaje bez wpływu na stosunek chorego do dalszego leczenia.

Chorobę przewlekłą generuje wiele powikłań. Jednym z nich są odleżyny i przewlekłe rany. Te ostatnie są następstwem zmian niedokrwiennych, zaburzeń krążenia żylnego, schorzeń dermatologicznych, cukrzycy i innych chorób endokrynologicznych, nowotworów, niedożywienia i jeszcze wielu

innych stanów patologicznych. Już ta lista wystarczy, aby zrozumieć że problemem zajmują się prawie wszystkie specjalizacje, a spojrzawszy prawdzie w oczy, właściwie nikt. Najczęściej proszony jest chirurg, który wycina martwicę, zaleca jakieś opatrunki i to wszystko. Właśnie dlatego postanowiliśmy zorganizować konferencję, aby unaocznic problem i spróbować ustalić sposób postępowania.

Wiadomo, że pewne sposoby postępowanie znane są już za granicą. Gościem zjazdu była pani Partycja Grocott z King's College w Londynie. Zaprezentowała ona klasyfikację i sposób postępowania z przewlekłymi ranami pochodzenia nowotworowego. W części teoretycznej zjazdu przedstawiono kilkadziesiąt do-

niesień dotyczących zarówno metod leczenia odleżyn i ran przewlekłych, rodzajów opatrunków, jak i sposobów zapobiegania ich powstawaniu. Zainteresowanych odsyłam do ostatniego numeru „Medycyny Paliatywnej”, gdzie zamieszczono streszczenia wszystkich wystąpień. W drugim dniu zjazdu, odbył się work-shop, sponsorowany przez firmy produkujące różnego rodzaju opatrunki. Po przedstawieniu danego preparatu, zespół lekarsko-pielęgniarki na sali operacyjnej, prezentował sposób jego użycia. Obraz transmitowano na salę wykładową, i w czasie prezentacji zadawane były pytania dotyczące zarówno poszczególnych przypadków jak i samych opatrunków.

Konferencja wykazała, że temat prze-

wlekłych ran i odleżyn jest nadal niezagospodarowaną „ziemią niczyją”. Istnieje potrzeba powstawania interdyscyplinarnych zespołów leczących te powikłania. Przemysł farmaceutyczny dysponuje wieloma znakomitymi preparatami, które przyspieszają gojenie różnego rodzaju ran. Nowoczesne opatrunki są wygodne w użyciu, nie powodują dodatkowego bólu, znakomicie pochłaniają wydzielinę i nieprzyjemne zapachy. Ich wadą jest niestety cena, lecz w czasie konferencji panowało przekonanie, że wielomiesięczne leczenie „starymi” sposobami, jest o wiele droższe. Pozostaje mieć nadzieję, że owe konstatacje dojdą do uszu decydentów z NFZ.

Choć minęło kilka miesięcy już widoczne są pierwsze efekty naszej kon-

ferencji. W zespole Poradni Przyklinicznych rozpoczyna działalność Poradnia Stopy Cukrzycowej, a problem stosowania nowoczesnych opatrunków i interdyscyplinarnego podejścia do problemu, zaczyna zdobywać zrozumienie wśród wielu lekarzy i pielęgniarek.

Październikowa konferencja była już drugą po przepuklinowej z września 2002, organizowaną przez Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej. W październiku 2004 planowany jest zjazd dotyczący chirurgii dostępu do łóżyska naczyniowego. Mamy nadzieję, że również zakończy się wymiernym sukcesem z pożytkiem dla chorych i nauki.

dr n. med. Wojciech Szczesny
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej

Konferencje, zjazdy, zjazdy naukowe

2ND International Conference of Students' Scientific Society for Medical Students and Young Doctors, Bydgoszcz, 15th-17th April 2004

W dniach 15-17 kwietnia 2004 roku odbędzie się w Bydgoszczy 2ND INTERNATIONAL CONFERENCE OF STUDENTS' SCIENTIFIC SOCIETY for Medical Students and Young Doctors organizowana przez Studenckie Towarzystwo Naukowe (STN) Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Konferencja będzie kontynuacją dwóch poprzednich tworzonych przez STN: Ogólnopolskiego Przeglądu Prac Naukowych Studentów Medycyny i Lekarzy Stażystów (maj 2001r.) oraz 1st International Conference of Students' Scientific Society (kwiecień 2003 r.). Jak w poprzednim roku, tak i w tym spodziewamy się około 150 uczestników z Polski i zagranicy. Podczas Konferencji zostaną zaprezentowane osiągnięcia naukowe studentów oraz młodych lekarzy w czasie czterech sesji: nauk podstawowych, sesji nauk diagnostycznych, sesji nauk klinicznych niezabiegowych i klinicznych zabiegowych. W ramach każdej sesji odbędą się prezentacje ustne oraz plakaty.

Miło nam poinformować, iż nasza Konferencja została objęta honorowym patronatem:

- JM Rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy
- Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej
- Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej
- Przewodniczącego Okręgowego Związku Zawodowego Lekarzy
- Prezydenta miasta Bydgoszczy
- Burmistrza miasta Chełmna
- Starosty powiatu chełmińskiego

Komitet Naukowy 2nd International Conference of Students' Scientific Society for Medical Students and Young Doctors pod przewodnictwem Dziekana Wydziału Lekarskiego prof. dr. hab. Gerarda Drewy tworzą uznani profesorowie i doktorzy Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

W skład Komitetu Organizacyjnego wchodzi:

Przewodnicząca:

Marta Dworakowska

Zastępcy:

Maria Dobosz,
Jarosław Koza,
Agnieszka Zaborowska

Sekretarz:

Krzysztof Czyżewski

Skarbnik:

Marcin Kiciński

Członkowie: Maciej Bieliński, Bartosz Bednarczyk, Przemysław Bławat, Dominika Bożyłow, Miłosz Domagała, Michał Jaszczur, Jolanta Jeżewska, Joanna Kaczor, Anna Kiziewicz, Katarzyna Kluzek, Michał Molski, Mateusz Orzałkiewicz, Agnieszka Paradowska, Łukasz Pokrywka, Agnieszka Żurada

Opiekunowie: dr n. med. Tomasz Drewna, dr n. med. Witold Hrynczewicz, dr n. med. Janusz Tyloch

Terminy:

- Rejestracja uczestnika: do 20 marca 2004;
- Rejestracja pacy: do 20 marca 2004;
- Przesyłanie streszczenia do 20 marca 2004;
- Opłata konferencyjna 65 zł (16 Euro);

Język prezentacji: angielski i polski.

Ramowy program Konferencji jest następujący:

DZIEŃ PIERWSZY

- 15 kwietnia 2004

11⁰⁰ Uroczyste Rozpoczęcie Konferencji

11³⁰ Wykłady inauguracyjne

13³⁰ Przerwa obiadowa

15⁰⁰ Rozpoczęcie obrad

19⁰⁰ Zakończenie obrad

20⁰⁰ Impreza integracyjna (kluby Eljazz i Medyk)

DZIEŃ DRUGI

- 16 kwietnia 2004

10⁰⁰ Rozpoczęcie obrad

13³⁰ Przerwa obiadowa

14³⁰ Wznowienie obrad

19⁰⁰ Zakończenie obrad

20⁰⁰ Bankiet (City Hotel)

DZIEŃ TRZECI

- 17 kwietnia 2004 (CHEŁMNO)

10⁰⁰ Wyjazd do Chełmna

11⁰⁰ Przyjazd do Chełmna

11³⁰ Wznowienie obrad

12⁰⁰ Wykład

12³⁰ Wręczenie nagród i wyróżnień

13³⁰ Przerwa obiadowa

14³⁰ Zwiedzanie Chełmna

17⁰⁰ Wyjazd do Bydgoszczy i zakończenie Konferencji

BIURO KONFERENCYJNE

czynne w dniach 16 i 17 kwietnia w godzinach 8⁰⁰ - 19⁰⁰

Liczmy, że prócz poszerzenia wiedzy spotkanie w Grodzie nad Brdą i Wisłą przysłuży się wymianie doświadczeń oraz integracji środowiska studenckiego. Nie zapomnieliśmy również o dobrej zabawie oraz cennych nagrodach bez których nie może obyć się każda dobra konferencja.

Nowością w tym roku jest organizacja ostatniego dnia Konferencji wraz z wręczeniem nagród w Chełmnie które to uczestnicy będą mogli zwiedzać. Warto wspomnieć, że to właśnie w Chełmnie Ludwik Rydygier wykonał operację wycięcia odzwierniaka oryginalną metodą nazwaną jego imieniem.

Mamy nadzieję, że coraz większe uznanie jakim cieszy się bydgoska Konferencja skłoni do wzięcia w niej czynnego udziału, zwłaszcza studentów naszej Alma Mater. Dla osób nie prezentujących prac, a zainteresowanych Konferencją wstęp na obrady jest wolny.

Serdecznie zapraszamy na stronę STN, na której znajdują się szczegóły dotyczące Konferencji: www.amb.bydgoszcz.pl/~stn.

Pytania porosimy kierować pod adresem stn@amb.bydgoszcz.pl.

Do zobaczenia w podczas Konferencji!

w imieniu Komitetu Organizacyjnego

2nd ICSSS: Krzysztof Czyżewski,
Agnieszka Zaborowska

Adres do korespondencji:

Krzysztof Czyżewski,
Agnieszka Zaborowska

Komitet Organizacyjny 2ND INTERNATIONAL CONFERENCE OF STUDENTS' SCIENTIFIC SOCIETY FOR MEDICAL STUDENTS AND YOUNG DOCTORS, Bydgoszcz, 15-17 kwietnia 2004

ul. Jagiellońska 13, DS nr 2, pok. 4
k.czyzewski@amb.bydgoszcz.pl

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

Telemedycyna w Regionie Kujawsko-Pomorskim

5 grudnia w Akademii Medycznej w Bydgoszczy odbyła się konferencja naukowa „Telemedycyna w Regionie Kujawsko-Pomorskim” z udziałem Dyrektora Europejskiego Instytutu Telemedycyny, profesora Louisa Larenga.

Realizowana w Województwie Kujawsko-Pomorskim sieć telemedycyny oparta jest na doświadczeniach Europejskiego Instytutu Telemedycyny w Tuluzie. Takie sieci działają już w wielu krajach Unii Europejskiej. Konsultacje medyczne realizowane dotychczas wymagają często transportu karetkami chorego i towarzyszącego lekarza lub dokumentacji medycznej w postaci zapisów CD do specjalistycznych klinik w celu postawienia diagnozy. Telemedycyna ułatwia szybką diagnozę na odległość przy wykorzystaniu odpowiednich rozwiązań teleinformatycznych. Ponadto wykorzystując posiadane już wewnętrzne systemy informatyczne jednostek medycznych, połączone łąkami średniej i wysokiej przepustowości w regionalnej sieci telemedycznej można polepszyć i zwiększyć dostęp usług opieki medycznej szczególnie dla obszarów odległych od placówek służby zdrowia i małych gmin, postawić szybką diagnozę w nagłych wypadkach, ograni-

czyć koszty transportu i zoptymalizować wykorzystanie czasu personelu medycznego i nijednokrotnie uratować życie pacjenta. Sieć taką można również wykorzystywać do nauki i szkolenia medycznego na odległość.

W I etapie realizowanego przedsięwzięcia wyposażono Szpitale Wojewódzkie w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku oraz Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszczy w specjalistyczny sprzęt informatyczny wraz z oprogramowaniem oraz 20 aparatów TeleEKG na wyposażenie ambulansów (R) pogotowia ratunkowego z całego województwa o wartości 491 tys. zł. Cały system jest sukcesywnie wdrażany w poszczególnych jednostkach. Podczas konferencji dokonano z powodzeniem próbnej transmisji z karetki pogotowia z Torunia do Centrum Telemedycyny w Klinice Kardiologii AM w Bydgoszczy.

W programie konferencji profesor Louis Lareng, Dyrektor Europejskiego Instytutu Telemedycyny mówił o współpracy regionu Midi-Pyrenees i Kujawsko-Pomorskiego w zakresie telemedycyny, powiedział m.in. że: „Stosując system w codziennej pracy zapewniamy każdemu pacjentowi równy dostęp do opieki

lekarskiej. Lekarzom zaś umożliwiamy korzystanie z wiedzy i umiejętności kolegów. Telemedycyna pozwala na prowadzenie wideokonferencji ze szpitalami połączonymi w europejską sieć. [...] Największymi zaletami sieci są jednak oszczędności. Jednoczesna konsultacja wielu specjalistów np. onkologów, kardiologów, ortopedów, neurochirurgów pozwala na ograniczenie transportu. Pacjent jest lepiej prowadzony, nie musi szukać pomocy w kilku miejscach. Wszystko może już uzyskać w gabinecie lekarza rodzinnego” – dodał profesor.

W konferencji wzięło udział m.in. wielu specjalistów, profesorów z Akademii Medycznej z Bydgoszczy, a o doświadczeniach 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w zakresie wideokonferencji telemedycznych mówił ppłk mgr Marek Babicz z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy.

Konferencja została zorganizowana pod patronatem Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Waldemara Achramowicza oraz JM Rektora AM w Bydgoszczy, prof. dr hab. Danuty Miścickiej-Śliwki.

<http://www.kujawsko-pomorskie.pl/publikacje/prasa/telemedycyna.html>

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

Zaproszenie na XXV Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów, Bydgoszcz, 23-25.09.2004 r.

Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy

Katedra i Zakład Mikrobiologii Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy ma zaszczyt organizować po raz pierwszy w historii mikrobiologii polskiej XXV Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów. Cieszymy się bardzo z możliwości przyjęcia Państwa w prastarym grodzie założonym

przez Kazimierza Wielkiego nad Brdą, a obecnie wskutek rozwoju urbanistycznego położonym również nad Wisłą.

Deбата naukowa odbywać się będzie z udziałem znakomych specjalistów w sesjach plenarnych, referatowych, plakatowych i satelitarnych (firmowych), w trakcie których przedstawione zostaną ważne problemy współczesnej mikrobiologii. Dodatkową sposobnością edu-

cyjną będzie program wystaw, który tradycyjnie wzbogaca Zjazd.

Tematyka Zjazdu stwarza szansę integracji przedstawicieli różnych specjalności mikrobiologicznych, zarówno teoretyków, jak i praktyków. Z pewnością będzie to znakomita okazja do wymiany własnych doświadczeń i skonfrontowania ich ze współczesnymi standardami postępowania.

Jesteśmy dumni, że Bydgoszcz została wybrana przez Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów na gospodarza XXV Jubileuszowego Zjazdu PTM. Bydgoszcz, Toruń, Chełmno – bogate w zabytki, rezerwat archeologiczny Biskupin ze zrekonstruowanym drewnianym grodem sprzed 3000 lat, a także urokliwe Bory Tucholskie i jeziora województwa kujawsko-pomorskiego czekają na Państwa przyjazd.

Chcielibyśmy, aby XXV Jubileuszowy Zjazd PTM był nie tylko dużym wydarzeniem naukowym, ale również towarzyskim i kulturalnym, oraz aby pozostał niezapomniane wspomnienie. Otwarta brama w herbie Bydgoszczy oznacza, że już oczekujemy przyjazdu wszystkich członków i sympatyków PTM.

Jeszcze raz serdecznie zapraszamy oczekując na Państwa przyjazd.

Z serdecznymi pozdrowieniami i wyrazami szacunku

w imieniu Komitetu Organizacyjnego
XXV Jubileuszowego Zjazdu PTM
dr hab. Eugenia Gospodarek,
prof. nadzw. AM

Komitet Honorowy

Romuald Kosieniak
Wojewoda Kujawsko-Pomorski
Lucyna Andrysiak
Przewodnicząca Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego
Waldemar Achramowicz
Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego
J.E.Ks. Arcybiskup Henryk Józef Muszyński
Metropolita Gnieźnieński
prof. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka
Rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy
Felicja Gwincińska
Przewodnicząca Rady Miasta
Konstanty Dombrowicz
Prezydent Miasta Bydgoszczy

Komitet Organizacyjny

Przewodnicząca:

dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. nadzw. AM

Z-ca przewodniczącej:

dr n. med. Agnieszka Mikucka

Sekretarz:

dr n. med. Beata Ulatowska

Członkowie:

dr n. med. Jolanta Powierska-Czarny
mgr Anna Budzyńska
mgr Katarzyna Jachna-Sawicka
mgr inż. Agnieszka Kaczmarek
mgr Iwona Kania
mgr Ewa Kruszyńska
mgr Anna Michalska
mgr inż. Dorota Mikołajczyk
mgr Maria Szymankiewicz (Zakład Mikrobiologii Centrum Onkologii)
mgr Patrycja Zalas
lek. med. Krzysztof Gierlotka
lek. med. Marcin Zmudziński
Benedykta Sikorska-Juszczuk
Barbara Wardalska

Komitet Naukowy

prof. dr hab. Maria Bielecka
Instytut Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności PAN
prof. dr hab. Włodzimierz Doroszkiewicz
Zakład Mikrobiologii Ogólnej Uniwersytetu Wrocławskiego
prof. dr hab. Antoni J. Furowicz
Katedra Immunologii i Mikrobiologii Wydziału Biotechnologii i Hodowli Zwierząt Akademii Rolniczej w Szczecinie
prof. dr hab. Janusz Galiński
Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej AM w Gdańsku
prof. dr hab. Stefania Giedrys-Kalemba
Zakład Mikrobiologii i Immunologii Pomorskiej AM
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. nadzw. AM
Katedra i Zakład Mikrobiologii AM w Bydgoszczy
prof. dr hab. Marek Jagielski
Zakład Bakteriologii PZH
prof. dr hab. Stanisław Kałużewski

Zakład Bakteriologii PZH

dr n. med. Andrzej Kasprówicz

Centrum Badań Mikrobiologicznych i Autoszczepionek im. dr J. Bobra, Kraków

prof. dr hab. Józef W. Kur

Katedra Mikrobiologii Politechniki Gdańskiej

doc. dr hab. Bogumiła Litwińska

Zakład Wirusologii PZH

prof. dr hab. Anna Przondo-Mordarska

Katedra i Zakład Mikrobiologii AM we Wrocławiu

dr hab. Elżbieta Anna Trafny

Zakład Mikrobiologii i Epidemiologii w Warszawie

prof. dr hab. Zygmunt Sidorczyk

Instytut Mikrobiologii i Immunologii Uniwersytetu Łódzkiego

prof. dr hab. Andrzej Szkaradkiewicz

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej AM w Poznaniu

prof. dr hab. Stefan Tyski

Zakład Antybiotyków i Mikrobiologii Instytutu Leków

prof. dr hab. Maria Lucyna Zaremba

Zakład Mikrobiologii AM w Białymstoku

Główne tematy naukowe zjazdu

1. Mikrobiologia ogólna
2. Mikrobiologia medyczna
 - 2.1. Wirusologia
 - 2.2. Bakteriologia
 - 2.3. Mikologia
 - 2.4. Parazytologia
 - 2.5. Zakażenia szpitalne
3. Mikrobiologia weterynaryjna
4. Mikrobiologia środowiskowa
5. Mikrobiologia przemysłowa

opracowała mgr Monika Kubiak

Biblioteka Główna

<http://www.zjazdptm.amb.bydgoszcz.pl/index.html>

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Mikrobiologii
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
tel. 585-4480, 585-4047, 585-3609
fax: 585-400
e-mail: zjazdptm@amb.bydgoszcz.pl

Ż Biblioteki

Konferencja Ogólnopolska „Informacja Naukowa Bibliotek Medycznych w Polsce”

W dniach 24-25 listopada 2003 r. w Łodzi odbyła się Konferencja Ogólnopolska nt. „Informacja Naukowa Bibliotek Medycznych w Polsce”. Organizatorem Konferencji była Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Konferencję otworzył Dyrektor Biblioteki Głównej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dr Ryszard Żmuda, witając

gości, sponsorów i uczestników Konferencji. W uroczystej pierwszej części wystąpili: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi prof. dr hab. Andrzej Lewiński oraz Przewodniczący Rady Bibliotecznej Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Michał Karasek. W dalszej części przedstawiono referaty nt. „Internet jako źródło infor-

macji naukowej-wybrane aspekty”, „Łódzka Akademicka Sieć Biblioteczna – konsorcjum bibliotek naukowych”.

Część druga Konferencji składała się z wystąpień sponsorów. W referacie „O nowoczesnej dydaktyce z zakresu informacji naukowej i bibliotekoznawstwa: refleksje dziekana WSUS” dr Zdzisław P. Szkutnik przybliżył założenia oraz



Obradom przewodniczy prof. dr hab. Hanna Tadeusiewicz

programy dydaktyczne Wyższej Szkoły Umiejętności Społecznych w Poznaniu. Mgr Wiesław Szczurek i dr Dariusz Kuźmiński z Info Technology Supply w Warszawie przedstawili ofertę ITS baz z zakresu medycyny. Mgr inż. Grzegorz Pietruszewski, mgr Jacek Głębocki – Splendor Systemy Informacyjne w Poznaniu omówili „Zastosowanie nowoczesnych technologii internetowych w najnowszej wersji systemu bibliograficzno-bibliometrycznego EXPERTUS: stan obecny i kierunki rozwoju”. Mgr Grażyna Masadyńska - Sokrates, Poznań, omówiła „Tworzenie katalogów centralnych w oparciu o systemy SOWA i SOWA 2”. Uczestnikom Konferencji przedstawiono także „Bazy danych OVID”, „Zintegrowane zarządzanie dostępem do źródeł informacji on-line” – EBSCO oraz „System doc@med”.

Część trzecia Konferencji poświęcona została warsztatowi pracy informacji naukowej. W części tej referat na temat „Digitalizacja zbiorów bibliotecznych” wygłosił Dyrektor Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Bydgoszczy dr Krzysztof Nierzwicki. Duże zainteresowanie wzbudziło wystąpienie Pana Dyrektora mgr. Bolesława Howorki, w którym omówił „Miejsce Biblioteki Głównej – uczelnianego ośrodka informacji naukowej w projekcie ustawy **Prawo o szkol-**

nictwie wyższym”. Pojawiły się także materiały dotyczące Polskiej Bibliografii Lekarskiej, bibliografii zespołów osobowych, o funkcjonowaniu Centralnego Katalogu Czasopism Zagranicznych w polskich bibliotekach medycznych oraz Narodowym Uniwersalnym Katalogu Centralnym – NUKAT.

Pani Dyrektor mgr Anna Uryga przedstawiła stan działań nad kartoteką haseł przedmiotowych MeSH wersji angielsko-polskiej. Przypomniała historię tego przedsięwzięcia, stan opracowania zbiorów w bibliotekach medycznych, proces zarządzania i administrowania kartoteką od strony technicznej. Na koniec swego wystąpienia zaapelowała o aktywniejsze włączenie się polskich bibliotek w proces budowy kartoteki, o zaangażowanie wszystkich ośrodków w budowę rekordów bibliograficznych NUKAT oraz o formowanie grup specjalistów o zwiększonych kompetencjach pracujących na rzecz narodowych i regionalnych produktów informacji medycznej. W pozostałych wystąpieniach omówione zostały bazy danych w bibliotekach medycznych, czasopisma elektroniczne, biblioteki wirtualne, a także standaryzacja w bibliotekach medycznych.

W części czwartej Konferencji, która odbywała się we wtorek 25 XI 2003 r. została omówiona działalność informacyjna bibliotek resortu zdrowia. Były to komunikaty z poszczególnych jednostek, w których bardzo szczegółowo scharakteryzowano zakres działań informacji naukowej. Bibliotekę Główną Akademii Medycznej w Bydgoszczy w tym zakresie reprezentowała Pani mgr Halina Wanatowska – kierownik Działu Informacyjno-Bibliograficznego.

Ostatnia, piąta część nosiła tytuł Europejska Organizacja Naukowej Informacji Medycznej. Pani mgr Ewa Grządzielowska z Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Poznaniu przedstawiła referat „EAHIL – Europejskie Stowarzyszenie ds. Informacji Medycznej i Bibliotek: (konferencje i warsztaty EAHIL)”, w którym przedstawiła historię i cele tej organizacji. EAHIL co drugi rok organizuje konferencje bibliotek medycznych oraz mniej regularnie warsztaty, sympozja, seminaria i kursy doskonalenia zawodowego. Ostatnia konferencja odbyła się 25-28 czerwca 2003 r. w Oslo pod hasłem *Cross Boundaries – Join Forces (Przekraczajmy granice – łączmy siły)*, a informacje bardziej szczegółowe na jej temat można znaleźć pod adresem www.namhi.org. Następną konferencję EAHIL pod hasłem „Przyszłość bibliotek medycznych i szpitalnych” zaplanowano na wrzesień 2004 r. w Santander w Hiszpanii. W 2007 r. warsztaty EAHIL odbędą



Sesja poświęcona warsztatowi pracy informacji naukowej

się w Krakowie. Dr Barbara Niedźwiedzka z Zakładu Informacji Naukowej Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ w „Roli Bibliotekarzy Medycznych w badaniach typu: ocena technologii medycznych (Health Technology Assessment)” wyjaśnia co to jest Ocena Technologii Medycznych, metody stosowane w HTA, udział fachowców od informacji naukowej w tych pracach oraz ich rola. Wystąpienie swe zakończyła zaproszeniem na warsztaty dla bibliotekarzy medycznych „Information Retrieval & Management & the Invisible Web”, które odbędą się od 30 maja do 2 czerwca 2004 r. w Krakowie i towarzyszyć będą konferencji „The 1st Annual Meeting of Health Technology Assessment International”. Warsztaty prowadzone będą przez wybitnych zagranicznych specjalistów, zajmujących się wyszukiwaniem i przesiewaniem informacji naukowej dla potrzeb badań związanych z oceną technologii medycznych i są przeznaczone dla pra-



Pierwszy dzień obrad

owników informacji naukowej, bibliotekarzy, naukowców szukających publikacji i innych opracowań w celu dokonania przeglądu piśmiennictwa w dziedzinie medycyny i nauk pokrewnych lub prowadzenia badań w tych dziedzinach. Szczegółowe informacje na temat konferencji znaleźć można pod adresem http://www.totem.org.pl/konferencja_krakow.html.

Tradycją dla bibliotekarzy bibliotek medycznych są coroczne konferencje problemowe zapoczątkowane przez Panią mgr Józefę de Laval. Pierwsze spotkanie

dyrektorów Bibliotek Głównych Akademii Medycznych i Głównej Biblioteki Lekarskiej odbyło się w Gdańsku 6 grudnia 1981 r. i do dnia dzisiejszego odbyły się XXII konferencje. Ostatnia zorganizowana została przez Bibliotekę Główną Akademii Medycznej w Warszawie w dniach 23-24 czerwca 2003 r. pod hasłem *Rozwój zintegrowanych usług bibliotecznych*. Ponad dwadzieścia lat współpracy środowiska bibliotek medycznych to wspaniały dorobek. Coroczne konferencje są doskonałą okazją do frontacji sposobów realizacji procesów

wspomagających działalność naukową, badawczą i dydaktyczną macierzystych uczelni. Są także okazją do wzajemnego poznania się i zawiązywania więzi ułatwiających współpracę. W czerwcu 2004 r. odbędzie się XXIII konferencja problemowa bibliotek medycznych, na temat *„Problemów gromadzenia i profilowania zbiorów w bibliotekach medycznych w dobie nowoczesnych technik informatycznych”*. Organizatorem tej konferencji jest Biblioteka Główna Akademii Medycznej w Gdańsku.

mgr Teresa Krzyżaniak
Biblioteka Główna

Ż Biblioteki

Działalność informacyjna i dydaktyczna Biblioteki Główniej

Działalność Biblioteki Główniej AM datuje się od 1984 roku, gdy uchwałą sejmową z 21 lipca powołano do życia Akademię Medyczną w Bydgoszczy. Od 1971 r. działała biblioteka obsługująca Zespół Nauczania Klinicznego Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku, a od 1975 była biblioteką filii Akademii Medycznej w Gdańsku z siedzibą w Bydgoszczy.

Biblioteka niemal od początku swego istnienia działalność informacyjną starała się opierać nie tylko na tradycyjnych źródłach jak katalogi i wydawnictwa informacyjne lecz w coraz większym zakresie o nowoczesne nośniki informacji. W 1988 r. rozpoczęto pracę w 2. nowych programach komputerowych: udostępnianie zbiorów i wykaz nowych nabytków, rok później wdrożono program do opracowywania bibliografii publikacji pracowników AM i katalogi czasopism. Pierwszą bazę komputerową zakupiliśmy w 1989 r. Była to podstawowa dla nauk medycznych baza bibliograficzna *Medline*, którą udostępnialiśmy początkowo z płyt CD-ROM w bibliotece, a następnie od 1992 r. w sieci uczelnianej. Za tym zakupem poszły następne, czytelnicy mogli korzystać stopniowo z coraz większej ilości baz, jak *Current Contents*, *Aidsline*, *Excerpta Medica*. W 1993 r. biblioteka zakupiła program SOWA, który automatyzuje wszystkie procesy biblioteczno-informacyjne. Po przyłączeniu biblioteki do internetu znacznie rozszerzyły się możliwości wykorzystania nowych źródeł pozyskiwania i przesyłania informacji, bazy posadowione na naszym serwerze mogłyśmy udostępniać przez internet, a także korzystać z baz dostępnych on-line.

Praca bibliotekarza zawsze była związana z udzielaniem informacji począwszy od pomocy w wyszukiwaniu pozycji w katalogu, a skończywszy na tekstach w formie elektronicznej. W udzielaniu i przy-

gotowywaniu informacji dla czytelników biorą udział wszyscy pracownicy naszej biblioteki. Są to informacje o oferowanych przez dostawców książkach, sposobie prenumeraty czasopism, korzystaniu z katalogów, regulaminie biblioteki, sposobach wyszukiwania potrzebnych tekstów w internecie i bazach danych. Bibliotekarz udziela informacji wszędzie tam, gdzie spotyka się z czytelnikiem, a więc w wypożyczalni, czytelnicy, pracowni komputerowej, odpisuje na e-maile, odpowiada na telefoniczne zapytania. Zapotrzebowanie na różnego rodzaju informacje w bibliotekach systematycznie wzrasta i pracownicy biblioteki coraz więcej czasu poświęcają na przygotowywanie informacji dla użytkowników i docieranie do źródeł potrzebnych do wykonywania tej pracy.

Obecnie nasza biblioteka posiada blisko 67.000 woluminów książek i ponad 13.500 wol. czasopism (ok. 2.500 tytułów), zakres tematyczny zbiorów to oczywiście medycyna i nauki pokrewne oraz ogólne informatory, słowniki i encyklopedie.

Podstawowym źródłem informacji o zbiorach biblioteki był zawsze katalog. Obecnie tradycyjne katalogi kartkowe wyparte zostały przez katalogi komputerowe – nasze zbiory prezentujemy w programie SOWA, obejmującym książki od 1994 r. (starsze zbiory znajdują się w tradycyjnym katalogu kartkowym) i wszystkie tytuły czasopism posiadanych przez bibliotekę. Można prowadzić poszukiwania zarówno według nazwisk autorów, tytułów jak i haseł przedmiotowych, możliwe jest także wyszukiwanie wieloaspektowe. Z katalogu w programie SOWA można korzystać na miejscu w wypożyczalni biblioteki, gdzie do dyspozycji czytelników znajduje się 5 komputerów, jak i z jego wersji internetowej. W wypo-

życzalni eksponowane są w gablotkach najnowsze nabytki, do dyspozycji odwiedzających znajdują się również katalogi firm wydawniczych oferujących najnowsze swoje publikacje, szczególnie z dziedzin związanych z kierunkami studiów na uczelni.

Podręczniki i skrypty już dawno przestały być jedynymi dokumentami udostępnianymi przez bibliotekę, chociaż są jeszcze często podstawowymi źródłami informacji dla studiujących nauki medyczne. Coraz częściej wykorzystywane są źródła informacji w formie elektronicznej, zarówno te na CD i dyskietkach jak i dostępne on-line.

Udostępniamy obecnie bazy bibliograficzne i pełnotekstowe, które cieszą się coraz większym zainteresowaniem, a także internet do celów dydaktycznych i naukowych oraz wydawnictwa elektroniczne, jak informatory, słowniki, atlasy. Jest również możliwość korzystania z pakietu programów biurowych. W pracowni komputerowej znajduje się 7 stanowisk do pracy z możliwością nagrywania materiałów na dyskietki, CD lub wydrukowania. Pracownicy i studenci mogą także korzystać z baz i internetu w swoich miejscach pracy (katedrach i klinikach, części akademików), ponieważ bazy udostępniamy w naszej sieci akademickiej, z części baz możliwe jest korzystanie również z komputerów domowych – uprawnionym użytkownikom podajemy konieczne do zalogowania się hasła.

Aktualnie udostępniamy następujące bazy:

MEDLINE – podstawowa baza dla nauk biomedycznych opracowywana przez US National Library of Medicine, zawierająca opisy artykułów od 1966 r. z ok. 4.600 tytułów czasopism w większości zachodnich, w dużej części amerykańskich. Obejmuje piśmiennictwo z medy-

cyny i nauk pokrewnych, zawiera ok. 12.000.000 rekordów a rocznie przybywa ok. 520.000 opisów. Większość rekordów posiada abstrakty.

EMBASE – jest bazą bibliograficzną firmy Elsevier Science BV z zakresu biomedycyny i farmakologii, szerzej niż *Medline* reprezentuje europejskie piśmiennictwo medyczne. Indeksuje artykuły publikowane w 3.600 czasopismach z 70 krajów. Zawiera obecnie około 7.600.000 opisów, z tego 80% z abstraktami, rocznie przybywa 450.000 rekordów, posiadamy dostęp do zasobów od 1989 r.

POLSKA BIBLIOGRAFIA LEKARSKA – powstaje w Zakładzie Naukowej Informacji Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej, notuje polskie czasopiśmiennictwo medyczne od 1979 r. Prezentuje literaturę z zakresu medycyny i nauk pokrewnych, a także popularną z zakresu opieki zdrowotnej. Zawiera obecnie ponad 300.000 rekordów, aktualnie uwzględnia zawartość 275 tytułów polskich czasopism oraz zagranicznych dostępnych w GBL, ponadto informacje o monografiach, pracach doktorskich i habilitacyjnych, aktualizowana kwartalnie. Opisy od 1991 r. zaopatrzone są w abstrakty.

BIBLIOGRAFIA PUBLIKACJI PRACOWNIKÓW AKADEMII MEDYCZNEJ W BYDGOSZCZY - od 1995 r. opracowywana jest w Bibliotece Głównej w programie *Expertus*. Umożliwia prezentowanie dorobku poszczególnych autorów i jednostek organizacyjnych uczelni, obecnie zawiera ponad 6.000 opisów. W rekordach prac zamieszczane są oprócz cytatów bibliograficznych punktacje: Impact Factor, punktacja KBN, Index Copernicus, hasła przedmiotowe i klasyfikacja formalna. Na podstawie bibliografii sporządzane są rankingi i analizy na potrzeby władz uczelni, stanowi ona źródło do opracowywania cytowań publikacji naszych pracowników na podstawie „Science Citation Index Expanded” wydawanego przez Institute of Scientific Information w USA.

CURRENT CONTENTS - LIFE SCIENCE – baza bieżących czasopism z nauk biologicznych. Prezentuje abstrakty artykułów, referatów z konferencji i innych publikowanych źródeł z ok. 1.370 światowych naukowych czasopism i książek. Zawiera bieżące dane.

PROQUEST MEDICAL LIBRARY – baza pełnotekstowa opracowywana przez amerykańską firmę ProQuest Company obejmuje teksty z ok. 420 uznanych czasopism medycznych od 1994 roku z takich dziedzin jak: pediatria, kardiologia, neuro-

logia, farmacja, pielęgniarstwo. Oferuje dostęp do bieżących materiałów studentom, naukowcom, praktykom podnoszącym swe kwalifikacje. Biblioteka prenumeruje dwie wersje ProQuest Medical Library na CD oraz on-line.

ACADEMIC SEARCH PREMIER – wielodyscyplinarna baza przygotowana specjalnie dla instytucji akademickich oferuje materiały z wielu źródeł, które nie są indeksowane w innych bazach, udostępnia pełne teksty z ponad 4.000 publikacji a razem z czasopismami, z których zamieszczone są tylko abstrakty jest to 7.800 tytułów nie tylko z nauk medycznych, również z humanistyki, techniki, informatyki. Biomedycyna jest w bazie obszernie reprezentowana.

HEALTH SOURCE: CONSUMER EDITION – teksty z zakresu nauk medycznych, dietytyki, medycyny sportu z ok. 300 pełnotekstowych źródeł.

HEALTH SOURCE: NURSING/ACADEMIC EDITION – pełne teksty z ok. 600 czasopism z zakresu medycyny ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarstwa.

CLINICAL PHARMACOLOGY – baza używana przez tysiące pracowników służby zdrowia w szpitalach, szkołach farmaceutycznych i medycznych. Informuje o lekach, ich zastosowaniu, przeciwwskazaniach, także o lekach będących w fazie testów. Baza jest uzupełniana kwartalnie i sięga wstecz do 1995 roku.

SPRINGER-LINK – baza zawierająca głównie (ale nie tylko) wydawnictwa Springer-Verlag i mająca według jej twórców być obszerną elektroniczną biblioteką dostarczającą materiały wprost na miejsce pracy naukowców, bibliotekarzy, pracowników informacji, dostępne są pełne teksty z około 500 tytułów czasopism. Można korzystać z zasobów całej bazy lub z poszczególnych „bibliotek” jak Medicine, Life Science, Chemical Sciences.

OVID BIOMEDICAL COLLECTION II, III - dwa pakiety czasopism medycznych udostępniane z serwera Interdyscyplinarnego Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego zawierające w sumie ok. 30 tytułów. Dostępne są również najnowsze numery – nie ma okresów karencji.

Federacja Europejskich Towarzystw Mikrobiologicznych (FEMS) udostępniła bibliotekom naukowym nieodpłatnie na okres 2. lat pełne teksty wydawanych przez tę organizację fachowych czasopism.

W bazach dostępnych w bieżącym roku znajdują się w sumie pełne teksty artykułów z ponad 5.400 tytułów cza-

sopism. Wzrasta ilość wykorzystanych tekstów z baz: w roku 2002 z ProQuest Medical Library wykorzystano 6.202 artykuły, a z baz EBSCO 1.912, w 2003 roku odpowiednio 8.304 (PML) i 3.394 (EBSCO). Coraz większym zainteresowaniem naszych czytelników cieszy się praca komputerowa i internet: w 2002 r. było 2.611 odwiedzin – korzystających z internetu: 1.164, w 2003 r. zarejestrowano 7.738 odwiedzin w pracowni, z internetu korzystały 1.974 osoby. Na podstawie dostępnych źródeł wykonujemy zestawienia bibliograficzne a także wyszukujemy pełne teksty artykułów nie tylko dla naszych pracowników, również dla osób zatrudnionych w służbie zdrowia z naszego regionu.

Ważnym źródłem informacji o bibliotece jest nasza strona internetowa na bieżąco aktualizowana. Oprócz praktycznych informacji takich jak godziny otwarcia, telefony, adresy poczty elektronicznej, usługi, umieszczamy tu opisy baz, linki do portali medycznych. Z naszej strony dostępna jest wersja internetowa katalogu książek, prezentujemy najnowsze nabytki książkowe, internetowy katalog zasobów czasopism posiadanych przez bibliotekę w druku i na płytach CD, także wykaz czasopism zaprenumerowanych na bieżący rok. Opracowujemy katalog w układzie alfabetycznym wszystkich czasopism dostępnych w bazach online z bezpośrednimi linkami do poszczególnych tytułów, co znacznie ułatwi naszym czytelnikom poszukiwania pełnych tekstów artykułów. Zamieszczamy tu także wyniki analizy bibliometrycznej sporządzonej na podstawie bibliografii publikacji pracowników naszej akademii zawierające punktację Impact Factor i KBN, a od 2002 r. będzie zawierała też Index Copernicus.

Do biblioteki napływa szereg ankiet wymagających często szczegółowego opracowania zarówno od instytucji, jak i osób prywatnych piszących prace dyplomowe z bibliotekoznawstwa lub opracowujących referaty na różnego rodzaju sesje i szkolenia.

Współpracujemy w zakresie tworzenia katalogów centralnych, wysyłając dane do Centralnego Katalogu Książek Zagranicznych Biblioteki Narodowej i do Centralnego Katalogu Czasopism Zagranicznych prowadzonego przez Główną Bibliotekę Lekarską. Posiada też biblioteka poważny udział w redagowaniu biuletynu informacyjnego uczelni - „*Wiadomości Akademickie*”. Dyrektor jest redaktorem naczelnym tego periodyku, a pracownik biblioteki jest sekretarzem redakcji i autorem sprawozdań z ważnych wydarzeń w życiu

akademii i środowiska medycznego a Na łamach biuletynu staramy się informować o pracy biblioteki, świadczonych usługach i udostępnianych zbiorach.

W Bibliotece Głównej Akademii Medycznej w Bydgoszczy prowadzone są obowiązkowe zajęcia z *Przypodobienia bibliotecznego* dla studentów I roku. Obejmują one wykład 2 godz. i ćwiczenia 2-4 godz. w zależności od kierunku studiów. W ramach zajęć studenci zapoznają się z regulaminem Biblioteki, zasadami wypożyczeń, sposobem korzystania z katalogów komputerowych w programie SO-WA oraz katalogów tradycyjnych.

Studenci starszych lat studiów objęci są obowiązkowymi zajęciami z zakresu *Naukowej informacji medycznej*. Mają one na celu zapoznanie studentów z działalnością służb informacji naukowej, z bazami komputerowymi oraz sposobami korzystania z nich, jak również z wykorzystaniem internetu jako źródła informacji biomedycznej. Ilość godzin jest zróżnicowana i wynosi:

- dla studentów V roku Analityki Medycznej wykład 4 godz. i ćwiczenia 2 godz.
- dla V roku Wydziału Lekarskiego zajęcia seminaryjne 10 godz.
- dla III roku Pielęgniarstwa wykład 6 godz. i ćwiczenia 2 godz.

Biblioteka prowadzi również zajęcia na temat: • *różła informacji w biomedycynie* dla studentów studiów doktoranckich (8 godz.).

Od wielu lat w bibliotece odbywają się studenckie praktyki zawodowe studentów bibliotekoznawstwa i informacji naukowej. Uczestniczymy również w szkole-

niach organizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego Lekarzy, na których staramy się zapoznać uczestników kursu ze sposobami poszukiwania informacji oraz przedstawić bazy bibliograficzne, abstraktowe i pełnotekstowe oferowane w bibliotece. Pracownicy biblioteki mają również swój udział w organizowanych przez uczelnię imprezach popularyzujących osiągnięcia współczesnej medycyny, np. w roku 2003 I Festiwal Nauki – Medicalia 2003, Ogólnopolski Dzień Nauki, w ramach których prezentujemy możliwości zdobywania informacji ze zgromadzonych zbiorów w bibliotece, również dotyczących najnowszych wydarzeń w świecie nauki.

Biblioteka Główna AM stara się w miarę posiadanych środków i możliwości nadążać za rozwojem nowych technik informatycznych i szybkim powiększaniem się zasobów informacji.

Planujemy zwiększenie ilości komputerów dla użytkowników, wyposażenie większej ilości PC w nagrywarki, aktualizację oprogramowania i to zarówno jeśli chodzi o system operacyjny jak i programy przydatne w pracy i nauce, chcemy zapewnić naszym czytelnikom dostęp do możliwie większej ilości baz i wydawnictw w formie elektronicznej. Nawiązujemy współpracę z innymi bibliotekami tak medycznymi jak i bibliotekami naukowymi regionu, głównie poprzez udział w konsorcjach, co wydatnie zmniejsza koszty dostępu do baz. W ramach konsorcjum uzyskaliśmy dostęp do Springer-Link czy ostatnio do bazy ProQuest Medical Library. Nasza biblioteka należy też do powstałego niedawno Konsorcjum

Bibliotek Naukowych Regionu Kujawsko-Pomorskiego, tu planowane jest m.in. wspólne organizowanie szkoleń, zakup oprogramowania i utworzenie pracowni digitalizacji zbiorów. Kupiliśmy nowy program o światowym standardzie do kompleksowej obsługi wszystkich procesów bibliotecznych HORIZON, który umożliwia katalogowanie zbiorów w formacie USMARC, a przez to współpracę z katalogami innych bibliotek i kartoteką haseł przedmiotowych MESH stosowaną powszechnie w klasyfikacji piśmiennictwa medycznego.

Bibliografia :

1. Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy: informator. Bydgoszcz: Studio Artystyczno-Reklamowe POMORZE, 1999. - 20 s.
2. X [Dziesięć] lat Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Red. Walentyna Korpalska. Bydgoszcz : AM, 1994. - 96 s.
3. Janowicz, Eugeniusz. Nowe rozwiązanie programowe w Bibliotece Głównej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. In *Komputerowe systemy biblioteczne w szkołach wyższych regionu bydgoskiego i toruńskiego: III Seminarium, Bydgoszcz-Lubostroń, 24-25 IV 1997*. Bydgoszcz, 1997 s. 47-48.
4. Janowicz, Eugeniusz, Kubiak, Monika. Serwisy biblioteczno-informacyjne Biblioteki Głównej Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy w 2002 r. *Wiadomości Akademickie*, 2002, nr 1, s.11-13.

mgr Teresa Krzyżaniak
mgr Halina Wanatowska
Biblioteka Główna

Ż Biblioteki

Zasady oceny parametrycznej jednostek naukowych

Od roku 2003 Biblioteka Główna AM oprócz corocznego przygotowywania Bibliografii Publikacji Pracowników Akademii Medycznej w Bydgoszczy rozpoczęła prace nad oceną parametryczną jednostek naukowych wchodzących w skład Uczelni.

Publikacje krajowe oceniane są według przygotowywanej przez Komitet Badań Naukowych listy czasopism naukowych oraz wytycznych dotyczących szczegółowych zasad przyznawania punktów za monografie naukowe, podręczniki akademickie oraz publikacje zawarte w suplementach czasopism, proceedings, syllabusach w zakresie działań Zespołu Nauk Medycznych P05.

Wśród zagadnień dotyczących oceny czasopism naukowych oraz dorobku naukowego pracowników powszechnie

używa się również określenia „lista filadelfijska”. Jest to lista tytułów czasopism rejestrowanych w różnych bazach bibliograficznych Instytutu Naukowego w Filadelfii.

Wskaźnik impact factor (IF) danego czasopisma to liczba cytowań uzyskanych przez to czasopismo w roku bieżącym dla artykułów opublikowanych w nim w ciągu dwóch poprzednich lat, podzielona przez ogólną liczbę artykułów zamieszczonych w tym czasopiśmie w tych samych dwóch latach. •ródłem wskaźnika IF jest wydawana corocznie baza Journal Citation Reports (JCR). Zawartość list podlega stałej weryfikacji.

Oszacowaniu poprzez nadanie punktów poddana zostaje każda publikacja, która ukazała się w formie pełnej pracy w wydawnictwach podlegających ocenie

i którą autor afiliiuje w ramach katedr, klinik i zakładów wchodzących w skład Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. Streszczenia i plakaty zjazdowe nie otrzymują punktów, mimo że posiadają je czasopisma, w których się ukazały. W trakcie oceny wartość IF jest dodatkowo przeliczana na punkty KBN, zgodnie z obowiązującymi zasadami.

Aby ocena indywidualna oraz dotycząca danej jednostki była kompletna konieczne jest sukcesywne dostarczanie do Biblioteki Głównej wszystkich ukazujących się publikacji (kserokopia strony tytułowej oraz odpowiedni fragment wydawnictwa).

Joanna Słomkowska
Dział Informacyjno-Bibliograficzny
Biblioteki Głównej AM

Ze sportu

Nowe władze Klubu Uczelnianego AZS Akademii Medycznej w Bydgoszczy

W dniu 19.11.2003 r. odbyło się zebranie sprawozdawczo-wyborcze Klubu Uczelnianego AZS Akademii Medycznej. Delegaci sześciu sekcji: p. koszarowej, p. siatkowej, p. nożnej, pływania, tenisa stołowego i lekkiej atletyki wybrali na kolejną kadencję Zarząd Klubu w składzie:

Prezes

– dr hab. med. Wojciech Zegarski

Wiceprezes ds. sportowych

– mgr Franciszek Waleron

Wiceprezes ds. organizacyjnych

– mgr Adam Ziemiński

Wiceprezes ds. sportu masowego i turystyki

– Michał Ziolkowski

członkowie Zarządu:

– Dorota Szuniewicz,

– Hanna Morzyńska,

– Maciej Lewandowski,

– Małgorzata Żubka,

– Joanna Stodolana.

Przebieg zebrania był tradycyjny. Otwarcie, sprawozdanie ustępującego Zarządu, sprawozdanie Komisji Rewizyjnej, wybory, a na końcu dyskusja.

Prezes ustępującego Zarządu dr hab. med. Wojciech Zegarski dokonał otwarcia zebrania. W wystąpieniu swoim podziękował przede wszystkim władzom Uczelni za umożliwienie studentom uprawiania ulubionej dyscypliny sportu, pracownikom Studium WF i S za stworzenie przychylnej atmosfery do uprawiania sportu akademickiego, a studentom sportowcom za ogromne zaangażowanie w przygotowania i w walce o medale, życząc im satysfakcji z uprawianej dyscypliny.

Sprawozdanie z działalności za lata 2001-2003 przedstawił mgr Franciszek Waleron. Okres ten obejmował XXI oraz pierwszy rok XXII edycji Mistrzostw Polski Szkół Wyższych. Ponieważ w poprzednim wydaniu „Wiadomości Akademickich” przedstawiliśmy szczegółowe wyniki naszej reprezentacji w XXII Mistrzostwach Polski Szkół Wyższych, przypomnimy tylko wyniki XXI edycji.

W Mistrzostwach tych uczestniczyło 17.000 studentów ze 133 uczelni, zarówno państwowych, jak i prywatnych. Uczelnia nasza uplasowała się na 43. pozycji. Wśród Akademii Medycznych zajęliśmy V miejsce, zdobywając 7 medali drużynowych i 17 indywidualnych. Najcenniejszy sukces to złoty medal siatkarek



Mistrzostwa Polski Szkół Wyższych Poznań 2003



Start do biegu przelajowego

przywieziony z Krakowa, gdzie startowały wszystkie uczelnie medyczne. Uczelnię naszą reprezentowały: Kinga Kurnat (kapitan), Anna Zielińska, Magdalena Nitka, Katarzyna Kaczor, Ewelina Maj, Monika Owczarzak, Karolina Jarocho, Małgorzata Barlik, Anna Nowacka i Iwona Rubanowicz. Studentka Anna Nowacka uzyskała tytuł najlepiej atakującej zawodniczki Mistrzostw. Trenerem zespołu był mgr Włodzimierz

Michalski.

Drużynowe srebrne medale w Mistrzostwach Polski Akademii Medycznych zdobyli:

– zespół kobiet tenisa stołowego (Katarzyna Pilecka, Dominika Kosecka, Joanna Małek),

– zespół mężczyzn tenisa stołowego (Fotovat Mohsen, Adam Seichert, Michał Wilczak),

– zespół kobiet lekkiej atletyki (Ka-

rolina Nowacka, Dorota Szambelan, Joanna Stachowiak, Justyna Stępień, Joanna Wysocka, Magdalena Szkudzińska, Natasza Nikiel, Agnieszka Zielińska, Ewa Rzaniak, Monika Owczarzak, Katarzyna Wojdowska, Ewelina Maj, Monika Ciudzińska, trener zespołu mgr Włodzimierz Michalski),

- zespół kobiet w biegach przełajowych (Małgorzata Żubka, Joanna Stachowiak, Barbara Morawska, Karolina Nowakowska, trener zespołu mgr Włodzimierz Michalski).

Drużynowe brązowe medale na Mistrzostwach Polski Akademii Medycznych zdobyli:

- zespół mężczyzn w lekkiej atletyce (Michał Ziolkowski, Adam Paluszkiwicz, Wawrzyniec Bakalarski, Marcin Gorczyca, Paweł Dobrowolny, Marcin Gajda, Zbigniew Małecki, Maciej Matuszewski, Jerzy Maciejewski, Jakub Zaborowski, Grzegorz Jóźwiak, Dariusz Łęgocki, Jarosław Jędrzejowski, trener zespołu mgr Włodzimierz Michalski),

- zespół mężczyzn w piłce nożnej halowej (Damian Janiszewski, Bartosz Bembnista, Michał Proczek, Krzysztof Jagiełło, Paweł Dobrowolny, Fotovat Mohsen, Marcin Ujazdowski, Remigiusz Domagała, Zbigniew Małecki, Jarosław Jędrzejowski, Rafał Różalski, opiekun zespołu mgr Franciszek Waleron).

Corocznie studenci naszej Uczelni uczestniczyli w dwóch obozach zimowych w Białce Tatrzańskiej – 60 osób oraz trzech spływach kajakowych (Brda i Wda) 90 osób. Ta forma spędzania wolnego czasu cieszy się ogromnym powodzeniem i w związku z tym powinna być kontynuowana.

Poza walorami zdrowotnymi niemal jedyną satysfakcją (tylko dla tych, którym udało się zdobyć medal) jest wyróżnienie Listem Pochwalnym JM Rektora Akademii Medycznej w Bydgoszczy w trakcie uroczystości wręczenia dyplomów.

W 2001r. List ten otrzymali: Marcin Gajda, Adam Siomek, Jolanta Pełka, Tomasz Maciejewski, Bernadeta Bratosiewicz, Michał Walczak. W 2002 r.: Kasongo Samburaya, Joanna Małek, Adam Seichert, Katarzyna Kaczor, Kinga Kurnat, Dariusz Łęgocki. W 2003 r.: Damian Janiszewski, Paweł Dobrowolny, Grzegorz Jóźwiak, Marek Koziński, Paweł Lisewski, Jerzy Maciejewski, Zbigniew Małecki, Marcin Ujazdowski, Michał Wilczak, Michał Ziolkowski z Wydziału Lekarskiego, Katarzyna Pilecka, Fotovat Mohsen, Natasz Nikiel, Magdalena Nitka, Karolina Głazik, Justyna Stępowaska, Jarosław Jędrzejowski, Jakub Zaborow-



Biwak nad Jeziorem Wdzydze



Uczestnicy obozu narciarskiego na Kasprowym Wierchu

ski, Dorota Szambelan z Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz Patrycja Zalas z Wydziału Farmaceutycznego.

W dyskusji Kierownik Studium WF i S dr Andrzej Drygas, zwrócił uwagę na zmieniające się przepisy co do uzyskiwania zdolności do uprawiania sportu amatorskiego /Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lipca 2003/. W związku z narzuconym obowiązkowym ubezpieczeniem przez Zarząd Główny AZS oraz ewentualnymi odszkodowaniami w razie wypadku, sytuacja ta musi być wyjaśniona w najbliższym czasie.

W podsumowaniu, kadencję Zarządu KU AZS AM w latach 2001-2003 należy uznać za bardzo udaną. Sądzymy, że mimo trudnej sytuacji finansowej, w jakiej

znajduje się KU AZS, sport akademicki w dalszym ciągu dynamicznie będzie się rozwijał, a uczelnia nasza znajdzie się na upragnionej medalowej pozycji wśród Akademii Medycznych, co byłoby wspaniałym prezentem na dwudziestolecie działalności.

Sportowcom – złotym, srebrnym i brązowym medalistom oraz wszystkim tym, którzy brali udział w zawodach i uczestniczyli w zajęciach sekcji, przyczyniając się do rozwoju sportu akademickiego w naszej Uczelni – dziękujemy i serdecznie gratulujemy.

mgr Franciszek Waleron
Studium Wychowania Fizycznego
i Sportu AMB

Sprawy studenckie

Studenckie Towarzystwo Naukowe – możliwości rozwoju każdego studenta

STUDENCKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

STN jest integralną jednostką Akademii Medycznej w Bydgoszczy utworzoną i zarządzaną przez studentów oraz stworzoną specjalnie dla studentów. STN integruje i koordynuje działalność studenckich kół naukowych (SKN), reprezentuje studencki ruch naukowy wewnątrz i na zewnątrz Uczelni, a także umożliwia prezentację dorobku naukowego studentów, między innymi przez organizowanie konferencji naukowych.

STUDENCKIE KOŁA NAUKOWE

Każdy student chcący pracować naukowo może uczestniczyć w działalności SKN. Jeżeli jest zainteresowany pediatrią, biochemią, chirurgią czy jakąkolwiek inną specjalnością, nawet dla jednego studenta może zostać założone SKN przy wybranej katedrze (zakładzie lub pracowni). Zaś dla opieki nad pracą studentów wyznaczany jest przez kierownika wybranej jednostki opiekun.

KIEDY PRZYSTĄPIĆ DO PRACY W SKN?

Ważne, by tym rodzajem działalności zainteresować się dość wcześnie. Jednakże niezbędne jest posiadanie jakichkolwiek teoretycznych podstaw z ogólnej wiedzy medycznej (anatomii, fizjologii, biochemii) oraz choćby odrobiny informacji z wybranej dziedziny. Myślę, że początek drugiego roku dla dziedzin podstawowych i trzeciego dla klinicznych jest dobrym czasem na rozpoczęcie pracy. Prócz tego trzeba wiedzieć, że efekty działalności w SKN są widoczne średnio po około 1,5-2 lat od momentu jej rozpoczęcia.

CO DAJE PRACA W SKN?

Praca w SKN daje wiele możliwości, z których tylko niewielką część tutaj opiszę. Można rozwijać swoją wiedzę i zainteresowania bez ograniczeń, a przy tym korzystać z doświadczenia i wiedzy opiekuna, kierownika jednostki naukowo-dydaktycznej lub innych sław polskiej i zagranicznej medycyny.

Możliwe jest w dużej mierze prowadzenie samodzielnie projektu badawczego (badania ankietowe, badania laboratoryjne) lub włączenie się w przedsięwzięcie pracowników katedry. Własne badania to korzystanie z wyspecjalizowanej aparatury będącej wyposażeniem katedry/zakładu, pracowni (np. cytometru przepływowego, inkubatora CO₂, komory laminarnej, czytnika mikropłytek). Możliwe jest również doskonalenie praktycznych umiejętności klinicznych m.in. poprzez uczestnictwo w zabiegach chirurgicznych, badaniach lekarskich, dyżurach lub w codziennej pracy zakładu/laboratorium.

Natomiast właściwe pisanie pracy

przynosi jeszcze więcej atrybutów, ale i wiąże się z licznymi utrudnieniami. Już na samym początku formalności, czyli uzyskanie zgody Komisji Bioetycznej na napisanie pracy (w praktyce uzyskanie pozytywnej opinii przed rozpoczęciem badania naukowego na jego przeprowadzenie). Umiejętność napisania „dobrego” wniosku (czyli takiego, który zaakceptuje Komisja, oczywiście jeśli nie ma etycznych wątpliwości) to cecha bardzo cenna, nie tyle dla studenta co dla przyszłego naukowca. A trzeba wiedzieć, że obecnie wszystkie badania prowadzone w Akademii (również prace pogładowe) wymagają pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej.

Po wtóre korzystając z baz medycznych i wyszukując piśmiennictwa do przygotowania badania i napisania pracy nabywa się umiejętności korzystania z nich oraz poznaje się zasady evidence-based-medicine. Prócz tego ciągle ćwiczy się i rozwija język, głównie angielski, gdyż niemal wszystkie streszczenia (i większość światowej literatury naukowej) jest publikowana po angielsku.

W dodatku wykonując obliczenia związane z „obróbką” uzyskanych wyników praktycznie opanowuje się korzystanie z metod i programów statystycznych (np. Statistica), a statystyka przestaje być czystą teorią z zajęć.

Uwieńczeniem pracy jest jej publikacja w prasie naukowej i/lub prezentacja na konferencji. Wydrukowanie pełnego tekstu pracy nie jest takie szybkie jakby się wydawało, gdyż wysyłając pracę do redakcji jest ona recenzowana przynajmniej przez dwie osoby, a cały cykl wydawniczy od wysłania do publikacji (oczywiście po jej przyjęciu do druku) zajmuje „przy dobrych wiatrach” około 6 miesięcy (rozrzut terminów jest duży od około 2 miesięcy do 3 lat!).

Natomiast prezentacja dorobku na konferencji to też zdobywanie dalszych umiejętności. Praca może zostać zaprezentowana ustnie co jest najbardziej prestiżową formą, gdyż przeważnie najlepsze są w tej postaci przedstawiane. Ustna prezentacja zmusza do wykonania przeźroczy lub pokazu multimedialnego (i znów trzeba się nauczyć korzystania z odpowiedniego programu komputerowego, np. PowerPoint). Wiedzieć należy, że obecnie na niektórych zjazdach inne formy niż pokaz multimedialny w prezentacjach ustnych są zakazane (Primum Non Nocere, 1/2004, str. 7 i 9), również podczas zbliżającej się 2ND International Conference of Students’ Scientific Society for Medical Students and Young Doctors organizowanej w kwietniu przez bydgoski STN. Natomiast wystąpienie przed licz-



nym audytorium (z profesorami i doktorami – specjalistami z danej dziedziny w pierwszym rzędzie) jest to również walka z samym sobą, z emocjami. Należy pamiętać, że po prezentacji jest dyskusja, podczas której z sali mogą padać pytania dotyczące tematu. Ale może nas czekać coś niespodziewanego jak np. pytania kompletnie nie związane z prezentowanym tematem, z którymi to nie jest tak łatwo sobie poradzić.

Druga zaś z form upublicznienia swoich wyników badań podczas konferencji – plakat też jest bardzo pouczającym doświadczeniem, zwłaszcza na początku swojej kariery naukowej, gdyż tu stres związany z prezentacją jest o wiele mniejszy, no i występuje się przed mniejszym gronem. Warto pamiętać, że konferencje i zjazdy to również przyjemności: imprezy towarzyszące, poznawanie nowych ludzi, zwiedzanie ciekawych miejsc nie tylko w kraju, ale i zagranicą (właściwie każdy zakątek świata).

Praca naukowa na studiach ułatwia jej kontynuację po uzyskaniu dyplomu, gdyż wszystko z czym na początku spotykają się młodzi naukowcy opanowuje się na studiach. Łatwiej jest również uzyskać pracę, gdy ma się już dorobek naukowy. Za każdą publikację i za działalność w STN-ie otrzymuje się dodatkowe punkty które zwiększają szanse dostania się na studia doktoranckie (tak jest na Lekarskim naszej Alma Mater).

Mam nadzieję, że powyższe korzyści wynikające z pracy w Studenckim Towarzystwie Naukowym zachęcą do pracy badawczej, zwłaszcza studentów z młodszych roczników.

Serdecznie dziękuję Agnieszce Zaborskiej, studentce V roku kierunku lekarskiego za krytyczne uwagi do niniejszego tekstu.

Krzysztof Czyżewski
kierunek lekarski, rok IV
Przewodniczący Komisji Studenckich
Badań Naukowych

Adres do korespondencji:
Studenckie Koło Naukowe
Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii
Akademii Medycznej w Bydgoszczy
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
tel. 503975105
k.czyzewski@amb.bydgoszcz.pl

Wspomnienia

Trudno pogodzić się z myślą...

Trudno pogodzić się z myślą, że nie ma wśród nas wybitnego uczonego, nauczyciela, a przede wszystkim wspaniałego przyjaciela, Profesora Piotra Jacka Bilińskiego, Kierownika Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

Tragiczny wypadek zabrał Go przedwcześnie spośród grona żyjących. Bolesna pustka, pełna głębokiego żalu otoczyła środowisko lekarskie ortopedii bydgoskiej.

Kiedy w 1994 roku obejmował Klinikę Ortopedii AM w Bydgoszczy, Jego silna osobowość, entuzjazm i twórczy umysł stał się siłą napędzającą rozwój ortopedii w naszym regionie.

Profesor dr hab. n. med. Piotr Jacek Biliński urodził się 18 października 1951 roku w rodzinie lekarskiej. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. Po uzyskaniu dyplomu lekarza od dnia 1 października 1975 roku do 30 września 1994 roku pracował w Katedrze i Klinice Ortopedii AM we Wrocławiu. Wraz z pogłębianiem swoich kwalifikacji zawodowych obejmował kolejne stanowiska służbowe od lekarza stażysty do adiunkta. Tytuł specjalisty w zakresie ortopedii i traumatologii uzyskał w 1981 roku. W roku 1982 obronił pracę doktorską pt. „Ocena zachowania się zwarłości kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w następstwie uszkodzeń krążka międzykręgowego i zespołu więzadeł tylnych”.

W październiku 1992 roku Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu nadała Piotrowi J. Bilińskiemu stopień naukowy doktora habilitowanego na podstawie rozprawy pod tytułem „Badania nad sprawnością ruchową i stabilnością kręgosłupa po leczeniu operacyjnym choroby zwyrodnieniowej krążka międzykręgowego dolnej części kręgosłupa”.

Doświadczenia zawodowe i naukowe pogłębiał Profesor w ośrodkach zagranicznych: Instytucie Ortopedycznym w Rizzoli, w Uniwersyteckiej Klinice Ortopedii w Essen oraz w Uniwersyteckiej Klinice Ortopedii Szpitala Sahlgrenska w Goteborgu. Praktykował również w chirurgii kręgosłupa w Klinice Neurochirurgii Szpitala w Schwerinie. Po przejściu z Wrocławia do Bydgoszczy wprowadził w Klinikę Ortopedii AM transpedicularny system stabilizacji kręgosłupa w leczeniu jego złamań, skoliozy i patologicznej kyfozy. Zasadą w kierowanej przez Profesora Klinice stało się ciągłe rozszerzanie spektrum wykonywanych operacji oraz podnoszenie umiejętności zawodowych i naukowych. Sam aktywnie uczestniczył w działalności naukowo-szkoleniowej – w ramach krajowych i zagranicznych zjazdów, sympozjów i konferencji naukowych.

Profesor Biliński był członkiem komitetów naukowych czasopism: Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska; Ortopedia, Traumatologia i Rehabilitacja; Annales Academiae Medicae Bydgosciensis. Przewodniczył Komitetowi Organizacyjnemu XXXIV Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego Bydgoszcz 2002. W kadencji 2000-2002 był członkiem Zarządu Głównego PTO i Tr. Pełnił funkcję prezesa Kujawsko-Pomorskiego Oddziału PTI i Tr., a także był delegatem narodowym PTO i Tr. W SICOT. W latach 1995-2001 przez dwie kadencje wypełniał obowiązki Prodziekana Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Był promotorem siedmiu przewodów doktorskich oraz opiekunem naukowym jednego przewodu habilitacyjnego, autorem 149 prac naukowych ogłoszonych drukiem. Odznaczony Zło-



Profesor Piotr Jacek Biliński

tym i Srebrnym Krzyżem Zasługi oraz odznaką „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia”.

Zasługi Profesora Piotra Jacka Bilińskiego dla nauki i służby zdrowia są ogromne. Ten szlachetny i prawy człowiek o wspaniałym sercu poświęcił całe swoje, pełne blasku życie dla pacjentów i uczniów. Profesor był człowiekiem o wielkim doświadczeniu klinicznym, dużej wiedzy i osobistej kulturze, brzydził się fałszem, cenił nawet najgorszą prawdę. Był zawsze pogodny i wrażliwy na cierpienie ludzkie.

Tragiczny wypadek w dniu 11 grudnia 2003 roku nagle przerwał wielkie plany i zamierzenia.

Kochany Profesorze – w pamięci naszej pozostaniesz na zawsze takim, jakim byłeś i jakiego Ciebie znaliśmy – twórczym, uczynnym, pracowitym, dobrym, bezpośrednim.

w imieniu współpracowników i przyjaciół
dr hab. n. med. Edward Szymkowiak

Wspomnienia

Pamięci dr n. med. Jadwigi Tyrakowskiej ...

Dr n. med. Jadwiga Tyrakowska odešla na zawsze 6 lutego 2004 roku.

Dr Jadwiga Tyrakowska otrzymała dyplom lekarza w 1954 roku w Akademii Medycznej w Gdańsku. Od tego momentu poświęciła całe swoje życie zawodowe chorym na różne choroby płuc.

Początkowo pracowała w Gdańskiej Akademii Medycznej pod kierunkiem wielkiego lekarza i humanisty, prof. Kielanowskiego. Od 1 października 1975 roku została powołana do pełnienia funkcji kierownika Kliniki Ftizio-Pneumonologii Filii Akademii Medycznej w Gdań-

sku z siedzibą w Bydgoszczy, a od stycznia 1985 roku została kierownikiem Kliniki Chorób Płuc Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Stworzyła Klinikę Chorób Płuc o wysokim poziomie leczniczym i edukacyjnym. Była z tej Kliniki dumna: wyszkoliła wielu dobrych lekarzy i specjalistów.

Za tę pracę była wielokrotnie nagradzana przez Rektorów AM w Gdańsku i Bydgoszczy, otrzymała odznaki za wzorową pracę w służbie zdrowia (1979), za zasługi dla miasta Bydgoszczy (1982) i województwa bydgoskiego (1983),

Złoty Krzyż Zasługi i Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (1985).

Była dobrym człowiekiem i lekarzem, co uwidaczniało się w kontaktach z chorymi, pracownikami i studentami Akademii. Była człowiekiem wielkiego serca. Ci, którzy mieli z dr Jadwigą Tyrakowską bliższy kontakt, pamiętają, że była ludzkiem życzliwa, pomagała radą i wiedzą. Lubiła dzielić się swoimi refleksjami. Doświadczyłem tego sam wielokrotnie.

Taką Ją pamiętam. Część jej Pamięci.
prof. dr hab. Gerard Drewa
Dziekan Wydziału Lekarskiego

Sprawy osobowe

Informacje kadrowe

Dane dotyczące zmian kadrowych odnośnie nauczycieli akademickich (obejmujące samodzielnych pracowników naukowych oraz osoby pełniące funkcje kierownicze) za okres od października 2003 roku do początku lutego 2004 roku.

1. Z dniem 01.10.2003 r. na podstawie umowy o pracę prof. dr hab. Mieczysław Uszyński został zatrudniony na stanowisku profesora zwyczajnego AM w Katedrze i Zakładzie Propedeutyki Medycyny.

2. Z dniem 01.10.2003 r. na podstawie umowy o pracę prof. dr hab. Jan Pawlaczek został zatrudniony na stanowisku profesora zwyczajnego w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej.

3. Z dniem 01.10.2003 r. zostało przedłużone powołanie dr Zofii Jeleńskie-Sadzikowskiej do pełnienia funkcji p.o. kierownika Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii.

4. Z dniem 01.10.2003 r. zostało przedłużone powołanie dr. Jacka Kławe do pełnienia funkcji p.o. kierownika Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii.

5. Z dniem 01.10.2003 r. zostało przedłużone powołanie dr. hab. Ludwika Pokory do pełnienia funkcji kierownika Katedry i Zakładu Terapii Fizycznej.

6. Z dniem 15.10.2003 r. dr hab. Andrzej Igor Prokurat został mianowany na stanowisko profesora nadzwyczajnego AM w Katedrze i Klinice Chirurgii Dziecięcej z jednoczesnym powołaniem do pełnienia funkcji kierownika ww. jednostki.

7. Z dniem 01.01.2004 r. dr Andrzej Kurylak został przeniesiony z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii do Zakładu Pielęgniarstwa Pediatrycznego z jednoczesnym powołaniem do pełnienia funkcji p.o. kierownika ww. jednostki.

8. Z dniem 01.01.2004 r. zostało przedłużone powołanie dr. hab. Zenona Grabczyka, prof. nadzw. AM do pełnienia funkcji kierownika Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych.

9. Z dniem 01.01.2004 r. zostało przedłużone powołanie dr. Renaty Sujkowskiej do pełnienia funkcji p.o. kierownika Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej.

10. Z dniem 01.01.2004 r. zostało przedłużone powołanie dr. Michała Szpindy do pełnienia funkcji p.o. kierownika Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej.

11. Z dniem 01.01.2004 r. została przedłużona umowa o pracę z dr hab. Ryszardem Gniazdowskim w Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa Społecznego z jednoczesnym przedłużeniem powołania do pełnienia funkcji kierownika ww. jednostki.

12. Z dniem 01.02.2004 r. dr Halina Bojarowicz została powołana do pełnienia funkcji p.o. kierownika w Zakładzie Technologii i Formy Kosmetyku.

13. Z dniem 01.02.2004 r. dr Anna Grabowska-Gawęł została przeniesiona z Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii do Zakładu Pielęgniarstwa w Intensywnej Opiece Medycznej z jednoczesnym powołaniem do pełnienia funkcji p.o. kierownika ww. jednostki.

14. Z dniem 01.02.2004 r. dr hab. Władysław Sinkiewicz został powołany do pełnienia funkcji kierownika Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii.

*opracowała mgr Agnieszka Mróz,
Z-ca Kierownika Działu Kadr i Plac*

Sprawy osobowe

Promocje doktorskie

W październiku 2003 roku Centralna Komisja do Spraw Stopni i Tytułów zatwierdziła uchwałę Rady Wydziału Lekarskiego z dnia 27 czerwca 2003 roku o nadaniu stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej – patofizjologii dr Ewie Żekanowskiej z Katedry i Zakładu Patofizjologii.

W okresie od dnia 15.10.03. do 18.02.04. Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy nadała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny i biologii medycznej niżej wymienionym osobom:

1. Małgorzata Walentowicz z Katedry i Kliniki Położnictwa i Chorób Kobiety dnia 15.10.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena wybranych czynników fibrynolizy w płynie płęcherzykowym u pacjentek leczonych metodami

wspomaganego rozrodu”. Promotor: prof. dr hab. Wiesław Szymański, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Jerzy Rawdwan z CZMP w Łodzi; prof. dr hab. Maria Kotschy, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

2. Agnieszka Jarzemska z Wojewódzkiego Szpitala Gruźlicy i Chorób Płuc w Bydgoszczy dnia 15.11.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Porównanie tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (HRCT) klatki piersiowej z badaniami klinicznymi i fizjopatologicznymi w zwłóknieniach płuc”. Promotor: dr hab. Władysław Lasek, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Bogdan Pawlak z AM w Poznaniu; dr hab. Andrzej Dziedziczko, prof. nadzw. AM w Bydgoszczy.

3. Marek Perlik z NZOZ Centr. Ginekol.-Położn. „Auxilium” we Wrześni dnia 15.11.2003 roku uzyskał stopień

naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Urokinazowy aktywny plazminogenu (uPA) i jego receptor (uPAR) w płynie owodniowym, błonach płodowych i osoczu kobiet rodzących”. Promotor: prof. dr hab. Mieczysław Uszyński, prof. zw. AM. Recenzenci: dr hab. Krzysztof Drews z AM w Poznaniu; prof. dr hab. Maria Kotschy, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

4. Grażyna Piskunowicz z Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii dnia 15.11.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Nerkowe dawki dopaminy w zapobieganiu ostrej niewydolności nerek u chorych poddanych planowym zabiegom na dużych naczyniach”. Promotor: dr hab. Stanisław Molski, prof. nadzw. AM. Recenzenci: dr hab. Ryszard Stanisławski z AM w Poznaniu; prof. dr hab. Jacek Manitius, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

5. Piotr Frąckiewicz z Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej dnia 15.11.2003 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Spływ żylny z gonad u płodów człowieka”. Promotor: dr hab. Stanisław Molski, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Witold Woźniak z AM w Poznaniu; dr hab. Zbigniew Wolski, prof. nadzw. AM w Bydgoszczy.

6. Katarzyna Ciesielczyk z Katedry i Zakładu Fizjologii dnia 3.12.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Wpływ fototerapii na zachowanie się wybranych parametrów fizjologicznych u osób z chorobą afektywną sezonową ChAS”. Promotor: dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Zbigniew Nowicki z AM w Gdańsku; dr hab. Alina Borkowska z AM w Bydgoszczy.

7. Sławomir Dobrak z Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii dnia 3.12.2003 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Porównanie efektywności niskich dawek lewomepromazyny, droperidolu i ondansetronu w profilaktyce pooperacyjnych nudności i wymiotów po operacyjnym leczeniu dyskopatii odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa”. Promotor: prof. dr hab. Heliodor Kasprzak. Recenzenci: prof. dr hab. Leon Drobnik z AM w Poznaniu; dr hab. Maciej Śniegocki z AM w Bydgoszczy.

8. Justyna Szrajda z Katedry i Zakładu Psychologii Klinicznej dnia 3.12.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena funkcjonowania społecznego osób lekko upośledzonych umysłowo dokonana przy zastosowaniu klasyfikacji ICIDH oraz ICIDH-2 a decyzja orzecznicza o ustaleniu stopnia niepełności”. Promotor: dr hab. Marcin Piórkowski. Recenzenci: prof. dr hab. Władysław Dykciak z UAM w Poznaniu; prof. dr hab. Aleksander Araszkiewicz z AM w Bydgoszczy.

9. Tomasz Zwierzchlewski z Katedry i Zakładu Mikrobiologii dnia 3.12.2003 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Wpływ wybranych czynników na adhezję pałeczek z rodzaju *Acinetobacter* do polimerów”. Promotor: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Stefania Giedrys-Kalamba z PAM Szczecinie; prof. dr hab. Waldemar Halota, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

10. Jacek Szeliga z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu dnia 21.01.2004 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena przydatności klinicznej analizy autofluorescencji tkankowej indukowanej światłem impulsowego lasera azotowego w endoskopowej diagnostyce stanów patologicznych śluzówki jelita grubego”. Promotor: dr hab. Marek Jakowski. Recenzenci: dr hab. Stanisław Dąbrowiecki, prof. nadzw. AM w Bydgoszczy; prof. dr hab. Janusz Jaśkiewicz z AM w Gdańsku.

11. Jolanta Hasiak z Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii dnia 21.01.2004 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena wczesnego okresu katabolizmu pooperacyjnego po rozległych operacjach urologicznych oraz skuteczności blokady neurogennej w zapobieganiu jego rozwojowi”. Promotor: dr hab. Zbigniew Wolski, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Ewa Mayzner-Zawadzka z AM w Warszawie; prof. dr hab. Andrzej Borówka z Centr. Szpit. Kolej. w Warszawie.

12. Magdalena Pasińska z Katedry i Zakładu Genetyki Klinicznej dnia 21.01.2004 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Analiza genetycznego podłoża niepowodzeń ciążowych u par w regionie kujawsko-pomorskim”. Promotor: dr hab. Olga Haus, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Wiesław Szymański, prof. zw. AM w Bydgoszczy; prof. dr hab. Alina Midro z AM w Białymstoku.

13. Anna Andruszkiewicz z Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego dnia 21.01.2004 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Poczucie koherencji pielęgniarek a wzór zachowań z pracą”. Promotor: dr hab. Irena Wrońska, prof. nadzw. AM. Recenzenci: dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. nadzw. AM w Bydgoszczy; dr hab. Elżbieta Kułak-Krajewska z AM w Białymstoku.

14. Mariola Banaszkiewicz z Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki dnia 21.01.2004 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej na przykładzie studentów bydgoskich uczelni wyższych”. Promotor: dr hab. Irena Wrońska, prof. nadzw. AM. Recenzenci: dr hab. Zbigniew Bartuzi, prof.

nadzw. AM w Bydgoszczy; dr hab. Teresa Kulik, prof. AM w Lublinie.

15. Beata Ulatowska z Katedry i Zakładu Mikrobiologii dnia 21.01.2004 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Pałeczki *Serratia* sp. w zakażeniach szpitalnych”. Promotor: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Anna Przondo-Mordarska z AM we Wrocławiu; doc. dr hab. Eugeniusz Małafiej z CZMP w Łodzi.

16. Ilona Wojak z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego z Bydgoszczy dnia 21.01.2004 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Analiza drobnoustrojów izolowanych od gorączkujących dzieci z chorobą nowotworową w okresie neutropenii”. Promotor: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Mariusz Wysocki z AM w Bydgoszczy; dr hab. Jadwiga Meszaros z AM w Warszawie.

17. Jacek Gocki z Katedry i Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych dnia 18.02.2004 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena cytotoskyczności *Helicobacter pylori* u pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy z alergią i bez alergii na pokarmy”. Promotor: dr hab. Zbigniew Bartuzi, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Maciej Kaczmarek z AM w Białymstoku; prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

18. Lucyna Muller z Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii dnia 18.02.2004 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Analiza profilu wybranych cytokin i pacjentów z chorobą trzewną przestrzegających i nie przestrzegających diety bezglutenowej”. Promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Maciej Kaczmarek z AM w Białymstoku; prof. dr hab. Jerzy Socha z IP CZDz w Warszawie.

19. Alina Jaśkowiak-Staśkiewicz z PS ZOZ w Inowrocławiu dnia 18.02.2004 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Długofalowe obserwacje zakażeń układu moczowego u dzieci i młodzieży”. Promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Anna Balcerska z AM w Gdańsku; dr hab. Anna Obuchowicz ze ŚAM w Katowicach.