Wiadomości Akademickie

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

ISSN 1508-2180

Nr 32
Marzec 2009

Z dziejów lecznictwa

Japonistyka przestała być moim hobby, a stała się drugim zawodem

Wywiad z dr. hab. Krzysztofem Stefańskim, prof. UMK kierownikiem Katedry Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych

Święto Uczelni
19 luty 2009 roku

Prof. Mieczysław Jaroniec
- nowy doktor honoris causa UMK

Promocja doktorska

Dyplomy doktora habilitowanego
otrzymało ponad 30 osób

Nowi doktorzy odbierali dyplomy
również w towarzystwie rodzin

for. Piotr Kurek

„Mądrością będzie budowany dom,
a roztropnością umocnion będzie”
XXIV Księga Przypowieści

Pozornie nieistotne spotkania okazują się być niezmiernie ważne, bo niespodziewanie zwracają Nam uwagę i przypominają fundamentalne normy etyczne. W tym miejscu winno się przytoczyć w całości rozważania na temat mądrości i roztropności, których podstawą był powyższy cytat przytoczony przez jednego z najmłodszych przedstawicieli naszej akademickiej społeczności, żegnającego Absolwentów Wydziału Lekarskiego. MĄDROŚĆ to bowiem umiejętność rozeznania dobra i zła, a ROZTROPNOŚĆ - dokonania właściwego wyboru dobra i odpowiedniego sposobu dla jego realizacji. Dojrzałość tych zaleceń dla młodych lekarzy, które i my winniśmy uwzględniać w życiu zawodowym i rodzinnym, pozwala mieć nadzieje, że kolejne pokolenie medyków będzie się nimi kierowało, niezależnie od stanowiska i wieku, dla dobra pacjentów i siebie samych.

Obecny rok jest rokiem pierwszego, skromnego jubileuszu naszych Wiadomości Akademickich, których pierwszy numer ukazał się przed dziesięciu laty, w czerwcu 1999 r. Pragniemy uczcić tę datę specjalnym jubileuszowym numerem, dlatego zwracamy się do Panstwa z prosbą o nadsyłanie dodatkowych materiałów i tekstów.

Zbigniew Wolski

Spis Treści

Wywiad numeru
Japonistyka przestała być moim hobby a stała się drugim zawodem, wywiad z dr hab. Krzysztofem Stefańskim, prof. UMK, kierownikiem Katedry Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej 2

Z życia Uczelni
Święto Uczelni 5
Jesteśmy razem 6
Wykłady z astronomii 6
Wyróżnienie Kolegium Medycyny Laboratoryjnej 6
Stypendium w ramach IFCC-PSEP 6
Irena Matławska 7
Janusz Kowalewski 7

Polemiki
Droga tam, dokąd nie chcesz 8
Mądrość i roztropność 9
Przeszczep rogówki w Katedrze i Klinice Chorób Oczu 10

Medycyna i pielęgniarstwo
Życiodajna śmierć – pokonferencyjne reminiscencje 10
Ile kosztuje ludzkie życie? wykład z cyklu “Medycznej środy” 12

Sztuka
Intrygujące “Małżeństwo Arnolfinich”, czyli słowo o symbolice szczęścia 14

Historia medycyny
Początki Jurasza 16
Szpital dla niemowląt w Bydgoszczy – w stulecie otwarcia 17

Nauka i dydaktyka
Habilitacja w Polsce i za granicą 18
Nasi na Liście Filadelfijskiej 20

Konferencje
Konferencja Kliniki Nefrologii 21
Międzynarodowa Konferencja Sekcji Otologii i Neurootologii 21

Z Biblioteki
Regionalne Centrum Informacji Medycznej 23
Biblioteki cyfrowe (repozytoria) - nową ofertą usługową dla naukowych środowisk medycznych w Polsce 25
Medycyna w Kujawsko-Pomorskiej Bibliotece Cyfrowej 28

Studenci
Akcja charytatywna “Mikołajkowy uśmiech” 29
Sieć bezprzewodowa w Collegium Medicum 29

Ze sportu
Białka Tatrzańska 2009 30
Dbajmy o nasze zdrowie 31
Wiadomości sportowe 32

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

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:
Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. Zbigniew Wolski
Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej:
prof. dr hab. Gerard Drewa
Członkowie Rady Programowej:
prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK
prof. dr hab. Bogusław Hładoń
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Wojciech Szczęsny
dr hab. Maria Szewczyk
dr Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:
Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki
Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch
Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak
Adjustacja: mgr Joanna Hładoń-Wiącek

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

Skład komputerowy:
mgr Monika Kubiak

Korekta merytoryczna:
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Janusz Tyloch
Korekta techniczna:
mgr Ewa Dominas

Druk: Formator, Piotr Lorek

Stali współpracownicy:
dr Andrzej Drygas, dr Walentyna Korpalska, mgr Mirosława Kram, dr Krystyna Kurowska, dr hab. Jan Styczyński, dr Wojciech Szczęsny

Okładka: Utagawa Kunisada Toyokuni III): Kobiety nad rzeką, 1847-1850, sygnowany: Ichiyosai Toyokuni ga, wydawca: Moriya Jihei, stemple cenzorskie: Murata (Murata Heiemon), Mera (Mera Taichiro), nishiki-e, format: oban, ze zbiorów Muzeum Uniwersyteckiego w Toruniu

Japonistyka przestała być moim hobby a stała się drugim zawodem

Wywiad z dr. hab. Krzysztofem Stefańskim, prof. UMK kierownikiem Katedry Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej

Redakcja: W imieniu Redakcji „Wiadomości Akademickich" cieszymy się, że zgodził się Pan na rozmowę o pracy i nie tylko...

Redakcja: Katedra Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej powstała niedawno, bo w 2001 roku na bazie Pracowni Informatyki Medycznej. Jak wyglądała Pana droga naukowa do czasu objęcia jej kierownictwa?

Prof. Krzysztof Stefański: Zasadniczy nurt mojej działalności naukowej w ciągu ostatnich 30 lat, mimo sporej różnorodności, da się sprowadzić do wspólnego mianownika: teoria nieliniowych układów dynamicznych i jej zastosowania. W praktyce oznaczało to i teorię laserów, i półklasyczne kwantowanie układów niecałkowalnych, i badanie ogólnych własności układów nieliniowych za pomocą prostych modeli, którym zajmuję się do dziś. Zrezygnujmy może ze szczegółowego objaśniania tych terminów, a zajmijmy się okolicznościami powstania Katedry.

Powstała ona w chwili, kiedy nieco inaczej wyglądały plany dotyczące dydaktyki na Wydziale Farmaceutycznym. Zamierzano stworzyć nowy kierunek – biomedycynę. Miał to być kierunek kształcący absolwentów, służących w przyszłości wsparciem medykom i farmaceutom, a mających znacznie od nich lepsze przygotowanie teoretyczne w zakresie matematyki, fizyki, chemii itd. Dlatego też ówczesny dziekan Wydziału Farmaceutycznego „ściągnął" mnie i prof. Przemysława Staszewskiego z Akademii Bydgoskiej, na której pracowaliśmy po przenosinach z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w 1997 r. Z czasem okazało się, że kierunek nie powstanie, a biomedycyna została jedynie specjalnością w ramach analityki medycznej. Postanowiono jednak wykorzystać nasze kwalifikacje i zdecydowano, że na kierunkach Wydziału Farmaceutycznego przedmiotów teoretycznych będzie więcej niż przewiduje minimum. Prof. Jan Pawlaczyk w wykładzie zaprezentowanym podczas ubiegłorocznej uroczystości poświęconej 20-leciu kształcenia na Wydziale mówił o tym, że kształcenie farmaceutów według najnowszych tendencji światowych powinno również zapewniać solidne podstawy w zakresie matematyki i fizyki. W Collegium Medicum tę koncepcję już realizujemy. Możnaby więc powiedzieć, że dzięki większej dawce matematyki w programie studiów, mamy najnowocześniejszą farmację w kraju.

Redakcja: Od początku istnienia działalność dydaktyczna Katedry objęła prowadzenie zajęć z informatyki, statystyki, fizyki i matematyki, do niedawna analizy sygnałów biomedycznych dla studentów wszystkich kierunków studiów Collegium Medicum. To olbrzymie obciążenie, jak sobie Państwo z nim radzicie?

Prof. Krzysztof Stefański: Obecnie prowadzimy mniej zajęć niż niegdyś. W pewnym okresie mieliśmy ogromną ilość zajęć, natomiast m.in. po przejściu Wydziału Nauk o Zdrowiu na kształcenie informatyczne własnymi siłami (nam zostali tylko studenci I roku elektroradiologii, których uczymy matematyki i fizyki) i zmniejszającej się liczbie studentów z naborów (przy pełnej swobodzie wyboru uczelni przez kandydatów, część przyjętych nie pojawia się fizycznie na studiach) nie jesteśmy dydaktycznie przeciążeni. Z jednej strony to dobrze, można poświęcić więcej czasu na pracę naukową, natomiast z drugiej strony dalsza tendencja spadkowa mogłaby pociągnąć za sobą konieczność redukcji kadry w Katedrze.

Redakcja: Jak kształtowała się struktura Katedry?

Prof. Krzysztof Stefański: Struktura Katedry jest dosyć nietypowa, bo powstawała ona w nietypowych okolicznościach.

W skład Katedry wchodzą dwa zakłady: Zakład Modelowania Matematycznego w Naukach Biomedycznych, kierowany przez prof. Staszewskiego i mój - Zakład Teorii Układów Biomedycznych, a ponadto komórka, z której cała Katedra wyrosła – Pracownia Informatyki Medycznej. Pracownia, która przez wiele lat była jednostką międzywydziałową, została włączona do Wydziału Farmaceutycznego w 1999 r. Początkowo Katedra mieściła się kątem w budynku Katedry i Zakładu Patomorfologii, ale od 2002 r. rezydujemy na I piętrze budynku przy ul. Jagiellońskiej i mamy bardzo dobre, jeśli nie luksusowe, warunki.

Redakcja: Jak wygląda kwestia zaopatrzenia w sprzęt i programy?

Prof. Krzysztof Stefański: Tak naprawdę i do dydaktyki i do badań potrzebujemy przede wszystkim komputerów, ewentualnie kredy i tablicy albo pióra i papieru. Jeśli chodzi o oprogramowanie, korzystamy ze standardowych pakietów, ale pracownicy mojego zakładu potrafią posługiwać się językami programowania i do celów badawczych zazwyczaj sami tworzą potrzebne programy. Z doświadczenia wiemy, że pakiety komercyjne, gdy chce się zbadać bardziej wyrafinowany problem, często nie są wystarczająco elastyczne, natomiast własny program zawsze można zmodyfikować. Do celów dydaktycznych na wykłady z matematyki czy statystyki potrzebujemy przede wszystkim dużych tablic i kredy. Niestety, w Collegium Medicum były i nadal są z tym problemy. W większości przypadków tablice są mikroskopijne, a te większych rozmiarów są przeznaczone do pisania markerami i nie nadają się najlepiej do zapisywania dłuższych wywodów matematycznych i robienia wykresów. Choć do spełnienia marzeń o sali wykładowej z czterema wielkimi, klasycznymi tablicami jeszcze trochę brakuje, sytuacja wyraźnie się poprawiła dzięki zakupieniu czterech dużych, ruchomych tablic w ramach realizacji bardzo potrzebnego kursu wyrównawczego dla studentów farmacji i analityki medycznej, finansowanego z funduszy europejskich. Może to zabawne, ale do niedawna był to jeden z kluczowych problemów, trudny do wyjaśnienia wielu innym wykładowcom, którzy na swoich zajęciach używają tablicy jedynie sporadycznie. W przypadku przedmiotów ścisłych możliwość zapisywania na żywo dłuższego wywodu ma kluczowe znaczenie dla skuteczności przekazu treści dydaktycznych. Można by półżartem powiedzieć, że trudno nauczać matematyki bez elementów happeningu, a tego happeningu nie ma bez odpowiedniej tablicy.

Redakcja: W Katedrze zajmujecie się Państwo m.in. dynamiką przejściową w układach nieliniowych, zastosowaniem mechaniki kwantowej w fizyce i chemii czy biomedycznym zastosowaniem metod statystycznych. Dla laika brzmi to dosyć przerażająco, więc bylibyśmy wdzięczni, gdyby zechciał Pan opowiedzieć nam o tematyce badań nieco bardziej przystępnie…

Prof. Krzysztof Stefański: Kiedy badamy dynamikę różnego rodzaju układów: fizycznych, chemicznych, biologicznych i możemy w tych badaniach użyć równań liniowych, mamy dobrze ugruntowaną teorię, a możliwe zachowania są skatalogowane, sklasyfikowane i przewidywalne. To, co interesujące, pojawia się, kiedy w opisie układu trzeba zastosować równania nieliniowe. Ujmując rzecz w najprostszy sposób, kiedy zmiana parametrów stanu układu zależy wprost proporcjonalnie nie od wartości parametrów poprzedniego stanu, tylko na przykład od funkcji sinus albo od kwadratów czy iloczynów tych parametrów, czyli wszystkiego, co wykracza poza prostą proporcjonalność, mamy do czynienia z równaniami nieliniowymi. Nie ma ogólnej teorii, która klasyfikowałaby wszystkie możliwe zachowania takich układów, a bada się jedynie różne ich kategorie. Układy liniowe stanowią bardzo wąską, choć niezwykle użyteczną kategorię, natomiast wśród układów nieliniowych

można by wyróżnić bardzo wiele, być może nawet nieskończenie wiele kategorii. Jednym z możliwych efektów pojawiających się, gdy dynamika ma charakter nieliniowy, jest tzw. chaos deterministyczny, o którym w ostatnich latach mówi się często w dziełach przeznaczonych dla szerszej publiczności.

Redakcja: Na przykład w filmie Spielberga „Park Jurajski"...

Prof. Krzysztof Stefański: Bardzo dobry przykład, tam matematyk Ian Malcom był specem od teorii chaosu.

Redakcja: I wszyscy powtarzają anegdotę o efekcie motyla, że motyl zaburzający powietrze dzisiaj w Pekinie może być przyczyną huraganu w następnym miesiącu w Nowym Jorku, chociaż tak naprawdę niewiele z tego rozumieją…

Prof. Krzysztof Stefański: Tak, i zazwyczaj jedynie powtarzają tę anegdotę, bo między Bogiem a prawdą, aby zrozumieć istotę sprawy, bez matematyki, choćby na dość podstawowym poziomie, ani rusz. Tymczasem za pomocą matematyki można wyjaśnić podstawy teorii chaosu na całkiem prostych przykładach.

W tego typu badaniach, jakie my prowadzimy, rozpatruje się nie jeden układ nieliniowy o ustalonych wartościach parametrów, lecz cały ich zbiór, bowiem tych wartości nie da się określić z nieskończoną dokładnością. Układy dla bardzo nieznacznie różniących się wartości parametrów mogą wykazywać fundamentalne różnice zachowań, przy czym te różnice ujawniają się dopiero po dostatecznie długiej obserwacji. Istnieją takie graniczne wartości parametrów, że w przypadku układu z wartością parametru odrobinę mniejszą, można czekać i czekać w nieskończoność, a wciąż manifestują się zachowania chaotyczne, natomiast dla odrobinkę większej od granicznej wartości parametru zachowania układu, początkowo chaotyczne, po jakimś czasie okazują się okresowe, cykliczne. W Katedrze badamy, kiedy po owej prawej stronie granicznej wartości parametru pojawią się zachowania okresowe albo inaczej, jak długo mogą trwać zachowania udające chaotyczne. W pewnym sensie zachowania obserwowane po nieskończenie długim czasie to „eschatologia", natomiast my zajmujemy się „biologią" układów dynamicznych, czyli zachowaniami przejściowymi. Stany asymptotyczne, do jakich wszyscy zmierzamy, są niestety znane, a to, co przedtem, czyli życie to ewolucja przejściowa.

Redakcja: A biomedyczne zastosowanie metod statystycznych?

Prof. Krzysztof Stefański: Prowadzimy różne badania o charakterze podstawowym, bazujące częściowo na metodach statystycznych. Ponadto często zwracają się do nas koledzy zajmujący się badaniami medycznymi lub biomedycznymi z prośbą o konsultacje natury statystycznej. Studentów medycyny i farmacji uczymy podstaw statystyki, ale aby móc swobodnie korzystać z metod statystycznych, należy mieć dobre podstawy matematyczne. W katedrze jest też grupka osób, przede wszystkim z Pracowni Informatyki Medycznej, które dosyć regularnie pracują z medykami i zajmują się nie tyle zastosowaniem statystyki, co badaniem możliwych konsekwencji statystycznych w przypadku problemów natury medycznej.

Redakcja: W jaki sposób dobierał Pan nowych pracowników?

Prof. Krzysztof Stefański: Moją pierwszą wypromowaną doktorantką jest absolwentka fizyki na UMK, dr Katarzyna Buszko. W Toruniu fizycy zajmują się przede wszystkim mechaniką kwantową i jej zastosowaniami. O klasycznych dynamicznych układach nieliniowych studenci zazwyczaj słyszą niewiele, więc opanowanie języka i metodyki właściwej dla tej dziedziny badań wymagało od niej sporo czasu i wysiłku, ale rezultaty tych wysiłków są znakomite. W zasadzie budowaliśmy kadrę pod presją potrzeb dydaktycznych, ale przy doborze pracowników kierowaliśmy się opiniami i „listami polecającymi" wystawianymi przez naszych kolegów z UMK i UJ.

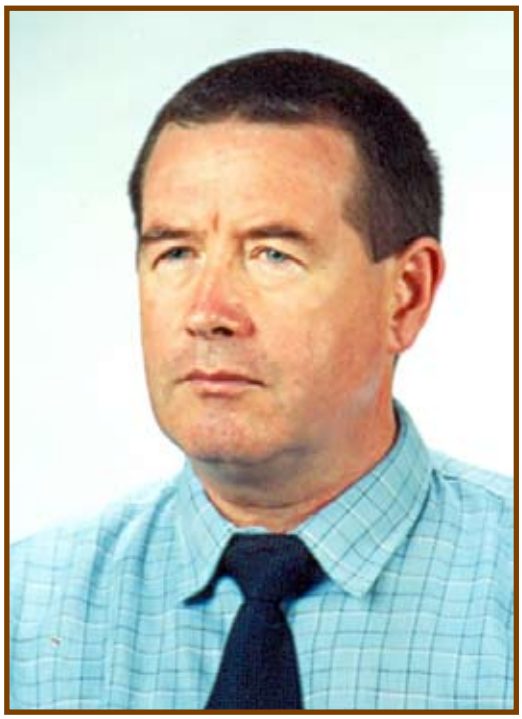
Redakcja: Kilka lat temu żywo udzielał się Pan podczas 5 Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki, przeprowadzając powtórkę magdeburskiego eksperymentu Otto von Guerickego, dowodzącego istnienia próżni. Czy nadal bierze Pan udział w przedsięwzięciach popularyzujących naukę?

Prof. Krzysztof Stefański: Było to przedsięwzięcie na duża skalę. Pierwszy eksperyment podczas 5 Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki był jedną z centralnych imprez Festiwalu, odbywającą się na Rynku Staromiejskim. W dwa miesiące później byliśmy z półkulami na gościnnych występach we Wrocławiu. Rok później powtórzyliśmy eksperyment przed Instytutem Fizyki w Toruniu, a po kilku miesiącach podczas festiwalu w Gdańsku.

Redakcja: Wygląda na to, że Instytut Fizyki UMK dosyć chętnie udziela się w przedsięwzięciach popularnonaukowych...

Prof. Krzysztof Stefański: Bez wątpienia. Co roku przygotowuje wiele imprez festiwalowych. Dwa lata temu brałem udział w jednej z nich. Wraz z grupą studentów fizyki należących do SPIE (The International Society for Optical Engineering) przeprowadziliśmy kilka wykładо-pokazów pod (zapożyczonym) tytułem „Pogromcy mitów". Poddawaliśmy w nich niektóre potoczne mądrości oraz spektakularne sceny z filmów akcji testom zgodności z prawami fizyki.

Redakcja: Jest Pan jednocześnie kierownikiem Pracowni Języka i Kultury Japońskiej, istniejącej już od 1995 roku. Wydaje się to zaskakującym połączeniem. Skąd wzięło się u Pana zainteresowanie Krajem Kwitnącej Wiśni?



Prof. Krzysztof Stefański: Ludzie fascynują się Japonią z bardzo różnych powodów. Obecnie np. młodzież popada w japonofilię najczęściej z powodu zainteresowania mangą i Anie, czyli japońskimi komiksami i filmami animowanymi, natomiast ja w czasach studenckich uprawiałem judo. Oglądałem też namiętnie filmy wybitnych japońskich reżyserów: Kurasawy, Kobayashiego, Uchikawy (najczęściej były to filmy samurajskie). I w ten sposób połknąłem bakcyla. Później moje zainteresowanie Japonią tliło się z różnym natężeniem, ale nigdy nie zgasło, a w 1992 roku dostałem propozycję wyjazdu do Japonii na prawie rok. Od strony naukowej wyjazd był udany umiarkowanie (to się też zdarza), ale można powiedzieć, że moje zainteresowanie Japonią i japonistyką rozpaliły się na nowo. Mimo pewnych zastrzeżeń Japonia bardzo mi się podobała – jak to określałem indagowany o wrażenia: wyniosłem wrażenia mieszane z wyraźną przewagą pozytywnych. Tym pozytywnym wrażeniom z pewnością sprzyjało kilka czynników. Byłem w o tyle dobrej sytuacji, że sporo wiedziałem o kraju, dlatego zderzenie z nową rzeczywistością było mniej bolesne. Miałem też wygodne i tanie mieszkanie, o co w Japonii wcale niełatwo, a śmierć głodowa nie zaglądała mi w oczy, bo pałeczkami nauczyłem się jeść o wiele wcześniej.

Redakcja: W jakich okolicznościach?

Prof. Krzysztof Stefański: W czasie pobytu w Stanach Zjednoczonych prawie dziesięć lat wcześniej i to pod presją okoliczności. Musiałem po prostu bronić honoru narodowego. Tamtejszy mój szef, krótko po moim przyjeździe, zabrał do chińskiej restauracji żonę, dosyć „smarkatą" córkę, swojego doktoranta –

Prof. Ingarden i ambasador Japonii Ryuichi Tanabe na otwarciu wystawy w Bibliotece Uniwersyteckiej

Chińczyka, zaprzyjaźnione małżeństwo starszych Chińczyków oraz mnie. Tylko przed młodą „kozą" i przede mną, obok pałeczek położono klasyczne sztućce, a szef zaczął żartować na temat spodziewanej walki, jaką będę musiał z pałeczkami stoczyć. Pomyślałem oczywiście: „Co, ja nie zjem?!", no i opanowałem tę sztukę z marszu.

Redakcja: A jak radził Pan sobie z językiem?

Prof. Krzysztof Stefański: Przed wyjazdem do Japonii liznąłem trochę języka, a podczas pobytu tam nieco swoje umiejętności poprawiłem. Jednocześnie rozwinęły się moje zainteresowania historią Japonii. Nie jestem na tyle biegły w języku praktycznym, by dyskutować o skomplikowanych problemach, ale w sprawach podstawowych jestem w stanie porozumieć się nienajgorzej, a ponadto potrafię posługiwać się słownikami, co umożliwia mi czytanie japońskich tekstów, choć idzie to powoli. Niestety, nie mam czasu, by pielęgnować japońską konwersację, więc rozmawiając z Japończykami, mam nadzieję, że nie będą nadmiernie uprzejmi, bo wtedy zaczynają używać form bardziej wyrafinowanych i trudniejszych do zrozumienia, jeśli się nie ma odpowiedniego treningu. A historia Japonii to mój konik. Pewną rolę w tym odegrał fakt, że podczas pobytu w Japonii mieszkałem w Okazaki, leżącym niedaleko Nagoi mieście z trzystoma tysiącami obywateli, będącym miejscem urodzenia Ieyasu, pierwszego szoguna Togukawa, który jest pierwowzorem filmowego szoguna Toranagi.

Redakcja: Po powrocie do kraju nie zapomniał Pan o Japonii…

Prof. Krzysztof Stefański: Nie pozwolił mi na to profesor Ingarden, który już wcześniej propagował japonistykę na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika i który był inicjatorem powstania Pracowni Języka i Kultury Japońskiej. Ja w tym przedsięwzięciu zostałem człowiekiem od czarnej roboty.

Redakcja: W 1999 roku uruchomiono dwuletnie studia specjalne języka i kultury japońskiej, ale marzenie o japonistyce pozostało. Czy w międzyczasie starał się Pan o grant z ambasady Japonii?

Prof. Krzysztof Stefański: Dwukrotnie otrzymaliśmy wsparcie od Fundacji Japońskiej w formie darów książkowych. Natomiast w 2001 roku zostaliśmy namówieni, by wystąpić z wnioskiem o grant rządu japońskiego. Oczekiwanie na rozstrzygnięcie trwało prawie dwa lata, ale wynik był dla nas pomyślny, bo w uznaniu zasług w tworzeniu podstaw japonistyki dostaliśmy grant w formie zaawansowanego sprzętu audiowizualnego i laboratorium językowego. Cała procedura była skomplikowana, bo takie granty wiążą się z podpisaniem porozumienia na szczeblu międzyrządowym, ale adresatem grantu sprzętu został Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, a konkretniej Wydział Filologiczny. Sprzęt został zainstalowany pod koniec 2004 roku i obecnie Wydział Filologiczny ma pełne wyposażenie sali wykładowo-konferencyjnej oraz laboratorium językowego, a Pracownia otrzymała kilka komputerów z oprogramowaniem do samodzielnej nauki języka japońskiego.

Przez wiele lat gościliśmy wolontariuszy, wówczas delegowanych przez rządową agencję współpracy z zagranicą, którzy od 1992 r. prowadzili u nas lektorat języka japońskiego. Byli oni opłacani przez stronę japońską, a Uczelnia opłacała im tylko ubezpieczenie zdrowotne i zapewniała bezpłatne zakwaterowanie. Ten program został zamknięty kilka lata temu, a sama agencja została rozwiązana przed dwoma laty. W tym roku natomiast został uruchomiony nowy program wolontariatu, dzięki któremu w lutym tego roku zawitał do nas nowy wolontariusz. Obecny program wolontariatu ma znacznie skromniejszy zasięg, niż ten sprzed lat. Czujemy się mocno wyróżnieni, ponieważ do nowego programu zostały zakwalifikowane tylko cztery kraje Europy Środkowo-Wschodniej, a do Polski przysłano jedynie sześcioro wolontariuszy, w tym jednego do nas.

Redakcja: W tym roku akademickim przeprowadzono pierwszy nabór na japonistykę na UMK a otwarcie kierunku uświetniła wystawa „Polska-Japonia" w Bibliotece Uniwersyteckiej, którą otworzył ambasador Japonii Ryuichi Tanabe…

Prof. Krzysztof Stefański: Już przy powoływaniu Pracowni Języka i Kultury Japońskiej kierowała nami myśl, by z czasem powołać japonistykę, ale przez długi czas nie byliśmy w stanie spełnić minimów kadrowych. Półtora roku temu udało nam się zatrudnić na pierwszy pełen etat japonistkę z doktoratem, dr Iwonę Merklejn. Stała się ona jednym filarem japonistyki, a drugim jest prof. Alfred Majewicz z UAM, który współpracuje z nami od 1994 r. No i w tym roku akademickim osiągnęliśmy wreszcie cel – ruszyliśmy ze studiami I stopnia.

Redakcja: O jedno miejsce na japonistyce ubiegało się 11 osób. Przyjęto 15 studentów.

Prof. Krzysztof Stefański: Co więcej, w ostatecznym rozrachunku wśród wszystkich kierunków i specjalności oferowanych przez UMK właśnie na japonistykę było się najtrudniej dostać. Japonistyka ma status specjalności w ramach filologii, choć w praktyce specjalności filologiczne odpowiadają kierunkom, gdyż praktycznie każda filologia ma autonomiczny program praktycznie nie powiązany z programami innych filologii.

Redakcja: Czy planujecie Państwo rozszerzenie tych studiów na II stopień? Wygląda na to, że zainteresowanie jest ogromne…

Prof. Krzysztof Stefański: Jeżeli zdołamy zbudować solidne podstawy kadrowe, to możemy pomyśleć o poszerzeniu oferty o studia II stopnia, ale wydaje się mało prawdopodobne, by udało nam się to osiągnąć wcześniej niż za 3-5 lat. Zainteresowanie było, jest i zapewne będzie jeszcze długo, ale brakuje kadry, bo japonistów mogących firmować japonistykę nie ma w Polsce zbyt wielu.

Redakcja: Ile jest japonistyk w Polsce?

Prof. Krzysztof Stefański: Nasza jest czwarta. Trzy pozostałe, powstałe znacznie wcześniej niż nasza, są prowadzone na UW, UAM i UJ. Program nauczania na UMK jest bardzo zbliżony do programu japonistyki na Uniwersytecie Warszawskim, aby zapewnić naszym absolwentom spore szanse wstępu na studia II stopnia w Warszawie. Na razie chcielibyśmy nasze studia I stopnia ustabilizować, aby wszystkie trzy roczniki funkcjonowały gładko.

Redakcja: Czyli nie planujecie Państwo większego naboru?

Prof. Krzysztof Stefański: Mamy nadzieję, że uda nam się rozkręcić japonistykę, ale nie planujemy masowego naboru studentów, bo nigdzie nie przyjmuje się na japonistyki więcej niż 20 osób, jako że trudno byłoby zapanować nas większą liczbą osób na trudnych zajęciach w laboratorium językowym, czy przy nauce pisma. Z drugiej strony trudno oczekiwać, by zapotrzebowanie na japonistów było tak duże jak np. na anglistów.

Redakcja: Pan również wykłada?

Prof. Krzysztof Stefański: Tak, wykładam na pierwszym roku historię Japonii od początku do połowy XIX w., czyli tzw. starszą historię Japonii i prowadzę część zajęć z pisma.

Redakcja: Z jakimi nowymi problemami zetknęliście się Państwo przy prowadzeniu japonistyki?

Prof. Krzysztof Stefański: Zetknęliśmy się z pewnym problemem, mianowicie parę osób musiało się wycofać, ponieważ studiują jednocześnie coś innego, a japonistykę wybrały jako drugi kierunek. Przy naborze nie ma możliwości odrzucenia kandydatury kogoś,

kto studiuje inny kierunek. Jednak okazuje się, że nauka na japonistyce, a przede wszystkim nauka pisma (to jeden z największych „złodziei" czasu) pochłania tyle sił, że nie da się jej połączyć z obowiązkami studenta na innym kierunku czy specjalności. Musimy znaleźć rozwiązanie problemu osób studiujących dwa kierunki, może nieco zwiększyć nabór lub zniechęcić do ubiegania się o przyjęcie na japonistykę osoby już studiujące na niższych latach, bo w absolutnej większości przypadków jest to nie do pogodzenia. Jeśli chodzi o naukę pisma, to w ciągu mniej więcej pierwszych sześciu tygodni trzeba opanować dwa sylabariusze: hiraganę i katakanę, każdy składający się z 46 znaków, za pomocą których można reprezentować quasi-fonetycznie około 200 sylab używanych w języku japońskim. Niestety, to nie wystarczy, bo system sylabiczny byłby niewygodny jako podstawowy system zapisu. W języku japońskim występuje nieprawdopodobna liczba wyrazów równobrzmiących, czyli homonimów. Kiedy używa się ideogramów, łatwiej jest od razu, bez wchodzenia w kontekst, zgadnąć o co chodzi. Bywa i po 100 znaków czytanych w ten sam sposób, ale mających różne znaczenia. Gdyby więc zamiast jednego z nich, użyć znaków któregoś z sylabariuszy, gdzieś musiałaby zostać zawarta dodatkowa informacja na temat znaczenia.

Redakcja: Ile ideogramów musi opanować japoński maturzysta?

Prof. Krzysztof Stefański: Podobnie jak nasi studenci - 1945 znaków i około 10.000 kombinacji. Nowy standard ustalono po II wojnie światowej. Nasi studenci poznają 625 znaków na pierwszym roku, 660 na drugim i 660 na trzecim.

Redakcja: Który okres starszej historii Japonii jest Panu najbliższy?

Prof. Krzysztof Stefański:Najbardziej interesuje mnie okres Sengoku, rozciągający się od lat 80. XV wieku do końca XVI w. Był to jeden z okresów wojen domowych zakończony szogunatem Tokugawów.

Redakcja: Utrzymujecie Państwo bliższe kontakty z Muzeum Sztuki i Techniki Manggha w Krakowie?

Prof. Krzysztof Stefański: Tak, nawet nasi studenci z kursu języka i kultury japońskiej miewali tam część zajęć ze sztuki japońskiej. Można by nawet powiedzieć, że jesteśmy z Centrum Sztuki i Techniki Japońskiej zaprzyjaźnieni.

Redakcja: A propos sztuki - kaligrafuje Pan?

Prof. Krzysztof Stefański:Nie mam czasu na systematyczne ćwiczenia, ale trochę się w kaligrafię bawiłem. Niektóre znaki jestem nawet w stanie napisać dosyć przyzwoicie, ale o osiągnięciu mistrzostwa raczej nie marzę, bo standardy są niebywale wyśrubowane. W końcu dla Chińczyków i Japończyków kaligrafia jest jedną z najważniejszych sztuk.

Redakcja: W jaki sposób łączy Pan Profesor wszystkie obowiązki kierownika Katedry Układów Biomedycznych i kierownika Pracowni Języka i Kultury Japońskiej jednocześnie?

Prof. Krzysztof Stefański:Prawdę mówiąc, z trudem. Wielość zobowiązań nie sprzyja szybkiemu robieniu kariery naukowej, a czasem nadmierne obciążenia odbijają się na zdrowiu. Kierowanie Katedrą w Collegium Medicum i Pracownią na Wydziale Filologicznym, to tylko część moich obciążeń. Realizuję pensum w Collegium Medicum, na japonistyce prowadzę ponad 120 godzin zajęć rocznie, a do tego jeszcze 30 godzin wykładów z wprowadzenia do tomografii dla studentów fizyki medycznej na Wydziale Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej. Prowadzę badania z zakresu dynamiki nieliniowej, ale od ponad 10 lat uczestniczę też czynnie we wszystkich konferencjach japonistycznych organizowanych w Polsce (i w tym sensie japonistyka przestała być moim hobby, a stała się drugim zawodem).

Do tych obciążeń w ciągu ostatnich czterech lat dochodziło jeszcze jedno, bardzo absorbujące i bodaj najbardziej stresujące – udział w rekrutacji. I od niego próbuję się przynajmniej na kilka lat „wyurlopować", żeby mieć więcej czasu na pozostałe obowiązki, a przy okazji, uszczknąć też trochę na odpoczynek.

Redakcja: Dziękujemy za rozmowę.

W imieniu Redakcji „Wiadomości Akademickich" rozmowę prowadziły mgr Monika Kubiak oraz mgr Joanna Hładoń-Wiącek

Święto Uczelni

www.cm.umk.pl

Wręczenie honorowego doktoratu Uniwersytetu Mikołaja Kopernika prof. Mieczysławowi Jarońcowi było jednym z głównych akcentów tegorocznego Święta Uczelni, przypadającego tradycyjnie w rocznicę urodzin Mikołaja Kopernika.

Dyplom doktora honoris causa prof. Jarońcowi wręczył prof. Bogusław Buszewski, fot. Piotr Kurek

Główna uroczystość odbyła się 19 lutego w Auli UMK (wcześniej Senat UMK złożył kwiaty pod pomnikiem Mikołaja Kopernika na Rynku Staromiejskim). Obok wręczenia doktoratu honoris causa, w programie uroczystości znalazło się m.in. przemówienie rektora prof. Andrzeja Radzimińskiego, wręczenie odznaczeń i medali oraz promocja doktorska.

Profesor Jaroniec, absolwent UMCS w Lublinie, należy do grona najwybitniejszych polskich chemików, zaliczany jest do czołówki naukowców z zakresu nauki o materiałach mezoporowatych w USA. Jest autorem i współautorem ponad 850 artykułów naukowych i komunikatów, wygłosił ponad 450 wykładów na międzynarodowych konferencjach i sympozjach. Miarą pozycji profesora Jarońca w świecie naukowym jest liczba cytowań z jego prac, która wynosi ok. 1200 rocznie, co daje dotąd ponad 10,5 tysiąca cytowań (Profesor jest najczęściej cytowanym na świecie polskim chemikiem). Dwukrotnie, w 1986 i 1991 r., Szwedzka Akademia Nauk zapraszała go do grona naukowców nominujących kandydatów do Nagrody Nobla w dziedzinie chemii. Od 1991 pracuje na uniwersytecie stanowym Ohio w Kent. Zajmuje się m.in. syntezą, modyfikacją i zastosowaniem materiałów mezoporowatych.

Profesor od wielu lat utrzymuje kontakty z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika, był gościem konferencji naukowych, recenzentem doktoratów i publikacji doktorantów i pracowników UMK, w jego laboratorium odbywali staże toruńscy chemicy.

Z okazji Święta Uczelni 20 lutego w Auli UMK odbył się tradycyjny Koncert Uniwersytecki. Chór Akademicki UMK oraz Toruńska Orkiestra Symfoniczna pod dyrekcją Rubena Silvy wykonała „Symfonię Es-dur Mercury" Josepha Haydna, „Planetoidę 12999 Toruń" Magdaleny Cynk (wykonanie prapremierowe) oraz „Glorię" Johna Ruttera. Koncert był elementem obchodów 30-lecia Chóru Akademickiego UMK.

Jesteśmy razem

8 stycznia 2009 roku w Collegium Medicum w Bydgoszczy odbył się pierwszy warsztat z nowego cyklu pt. „Jesteśmy razem".

Przybyłych na spotkanie przywitała Prorektor ds. Collegium Medicum, prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe oraz koordynator cyklu warsztatów - dr Daria Pracka.

Na piewszym spotkaniu młodzież licealna wraz ze swoimi nauczycielami próbowała odpowiedzieć na pytanie „Nauczyć się na sprawdzian w jeden wieczór... czy to możliwe?" W czasie warsztatu młodzież miała możliwość zapoznania się z technikami zapamiętywania oraz wykonania samodzielnie kilku ćwiczeń.

Kolejne warsztaty już wkrótce.

Spotkanie z licealistami

Wykłady z astronomii

Na zdjęciu: cykl rozpoczął dr hab. Andrzej Niedzielski, który opowiedział m.in. o astronomicznych dokonaniach Galileusza oraz pensylwańsko-toruńskim projekcie poszukiwań planet poza Układem Słonecznym (fot. A. Romański)

W czterech miastach naszego regionu przez cały rok odbywać się będą wykłady otwarte z cyklu „A jednak się kręci – astronomia 400 lat po Galileuszu", przygotowane przez pracowników Centrum Astronomii UMK.

Sponsorem cyklu jest Fundacja Amicus Universitatis Nicolai Copernici.

Rok 2009 został ogłoszony przez ONZ Międzynarodowym Rokiem Astronomii, jako że w tym roku mija 400 lat od pierwszych obserwacji astronomicznych dokonanych za pomocą lunety przez Galileusza. W połączeniu z dokonanym kilkadziesiąt lat wcześniej odkryciem Kopernika zrewolucjonizowało to astronomię i fizykę. Przez minione 400 lat kolejne doniosłe odkrycia dotyczące planet, gwiazd, galaktyk i wreszcie całego Wszechświata zupełnie odmieniły nasze rozumienie Kosmosu. Jaka zatem jest nasza obecna wiedza o nim i jakimi metodami badawczymi posługuje się współczesna astronomia? Odpowiedzi na te pytania postarają się udzielić pracownicy naukowi Centrum Astronomii UMK w cyklu wykładów.

Wykłady w Bydgoszczy:

5 lutego 2009 r. – dr hab. Andrzej Strobel, prof. UMK „Droga Mleczna – nasz kosmiczny dom".

5 marca 2009 r. – dr hab. Maciej Mikołajewski „Najpiękniejsze odkrycia toruńskich teleskopów".

2 kwietnia 2009 r. – dr Magdalena Kunert-Bajraszewska „Zobaczyć niewidzialne, czyli załóżmy radiowe okulary."

7 maja 2009 r. - prof. dr hab. Jacek Krełowski „Złożone związki chemiczne w przestrzeni – możliwe początki życia."

4 czerwca 2009 r. – dr Anna Bartkiewicz „Podglądając narodziny masywnych gwiazd."

3 września 2009 r. – dr hab. Andrzej Marecki „Kiedy galaktyce przysługuje miano aktywnej?"

1 października 2009 r. – prof. dr hab. Bronisław Rudak, (Centrum Astronomii im. Mikołaja Kopernika Polskiej Akademii Nauk) „Czarne dziury – czarne perły Wszechświata".

5 listopada 2009 r. – dr hab. Michał Hanasz, prof. UMK „Wszechświat w symulacjach komputerowych."

3 grudnia 2009 r. – prof. dr. hab. Andrzej Kus „Kosmiczna mikrofalówka."

Wykłady odbywają się w Sali Sesyjnej Ratusza, ul. Jezuicka 1, godz. 18:00.

Wyróżnienie Kolegium Medycyny Laboratoryjnej

W ogólnopolskim Konkursie Prac Dyplomowych Kolegium Medycyny Laboratoryjnej wyróżniono dwie prace dyplomowe przygotowane w Collegium Medicum. Wyniki Konkursu ogłoszono w Gdańsku 16 stycznia 2009 r.

Wśród wyróżnionych znalazły się: praca doktorska dr n. med. Marty Gorzkiewicz pt. „Polimorfizm genu mitochondrialnej polimerazy gamma (pol γ) w populacjach ludzkich Europy" , praca magisterska mgr Anny Czarneckiej pt. „Polimorfizm sekwencji mitochondrialnego DNA gatunku Canis familiaris - aspekty filogenetyczne i identyfikacyjne".

Obie prace zostały wykonane w Zakładzie Genetyki Molekularnej i Sądowej Katedry Medycyny Sądowej pod kierunkiem dr. hab. n. med. Tomasza Grzybowskiego.

Informacje o konkursie można znaleźć na stronach internetowych Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce: www.kml.org.pl.

Stypendium w ramach IFCC-PSEP

Przeznaczone jest dla młodych pracowników naukowych oraz doktorantów, poniżej 40 roku życia, realizujących swoje projekty w dziedzinie chemii klinicznej i medycyny laboratoryjnej. Corocznie IFCC (Międzynarodowa Federacja Towarzystw Chemii Klinicznej) przyznaje 2-3 osobom ze wszystkich krajów świata stypendium, na ogół na okres 2-3 miesięcy, rzadziej 6-12 miesięcy, umożliwiające wyjazd do najbardziej znanych ośrodków naukowych i podjęcie pracy naukowo-badawczej w temacie będącym najczęściej kontynuacją dotychczasowych badań lub związanym z realizacją pracy doktorskiej.

Stypendium PSEP zostało w tym roku po raz pierwszy przyznane młodemu diagnoście laboratoryjnemu z Polski. Otrzymała je mgr analityki medycznej Joanna Pollak, doktorantka w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Mgr Pollak otrzymała sześciomiesięczne stypendium IFCC – PSEP na pobyt w Department of Clinical Chemistry and Pharmacology Szpitala Uniwersyteckiego w Lund (Szwecja).

Mgr Joanna Pollak jest aktualnie na czwartym roku studiów doktoranckich i kończy przygotowanie rozprawy doktorskiej pt „Wybrane wskaźniki uszkodzenia nerek i ich związek z czynnikami ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym". W roku 2008 rozpoczęła również specjalizację w zakresie laboratoryjnej diagnostyki medycznej.

Pobyt na Uniwersytecie w Lund obejmie miesiące styczeń-lipiec 2009 r., podczas, którego mgr Pollak będzie prowadziła badania naukowe związane tematycznie z jej pracą doktorską pod kierunkiem największego autorytetu światowego w dziedzinie badań nad cystatyną C, profesora Andersa Grubba. Mgr Pollak została włączona do zespołu badawczego realizującego fragment trzyletniego wielokierunkowego projektu dotyczącego biologii cystatyn zatytułowanego „Zastosowanie cystatyny C jako markera do nieinwazyjnej oceny przesączania kłębuszkowego w zależności od sposobu dawkowania leków".

Irena Matławska

Irena Matławska z domu Koszur urodziła się 27.09.1944 w Niechniewiczach (obecnie Białoruś). W 1961 r. ukończyła LO nr XIX w Gorzowie Wielkopolskim. W latach 1961-1966 studiowała w Akademii Medycznej w Poznaniu na Wydziale Farmaceutycznym na kierunku zielarskim, kończąc studia pracą magisterską „Hyperozyd w korze wierzby amerykańskiej Salix americana Hort". Doktorat „Związki flawonoidowe w kwiatostanach Erysimum perofskianum Fisch et Mey" pod kierunkiem prof. dr hab. Zdzisława Kowalewskiego obroniła również na Akademii Medycznej w Poznaniu 25 maja1973 roku. Tamże napisała rozprawę habilitacyjną „Związki flawonoidowe w wybranych gatunkach z rodziny Malvaceae", którą obroniła 23 marca1994 roku. Od wielu lat pracuje na Akademii Medycznej w Poznaniu w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji, kolejno jako asystent, starszy asystent, adiunkt, a od 2002 kierownik Katedry. W 2003 roku otrzymała stopień profesora nadzwyczajnego tejże Uczelni. Wykładała farmakognozję również w Wielkopolskiej Szkole Medycznej. Od roku 2004 kieruje jednocześnie Katedrą i Zakładem Farmakognozji Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu.

Zespół Katedry i Zakladu Farmakognozji, druga od lewej: prof. dr hab. Irena Matławska

Jest członkiem Komisji Leku Naturalnego i Biotechnologii Komitetu Terapii i Nauk o Leku PAN, 2004 oraz Zespołu Doradczego ds. Produktów Leczniczych Pochodzenia Naturalnego. Należy do Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (Sekcja Historii Farmacji), Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego (Oddział Poznański), Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (Sekcja Fitoterapii), Polskiego Towarzystwa Fotochemicznego, Europejskiego Towarzystwo Fotochemicznego oraz Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Medycznej w Poznaniu.

W badaniach koncentruje się na wyodrębnianiu z materiału roślinnego i identyfikacji związków polifenolowych, głównie flawonoidów oraz badaniach ich aktywności biologicznej.

W 1987 roku odznaczono ją Złotym Krzyżem Zasługi. Na przełomie lat 1995/1996 za rozprawę habilitacyjną otrzymała naukową indywidualną nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, kilkakrotnie (1996-2002) otrzymywała naukowe i dydaktyczne zespołowe nagrody rektora Akademii Medycznej w Poznaniu, jak i indywidualną dydaktyczną nagrodę rektora Akademii Medycznej w Poznaniu w 2004 roku. Ponadto w 2003 roku została uhonorowana naukową zespołową nagrodą Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego za cykl prac opublikowanych w czasopiśmie „Acta Poloniae Pharmaceutica". Posiada także Memorable Medal for the Great Services In Development of the Witebsk State Medical University na Białorusi.

Tytuł profesora otrzymała 14 stycznia 2009 r.

Janusz Kowalewski

Janusz Stanisław Kowalewski urodził się 4 lutego 1958 roku w Zgierzu. Po czterech latach nauki w LO nr II im. R. Traugutta w Zgierzu i maturze, rozpoczął studia w Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi na Wydziale Lekarskim, które ukończył w 1983 roku. Doktorat zatytułowany „Ocena wyników leczenia operacyjnego chorych z lejkowatą klatką piersiową" pisany pod kierunkiem prof. dr hab. Stanisława Barcikowskiego obronił 19 kwietnia 1990 r. na tejże Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Tam również obronił rozprawę habilitacyjną „Wentylacja płuc i funkcja komór serca w spoczynku a zdolność do długotrwałego wysiłku fizycznego u chorych przed i po leczeniu operacyjnym z powodu lejkowatej klatki piersiowe" (10.10.1999 r.).

Przez wiele lat pracował w Wojskowej Akademii Medycznej w I Klinice Chirurgicznej, kolejno jako asystent (1985-1996) i adiunkt (1996-2001). W lutym 2001 roku rozpoczął pracę w Akademii Medycznej w Bydgoszczy jako kierownik Zakładu Onkologii Zabiegowej Katedry Onkologii, a w październiku tegoż roku został kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów. W 2002 roku otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Jest członkiem European Society of Thoracic Surgeons, European Association for Cardio-thoracic Surgery oraz Towarzystwa Chirurgów Polskich.

W kręgu jego zainteresowań pozostaje rak płuca, zarówno jego biologia jak i leczenie operacyjne.

Tytuł profesora otrzymał 15.12.2008 roku.

Droga tam, dokąd nie chcesz

Wojciech Szczęsny

Gdy byłeś młodszy, opasywałeś się sam i chodziłeś, gdzie chciałeś.

Ale gdy się zestarzejesz, wyciągniesz ręce swoje a inny cię opasze i poprowadzi, dokąd nie chcesz" (J 21, 18).

Powyższy cytat z Ewangelii Janowej przypomniał ówczesny kardynał Ratzinger na pogrzebie Jana Pawła II. To zdanie prawie w pełni oddaje problem starzenia się. Czesław Miłosz zapytany o to, co sądzi o przemijaniu, odpowiedział krótko: „Jestem przeciw". Jedna z mądrości ludowych powiada: „Starość nie udała się Panu Bogu". Bo czym tak naprawdę jest starość? Z definicji WHO, 60 – 75 lat to wiek podeszły (tzw. wczesna starość), 75 – 90 wiek starczy (tzw. późna starość), zaś szczęśliwcy, którzy mają powyżej 90 lat, dożyli tak zwanego wieku sędziwego. Staruszkowie mają nawet swoich lekarzy-geriatrów, gdyż, jak się okazało, chorują nieco inaczej, jak również – to stwarza pewne nadzieje dla geriatrów na utrzymanie zatrudnienia – jest ich odsetkowo coraz więcej w społeczeństwach. Przyczyny tego stanu są ogólnie znane. Mimo wielu niepowodzeń medycyna zaczyna zapewniać względną długowieczność. Jeśli działaniom tym towarzyszy odpowiednia wiedza i kultura medyczna, można osiągnąć naprawdę dużo, a właściwie rzecz ujmując - długo.

Problem, nawiasem mówiąc, nie jest nowy. Iluż średniowiecznych alchemików strawiło życie szukając eliksiru młodości czy nieśmiertelności? Jakiż to egzotycznych, a rzadkich ingrediencji używano, że wymienię np. krew dziewic. Bardzo to dziwne, jeśli weźmiemy pod uwagę, że religia obiecuje nieśmiertelność i wieczne szczęście w niebiesiech w miejsce jakże niekiedy ciężkiej egzystencji na tym padole. Wystarczy przecież żyć zgodnie z nakazami wiary. Czyżby wierni w skrytości nie dowierzali Stwórcy?

Bardziej współcześni badacze odkrywali raczej przyczyny niepowodzeń swoich poprzedników. Leonard Hayflick stwierdził, że komórki w hodowlach, a jak się okazało później - również „in vivo" (z wyjątkiem nowotworowych i macierzystych), podlegają najwyżej pięćdziesięciu podziałom. Spowodowane jest to skracaniem telomerów przy każdym podziale. Próby odwrócenia owego zjawiska (odkryto enzym telomerazę) nie przyniosły dotąd długowieczności. Być może warto przypomnieć starą maksymę: „Contra vim mortis non est medicamen in hortis" (przeciw sile śmierci nie ma ziela w ogrodzie), która antycypowała prace o apoptozie i limicie Hayflicka. Starość jest więc chyba nieunikniona. Wiedzą o tym gwiazdy Hollywood, a jednak nie poddają się, wydając miliony na kolejne operacje plastyczne. Efekty, niestety, są w większości żałosne i budzą raczej niesmak spektatorów.

Tymczasem w tak zwanym, by użyć terminologii internetowej, „realu", sprawy wyglądają nieco bardziej prozaicznie, a zarazem tragicznie. Przeciętnego polskiego emeryta nie stać na odmładzające kuracje, obojętnie czy polegałyby one na kąpielach w mleku oślicy czy manipulowaniu w genach. Dla niego zarezerwowane jest oddawanie renty rodzinie, która bardzo stara się, zwłaszcza kiedy staruszek leży w szpitalu, żeby żadna złotówka nie trafiła do niego. Bo i po co mu tam pieniądze. Pierwszym dokumentem, jaki podsuwają lekarzowi, jest tzw. upoważnienie do odbioru renty. Potem może przyniosą jakieś stare wypisy i stare EKG. Rzecz jasna zdarzają się rodziny bardzo opiekuńcze, których zachowanie wobec seniora budzi szacunek. Mam jednak dziwne wrażenie, że są w mniejszości.

Często obok starości wymieniamy jednym tchem chorobę. Nawet w bajkach czytamy, że np. „był już stary i chory…". Można, jeśli ktoś ma pecha, albo wylosował zły los na loterii genetycznej, jaką jest życie być „młodym i chorym". Jednak, gdyby zbadać statystycznie wydolność organizmu wobec wieku otrzymalibyśmy przepiękną krzywą szybująca w kierunku śmierci, a popychaną tam przez zwiększającą się liczbę lat, z niewielkimi wariacjami gdzieniegdzie (nieuważni i pijani kierowcy, palacze, narkomani itp.). Tu pojawia się znów problem nieuchronności śmierci, lecz również, a może przede wszystkim, jej jakości. Na spotkaniach rodzinnych słyszy się, że wujek Franek zmarł „na starość" w wieku 98 lat, a dzień przed śmiercią jeszcze rąbał drwa i przeczytał gazetę. Niestety jego sąsiad, choć ma dopiero 78, leży od dziesięciu lat sparaliżowany w Domu Opieki, gdzie znalazł się po śmierci żony, bo dzieci zajęte codzienną harówką nie miały czasu przekładać go co kilka godzin z boku na bok. Podobno ma straszne odleżyny…. Uczestnicy owego spotkania może przez chwilę zadumają się nad jakże odmiennym losem owych starszych panów, lecz owa zaduma nie potrwa chyba długo, przerwana śmiesznym dowcipem o politykach.

My spróbujmy jednak zastanowić się, czemu tak jest. Może sąsiad wuja Franka sam jest sobie winien. Palił, pił, źle się odżywiał, mimo zakazów lekarza. Zapewne nie korzystał też z dobrodziejstw badań profilaktycznych. Może się jednak okazać, że wujek również palił, nie pogardził kieliszkiem, a u lekarza bywał rzadko. Zapewne zatem geny, bo życie wiedli podobne. Jakby nie było koniec bywa różny. Dlaczego? Odpowiem szczerze. Podejrzewam, że główną rolę gra tu biologia i tylko ona. Oczywiście, rozumiana szeroko jako zarówno czysta genetyka jak i psychologia, socjologia i podobne nauki. Dopiero złożenie tych wszystkich cech pomnożonych przez dni życia wujka Franka i jego sąsiada mogłoby rzucić światło na ową enigmę różnic. Jak dotąd poruszmy się jednak trochę po

omacku, co pozostawia miejsce dla tzw. sił nadprzyrodzonych, jakiej by nie były proweniencji. W modlitwie błagalnej chrześcijanie zwracają się do Boga: „od nagłej a niespodzianej śmierci zachowaj nas Panie". Chodzi tu o duchowe przygotowanie się do spotkania ze Stwórcą. Czy jednak musi to być kilkanaście lat paraliżu? Czy nie lepiej kilka sekund migotania komór? Nie odpowiem na to pytanie, gdyż osobiście uważam, że po ostatnim skurczu serca nie spotkam już nikogo. Przygotowaniem do odejścia wedle mnie powinno być godne życie na ziemi. Tyle wystarczy.

Lekarze od tysiącleci walczą z chorobami i śmiercią. Dopiero jednak, powiedzmy od około stu lat, wysiłki te dają efekt w postaci przedłużenia życia i zwalczenia choroby. Jednak czy lekarz nie jest tym, który „opasuje i prowadzi, dokąd nie chcemy". Gdzie bowiem leżą granice interwencji medycznej? Na pewno nie jest to wiek, bo biologia każdego jest indywidualna. Ale jaki jest cel wykonania kolonoskopii u 93-letniej kobiety, która nie wie zupełnie, co się wokół niej dzieje, a lekarza uważa raz za swojego wnuczka, a raz za ojca? Jaką wartość będzie miała informacja o obecności guza, jego zaawansowaniu klinicznym i typie histopatologicznym? Czy uchroni ją to przed śmiercią? Niewątpliwie przyczyni się do weryfikacji statystyki nowotworów.

W dyskusji o eutanazji Kościół często podkreśla, że nie jest zwolennikiem „uporczywej terapii". Nie bardzo rozumiem jednak, kto i na jakiej podstawie miałaby prawo orzec, że oto właśnie wchodzimy w smugę „uporczywości". Arsenał środków jest olbrzymi: hemodializa, respirator, żywienie parenteralne etc. Czy staruszek powinien umrzeć z powodu mocznicy, a może nie powinniśmy go wentylować lub żywić, bo i tak nie ma szans. A jeśli chory krytycznie ma lat 25? Walczyć dalej? Podłączyć mu żywienie i wzorem Terri Schiavo utrzymywać w stanie wegetatywnym kilkadziesiąt lat? Nawiasem mówiąc, w chwili śmierci jej mózg ważył 615 gramów, a kora był prawie całko-

wicie pozbawiona neuronów. Nie mogła porozumiewać się na migi, bo ośrodek wzroku już u niej nie istniał. Jednak, jak sądzę, każdy z nas łatwiej odstawiłby żywienie u 80-latki w stanie wegetatywnym (jeśli w ogóle rozpocząłby taką kurację) niż rzeczonej Terii. Pozostaje więc kwestia dowolności oceny, zarówno stanu pacjenta jak i możliwości leczenia. Kto ma decydować, w jakich warunkach, czy mają decydować względy religijne czy tylko medyczne? Nie wspominam o ekonomii, ale zdaje się ona rozstrzygać w większości wypadków, choć rzecz jasna nikt głośno o tym nie mówi.

Postęp nauki dał odpowiedź na wiele pytań. Latamy samolotami, rozmawiamy przez telefon z kolegą z Australii, będąc na wycieczce w lesie kilometr od naszego domu, a wiedza zawarta w Internecie tysiące razy przewyższa to, co wie przeciętny laureat Nagrody Nobla. Jednak nadal nie wiemy, co będzie na końcu naszego życia. Nie chodzi tu wcale o wiarę bądź niewiarę w życie pozagrobowe. Strach prze tajemnicą jest dany prawie każdemu. Nawet Chrystus bał się śmierci, choć wiedział wszystko. Droga „tam, dokąd nie chcesz" jest i nadal będzie enigmą. Myślę, że zawsze. Szkoda tylko, że ludzie w zgodnym oczekiwaniu na niebo po śmierci, czynią sobie nawzajem piekło tu, na Ziemi.

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

Mądrość i roztropność

Gerard Drewa

Pożegnanie absolwentów Wydziału Lekarskiego (22 listopad 2008 r.). Przemówienia, gratulacje, serdeczne i gorące słowa Prorektora ds. Collegium Medicum Pani Prof. dr hab. Małgorzaty Tafil-Klawe oraz Dziekana Wydziału Lekarskiego Pana Prof. dr. hab. Henryka Kaźmierczaka. Kolejne wystąpienia, a na końcu tradycyjne pożegnanie absolwentów przez przedstawiciela studentów, w tym roku przez studenta IV roku Pana Artura Bogacza.

Z niedowierzaniem, a jednocześnie z dużym zainteresowaniem słuchałem słów skierowanych do absolwentów odbierających dyplom. Oprócz wspomnień i gratulacji zawierały przesłanie oparte na cytacie z Księgi Przypowieści Starego Testamentu. Budujcie swój dom pracy zawodowej na mądrości, a rozbudowujcie go roztropnością. Jest to parafraza wersu 3 z rozdz. XXIV Księgi Przypowieści, który brzmi:

„Mądrością będzie budowany dom,
a roztropnością umocnion będzie".

Nie zaskoczył mnie ten werset z Biblii, gdyż go znam. Zdumiał mnie fakt jego przytoczenia przy tej okazji i głęboka myśl zawarta w słowach Studenta skierowanych do kolegów opuszczających Wydział, a podejmujących pracę zawodową. Zaskoczyła mnie dojrzałość wypowiedzi wyrażająca odpowiedzialność związaną z wykonywaniem zawodu lekarza. Nie doceniałem stopnia osiągniętej dojrzałości etycznej i moralnej studentów pod koniec ich studiów, gdyż pracuję z nimi jeden semestr. Sporadycznie tylko przy różnych okazjach takich jak ta, odkrywam ich rozsądne i mądre podejście do życia zawodowego oraz głębię duszy. Buduj dom pracy zawodu lekarza mądrością, a powiększaj go roztropnością.

W czterech encyklopediach i w kilku słownikach znajdujących się w moim księgozbiorze, tylko w Encyklopedii „Gazety Wyborczej" znalazłem definicję pojęcia „mądrość" (t. 10) i „roztropność" (t. 16). Można zatem przypuszczać, że pojęcia te się zdezaktualizowały i utraciły sens oraz znaczenie w obecnej rzeczywistości. Są to jednak cechy ważne, które powinny człowiekowi towarzyszyć w życiu, bowiem nimi należy się kierować w podejmowaniu ważnych decyzji zawodowych i życiowych.

W Starym, jak i w Nowym Testamencie jest wiele wzmianek o mądrości i roztropności. W rozdz. XVI (wers 16) wspomnianej Księgi Przypowieści czytamy:

„Nabywaj mądrości, bo lepsze nad złoto,
i nabywaj roztropności,
bo droższa jest nad srebro".

W Księdze Eklezjastesa rozdział IV nosi tytuł „znaczenie mądrości", w rozdziale XIX wers 1-2 Autor przestrzega „Wino i niewiasty uwodzą mądrych i winnymi czynią roztropnych". W ewangelii wg św. Mateusza w rozdziale VII, wers 24 zawiera wzmiankę o „domu na opoce i domu na piasku", zaś rozdział XXV to „przypowieść o głupich i mądrych pannach". Jak widać przymioty te były od wieków cenione i przekazywane pokoleniom.

Wracając do pojęć „mądrość" i „roztropność" definiowanych przez Encyklopedię Gazety Wyborczej, można je rozpatrywać w aspekcie filozoficznym i praktycznym. Według Cycerona mądrość dotyczy poznania oraz znajomości spraw boskich i ludzkich, a zdaniem św. Augustyna mądrość jest właściwą miarą duszy. Seneka Młodszy twierdzi, że mądrość to doskonały lub do najwyższego stanu doprowadzony rozum.

W życiu codziennym mądrość opiera się na umiejętności trafnego posługiwania się rozumem i czynienia tego co najlepsze dla siebie i innych (R. Descartes). Uczy ona człowieka jak osiągać szczęście (G. W. Leibniz), polega na umiejętnym używaniu rzeczy zgodnie z naturą (G. Vico), a tym samym jest to zręczność w wyborze odpowiednich środków dla osiągnięcia największego dobra (I. Kant), a według M. Schellera jest to umiejętność bezpośredniego poznania wartości.

Niezależnie od przytoczonych poglądów filozoficznych należy się zgodzić z Sokratesem, że mądrość jest umiejętnością rozeznania tego co dobre od tego co złe.

Nierozerwalna z mądrością jest roztropność. W etyce roztropność jest jedną z cnót praktycznych, a w teologii katolickiej uważana jest za jedną z cnót kardynalnych. Roztropność pozwala ustalić to, co w danej chwili jest zgodne z ogólnie przyjętymi normami moralnymi i prawnymi, pozwala dokonać wyboru dobra i właściwych środków dla jego realizacji.

Każdy człowiek chce być szczęśliwy, dobry i sprawiedliwy, chce osiągnąć określony stan posiadania oraz status społeczny i zawodowy, lecz nie zawsze pamięta w tych staraniach, że wszystko to zależy od jego mądrości i roztropności osobistej.

Zapominając o tych cnotach, człowiek nie zauważa rozsypującego się „domu" (statusu) zawodowego, a często domu rodzinnego. Z postawionych mozolną pracą murów wypadają niezauważalnie kamień po kamieniu, a erozja pychy i mijający czas kruszą zaprawę łączącą kamienie. To co zbudowała mądrość a rozbudowała roztropność dewastuje pycha i zachłanność. Ta pierwsza rozsadza fundamenty osiągniętych celów a w zamian stawia piedestały wyższe od osiągnięć.

Mądrość i roztropność mimo braku ich definicji w Encyklopedii PWN i Wielkiej Encyklopedii Świata (Oxford) są pojęciami i cnotami ciągle aktualnymi, które powinny człowiekowi towarzyszyć w życiu codziennym.

Optymizmem napawa fakt, że cnoty te odnajdują ludzie młodzi, że doceniają i czują potrzebę ich realizacji w życiu zawodowym adepci medycyny. Gratuluję studentom Wydziału Lekarskiego mądrego i roztropnego podejścia do odpowiedzialnej pracy.

prof. dr hab. Gerard Drewa jest kierownikiem Katedry Biologii Medycznej

Przeszczep rogówki w Katedrze i Klinice Chorób Oczu

Agnieszka Banach

Lekarze z Kliniki Chorób Oczu ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Jurasza przeprowadzili przeszczep rogówki u 74-letniej chorej. Pacjentce groziła utrata wzroku z powodu znacznego ścieńczenia rogówki, grożącego pęknięciem. Wcześniejszy zabieg usunięcia zaćmy znacząco pogorszył stan oka kobiety.

Prof. Józef Kałużny i dr n. med. Bartłomiej Kałużny podczas zabiegu

„Zastosowaliśmy technikę klasyczną, tzw. przeszczep drążący, podczas którego wymienia się rogówkę pełnej grubości. – mówi dr n. med. Bartłomiej Kałużny, który zabieg wykonywał. – Rogówka do zabiegu została pobrana od dawcy 4 dni wcześniej w Bydgoszczy i wysłana, w celu oceny, do warszawskiego Banku Tkanek Oka. Po odesłaniu pozytywnie ocenionego materiału mogliśmy przystąpić do zabiegu."

Wszystko poszło sprawnie. Operacja trwała dwie godziny: z czego sama trepanacja rogówki biorcy i dawcy – ok. 15 min, resztę – „wszycie" rogówki. Zastosowano tu aż 16 pojedynczych szwów o średnicy mniejszej niż średnica ludzkiego włosa! Teraz pacjentka znajdzie się pod ścisłym nadzorem okulistycznym. Proces gojenia i rehabilitacji wzroku jest dosyć długi – same szwy usuwa się między 9 a 12 miesiącem po operacji. Wstępna ocena widzenia pacjentki będzie możliwa dopiero po kilku tygodniach od zabiegu.

„Ryzyko, że przeszczep zostanie odrzucony jest stosunkowo niewielkie. Wszystko dlatego, że rogówka jest nieunaczyniona, obecna jest bariera krew-oko, a w centrum nie ma klasycznych komórek prezentujących antygen – informuje Bartłomiej Kałuży – Ogólnoustrojowa immunosupresja jest zwykle krótkotrwała – trwa kilka tygodni. Dłużej trwa immunosupresja miejscowa kortykosteroidami, bo nawet 1,5 roku."

Zabieg transplantacji rogówki pełnej grubości nie jest pierwszym wykonanym w naszym regionie. Pierwszy przeszczep drążący przeprowadziła 40 lat temu, również w Klinice Chorób Oczu – jej ówczesna szefowa dr hab. n. med. Elżbieta Rusinowa. Zabieg wykonany w bydgoskiej Klinice 9 grudnia 2008 jest więc pierwszym tego typu po tak długiej przerwie, wykonanym podobną techniką, ale na pewno zupełnie innymi, bardziej precyzyjnymi i nowoczesnymi narzędziami.

Warto dodać, że na wiosnę bydgoscy okuliści planują przeszczep rogówki bardziej skomplikowaną techniką tzw. warstwową – wymianie ulega wtedy tylko powierzchowna albo tylko głęboka część tylna rogówki. Na świecie wykonuje się ok. 100 tys. operacji przeszczepów rogówki rocznie. W Polsce – około 0,5 tysiąca. Najczęstszym wskazaniem do przeszczepu rogówki jest obniżenie ostrości widzenia, spowodowane zmniejszeniem jej przezierności; korekcja nieprawidłowego kształtu rogówki; ścieńczenie tkanki rogówkowej; usunięcie ognisk infekcji lub nowotworów. W kolejce na operację, od 3 do 4 lat, czeka ok. 3 tys. chorych, w naszym regionie – ok. 100. Jest szansa na poprawę tej sytuacji, bo od 2009 roku operacje przeszczepu rogówki będą wykonywane przez specjalistów z Kliniki Chorób Oczu w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. To jedyny ośrodek w województwie, który będzie takie zabiegi przeprowadzał. Zapisy na kolejne operacje ruszą już w styczniu.

Wcześniej, specjaliści musieli wysyłać wymagających takiej formy leczenia pacjentów z regionu do Warszawy. Teraz Bydgoszcz stanie się jednym z nielicznych ośrodków w Polsce, gdzie pacjenci wymagający przeszczepu rogówki uzyskają pomoc. Początkowo miałoby się tu przeprowadzać kilka zabiegów w miesiącu. Płacić za nie będzie, w ramach procedur wysokospecjalistycznych, Ministerstwo Zdrowia. Koszt przeszczepu rogówki to około 7–8 tys. złotych.

Agnieszka Banach jest redaktorem „Primum Non Nocere", przedruk z „Primum Non Nocere" 2009 nr 1

Życiodajna śmierć – pokonferencyjne reminiscencje

Mirosława Kram

W dniach 11-14.12. 2008 r. w Białymstoku odbyła się IV Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Życiodajna śmierć – pamięci Elizabeth Kubler – Ross. Organizatorzy i uczestnicy konferencji po raz czwarty podążyli za śladem współtwórczyni ruchu hospicyjnego na świecie i wymieniali poglądy na temat śmierci w aspekcie: lekarskim i pielęgniarskim, prawnym, filozoficznym i bioetycznym, religijnym i ludycznym, psychologicznym i pedagogicznym, rodziny i rodziców, organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej, obecności w mediach i filmie fabularnym.

W drodze do brzegu życia

Dzięki pracom nadesłanym przez uczestników konferencji powstała 2 tomowa monografia pt. „W drodze do brzegu życia". W recenzji dokonanej przez dr hab. med. Kornelię Kędziorę–Kornatowską, prof. UMK i dr. hab. med. Marka Szczepańskiego czytamy: „Śmierć jest nierozerwalnie wpisana w istnienie człowieka. Jest jego jedynym pewnym elementem. Skoro jest taka, dlaczego nie jesteśmy w stanie nigdy do końca jej zaakceptować? Dlaczego życie jest wartością bezcenną, nienaruszalną? Dlaczego mimo wszystko chcemy o niej rozmawiać? Ponieważ rozważania na temat humanistycznego wymiaru śmierci pozwalają na zdobycie wiedzy, zapoznanie się z poglądami, genezą postaw i zachowań wobec śmierci. Osoby, które z racji wykonywanego zawodu, mają częsty kontakt z ludźmi cierpiącymi, przewlekle chorymi, umierającymi, obdarzone empatią i akceptując pacjenta z całym jego jestestwem – ułomnościami, lękami, stanowią ogromne wsparcie w najtrudniejszych, ostatnich chwilach życia. Pogarszanie się stanu pacjenta nie jest równoznaczne z zaprzestaniem leczenia i opieki. Współcześnie, chorych w takim stanie obejmuje się kompleksową opieką, którą może zapewnić jedynie zespół terapeutyczny. Ważna jest przy tym dbałość o stan psychiczny chorego i opiekunów. Każdy człowiek umiera inaczej. Istotnym jest także przygotowanie do śmierci. Przełamywana jest zmowa milczenia wokół umierania. Powstają hospicja i oddziały opieki paliatywnej. W całościowej opiece przygotowuje się rodziny do straty najbliższych".

Prof. dr hab. med. Elżbieta Krajeńska-Kułak, Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego we wstępie pisze: „…Dawniej ludzie umierali w domu, w atmosferze ciepła i rodzinnej miłości, otoczeni bliskimi. Na łożu śmierci mieli okazję ostatni raz pożegnać się z całą rodziną, pobłogosławić wszystkich, zostawić ostatnią wolę. Nie byli samotni i opuszczeni. Z biegiem czasu, wraz z rozwojem medycyny, miejscem śmierci stał się szpital, klinika, hospicjum".

Śmierć dotyka wszystkich

Śmierć osoby dorosłej, schorowanego starego ojca, matki jest w sposób naturalny wpisana w życie. Jest o wiele łatwiej się z tym pogodzić. Ale śmierć dziecka niweczy i zaburza tę naturalną kolej rzeczy. Jest niesprawiedliwa. Zostawia głębokie ślady w psychice wszystkich którzy je kochali. Rodzice pogrążają się w smutku, żalu i odrętwieniu przez wiele miesięcy czy lat. Nikt, kto nie przeżył śmierci własnego dziecka , nie jest w stanie zrozumieć tego, co czują rodzice. Niemoralnym, wysoce nieprofesjonalnym są próby pocieszania „Czas goi rany", „Nie Pani pierwsza straciła dziecko i nie ostatnia" itp. Jeśli nie wie się jak pocieszyć rodziców, to najlepszym rozwiązaniem jest milcząca obecność, wysłuchanie bólu i cierpienia matki i ojca, rodzeństwa, babci, dziadka. Śmierć dziecka jest dla rodziny największą stratą jakiej doznają w życiu. Proces żałoby jest czasochłonny i energochłonny, nie można go przyspieszać. Wspominanie zmarłego, dzielenie się przeżywanymi uczuciami, wspólne rytuały- przeglądanie zdjęć, odwiedzanie cmentarza, celebrowanie urodzin, imienin zmarłego dziecka, bardzo pomagają w przeżywaniu żałoby.

Śmierć dziecka w klinice onkologii

W Polsce rocznie umiera około 1200 dzieci z powodu schorzeń ograniczających życie, w tym połowa z powodu chorób nowotworowych. Miejscem zgonu co czwartego dziecka jest dom, a pozostałych szpital lub hospicjum.

Choroby nowotworowe u dzieci i młodzieży występują w każdym wieku, od okresu noworodkowego do młodzieńczego i występują znacznie rzadziej niż u dorosłych, około 100 razy. Rodzaj i częstotliwość występowania nowotworów złośliwych różni się w sposób zasadniczy od nowotworów dorosłych. Odmienny jest rodzaj nowotworów, w większości pochodzenia dysontogenetycznego, odmienna dynamika choroby; są one uwarunkowane przede wszystkim odrębnością biologiczną rozwijającego się, odmienną reakcją na toczący się proces chorobowy i zastosowane leczenie.

Współczesne leczenie chorób nowotworowych wieku dziecięcego opiera się na stosowaniu skojarzonych metod postępowania oraz intensywnych protokołach terapeutycznych. Sprawiło to, że na przestrzeni minionych 20-30 lat poprawiły się wyniki leczenia chorób nowotworowych. Nadal zgony są jednak nieuniknione. J. R. Kowalczyk wymienia kilka przyczyn zgonów dzieci związanych z chorobą nowotworową: zbyt późne rozpoznanie choroby, występowanie poważnych objawów ubocznych związanych z chemioterapią, brakiem zgody rodziców na proponowaną terapię, opóźnianie przez rodziców optymalnych działań terapeutycznych (poszukiwanie alternatywnych metod leczenia), wystąpienie pierwotnej odporności komórek nowotworowych na cytostatyki.

Niezależnie od częstości zgonów dzieci z powodu choroby nowotworowej i miejsca w którym przebywa dziecko należy mu zapewnić komfort umierania i godną śmierć. Takie są wymogi współczesnej medycyny.

Rodzice i ich umierające dziecko

Okres umierania i śmierć dziecka jest dla rodziców szczególnie ciężki. Duże obciążenie stanowią dolegliwości dziecka – ból, duszność, krwawienie, wysoka temperatura ciała. Silne emocje wywołują też zaburzenia psychiczne (pobudzenie, splątanie) umierającego dziecka. Sposoby porozumiewania się rodziców, rodzeństwa z umierającym dzieckiem, bratem, siostrą są bardzo trudne. Nawet jeśli się mówi o chorobie, zna się prognozę, to większość ludzi stara się unikać rozmów o śmierci. Bliscy nie wiedzą o czym rozmawiać, co go rozweseli, co go zasmuci. Pytani o swój stan zdrowia rodzice często odpowiadają: - Och, nieważne. Teraz nie mam czasu myśleć o sobie – teraz ono jest najważniejsze. A przecież opiekunom też należy się chwila wytchnienia - spacer, chwile samotności, wyspanie się.

W momencie śmierci rodzice zwykle zadają pytanie: „Czy to już?". Nie trzeba mówić głośno, wystarczy skinąć głową. Rodzicom umożliwia się pożegnanie ze zmarłym dzieckiem – przybliża ono realność śmierci, ułatwia proces żałoby.

Pielęgniarka, lekarz a rodzice zmarłego dziecka

Nie tak rzadko zdarza się, że osieroceni rodzice kierują swój gniew przeciw ludziom, którzy nie mają nic wspólnego ze śmiercią. Nawet wtedy, gdy nikt nie jest jej winien, bo śmierć dziecka nastąpiła na skutek choroby. Pogrążeni w żałobie rodzice dają upust swoim negatywnym emocjom, od personelu szpitala, przez pracownika domu pogrzebowego do Boga. Paradoksalnie, jest to dla rodziców korzystniejsze, jeśli je rozładują, gdyż „magazynowanie" silnych emocji i ich nieujawnienie staje się przyczyną wielu fizycznych i psychicznych problemów w okresie żałoby.

I nagroda na IV Międzynarodowej Konfe-rencji Naukowo-Szkoleniowej: Życiodajna śmierć - pamięci Elizabeth Kubler-Ross, Białystok, 11-14.12.2008.

Lekarze i pielęgniarki pracujący na oddziale onkologii dziecięcej, spotykają się z wieloma trudnymi sytuacjami. Konieczna jest więc znajomość sposobów komunikowania się z rodzicami. Już na samym początku personel powinien okazać współczucie wobec rodziny zmarłego dziecka. Należy również pozwolić na przeżywanie różnych uczuć i emocji. Pokój, w którym rodzice zostają poinformowani o śmierci dziecka, musi być miejscem odosobnionym, bez obecności innych pacjentów, studentów, osób trzecich. Informacja o zgonie dziecka powinna być wyczerpująca, zawierająca możliwe przyczyny śmierci i podjęte działania medyczne. Ważne jest także zapewnienie rodzicom spokoju i czas na smutek po stracie dziecka, zanim rozpocznie się omawianie spraw związanych z sekcją zwłok i pogrzebem.

Śmierć dziecka zaburza emocjonalny klimat rodzinny, może powodować wzajemną niechęć i obwinienia o ewentualne zaniedbania.

Reakcje rodziców na proces żałoby są uzależnione od przeżytych wcześniej doświadczeń związanych z utratą bliskich, osobistych predyspozycji do radzenia sobie w sytuacjach trudnych, ich stosunku do dziecka za jego życia i możliwości otrzymania wsparcia społecznego.

mgr Mirosława Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Z żałobnej karty: Elżbieta Krakowiak-Sarnowska

Elżbieta Krakowiak-Sarnowska urodziła się 19 listopada 1953 roku w Bolesławcu. Tam też w 1972 r. ukończyła Liceum Ogólnokształcące. Niedługo potem rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim w Akademii Medycznej we Wrocławiu (1974-1980). Po ukończeniu studiów pracowała w Zespole Opieki Zdrowotnej w Lublinie na Oddziale Chorób Wewnętrznych (1980-1985), na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy (1886-1999) i w Przychodni Rejonowej „Ogrody" (1995-2008). Jednocześnie od 1985 roku podjęła pracę na ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej, pracując kolejno jako asystent, adiunkt i starszy wykładowca. W 1989 roku obroniła napisaną pod kierunkiem prof. dr hab. Danuty Gościckiej pracę doktorską zatytułowaną „Rozwój trójkąta pęcherza moczowego u płodów człowieka". W latach 1992-1993 oraz 2001-2005 była opiekunem I roku studiów. Interesowała się anatomią człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem układu naczyniowego u płodu ludzkiego.

Była wspaniałym lekarzem i wychowawcą wielu pokoleń młodzieży akademickiej.

Zmarła 22 listopada 2008 roku.

Ile kosztuje ludzkie życie?
wykład z cyklu "Medycznej środy"

Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Błażej Łyszczarz

Jak cenne jest ludzkie życie ? Czy ludzkie życie można wycenić ? A jeśli tak, to w jaki sposób i w jakim celu prowadzi się takie badania? Przedstawione poniżej refleksje na temat wartości ludzkiego życia są refleksjami z punktu widzenia ekonomii. Ekonomista stawiając pytanie o wartość ludzkiego życia nie dysponuje doświadczeniem lekarza, ale nie trzeba nim być, by móc stwierdzić, że życie ludzkie jako punkt odniesienia do szeroko pojętej praktyki medycznej jawi się jako krótkie i kruche – a więc w jakimś stopniu wymierne.

Bezcenne...

Słysząc tak zadane pytanie – „ile kosztuje ludzkie życie? " – pierwsza odpowiedź, jaka przychodzi nam na myśl to bezcenne. Kiedy mówimy o bezcenności ludzkiego życia, mamy najczęściej na uwadze jego niewymierność. Nie istnieje „zapłata za życie", nie istnieje waluta w jakiej można by je wycenić, nie istnieje ekwiwalent za życie ludzkiej osoby. Odkrywamy to w sposób szczególny, kiedy tracimy najbliższych. Jednakże bezcenność życia odnosi się przede wszystkim do wymiaru osobowego – gdyż w tym wymiarze jesteśmy niezastąpieni. Nie odnosi się natomiast do wymiaru biologicznego.

Wypływ indeksów giełdowych

Medycynę interesuje głównie fizyczny, biologiczny wymiar ludzkiego życia. W tym wymiarze, paradoksalnie, za to bezcenne życie jesteśmy gotowi bardzo wiele zapłacić – w momencie, gdy w grę wchodzą koszty leczenia. W aspekcie czysto biologicznym wycena człowieka może zostać przeprowadzona w ramach dwóch modeli: chemicznego i anatomicznego, przy zastosowaniu wycen rynkowych. Model chemiczny opiera się na badaniach naukowców z Amerykańskiego Departamentu Chemii i Gleb, którzy zidentyfikowali chemiczny i mineralny skład ludzkiego ciała. Przeprowadzona analiza wskazuje (w zależności od warunków) przede wszystkim na obecność tlenu, węgla, wodoru i azotu – które razem stanowią ponad 95% masy ciała. Kilkuprocentową zawartość wskazują wapń i fosfor. Jeszcze mniejsze ilości dotyczą potasu, siarki, sodu, chloru, magnezu czy żelaza. Do wymienionego składu dochodzą śladowe ilości chromu, kobaltu, miedzi, cyny czy złota – w sumie pod względem chemicznym ciało ludzkie zbudowane jest z kilkudziesięciu pierwiastków. Biorąc pod uwagę rynkową wartość minerałów oszacowano, iż wartość netto 1 kg wynosi 0,12 centa. Cena taka wynika ze śladowych ilości najdroższych minerałów. Tlen natomiast, który ma największy procentowy udział w budowie ludzkiego ciała jest dostępny dla każdego za darmo. Wartość naszego ciała waha się w tym wymiarze przede wszystkim w zależności od wagi i oczywiście indeksów giełdowych.

Produkty „ludzkiego pochodzenia"

W wycenie ludzkiego życia poszli dalej Japończycy, którzy zainspirowani badaniami Amerykanów stwierdzili, że najbardziej wartościowym aktywem jest skóra. Według szacunków Instytutu Żywienia w Tokio, przeciętnie, człowiek jest posiadaczem ok. 1,5 m2 skóry (w zależności od budowy, wysokości i wagi). Opierając się na wycenie rynkowej skóry bydlęcej oszacowali, iż przeciętna wartość ludzkiej skóry to 3,5$ (czyli ok. 12 złotych). Jednakże, dzięki postępom chirurgii i lekom zapobiegającym odrzucaniu przeszczepów skóra stała się także jednym z organów wykorzystywanych przy transplantacji, co znacznie podniosło cenę tego organu. Przykładowo we Francji – gdzie stawki za organy do transplantacji są wyznaczane rozporządzeniem ministerstwa - cm2 skóry wyceniono na około 2 euro, stąd przeciętna wartość zmieniła się do ponad 38 tys. dolarów.

Metoda, która opiera się na wycenie ludzkiego ciała na podstawie organów do transplantacji opiera się na tzw. modelu anatomicznym. Z racji coraz lepszych metod transplantacji lista produktów „ludzkiego pochodzenia" wykorzystywanych w medycynie i farmacji nieustannie się wydłuża. Obejmuje całe organy, jak też krew i jej pochodne – łożyskowe komórki macierzyste, czy szpik kostny. Wykorzystuje się również błony owodniowe w okulistyce, kawałki zmiażdżonych kości, czy łękotki do rekonstrukcji ortopedycznych. Chociaż komercjalizacja organów budzi etyczne wątpliwości oszacowano, iż ciało podzielone i sprzedane na organy mogłoby przynieść teoretycznie do 45 mln. $ - w zależności od rynku, popytu na organy i jakości organów. Podążając tym tropem, a pomijając aspekty kliniczne, za najcenniejszy uznano szpik kostny, następnie DNA i ludzkie przeciwciała. Kolejne miejsca zajmują płuco, nerka i serce. Jednakże cena, jaką jesteśmy gotowi zapłacić za te organy różnicuje się w zależności od potrzeby, rynku i jakości. Faktem jest, że popyt na organy zastępcze jest ogromny, a dawców ciągle za mało. Skutek jest taki, że 1/3 pacjentów oczekująca na przeszczep umiera zanim dostanie taką szansę.

5,7 milona dolarów za nerkę

Sytuacja ustawicznego niedoboru organów pociągnęła za sobą gwałtowny rozwój nowej formy turystyki medycznej i handlu organami, które pochodzą z biednych krajów Azji, Europy Wschodniej, czy Ameryki Południowej. Pomimo, iż prawo nie zezwala na handel narządami, w internecie możemy natknąć się na setki ogłoszeń typu „sprzedam nerkę". Spektakularny przykład pochodzi z USA, gdzie w 1999 roku na aukcji internetowej e-bay, pojawiła się oferta sprzedaży nerki. Przed zablokowaniem aukcji jej cena osiągnęła 5,7 miliona $. Z drugiej strony dawcy organów z krajów najbiedniejszych narażają swoje życie i zdrowie sprzedając nerki za 1000-3000 euro, a nawet 500 euro w Ameryce Południowej. Te różnice w cenach pokazują jak różnie w różnych regionach świata wyceniany jest człowiek w aspekcie biologicznym. Warunki w jakich żyjemy, sytuacja materialna często są determinantami wartości naszych organów.

Przypadek Iana

Coraz doskonalsze możliwości technologiczne, rozwój internetu stały się źródłem coraz intensywniejszych i śmielszych prób oszacowania ludzkiego życia nie tylko w omówionym aspekcie biologicznym, ale również osobowym. Przykładem mogą być chociażby działania niejakiego Iana Ushera. Ten 44 letni mieszkaniec Australii wystawił na aukcji internetowej całe swoje życie. Cena wywoławcza – 1 dolar australijski. Dał w ten sposób możliwość anonimowego wycenienia swojego życia. To, na pozór bezcenne, życie w wymiarze osobowym zostało wycenione na niespełna 400 tys. dolarów australijskich. Wycena samego działania, osobowości, to domena socjologii, psychologii i etyki. W tym aspekcie życie ludzkie wartościowane jest przede wszystkim pod kątem nabytych umiejętności (np. wycena zawodników drużyn piłkarskich), czy też zgromadzonego majątku. Przypadek Iana wskazuje, iż chociaż etyka i moralność stawiają pewne ograniczenia, to nie uniemożliwiają ekonomicznej analizy. W zależności od warunków, kraju, osobowości ludzie na różne sposoby wyceniają ludzkie życie. Cena życia uzależniona jest od perspektywy, jaką przyjmujemy przy kalkulacji, od indywidualnych cech biologicznych i psychologicznych człowieka. Odstawiając na bok aspekty biologiczne, oraz nie wgłębiając się w moralne, czy też etyczne aspekty tej wyceny warto przyjrzeć się bardziej szczegółowo metodom wyceny ludzkiego życia stosowanym powszechnie przez ubezpieczycieli, czy też przy wprowadzaniu interwencji medycznych.

Ile zapłacisz za życie?

Najbardziej chyba oczywistym sposobem pomiaru wartości ludzkiego życia jest zapytanie o jego wartość samych zainteresowanych. Badanie gotowości do zapłaty (willingness-to-pay) jest podstawą metody opartej na ankietach, w których respondenci wypowiadają się na temat subiektywnie postrzeganej

wartości własnego życia. Ten sposób pomiaru wartości życia nazywa się metodą wyceny warunkowej. Respondentom stawia się pytanie o to ile gotowi byliby zapłacić za wydłużenie oczekiwanej (przeciętnej dla populacji) długości życia o pewien określony okres. W innym, rzadziej spotykanym wariancie tej metody, pytanie dotyczy gotowości do zapłaty za zmniejszenie ryzyka przedwczesnego zgonu. Z uzyskanych w ten sposób danych oblicza się średnią dla poszczególnych populacji. Badania takie wciąż znajdują się we wstępnej fazie rozwoju, jednakże warto przytoczyć wyniki pierwszych międzynarodowych porównań. W Polsce badania mające na celu wycenę dodatkowego roku przeżycia zostały przeprowadzone w latach 2005-2006 przez Warszawski Ośrodek Ekonomii Ekologicznej w ramach projektu Komisji Europejskiej NEEDS (tabela 1). W badaniu tym wyznaczono wartość dodatkowego roku przeżycia dla mieszkańców ośmiu krajów Unii Europejskiej. W tabeli 1 przedstawiono część wyników.

Wyniki wyrażono w euro skorygowanym o parytet siły nabywczej dla poszczególnych krajów, co pozwala na bezpośrednie porównanie wartości pomiędzy krajami, gdyż korekta taka bierze pod uwagę różnice w cenach dóbr i usług w poszczególnych krajach. I tak, Polacy byliby skłonni zapłacić relatywnie niewiele za dodatkowy rok życia w porównaniu z mieszkańcami innych krajów – tylko Węgrzy cenią wydłużenie życia niżej.

Metoda ta oparta jest na deklaracjach złożonych przez ankietowanych. Tymczasem odpowiedź na pytanie o wydłużenie życia w zasadzie opiera się na czysto abstrakcyjnych przesłankach, jako że nikt z nas w rzeczywistości nie staje przed możliwością wydłużenia życia o określony czas. To oparcie wyceny o deklaracje jest niewątpliwie wadą przedstawionego sposobu pomiaru wartości życia. Istnieją jednak metody, które pozwalają na rozpoznanie wartości życia na podstawie rzeczywistych zachowań, nie tylko naszych deklaracji. Przykładem są metody: płac hedonicznych oraz prewencyjna, w których obserwowane są preferencje.

Podwyżka za ryzyko śmierci

Pierwsza z nich opiera się na obserwacji zachowań pracowniczych związanych z ryzykiem utraty życia w wypadku przy pracy. Metoda ta w najszerszym zakresie stosowana jest w Stanach Zjednoczonych, gdzie Agencja Ochrony Środowiska (EPA) rokrocznie szacuje wartość statystycznego życia. W 2000 roku na przykład oszacowała ona, iż statystyczne życie warte jest 6,1 miliona $. Skąd taka kwota? Na podstawie obserwacji rynku pracy oszacowano, iż pracownicy są skłonni do podjęcia pracy, która wiąże się ze zwiększeniem ryzyka śmierci o 1 przypadek na 100.000 (0,001%) jeśli otrzymają średnio roczne wynagrodzenie wyższe o 61 dolarów. Mnożąc 61 $ przez jedną stutysięczną (czyli wartość zwiększenia ryzyka śmierci) otrzymano właśnie 6,1 miliona $. Dwa lata później natomiast EPA ogłosiła, iż życie warte jest średnio już tylko 3,7 miliona $. Ponad dwumilionowy spadek jego wartości wiązać można prawdopodobnie z pogorszeniem sytuacji na rynku pracy (wzrost stopy bezrobocia z 4% do 6%) i tym samym mniejszymi żądaniami płacowymi pracowników. Stosując tą metodę w Polsce po raz pierwszy oszacowano wartość statystycznego ludzkiego życia na 4,49 mln złotych. Suma summarum jesteśmy więc - średnio – warci mniej niż Amerykanie, co oczywiście odzwierciedla różnicę w płacach pomiędzy krajami.

Kraj	Wartość dodatkowego roku życia (w euro wg parytetu siły nabywczej)
Szwajcaria	44.011
Czechy	44.409
Dania	56.503
Hiszpania	36.898
Francja	34.250
Węgry	11.685
Polska	25.625
Wielka Brytania	37.996
Średnio	37.693

Tabela 1. Wskaźniki wyceny dodatkowego roku przeżycia
Źródło: O. Markiewicz, Wyceny zdrowia i życia ludzkiego w Polsce. Rezultaty badań przeprowadzonych na WNE UW. Nowe kierunki metodologiczne, Akademia Medyczna w Warszawie, 2007

Metoda prewencyjna

Metda prewencyjna (nazywana także metodą wyboru konsumenckiego) także opiera się na obserwacji rynkowych zachowań jednostek. Tu jednak przedmiotem zainteresowania są decyzje konsumpcyjne. Rozpatrzmy następującą – przykładową – sytuację. Lekarz rozpoznaje u pacjenta chorobę, która wiąże się ze zwiększeniem ryzyka śmierci o pewną wartość. Załóżmy, że ryzyko to rośnie o 0,01%. Lekarz przypisuje pacjentowi lek, który kosztuje 400 zł i niweluje to ryzyko. Pacjent jednak nie decyduje się kupić leku, gdyż uważa, że jest on za drogi w sytuacji danego wzrostu ryzyka śmierci. Kupiłby za to lek gdyby kosztował on 100 zł. Ta hipotetyczna sytuacja pozwala oszacować wartość jaką reprezentuje dla pacjenta jego życie. Podejmując decyzję o niekupowaniu leku nie zdaje on sobie z pewnością sprawy, że szacuje wartość własnego życia, jednakże robi to podświadomie. Ile więc kosztuje jego życie? Skoro skłonny jest wydać 100 zł aby zmniejszyć ryzyko śmierci o 0,01%, to wykonując analogiczne działanie dzielenia jak w przypadku poprzedniej metody możemy oszacować wartość jego życia na 1 milion złotych. Możemy też stwierdzić, iż ten konkretny pacjent nie ceni swego życia na 4 miliony złotych, gdyż 400 zł postrzega jako zbyt duży wydatek.

Życie życiu nierówne

Kolejna metoda szacowania wartości życia, nazywana metodą kapitału ludzkiego, polega na zsumowaniu zaktualizowanej wartości wszystkich dochodów, które dana osoba może uzyskać do czasu śmierci (biorąc pod uwagę oczekiwaną długość życia jako punkt odniesienia). Zastosowanie tego sposobu kalkulacji budzi spore kontrowersje, jako że zgodnie z nim życie osób o wyższych zarobkach wyceniane jest wyżej. Z kolei życie tych, którzy nie osiągają dochodów nie przedstawia wartości. Tak więc metoda ta może być stosowana tylko w ograniczonym zakresie i z pewnością nie w stosunku do wszystkich.

Wartość życia szacujemy także sami i to całkiem świadomie. Zakup polisy ubezpieczenia na życie jest tego przykładem. Suma ubezpieczenia na którą opiewa polisa wskazuje na ile wyceniamy własne życie. Chcąc ująć to bardziej szczegółowo można rzec, że to wartość którą przedstawia nasze życie dla naszych najbliższych, którzy otrzymują odszkodowanie w przypadku śmierci.

Miary fizyczne

Pieniężny sposób pomiaru wartości życia często budzi kontrowersje natury etycznej czy moralnej. Z tych względów często nie jest akceptowany przez decydentów. Jako alternatywę pomiaru pieniężnego stosuje się w coraz szerszym zakresie miary fizyczne wiążące długość życia z jego jakością. Życie w pełnym zdrowiu jest z reguły postrzegane jako cenniejsze niż życie w bólu czy z dolegliwościami chorób. Najczęściej stosowanym wskaźnikiem, który pozwala uwzględnić jakość życia w wycenie jego wartości jest QALY (quality adjusted life years), tzn. lata życia skorygowane jakością. Stanowi doskonałego zdrowia przypisuje się wartość równą 1, natomiast śmierci wartość zerową. Wszystkie stany zdrowotne pośrednie pomiędzy tymi dwoma skrajnościami przyjmują wartość z przedziału pomiędzy zerem, a jednością. I tak np. w jednym z badań określono, że 3 miesięczny pobyt w szpitalu z powodu choroby zakaźnej wiąże się ze wskaźnikiem równym 0,56. Tym samym pobyt ten jest równoważny około 50 dniom (3 miesiące razy 0,56) życia w pełnym zdrowiu. Im dłużej trwa choroba, tym wartość wskaźnika niższa. Tej samej chorobie, z tym że trwającej całe życie przypisany jest wskaźnik korygujący o wartości tylko 0,16. Tak więc życie z chorobą zakaźną związane z pobytem w szpitalu do końca życie postrzegane jest jako ponad sześciokrotnie mniej warte niż życie w pełnym zdrowiu. Wartości wskaźników korygujących czas trwania życia otrzymuje się za pomocą ankiet prowadzonych wśród ludności. Metoda ta związana jest w ogromnej mierze z subiektywnymi poglądami jednostek, które zależne są od stanu zdrowia. Osoby zdrowe często uważają, iż życie z dolegliwościami choroby

jest niewiele warte. Z reguły jednak zmieniają zdanie kiedy same zachorują.

Mnogość i zróżnicowanie metod pomiaru wartości ludzkiego życia, a także zastosowanie ich w różnych warunkach społecznych sprawia, że szacunki statystycznej wartości życia znacznie się różnią. Dobitnym przykładem jest oszacowanie wartości życia mężczyzny, który zginął w wypadku samochodowym, na potrzeby wypłaty odszkodowania wdowie. Sprawa rozpatrywana w sądach trzech instancji za każdym razem kończyła się bardzo różnym wyrokiem. Sąd Okręgowy uznał, że kobiecie nie należało się odszkodowanie, jako że jej status materialny nie pogorszył się – wręcz przeciwnie, odziedziczyła ona spory majątek. W Sądzie Apelacyjnym zasądzono na poczet odszkodowania za śmierć męża – dobrze zarabiającego maklera giełdowego – 1,5 miliona złotych, opierając się na sumie jego dochodów, które byłby on w stanie osiągnąć w ciągu 20 lat życia, które potencjalnie małżonkowie mogli spędzić razem. Z kolei Sąd Najwyższy uznał, że za podstawę kalkulacji odszkodowania przyjąć należy przeciętną stopę życiową, nie zarobki ofiary wypadku i zasądził odszkodowanie rzędu 500 tysięcy złotych wraz z odsetkami, co łącznie dało kwotę miliona złotych.

Powyższy przykład dobitnie pokazuje na dyskusyjność i niejednoznaczność metodologii szacowania wartości życia ludzkiego. Z drugiej jednak strony wprost wskazuje na konieczność rozwijania takich metod. Odszkodowania za utratę zdrowia czy życia to tylko jeden przykład zastosowania tych metod. Coraz większe znaczenie szacunki takie odgrywają także w opiece zdrowotnej, szczególnie przy ekonomicznej ocenie technologii medycznych. W obliczu rosnących wydatków na opiekę zdrowotną, dynamicznego i kosztownego rozwoju technologii medycznych oraz rosnących oczekiwań ze strony pacjentów, racjonalizacja wykorzystania zasobów jest koniecznością. Dlatego kryterium wyboru procedur, jak i decyzje, kto powinien być w pierwszej kolejności leczony z wykorzystaniem środków publicznych powinny opierać się na ekonomicznej ocenie procedur medycznych. Pomiar wartości ludzkiego życia jest nieodzownym elementem analizy koszt-korzyść (cost-benefit analysis), uważanej za najbardziej kompleksową, ale również niezwykle wymagającą pod względem metodologicznym.

Próba oszacowania wartości ludzkiego życia budzi często kontrowersje natury etycznej i moralnej. Naukowcom zajmującym się tym problemem stawia się zarzut, że próbują wycenić coś, co nie ma wartości. Tymczasem w codziennym życiu sami - często nieświadomie – dokonujemy pieniężnego wartościowania naszego życia. Opór wobec tego rodzaju działań wydaje się nieuzasadniony tym bardziej, że wycena wartości i jakości życia pozwala na bardziej racjonalne gospodarowanie środkami publicznymi. Gdybyśmy żyli w świecie nieograniczonych zasobów problem wartości życia mógłby być pozostawiony rozważaniom na gruncie filozoficznym czy religijnym. Jednakże rzeczywistość, z którą konfrontujemy się na co dzień zmusza do dokonywania wyborów, nawet jeśli są one niewygodne.

dr Anna Hnatyszyn-Dzikowska oraz mgr Błażej Łyszczarz są asystentami w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia

Intrygujące "Małżeństwo Arnolfinich", czyli słowo o symbolice szczęścia

Joanna Hładoń-Wiącek

„Trudno oczywiście dokonać psychologicznej analizy jego bohaterów, wyobrazić sobie ich historię, poznać ich myśli i emocje (…). Lecz właśnie nieobecność - czy może raczej utajona obecność - określonych jakości, nadaje im tę niezwykłą głębię, której wyjątkowość jednocześnie intryguje nas i odstręcza od jej badania."

Erwin Panofsky, 1953

Powyższe słowa znakomicie oddają atmosferę bodajże najznamienitszego, a przynajmniej najbardziej rozpoznawalnego dzieła Jana van Eycka „Portret małżonków Arnolfinich". Stanowiąc świadectwo dojrzałej twórczości autora, dzieło to staje się jednocześnie sztandarem wybitnych arcydzieł piętnastowiecznego malarstwa flamandzkiego.

Scena jest odzwierciedleniem zaręczyn lub werbalizowania małżeńskiej przysięgi kupca z Lukki, Giovanniego Arnolfiniego, będącego częstym bywalcem Brugii, z uwiecznioną na płotnie córką innego kupca, swojego krajana Giovanną Cenami. Artysta bawi się z widzem stosując zręczną szermierkę symbolicznych zagadek. Osiąga taki efekt także poprzez zastosowanie jako pierwszy w sztuce nowożytnej podwójnego portretu. W dwójnasób zaskakuje tym samym widza zaznaczając wyraźny ślad w postaci inskrypcji umieszczonej tuż nad niezwykle intrygującym lustrem. Ujawnia się tym samym jako świadek ceremonii składając wymowny quasi-komentarz „ Johannes de Eyck fuit hic"(Johannes de Eyck tu był). Możemy zatem domniemywać że całość jego zamysłu artystycznego nierozerwalnie zestraja się ze światem przedstawionym przez owego arcywymownego świadka zdarzenia. Widoczny przecież w lustrze jako jeden z obserwatorów staje się jednocześnie zręcznym komentatorem.

Nawiązując poprzez podniosły nastrój do ikonografii religijnej artysta gloryfikuje tym samym sakrament małżeństwa. Świetnie oddana atmosfera intymności, swobodnie koreluje z realistycznym konceptem ceremonii z czasów van Eycka. Główni odtwórcy ról przyszłych małżonków stosują typowe gesty należące do obowiązujących w czasach twórczości tego zaklinacza nastroju.

Poszczególne przedmioty zostały umieszczone nie bez powodu w kadrze ukazanych tam wydarzeń z życia zamożnych mieszczan. Już zatem na początku analizy tej zagadkowej sceny wnikliwy obserwator powinien zadać sobie pytanie o sens utrwalenia w kandelabrze zapalonej świecy? Promienie słoneczne znakomicie rozświetlają całość autorskiego zamysu. Finezja jego zamysłu pokazuje, że poprzez symbol pragnie ujawnić nam obecność Boga, a także fakt konieczności zaistnienia takiego rekwizytu w trakcie zawarcia małżeństwa.

Karty historii wskazują na dość swobodne traktowanie przez Kościół ukazanego tutaj sakramentu, wobec którego jeszcze przed soborem trydenckim (zakończonym w 1563 roku) nie była wymagana obecność i błogosławieństwo duchownego. Analizowany tutaj portret jest także przykładem znakomicie skomentowanym przez zaistnienie w dziełach flamandzkiego artysty „zamaskowanego, ukrytego symbolizmu". Artysta celuje w ukazaniu postaci należących do sfery sacrum niczym typowych bohaterów sfery profanum. Zagadkowe lustro umieszczone zostaje pomiędzy przyszłymi kreatorami swojej przyszłości- mieszczanami. Zawiera dziesięć miniaturowych scen Męki Pańskiej, będących jednocześnie barwnym prologiem wprowadzającym młodą parę w trudy życia ziemskiego. Religijny charakter przedmiotu łączy się nierozerwalnie z przyszłością pary, która już tego uroczystego dnia jak w soczewce skupić powinna wszystkie swoje dążenia ku łasce odkupienia. Symbol ów zawiera również upomnienie o czystość i wstrzemięźliwość, która jest gwarantem udanego życia zgodnego z głosem Kościoła.

Bez wątpienia nieprzypadkowa okazuje się postać psa obecna u stóp pary, jednoznacznie odczytywanego jako symbol wierności. To lojalne stworzenie przedstawiano już na średniowiecznych grobach, spoczywające przy nogach pana, w antycznych mitach pełnił rolę strażnika (trójgłowy Cerber strzegący wejścia do świata podziemi), by w końcu stać się także wyrazicielem pożądania czy chciwości.

Dociekliwy obserwator dostrzeże też w tym dostatnim wnętrzu umieszczone na parapecie i skrzyni owoce. Dzięki ich bliskiemu położeniu w stosunku do płaszczyzny okna autor pozwala sobie na niemal fotograficzną wierność w odtworzeniu symbolicznych rekwizytów.

Są one według zamierzeń autora ewokacją stanu niewinności Człowieka przed Upadkiem.

Piękne draperie szat kobiety zdradzają stan w jakim znajduje się jedna z centralnie umieszczonych postaci. Jednocześnie na wysokim

oparciu gotyckiego krzesła ukazana została figurka świętej Małgorzaty, patronki kobiet ciężarnych. Kompozycyjnie należy ona do fragmentu obrazu przypisanego postaci kobiecej. Natomiast po stronie Arnolfiniego naszą uwagę zaprząta sznur kryształowych pereł.

Opisując inny obraz tego światowego bywalca dworów Eugene Fromentin stwierdza:

„Po prawdzie, kiedy skupiamy uwagę na tym obrazie, zapominamy o całym świecie i wydaje nam się, że sztuka malarska powiedziała już ostatnie słowo- i to zaledwie u swego zarania." Bezsprzecznie możemy zastosować te słowa wpatrując się w tajemnicze postaci Arnolfinich, które wydają się nieporuszone i jakby nieobecne.

Stroje bohaterów tej podniosłej sceny wymodelowane zostały typową dla van Eycka grą światłocienia. Delikatnie rozproszone światło rzeźbi tkaninę, zdumiewa połączenie wyidealizowanej do pewnego stopnia materii z nadzwyczaj realistycznym rysunkiem deseni.

Wspomniany francuski malarz i pisarz Eugene Fromentin zauważa iż w przestrzeni malarskiej tego genialnego modyfikatora kodów widoczna jest maniera zakładająca „ subtelność światłocienia, absolutną prawdziwość i wyidealizowanie każdej rzeczy stworzonej ręką artysty, mistrzowską robotę, niepowtarzalność przejrzystości materii, współistnienie rzeczowej obserwacji z fantazją przekazaną w półtonach…"

Realia wnętrza pokoju, w którym umieszcza swych tajemniczych małżonków van Eyck wskazują na perfekcję w oddaniu detali, wykazuje nadzwyczajną drobiazgowość w odzwierciedleniu wszystkich istotnych elementów składających się na tę malarską szaradę. Niesłychana sprawność kompozycyjna ujawnia się także w późniejszych jego konceptach. „Niemal nadludzka doskonałość", o której wspominają krytycy jest efektem konsekwentnie stosowanej symetrii zachowanej zarówno pomiędzy postaciami jak i architekturą. Ta ostatnia stanowi o kontakcie z widzem nieopatrznie wciągniętym do cichego dialogu z autorem i ujawnionym przez niego światem. Zbliżenie postaci w stosunku do widza daje wrażenie jednocześnie intymności i nieskończoności. Podobną atmosferę udało się przywołać artyście we fragmencie „Madonny Kanonika van der Paele", gdzie charakter intymistyczny podkreślony został niezwykłą precyzją i statycznością. Podobnie i tu wszelki ruch zdaje się zastygać, aby stworzyć wrażenie posągowości postaci. Autor prowokuje nas do zajęcia indywidualnego zdania wobec ukazanej sceny. Słyszymy wręcz jego głos „oto stoją tu przed wami w blasku światła, złączeni swoją tajemnicą…znajdźcie jej źródło, włączcie się w ten nietypowy dyskurs…" .

Obrazy van Eycka cechują niezwykle precyzyjne pociągnięcia pędzla. Za jego pomocą pragnie oddać najwierniej fakturę i teksturę przedstawionych obiektów, ujawniając niesłychaną wprost wirtuozerię w posługiwaniu się rzemiosłem. Zdaje się być nieograniczonym demiurgiem koloru. Tony, które przeważają w jego barwnej gamie są przygaszone, a jednak wciąż bogate. Harmonijne i stosunkowo żywe łączy wspólnym mianownikiem tematycznym, unika natomiast jaskrawych dysonansów. Przykładem na to mogą być kobiece szaty opadające kaskadami, podkreślając subtelną elegancję i bogactwo materii.

„Najbardziej skrupulatny i zarazem najbardziej enigmatyczny" sprawia, że jego portrety są „jednocześnie niezwykle bliskie i bezgranicznie odległe". Nieuchwytna obecność postaci, a jednocześnie niepokojąca obecność onieśmiela zdezorientowanego widza, wprowadza go w zakłopotanie.

„Mądrość to po prostu wiedza o szczęściu, taka mianowicie wiedza, która uczy nas osiągać szczęście".

Gottfried Wilhelm Leibniz

Takie motto można by uznać za fundamentalną tezę porządku życiowego jakie wyznaczyła sobie ta enigmatyczna para. Obraz van Eycka staje się zatem alegorią idealnego małżeństwa. Szczęście zapowiada też niewątpliwy sukces kupca na który składa się dostatnie wnętrze jakie ma okazję podziwiać obserwator. Głębokie poczucie odpowiedzialności malujące się na twarzach pary świadczy o odrzuceniu przez nich frenetycznego postrzegania tematu miłości.

Nawet porzucone buty wydają się nieprzypadkowe. Nie obute stopy stają na gruncie świętości małżeństwa. Kobieta utrwalona na płótnie podobnie jak podmiot dzieła Rembrandta „Żydowska narzeczona" waży w myślach ciężar swej miłości i miłości otrzymanej, dawania i brania które przecież nie zawsze równoważą się we wspólnym bytowaniu dwojga ludzi. Wzrok bohaterów nie spotyka się w jednym punkcie, podkreślając indywidualność przeznaczonych im ról życiowych.

Autentyczność uczuć jest jednak tutaj głównym tematem odsłony, niezależnie od bogactwa eksponowanych strojów. Intymność przedstawienia nie zakłóca naszego odbioru, możemy wręcz czuć się świadkami tej wysublimowanej formy przypieczętowania miłości.

mgr Joanna Hładoń-Wiącek jest pracownikiem Biblioteki Medycznej

Jan van Eyck: Portret małżonków Arnolfich, 1434, olej na desce, National Gallery w Londynie, Wielcy malarze, ich życie, inspiracje i dzieło nr 51: Jan van Eyck, Eaglamoss Polska, Siechnice 1999

Początki Jurasza

Mieczysław Boguszyński

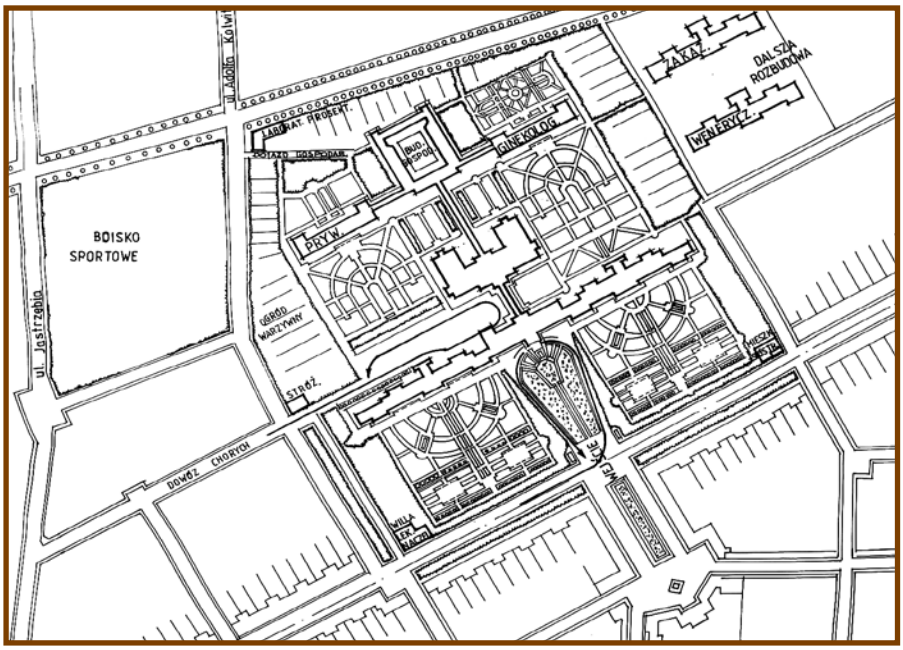
Do budowy nowego szpitala władze miejskie ponad stutysięcznej Bydgoszczy przygotowywały się kilka lat. Dyskusje rozpoczęły się już w 1925 r., jednak ostateczną decyzję odkładano.

Jedną z przeszkód była argumentacja lekarzy. Przekonywali, że jeżeli nowa lecznica ma powstać, to powinien to być obiekt duży, na wskroś nowoczesny, oparty na współczesnych wzorach europejskich, który będzie w stanie wypełniać swoje zadania w perspektywie co najmniej 50 lat. Podkreślali też, że wszelkie próby dotychczasowych, doraźnych rozwiązań wyczerpały się ostatecznie. Władze argumentacje przyjmowały. Bardzo przekonujące były zwłaszcza wystąpienia dr. Edwarda Soboczyńskiego, radcy miejskiego i dyrektora starego Szpitala Miejskiego (obecnie Muzeum Okręgowe przy ul. Gdańskiej 4). Przeszkodą był jednak brak pieniędzy w kasie miejskiej. Ostatecznie ryzykowną uchwałę podjęto 23 lutego 1928 r. Ryzykowną, bo budowa miała być finansowana częściowo z zaciąganych pożyczek.

Pierwotnie szpital miał powstać przy szosie gdańskiej, w pobliżu Szkoły Podchorążych (obecnie dowództwo POW). Ówczesne względy strategiczno-militarne, zbyt blisko przebiegające tory kolejowe, tę lokalizację jednak wykluczyły. W zamian wybrano dużą, ponad 13 hektarową działkę przy obecnej ul. M. Curie-Skłodowskiej. Dokumentację opracował zespół fachowców w Wydziale Budownictwa Nadziemnego, pod kierownictwem inż. arch. Bogdana Raczkowskiego i arch. bud. Kazimierza Skicińskiego. Zgodnie z obowiązującym wówczas wskaźnikiem (6 łóżek na 1000 mieszkańców) założono rozmieszczenie 600 łóżek.

Zanim do prac projektowych przystąpiono, wydelegowany przez prezydenta miasta zespół lekarzy i projektantów zwiedził kilka dużych szpitali w Niemczech i Wolnym Mieście Gdańsku. Nie wiadomo w jakim stopniu poczynione obserwacje zostały potem wykorzystane. Podobno najbardziej podobał się szpital w Lipsku.

Ostatecznie, według załączonego planu z 1928 r., w budynku głównym przewidziano oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, ortopedyczny, ginekologiczno -położniczy, laryngologiczny i oczny oraz izbę przyjęć i aptekę. W osobnych budynkach zlokalizowano blok operacyjny, zakład radiologii i fizykoterapii, oddział kąpielowy, kuchnię i pralnię, mieszkania dla lekarzy i sióstr. Niektóre rozwiązania mogą dziś budzić zdziwienie. Trzeba jednak pamiętać, że projekt powstawał w latach dwudziestych XX wieku, w innej sytuacji epidemiologicznej i odmiennej od dzisiejszej organizacji lecznictwa. W tym czasie bardzo ważny i potrzebny był zarówno wyizolowany oddział zakaźny, weneryczny jak i pododdział jaglicy. Zastanawiać musi natomiast umieszczenie w szpitalu samorządowym oddziału prywatnego. To nie pomyłka. Zgodnie z ówczesnymi przepisami był przeznaczony dla prywatnych pacjentów, od których ordynatorzy mieli prawo pobierać opłaty za leczenie, tylko częściowo przekazywane do kasy szpitalnej. Opracowanie przewidywało też podział oddziałów na dwie oddzielne części – żeńską i męską. W budynku głównym były to oddzielne skrzydła wschodnie i zachodnie. Zaprojektowano również piękny, rozległy park dla chorych – po drugiej wojnie światowej stopniowo likwidowany, gdy część terenu od strony ul. Powstańców Wielkopolskich zabrało miasto na budownictwo mieszkaniowe, a resztki pochłonął nowy budynek Farmacji. Szkoda.



Projekt szpitala z 1928 r.
1. Budynek główny – oddziały szpitalne.
2. Rentgen, fizykoterapia, blok operacyjny, oddział kąpielowy.
3. Kuchnia i pralnia.
4. Laboratorium i prosektorium.
5. Mieszkania lekarzy.
6. Mieszkania sióstr.
7. Park dla chorych.
8. Oddział prywatny.
9. Drugi oddział ginekologiczno-położniczy.
10. Oddział zakaźny.
11. Oddział weneryczny

Projekt z 1928 r. nie doczekał się pełnej realizacji. Miasto musiało spłacać zaciągnięte pożyczki. Lecznica miała na siebie jak najszybciej zarabiać, dlatego 13 grudnia 1937 r. pośpiesznie uruchomiono skrzydło zachodnie i część centralną budynku głównego. Nieczynne skrzydło wschodnie pozostawiono w stanie surowym. A i tak nowy szpital zyskał natychmiast opinię jednego z najnowocześniejszych w Polsce. Zapewniał bardzo dobre warunki pobytu chorym i odpowiednie warunki pracy lekarzom, pielęgniarkom i pozostałemu personelowi.

Sprawił, że Bydgoszczą zainteresowali się m.in. znani lekarze specjaliści z Poznania. Ordynatorem nowego oddziału ortopedycznego został doc. Wiktor Dega, a okulistycznego dr Paweł Chojnacki. Pozostałymi oddziałami kierowali dotychczasowi ordynatorzy zlikwidowanego, starego Szpitala Miejskiego: laryngolog, a jednocześnie dyrektor dr Edward Soboczyński, chirurg dr Zygmunt Dziembowski, internista dr Antoni Tomicki i ginekolog dr Józef Krzymiński. Pielęgnowaniem chorych zajmowały się głównie siostry miłosierdzia ze Zgromadzenia św. Wincentego á Paulo. Przełożoną była siostra Antonina Czepek, która nie tylko kierowała personelem fachowym, ale nadzorowała również pracę w zapleczu gospodarczym.

dr Mieczysław Boguszyński jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Od lat 70. kierował placówkami służby zdrowia – był zastępcą dyrektora ds. lecznictwa w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, kierował Szpitalem im. dr. Biziela (uczestnicząc jednocześnie w rozbudowie i organizacji przyszłego szpitala klinicznego). W 1985 roku został pierwszym dyrektorem wtedy Państwowego Szpitala Klinicznego im. dr. Jurasza. Funkcję tę sprawował do przejścia na emeryturę w 1999 r. Mieczysław Boguszyński od wielu lat zbiera materiały i publikacje z zakresu historii lecznictwa bydgoskiego. Wyszukuje i opisuje obiekty, w których w przeszłości mieściły się szpitale, poradnie i prywatne gabinety. Jest autorem „Kroniki Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego" oraz monografii „Onkologia w Bydgoszczy". Aktualnie doktor Boguszyński pracuje nad opracowaniem historii Szpitala im. Jurasza, niedawno ukazała się jego książka na temat lecznictwa bydgoskiego – „Od warsztatu balwierskiego do szpitala klinicznego".

Szpital dla niemowląt w Bydgoszczy – w stulecie otwarcia
Z dziejów lecznictwa dziecięcego

Walentyna Korpalska

Na początku XX wieku, w 1909 roku, powstała w Bydgoszczy placówka zamkniętej opieki zdrowotnej przeznaczona dla dzieci, a właściwie dla niemowląt (Säuglingsheim). W świadomości bydgoszczan miejsce to na długie lata kojarzyło się z lecznictwem dziecięcym.

Wraz z rozwojem wiedzy medycznej, na przełomie XVIII i XIX wieku, spośród specjalności medycyny wewnętrznej zaczęła się wyodrębniać pediatria. Dziecko przestano traktować jako miniaturę dorosłego, zaobserwowano odmienności jego fizjologii i patologii. W drugiej połowie XIX wieku zaczęto wyodrębniać oddziały szpitalne i tworzyć specjalistyczne szpitale dziecięce. Także w Bydgoszczy w drugiej połowie XIX wieku potrzebujące pomocy medycznej dzieci leczono w szpitalu miejskim, powiatowym i w szpitalu Diakonisek. Jednakże rozwój wiedzy z zakresu pediatrii, a także trudna sytuacja dzieci niezamożnych rodziców spowodowała wzrost zainteresowania ich losem lekarzy, sióstr zakonnych i przedstawicieli aktywnych społecznie elit. Z ich inicjatywy powstał w Bydgoszczy mały szpitalik dziecięcy. Urządziły go przy dzisiejszej ulicy św. Floriana siostry Miłosierdzia, popularnie zwane Wincentkami, przy aktywnej pomocy proboszcza i dziekana bydgoskiego ks. Józefa Choraszewskiego oraz dr. Stanisława Warmińskiego. Dla celów szpitala zaadoptowano istniejącą zabudowę mieszkalną i gospodarczą. Była to pierwsza na terenie miasta placówka oddzielająca leczenie dorosłych i dzieci.

Mimo fundamentalnych odkryć w naukach medycznych w zakresie fizjologii, patologii i bakteriologii wciąż jeszcze problemem nie tylko w Bydgoszczy, czy zaborze pruskim, ale w całej Europie była wysoka umieralność niemowląt w pierwszym roku życia. Z analizy zachowanych danych statystycznych wynika, iż w ówczesnej rejencji bydgoskiej mniej więcej trzecia część noworodków nie przekraczała pierwszego roku życia.

Biorąc pod uwagę różnice pomiędzy poszczególnymi powiatami, pomiędzy miastem i wsią (dane statystyczne są tu bardzo szczegółowe) można przyjąć, że dla rejencji bydgoskiej wskaźnik umieralności niemowląt w latach 1875-1900 wynosił średnio ponad 25%, był więc niewiele mniejszy niż w Królestwie Polskim. Była to smutna prawidłowość demograficzna we wszystkich zaborach. Wysoka była także śmiertelność okołoporodowa (martwe urodzenia i umieralność od 0 – 6 miesięcy życia). Życie dzieci od drugiego roku życia także było zagrożone. Złe warunki higieniczne i mieszkaniowe, niedostatki w odżywianiu, zmniejszona odporność sprzyjały więc rozwojowi innych – poza nagminnym występowaniem biegunek – chorób zakaźnych wieku dziecięcego, głównie płonicy (szkarlatyny), błonicy (dyfterytu), zwłaszcza jego dziecięcej odmiany – krupu błoniczego, krztuśca (kokluszu) i odry.

Problematyka ta znalazła się w orbicie zainteresowań towarzystw społeczno – lekarskich, pod ich wpływem także władz państwowych. W Rzeszy Niemieckiej powstała inicjatywa tworzenia w większych miastach placówek opieki zdrowotnej dla niemowląt. Powołano do życia kuratorium fundacji do walki ze śmiertelnością niemowląt pod patronatem cesarzowej Augusty Victorii – Kuratorium des Kaiserin Auguste Victoria – Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche.

W Bydgoszczy, z inicjatywy władz regencyjnych i miejskich, realizację projektu podjął Ojczyźniany Związek Kobiet (OZK) – (Vaterländischen Frauenverein), którego przewodniczącą na miasto i powiat Bydgoszcz była żona prezydenta regencji Lucia von Günther. Związek dysponował kapitałem w wysokości 60.000 marek, które na jego rzecz, aktem fundacyjnym z dnia 6 czerwca 1908 roku, przekazał obywatel Bydgoszczy dyrektor Juliusz Berger. Kapitał ten został przeznaczony na wybudowanie szpitalika dla niemowląt. Działkę pod budowę przekazał nieodpłatnie Magistrat. Znajdowała się ona przy dzisiejszym placu Kościeleckich (wówczas Hann von Weyhern Platz), obok szkoły, naprzeciwko kościoła ewangelickiego. Budynek powstał w imponującym tempie. Aktu poświęcenia szpitala dla niemowląt, który jak podobne ośrodki w Rzeszy nosił imię cesarzowej: Das Auguste Victoria – Heim in Bromberg, dokonano w dniu 2 kwietnia 1909 roku, 1 lipca nastąpiło otwarcie, a 5 lipca przyjęto pierwszych pacjentów.

Pieniądze na zakup sprzętu i niezbędnego wyposażenia medycznego pochodziły z dotacji instytucji oraz od prywatnych darczyńców. Z urzędu prowincji poznańskiej przekazano 3000 marek, zarząd główny Ojczyźnianego Związku Kobiet z Berlina przelał 1000 marek. Na aukcji dobroczynnej na rzecz budowy szpitala 8 marca 1908 roku zebrano 3000 marek. Wśród prywatnych darczyńców wyróżnili się znani z legatów na rzecz innych bydgoskich szpitali radca Emil Kolwitz (z fundacji imieniem swego ojca przekazał 1000 marek), radca Louis Aronsohn – fundator posągu „Łuczniczki" (300 marek). Lista darczyńców, którzy przekazali mniejsze kwoty była znacznie dłuższa. Bydgoski magistrat, na koszty utrzymania zakładu, przekazywał corocznie 1000 marek.

Oddany do użytku budynek szpitala był podpiwniczony, składał się z parteru, piętra i rozległego poddasza. Na parterze, zgodnie z wcześniejszym profilem działalności OZK znajdowała się kuchnia ludowa. Stanowiły ją: obszerna sala, która jednorazowo mogła pomieścić 100 osób oraz pomieszczenia kuchenne. Na piętrze umieszczono właściwy szpitalik dla niemowląt. Były tu trzy sale dla chorych dzieci (9, 7 i 4 łóżka), w sumie na 20 łóżek. W sytuacjach wyjątkowych liczbę łóżek zwiększano do 25 i dodatkowe miejsca dla pacjentów wstawiano na zadaszonej werandzie. Największa sala, dla 9 chorych, miała duży balkon. Sale dla małych pacjentów były wyposażone zgodnie z ówczesnymi wymogami szpitalnictwa dziecięcego. W każdej była wanna, umywalka, waga i szafki z niezbędnym sprzętem medycznym i pielęgnacyjnym. W szpitalu obowiązywał ścisły reżim sanitarny. Dla przykładu wanny po każdorazowym użyciu były dezynfekowane. Każde niemowlę miało własną butelkę, oznaczoną numerem. Przy każdym łóżeczku znajdowała się szafka ze środkami niezbędnymi do pielęgnacji niemowląt. Karty pacjentów zawieszone były w metalowych ramkach przy każdym łóżeczku. Mleko dla szpitala było badane w Miejskim Urzędzie Badania Środków Żywności. Bardzo ścisłe przepisy regulowały sposób przygotowywania pasteryzowanych mieszanek do karmienia niemowląt.

Na pierwszej kondygnacji szpitala znajdował się także gabinet lekarski, jak również siostry przełożonej, w którym oprócz niezbędnego wyposażania był także długi stół do badań mikroskopowych i chemicznych. W dalszej części położone było mieszkanie przełożonej, kuchnia dla personelu oraz kuchnia, w której przygotowywano posiłki dla niemowląt. Na końcu korytarza znajdowało się wyjście na dużą werandę. Sień była podzielona szklanymi drzwiami na dwie części. Jedną część zajmowało wejście do szpitala, drugą - poczekalnia i ambulatorium. Na poddaszu były pralnia, suszarnia i mieszkania personelu pomocniczego. We wszystkich pomieszczeniach zainstalowano centralne ogrzewanie, urządzenia wentylacyjne oraz kanalizację z zimną i ciepłą wodą.

Zasadniczym celem szpitala była opieka nad chorymi niemowlętami, z wyjątkiem ostrych chorób zakaźnych, które takiej opieki nie znalazły w środowisku rodzinnym. Do szpitala trafiały też dzieci zaniedbane, niedożywione. W okresie od lipca 1909 do marca 1911 roku udzielono pomocy 210 małym pacjentom. Najmłodsze niemowlę miało 2 dni, najstarsze dwa i pół roku. Lekarzem prowadzącym szpital dla niemowląt był od października 1910 roku lekarz pediatra, radca sanitarny, dr Elimar Schendell. W razie jego nieobecności pomoc medyczną zapewniali doktorzy: Isidor Cohn, Leopold Bader, Oskar Rheindorf. Specjalistycznych porad udzielali chirurg dr Richard Lampe (lekarz naczelny szpitala Diakonisek), okulista Paul Bähr i dr Jacob Cohn – specjalista chorób gardła uszu i nosa. Opiekę medyczną w szpitalu lekarze

Szpital dla Niemowląt w Bydgoszczy, zdjęcie z 1913 r.

prowadzili bezpłatnie, natomiast za badania dzieci w przyszpitalnym ambulatorium otrzymywali honorarium.

Ambulatorium (Säuglingsfürsorgestelle) przy szpitaliku Auguste Victoria Heim było zaczątkiem otwartej opieki zdrowotnej dla dzieci. Spełniało ono również rolę szpitalnej izby przyjęć. W ambulatorium – przychodni udzielano bezpłatnych porad matkom, które zgłaszały się same, bądź które zostały nakłonione do zgłoszenia się z niemowlęciem przez opiekunki i pielęgniarki środowiskowe. Matki otrzymywały także niewielką pomoc materialną oraz mleko dla niemowląt. W połowie 1911 roku Wydział Opieki Społecznej bydgoskiego Magistratu wydał zarządzenie, które nakazywało roztoczenie specjalnej opieki nad dziećmi nieślubnymi. Miały one być poddawane cotygodniowej kontroli lekarskiej w przychodni. Wykonanie lekarskich zaleceń sprawdzały w czasie wizyt domowych pielęgniarki ze szpitala. Dzieci, które zostały wyleczone, wracały do domów, lub jeśli nie było to możliwe, kierowano je do sierocińców.

Przez następne kilkanaście lat, w czasie I wojny światowej i w pierwszych latach Drugiej Rzeczypospolitej placówka zachowała swój dotychczasowy charakter i do 1924 roku pełniła funkcję szpitalika dla niemowląt. W tym czasie już jednak zasadnicze problemy lecznictwa dziecięcego rozwiązywał rozbudowany, wielospecjalistyczny szpital św. Floriana. Utrzymywanie małego szpitalika dla niemowląt mijało się z celem. Narastał jednak problem opieki nad dziećmi zaniedbanymi, porzuconymi, sierotami. Niepokój budziła wciąż wysoka śmiertelność niemowląt. W tej sytuacji obiekt przy placu Kościeleckich, wydzierżawiony przez miasto od Towarzystwa „Deutscher Frauenverein" przekształcono na „Schronisko dla Niemowląt", które było zakładem zamkniętym. Dysponowało ono 50 łóżkami i przeznaczone było dla zaniedbanych dzieci od 0 do 2 lat. Małym pacjentom zapewniano odpowiedni standard opieki, zgodnie z ówczesnym stanem wiedzy medycznej. Lekarzami prowadzącymi byli kolejno dr Czesław Wiecki, dr Edward Sobczyński i dr Czesław Nowicki. Bezpośrednią, codzienną opiekę nad dziećmi sprawowały wysokokwalifikowane pielęgniarki.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że ambulatoryjną opiekę medyczną zapewniała dzieciom w tym czasie Stacja Opieki Nad Matką i Dzieckiem, która powstała w 1929 roku i mieściła się przy ulicy Jagiellońskiej. Natomiast dzieci zaniedbane i potrzebujące pomocy znajdowały ją także w Schronisku im Henryka Dietza (fundatora i założyciela placówki) przy obecnej ulicy Romualda Traugutta oraz w ośmiu ochronkach, które działały wówczas w Bydgoszczy. Wszystkie te instytucje zapewniały całkowite utrzymanie i wychowanie dziecka.

Po drugiej wojnie światowej budynek przy placu Kościeleckich nadal był związany z lecznictwem dziecięcym. Po zmiennych kolejach losu i przemianach organizacyjnych ostatecznie przez prawie 50 lat mieściły się tu specjalistyczne poradnie dla dzieci. Jest to już jednak temat na odrębne opracowanie.

W wyniku zmian organizacyjnych z końcem 2000 roku budynek odebrano władzom opieki zdrowotnej. Poradnie specjalistyczne przeniesiono do Szpitala Dziecięcego i do budynku przy ulicy Gajowej. Tak zakończyła się historia jeszcze jednego śladu przeszłości w dziejach bydgoskiej opieki zdrowotnej.

dr Walentyna Korpalska jest kierownikiem Katedry i Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa

Habilitacja w Polsce i za granicą

Jan Styczyński

Zgodnie z obowiązującą w Polsce ustawą z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki z uzupełnieniem z 2005r (Dz.U. z 2003r. Nr 65, poz. 595; Dz.U. z 2005 r. Nr 164, poz. 1365), stopień ten jest nadawany w drodze przewodu habilitacyjnego, do którego może być dopuszczona osoba, która posiada stopień doktora i uzyskała znaczny dorobek naukowy lub artystyczny, a ponadto przedstawiła rozprawę habilitacyjną. Przewód habilitacyjny składa się z: (1) wszczęcia przewodu habilitacyjnego; (2) dopuszczenia do kolokwium habilitacyjnego na podstawie opinii wyznaczonych recenzentów (którzy oceniają dotychczasowy dorobek naukowy oraz samą rozprawę habilitacyjną); (3) przyjęcia kolokwium habilitacyjnego (polegającego na zaliczeniu odpowiedzi na zadawane pytania z dziedziny nauki reprezentowanej przez habilitanta oraz przedstawieniu na odpowiednim poziomie wykładu habilitacyjnego; w odróżnieniu od doktoratu, jest on niepubliczny).

Od 2006 roku nadanie stopnia doktora habilitowanego zostało zmodyfikowane. Rada Wydziału jednostki przeprowadzającej przewód wyznacza 2 recenzentów, Centralna Komisja do Spraw Stopni i Tytułów również dwóch; wszyscy są powoływani jawnie, nie istnieje już instytucja superrecenzenta. Kolokwium habilitacyjne kończy się nadaniem stopnia doktora habilitowanego. Do zdobycia stopnia nie jest już wymagane zatwierdzenie przez komisję.

Uprawnienia do nadawania stopni doktora habilitowanego posiadają tylko te instytucje naukowe (zwykle wydziały uczelni akademickich i niektóre instytuty naukowe), które gwarantują odpowiednio wysoki poziom merytoryczny przeprowadzania etapów przewodu habilitacyjnego w danej dziedzinie.

Forma rozprawy habilitacyjnej

W zakresie medycyny, rozprawa habilitacyjna może przyjąć 3 formy:

1. Praca monograficzna opracowana na potrzeby habilitacji i wydana w niewielkim nakładzie (około 100 egzemplarzy) przeważnie przez wydawnictwo macierzystej uczelni habilitanta. Jest to forma najpopularniejsza i preferowana przez uczelnię, recenzentów i Centralną Komisję.
2. Praca monograficzna w formie numeru czasopisma, książki (lub odrębnej części książki) wydanej jako klasyczna pozycja wydawnicza. Od pracy monograficznej opisanej powyżej ta forma różni się większym nakładem. Jednakże ze względów wydawniczych, jest to forma mało dostępna dla autorów i bardzo rzadko spotykana.
3. Zebrany cykl artykułów na określony te-

mat zazwyczaj z dołączonym podsumowaniem ich treści napisanym przez autora. Wadą tej formy jest problem ze współautorstwem (artykuły naukowe są obecnie pisane przeważnie przez kilku i więcej autorów) i habilitant musi dołączyć pisemne oświadczenia współautorów dotyczące ich wkładu pracy. Jest to forma spotykana rzadko, ale w obliczu proponowanych w ostatnich miesiącach zmian, habilitanci zapewne będą korzystać z niej częściej.

Habilitacja w krajach europejskich

Słowo habilitacja wywodzi się z łacińskiego „habilitas" (zręczność). W praktyce akademickiej oznacza nabycie szeroko rozumianych kwalifikacji, w tym - uzyskanie prawa do prowadzenia wykładów. W wielu krajach habilitacja obecnie nie istnieje lub ma ograniczone znaczenie dla kariery naukowej. Jednak habilitacja funkcjonuje nie tylko w Polsce. Stopień doktora habilitowanego (lub jego funkcjonalny odpowiednik) istnieje również w takich krajach, jak Francja, Niemcy, Austria, Szwajcaria, Portugalia, Hiszpania (miała być zniesiona w 2008 r.), część Brazylii, Czechy, Słowacja, Bułgaria, Słowenia, Węgry, Rosja oraz kraje powstałe po rozpadzie ZSRR (w tym Białoruś, Litwa, Łotwa i Ukraina).

Z kolei model anglosaski nie przewiduje takiego stopnia między kontraktową profesurą a doktoratem. Pomimo to, w Wielkiej Brytanii i Irlandii istnieją w niektórych dziedzinach tzw. „wyższe doktoraty" (ang. higher doctorates), zbliżone charakterem do polskiego stopnia doktora habilitowanego. Nie jest to jednak obowiązkowy etap kariery naukowej. Przyznawane są rzadko i dotyczą głównie doktorów, którzy nie przeszli odpowiednich etapów kariery akademickiej (reader/assistant professor, lecturer/associated professor, professor), a potrzebują potwierdzenia swoich osiągnięć. Na wielu uniwersytetach w Wielkiej Brytanii odpowiednik habilitacji ma znaczenie honorowe. W naukach przyrodniczych są dwa stopnie doktorskie: niższy, Ph.D. (doctor of philosophy) i wyższy, D.Sc. (doctor of sciences). Niektóre z wyższych doktoratów brytyjskich straciły swoje znaczenie jako istotny wyznacznik kariery akademickiej, jednak w najstarszych uczelniach nadal mają znaczenie prestiżowe, m.in. podczas ceremonii uniwersyteckich. Podobne rozwiązania funkcjonują w Danii.

W Austrii, podobnie jak w Polsce, trzecim stopniem studiów są studia doktoranckie, kończące się uzyskaniem stopnia doktora. Natomiast habilitacja jest czwartym etapem kształcenia – opartym na szczególnych dokonaniach naukowych uzyskanych po doktoracie i napisaniu monografii naukowej. Habilitacja (Universitatsdozent) oznacza specjalne kwalifikacje uniwersyteckie.

Tenure w USA

W USA nie ma habilitacji, ale żeby otrzymać stanowisko pracy na wyższej uczelni zazwyczaj należy wykazać się przynajmniej dwuletnią praktyką naukową po doktoracie (postdoctoral fellowship) i dorobkiem naukowym w postaci od kilku do kilkudziesięciu publikacji naukowych w zależności od prestiżu uczelni, uprawianej dyscypliny naukowej oraz prestiżu czasopism, w których ukazują się publikacje. Mile widziane u kandydata na stanowisko profesora uczelni jest w USA doświadczenie w nauczaniu na poziomie akademickim. Powszechną praktyką jest zatrudnianie na stanowisko assistant professor, które nie daje gwarancji stałości pracy i jest odpowiednikiem polskiego adiunkta, a po 6-7 latach przeprowadzenie formalnej i ostrej weryfikacji, w wyniku której uzyskać można pełne stanowisko profesorskie (professor). Czasami pośrednim stanowiskiem między assistant professor a professor jest associate professor, który jednak nie jest traktowany jak pełnoprawny profesor, oraz zazwyczaj nie ma gwarancji zatrudnienia, czyli tzw. tenure.

System "tenure" został zaadoptowany również w Kanadzie i Australii. Odnosi się do takich stanowisk jak „professor" i „associate professor". Natomiast „junior professor" musi dopiero wykazać swoją aktywność naukową popartą publikacjami, dydaktyką i umiejętnościami administracyjnymi. System amerykański zmusza jednak do pracy i ogranicza liczbę lat, podczas których można pracować na stanowisku stanowisku „assistant professor". Z drugiej strony, oferuje się stanowiska, które nie są czasowo limitowane, np. lecturer, adjunct professor, research professor – ale te pozycje nie niosą możliwości uzyskania tenure (tzw. „off the tenure track"). Uniwersytety przykładają dużą wagę do nadawania pozycji tenure i poświęcają temu dużo czasu, oczekując od kandydata dużej aktywności i produktywności naukowej, dydaktycznej i administracyjnej.

W USA porównuje się polski stopień doktora nauk do amerykańskiego master of science, a polski stopień doktora habilitowanego do amerykańskiego doctor of science (D.Sc.) lub doctor of philosophy (Ph.D.). W USA D.Sc./Ph.D. jest najwyższym stopniem naukowym i jest to samodzielny pracownik nauki mający prawo samodzielnego prowadzenia prac doktorskich.

Polskie uczelnie medyczne

Aktualne, wstępne wymagania do otwarcia przewodu habilitacyjnego w zakresie dorobku naukowego w polskich uczelniach medycznych pokazują następujące przykłady:

CM Bydgoszcz: Dorobek naukowy oceniony na 180 punktów aktualnie obowiązującej punktacji (KBN/MNiSW), w tym publikacje w czasopismach z listy Filadelfijskiego Instytutu Informacji Naukowej o sumarycznym IF (Impact Factor) co najmniej 5. Punktacja KBN/MNiSW musi wynosić sumarycznie co najmniej 60 punktów za prace, w których kandydat jest pierwszym autorem.

UM Poznań: 150 punktów MNiSW, 5 IF lub 6 prac z IF, 20 prac oryginalnych w tym 10 jako pierwszy autor.

AM Szczecin: 160 punktów MNiSW, 5 IF. Zaleca się, aby punktacja Filadelfijskiego Instytutu Informacji Naukowej wynosiła sumarycznie IF co najmniej 2,5 za prace, w których kandydat jest pierwszym autorem.

AM Gdańsk: Minimum 120 punktów MNiSW, w tym publikacje w czasopismach z listy filadelfijskiej o sumarycznym Impact Factor co najmniej 5 (dane z roku 2004). Zaleca się, aby co najmniej 2,5 pkt IF kandydat uzyskał za prace, w których jest pierwszym autorem.

AM Wrocław (Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego): Kandydat musi być autorem lub współautorem co najmniej 30 prac twórczych o łącznej wartości co najmniej 200 punktów MNiSW i co najmniej 5 IF. Dokumentacja dorobku naukowego musi zawierać informację o liczbie cytowań dorobku kandydata oraz o liczbie prac, w których kandydat jest pierwszym lub ostatnim autorem.

UM Łódź: Warunkami do wszczęcia przewodu habilitacyjnego są: (1) opublikowanie jako pierwszy autor publikacji o łącznej punktacji MNiSW (tylko prace oryginalne i kazuistyczne): 80 punktów w zakresie grupy A lub 60 punktów w zakresie grupy B; (2) opublikowanie jako pierwszy autor prac oryginalnych w czasopismach z Listy Filadelfijskiej z sumą IF co najmniej 5 w zakresie grupy A, lub sumą IF co najmniej 2,5 w zakresie grupy B.

GRUPA A to medycyna niezabiegowa i dziedziny wysokoimpaktowe, jak: alergologia, andrologia, biochemia, biofizyka, biologia medyczna, chemioterapia, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, dermatologia, diagnostyka laboratoryjna, endokrynologia, farmakologia, fizjologia, gastroenterologia, genetyka, hematologia, immunologia, kardiologia, medycyna nuklearna, medycyna obrazowa, medycyna rodzinna, mikrobiologia, nefrologia, neonatologia, neurologia, neuropatologia , onkologia, patofizjologia, patomorfologia, pediatria, perinatologia, psychiatria, pulmonologia, radioterapia.

GRUPA B to medycyna zabiegowa i dziedziny niskoimpaktowe, jak: chirurgia ogólna oraz podspecjalności, ginekologia i położnictwo, kardiochirurgia, neurochirurgia, okulistyka, ortopedia i traumatologia, otolaryngologia, proktologia, torakochirurgia, transplantologia, urologia; ponadto: anatomia prawidłowa, epidemiologia, farmacja, histologia, medycyna sądowa, medycyna sportowa, stomatologia.

We wszystkich uczelniach punktacja nie obejmuje doniesień zjazdowych. Dodatkowymi kryteriami oceny pracownika są: aktywność dydaktyczna, zaangażowanie w pracę na rzecz Uczelni, udział w komisjach naukowych, stowarzyszeniach naukowych, promocja nauki i zdrowia wśród społeczeństwa, działalność organizacyjna.

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

Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres zgłoszenia pracy od początku stycznia do połowy lutego 2009 roku.

IF: 16.915

Małgorzata Z. Zdzienicka

Tytuł oryginału: A DNA-PKcs mutation in a radiosensitive T-B- SCID patient inhibits Artemis activation and nonhomologous end-joining.

Autorzy: M. van der Burg, H. IJspeert, N.S. Verkaik, T. Turul, W.W. Wiegant, K. Morotomi-Yano, P.-O. Mari, I. Tezcan, D.J. Chen, Małgorzata Z. Zdzienicka, J.J.M. van Dongen, D.C. van Gent.

Źródło: - J. Clin. Invest. 2009 Vol. 119 nr 1 s. 91-98.

Polskie hasła przedmiotowe: Geny, Mutacja, DNA - naprawa

IF: 4.018

Małgorzata Z. Zdzienicka

Tytuł oryginału: Brca2/Xrcc2 dependent HR, but not NHEJ, is required for protection against O6-methylguanine triggered apoptosis, DSBs and chromosomal aberrations by a process leading to SCEs.

Autorzy: W.P. Roos, T. Nikolova, S. Quiros, S.C. Naumann, O. Kiedron, Małgorzata Z. Zdzienicka, B. Kaina.

Źródło: - DNA Repair 2009 nr 8 s. 72-86.

Polskie hasła przedmiotowe: Apoptoza, DNA, Geny supresorowe nowotworowe, Rekombinacja genetyczna

IF: 2.962

Piotr Kamieński
Jacek J. Klawe
Małgorzata Szady-Grad
Beata Koim
Ewa Wiśniewska

Tytuł oryginału: Ecophysiological determinations of antioxidant enzymes and lipoperoxidation in the blood of White Stork Ciconia ciconia from Poland.

Autorzy: Piotr Kamiński, N. Kurhalyuk, L. Jerzak, M. Kasprzak, H. Tkachenko, Jacek J. Klawe, Małgorzata Szady-Grad, Beata Koim, Ewa Wiśniewska.

Źródło: - Environ. Res. 2009 Vol. 109 nr 1 s. 29-39.

Polskie hasła przedmiotowe: Środki przeciwutleniające, Enzymy, Peroksydacja lipidowa, Ptaki

IF: 2.962

Władysław Sinkiewicz

Tytuł oryginału: Efficacy and tolerability of amlodipine/valsartan combination therapy in hypertensive patients not adequately controlled on valsartan monotherapy.

Autorzy: W[ładysław] Sinkiewicz, R.D. Glazer, A. Kavoliuniene, M. Miglinas, H. Prak, M. Wernsing, J. Yen.

Źródło: - Curr. Med. Res. Opin. 2009 Vol. 25 nr 2 s. 315-324.

Polskie hasła przedmiotowe: Nadciśnienie tętnicze – leczenie, Angiotensyna II, Wapń

IF: 2.632

Grzegorz Bazylak

Tytuł oryginału: Hydrophobicity-aided potentiometric detection of catecholamines, beta-agonists, and beta-blockers in a mixed-solvent capillary electrophoresis system.

Autorzy: Grzegorz Bazylak, M. E. Monge, J. Everaert, L.J. Nagels.

Źródło: - J. Sep. Sci. 2009 Vol. 32 s. 135-146.

Polskie hasła przedmiotowe: Elektroforeza kapilarna, Potencjometria, Beta-blokery, Leki

IF: 2.632

Grzegorz Bazylak

Tytuł oryginału: Unique potentiometric detection systems for HPLC determination of some steroids in humane urine.

Autorzy: B. Vissers, J. Everaert, J. Sekula, A. Malak, H. Bohets, Grzegorz Bazylak, L.J. Nagels.

Źródło: - J. Sep. Sci. 2009 Vol. 32 s. 167-179.

Polskie hasła przedmiotowe: Jonoforeza, Mocz, Sterydy

IF: 2.153

Adam Buciński
Tomasz Bączek
Alicja Nowaczyk
Jerzy Krysiński
Krzysztof Goryński
Marcin Koba

Tytuł oryginału: Artificial neural networks in prediction of antifungal activity of a series of pyridine derivatives against Candida albicans.

Autorzy: Adam Buciński, A. Socha, M. Wnuk, Tomasz Bączek, Alicja Nowaczyk, Jerzy Krysiński, Krzysztof Goryński, Marcin Koba.

Źródło: - J. Microb. Methods 2009 Vol. 76 s. 25-29.

Polskie hasła przedmiotowe: Sieci neuronowe, Pirydyny pochodne – farmakologia, Środki przeciwgrzybicze – chemia, Candida

IF: 2.011

Piotr Kopiński

Tytuł oryginału: Endobronchial ultrasound-guided needle aspiration in the non-small cell lung cancer staging.

Autorzy: A. Szlubowski, J. Kużdżał, M. Kołodziej, J. Soja, J. Pankowski, A. Obrochta, Piotr Kopiński, M. Zieliński.

Źródło: - Eur. J. Cardio-Thorac. Surg. 2009 Vol. 35 s. 332-336.

Polskie hasła przedmiotowe: Rak płuc niedrobnokomórkowy, Śródpiersie, Biopsja aspiracyjna

IF: 1.620

Piotr Kamiński
Małgorzata Szady-Grad
Jacek J. Klawe
Beata Koim

Tytuł oryginału: The impact of element-element interactions on antioxidant enzymatic activity in the blood of white stork (Ciconia ciconi) chicks.

Autorzy: Piotr Kamiński, N. Kurhalyuk, M. Kasprzak, L. Jerzak, H. Tkachenko, Małgorzata Szady-Grad, Jacek J. Klawe, Beata Koim.

Źródło: - Arch. Environ. Contam. Toxicol. 2009 Vol 56 s. 325-337.

Polskie hasła przedmiotowe: Środki przeciwutleniające, Ptaki

IF: 1.607

Dariusz Nowak
Krzysztof Góralczyk

Tytuł oryginału: No relationship between the lenght of the left coronary artery main stem and the type of coronary vasculature in human fetuses from a morphological perspective.

Autorzy: Dariusz Nowak, J. Gielecki, A. Żurada, Krzysztof Góralczyk.

Źródło: - Med. Sci. Monitor 2009 Vol. 15 nr 1 s. CR20-CR25.

Polskie hasła przedmiotowe: Tętnice, Płód

IIF: 0.805

Tomasz Grzybowski

Tytuł oryginału: Genetic structure ofschrenck newt Salamandrella schrenckii populations by mitochondrial cytochrome b variation.

Autorzy: B.A. Malyarchuk, M.V. Derenko, D.I. Berman, T[omasz] Grzybowski, N.A. Bulakhova, A.P. Kryukov, A.N. Lejrikh.

Źródło: - Mol. Biol. 2009 Vol. 43 nr 1 s. 47-54.

Polskie hasła przedmiotowe: DNA mitochondrialny, Cytochromy b, Ewolucja molekularna

Konferencja Kliniki Nefrologii

Grażyna Zarzycka-Lindner

27 i 28 września 2008 roku Bydgoszcz stała się gościnnym domem dla wielu znakomitości ze świata polskiej nefrologii, uczestniczących w konferencji zorganizowanej przez Katedrę i Klinikę Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych CM UMK w Toruniu oraz Gdańsko-Pomorski Oddział Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

Termin konferencji nie został wybrany przypadkowo – we wrześniu 2008 roku minęło bowiem 10 lat od momentu, kiedy Klinika Nefrologii ze Stacją Dializ rozpoczęła samodzielne życie naukowe i kliniczne. Dziesięć lat to maleńka chwila w historii, niemniej jednak chwila ważna dla bydgoskich nefrologów. We wrześniu 1998 r. z Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ powstała nowa klinika Akademii Medycznej w Bydgoszczy – Klinika Nefrologii ze Stacją Dializ. Jej kierownikiem został prof. Jacek Manitius.

Bydgoska nefrologia wraz z upływem lat systematycznie poszerzała zakres swojej działalności leczniczej, naukowej i dydaktycznej. Na dzisiejszy wizerunek Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych – w ogromnym skrócie – składa się nie tylko bieżąca praca w ramach 8 ostrych dyżurów internistycznych, leczenie ponad 120 chorych przewlekle hemodializowanych oraz 38 pacjentów dializowanych metodą CADO/ADO, leczenie pacjentów z ostrą niewydolnością nerek z regionu kujawsko-pomorskiego, diagnostyka i terapia pierwotnych neuropatii (w tym kliniczno–patomorfologiczne spotkania po biopsjach nerek), diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, jak również publikowanie licznych prac naukowych i rozdziałów w podręcznikach z zakresu nefrologii i hipertensjologii, kształcenie studentów kilku wydziałów CM UMK, wreszcie… nauka własna.

Z takim oto bagażem doświadczeń oraz pracy naukowej i klinicznej Katedra i Klinika Nefrologii zorganizowała obecną konferencję z udziałem prawie 200 uczestników z całej Polski. Honorowym gościem konferencji był prof. Edmund Nartowicz. Wśród zaproszonych gości znaleźli się m.in. dr Zbigniew Pawłowicz, senator RP i dyrektor CO w Bydgoszczy, przewodnicząca Rady Miasta – Dorota Jakuta, zastępca Prezydenta Bydgoszczy Bolesław Grygorewicz, władze Collegium Medicum UMK: prof. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. Henryk Kaźmierczak, dr hab. Dariusz Soszyński i dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK, a także dr Andrzej Purzycki, zastępca dyrektora Kujawsko–Pomorskiego NFZ, władze Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy (zastępcy dyrektora: Elżbieta Krzyżanowska, dr Stanisław Prywiński, naczelna pielęgniarka Maria Szymoniuk), Jarosław Kozera – prezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej oraz prezes Centrum Konsultingowego UMK.

Konferencję uświetniły osobistości ze świata polskiej interny, nefrologii i hipertensjologii: prof. Barbara Krupa-Wojciechowska, prof. Franciszek Kokot, prof. Stefan Angielski, prof. Bolesław Rutkowski, prof. Andrzej Książek i wiele innych naukowych znakomitości, wykładowców i prowadzących sesje. Otwierając konferencję prof. Jacek Manitius opowiedział osobistą historię nefrologii i hipertensjologii, poczynając od korzeni i inspiracji rodzinnych, poprzez mistrzów gdańskiej Alma Mater, wreszcie przyjaciół naukowych w Polsce i na świecie, kończąc na wspólnej pracy z zespołem pracowników Kliniki Nefrologii oraz przyjaźni z naukową i artystyczną bohemą Bydgoszczy. Po wystąpieniach kilkunastu osób, które przekazały wyrazy uznania oraz gratulacje dla prof. Jacka Manitiusa i prowadzonej przez niego kliniki, profesor uhonorował kwiatami prof. Edmunda Nartowicza. Część oficjalną Konferencji zakończyło wręczenie prof. Jackowi Manitiusowi obrazu pędzla Jerzego Puciaty.

Naukową część konferencji rozpoczęła sesja poświęcona nefrologii XXI wieku. W kilku wystąpieniach zawarte zostały podsumowania przyczyn progresji chorób nerek. Przedstawiono nowe możliwości, jakie kryje w sobie nanotechnologia w nefrologii.

Uczestnicy wysłuchali nie tylko o nieuchronnym wzroście częstości chorób nerek wraz ze starzeniem się społeczeństw, wysunięciu się cukrzycy na czołowe miejsce wśród przyczyn schyłkowej niewydolności nerek. Zostali także podbudowani możliwościami, jakie kryje w sobie nanonefrologia, choćby marzeniem o stworzeniu sztucznej „nerki przyszłości”… Jednakże pomimo

Od lewej: prof. Maria Waniec-Kossowska, prof. Barabara Wojciechowska-Krupa, prof. Jolanta Małyszko

Od praweJ: Prof. Edmund Nartowicz i prof. Jacek Manitius

wielu obiecujących możliwości, jakie niesie terapia genowa i liczne próby leczenia ostrej niewydolności nerek „naprawą nerek in situ” z użyciem komórek macierzystych – nadal znajdujemy się daleko od skutecznych i w pełni bezpiecznych rozwiązań. W ramach II sesji, poświęconej jatrogennym chorobom nerek, uczestnicy konferencji przekonani zostali o tym, jak skutecznie unikać ostrych i przewlekłych polekowych nefropatii. Szczególnie skupiono się na ostrej polekowej niewydolności nerek (począwszy od biomarkerów wykrywających nefrotoksyczność związków i leków, skończywszy na edukacji chorych i unikaniu związków o znanym lub potencjalnie nefrotoksycznym działaniu).

W sesji III wiele uwagi poświęcono tematyce etiologii nadciśnienia tętniczego i zagadnieniu, czy nadciśnienie wtórne nie będzie w przyszłości stanowić 50 lub więcej procent wszystkich postaci nadciśnienia tętniczego, a nie, jak się obecnie uważa, 5 procent.

Konferencję zakończyła uroczysta kolacja przy muzyce zespołu Eljazz i w atmosferze miłych wspomnień. Bydgoscy nefrolodzy czekają na kolejną okazję, aby zaprosić gości do miasta nad piękny Kanał Bydgoski, a przede wszystkim na dyskusję o nowoczesnej nefrologii.

dr Grażyna Zarzycka–Lindner, Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych

Międzynarodowa Konferencja Sekcji Otologii i Neurootologii

Katarzyna Pawlak-Osińska

Dnia 20 września 2008 roku w Bydgoszczy odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Otologii i Neurootologii Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi.

Klinika Otolaryngologii w Bydgoszczy, zbliżająca się do 50-lecia swego istnienia, od zarania specjalizowała się w problemach otologicznych. Począwszy od prof. Jana Małeckiego, doc. Zygmunta Uklei i prof. Januszy Kubiczek – otologia, otoneurologia, neurotraumatologia kości skroniowej i podstawy czaszki były zagadnieniami wiodącymi, inspirującymi postęp w tych dziedzinach w Polsce i aż do dzisiaj cytowanymi w literaturze światowej. Powstała w 2006 r. Sekcja Otologii i Neurootologii była ukoronowaniem kilkunastoletnich zabiegów prof. Henryka

Prof. Sven-Eric Stangerup z Kliniki Otolaryngologii Gentofte Hospital z Kopenhagi operuje wspólnie z lekarzami z bydgoskiej Kliniki Otolaryngologii

Kaźmierczaka – kontynuatora zainteresowań bydgoskich prekursorów. Sekcja stanowić ma odpowiedź na rosnącą potrzebę interpersonalnych kontaktów osób zajmujących się chorobami uszu. Ośrodek bydgoski w czasie prawie dwuletniego istnienia Sekcji zorganizował pod jej auspicjami VI Międzynarodową Konferencję Otoneurologiczną w 2007 r. (poprzednie pięć konferencji odbyło się również w Bydgoszczy), a obecne spotkanie było kontynuacją idei międzynarodowej wymiany poglądów, ukierunkowanej do polskich otologów.

Na wrześniową konferencję w Bydgoszczy zaproszono 4 gości z zagranicy: prof. prof.: G. Austa z Niemiec, E. Nagy i G. Bencze z Węgier oraz S. Stangerupa z Danii; prof. Aust przedstawił zagadnienia diagnostyki zawrotów głowy u dzieci; prof. Nagy i prof. Bencze – specjaliści od badań zmysłu równowagi w warunkach mikrograwitacji i lotów kosmicznych – w czasie tegorocznego spotkania zaprezentowali badania układu równowagi u osób narażonych na ekspansję przemysłową – zatrucie metalami ciężkimi i ponadnormatywny hałas.

Najbardziej gorącym tematem współczesnej otoneurologii jest wybór metod leczenia schorzeń otoneurologicznych. Istnieje grupa naukowców uznająca wyższość metod chirurgicznych nad postępowaniem zachowawczym. Należy do niej prof. Stangerup. Zaskakująca zatem była prezentacja Profesora, dotycząca nadspodziewanie pomyślnych wyników postawy wyczekująco-obserwacyjnej w przypadku nerwików nerwu VIII. Częsta (co pół roku) kontrola radiologiczna (MRI) i wolnorosnący charakter tych guzów skłaniają do ostrożnej kwalifikacji do zabiegu operacyjnego, tym bardziej, że niedosłuch rzadko doprowadza do niewydolności socjalnej słuchu.

Kontynuując tematykę otochirurgii – prof. K. Niemczyk z Warszawy przekonywał o słuszności przecięcia nerwu przedsionkowego w chorobie Menière'a. Choć z doświadczeń własnych niełatwo wybrać przypadki nie poddające się leczeniu farmakologicznemu, to jednak musi budzić szacunek ufność dobrego operatora w nieinwazyjność i łatwość neurectomii z dostępu czaszkowego.

Po operacjach otologiczno-neurochirurgicznych pacjent wymaga rehabilitacji zmysłu równowagi. Zajmująca się tą problematyką – dr M. Kubeczek-Jagielska z Warszawy przybliżyła audytorium zastosowanie posturografii dynamicznej po usunięciu guza kąta mostowo -móżdżkowego. W sferze zainteresowania otoneurologii znajdują się również szumy uszne i niedosłuch, jako symptomy choroby. Ośrodek łódzki, pod kierunkiem prof. J. Olszewskiego, zaprezentował metodę leczenia szumów stymulacją elektryczną. Jej zastosowanie jako składowej skojarzonej lub sekwencjonowanej terapii wydaje się jak najbardziej użyteczne.

Prof. W. Narożny z Gdańska uwypuklił konieczność dążenia do ustalenia etiologii zaburzeń audiologicznych. Temu celowi służyć mają badania immunologiczne. Choć ich specyficzność jest wciąż mała, to jednak przyszłość terapeutyczna rysuje się obiecująco, jeśli potwierdzi się szczególna podatność ucha wewnętrznego na czynniki autoagresywne.

Diagnostyka otoneurologiczna, opierająca się obecnie na, co najmniej, kilkunastu testach aparaturowych i wymagająca współpracy wielu specjalistów, nie może być zaniechana w warunkach ambulatoryjnych. Inicjator, przewodniczący i moderator Bydgoskiego Spotkania – prof. H. Kaźmierczak przedstawił test Halmagyi – Curthoysa (H-C), popularny wśród neurootologów francuskich, a obecnie zmodyfikowany dzięki istnieniu oprzyrządowania do badania ilościowego zaburzeń przedsionkowych. Test ten, prosty w wykonaniu, pomaga znaleźć odpowiedź na zasadnicze pytanie o lokalizację uszkodzenia zmysłu równowagi – błędnikową lub ośrodkową.

Autorka niniejszego tekstu dokonała próby podsumowania wiedzy na temat tzw. zawrotu szyjnego, budzącego wciąż kontrowersje, co do swej natury (mięśniowej, więzadłowej, kostnej, naczyniowej czy odruchowej – nerwowej). Poparcia szyjnej przyczyny zawrotów dokonali na obecnej konferencji neurochirurdzy, którzy wykazali istnienie zawrotów u 65% chorych leczonych z powodu schorzeń kręgosłupa szyjnego.

Część naukowa spotkania zakończona została lunchem. Goście zagraniczni udali się po nim na zwiedzanie Kliniki Otolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego, a przed uroczystą kolacją – na spacer po mieście. Prof. Stangerup pozostał w Bydgoszczy jeszcze dwadni, aby dokonać dwóch zabiegów operacyjnych u pacjentów z przewlekłym zapaleniem ucha środkowego. Zainteresowanie problemami neurootologii rośnie. Świadczy o tym uczestnictwo kolegów z bliższej i dalszej Polski. Nie zabrakło gości z odległego Lublina, Wrocławia, Białegostoku. Wszystkie ośrodki krajowe zajmujące się szczególnie wnikliwie problemami otoneurologicznymi prezentowały swe dokonania. Cieszy nas, że Klinika Otolaryngologii w Bydgoszczy niezmienne od lat sześćdziesiątych zeszłego stulecia skupia wokół siebie specjalistów chorób uszu, będąc postrzegana jako przyjazne miejsce konferencji i prężny ośrodek badawczy.

dr hab. med. Katarzyna Pawlak-Osińska jest kierownikiem Zakadu Patofizjologii Narządu Słuchu i Układu Równowagi w Katedrze Otolaryngologii

Uczestnicy Konferencji

Regionalne Centrum Informacji Medycznej

Daria Butrym, Ireneusz Szreder

Od zarania dziejów informacja stanowiła ważny rodzaj dobra niematerialnego. Dzięki posiadaniu danych np. o liczebności i uzbrojeniu wrogich wojsk oraz uwarunkowaniach terenu legat dowodzący legionem imperium rzymskiego był w stanie zaplanować swoją taktykę i poprowadzić wojska ku zwycięstwu. Problemem tamtych czasów był jednak brak skutecznych metod pozwalających na przechowywanie, przetwarzanie i rozpowszechnianie informacji. Jednakże rozkwit cywilizacji w minionych wiekach i gwałtowny rozwój technologii w drugiej połowie uprzedniego wieku sprawiły, iż dzisiejsze społeczeństwo określa się mianem społeczeństwa informacyjnego.

Automatyzacja i komputeryzacja wielu dziedzin życia oraz swobodny dostęp do mediów takich jak radio, telewizja czy Internet ułatwiają odbiór, nadawanie zarówno danych, jak i informacji. Dzisiejszy świat generuje ich tak wiele, iż bardzo istotna staje się ich weryfikacja oraz ocena przydatności i wiarygodności.

Medycyna jest jedną z nauk, której istnienie trudno sobie wyobrazić bez wymiany doświadczeń, wyników badań, testów medycznych, informacji o nowych preparatach i sposobach leczenia. Jej rozwój jest spowodowany nie tylko dążeniem człowieka do poznania wszelkich aspektów związanych z jego zdrowiem ale także samą ewolucją, której nieuniknionym skutkiem jest np. powstawanie nowych chorób i ich odmian. Dlatego też nieustanne kształcenie się osób pracujących w służbie zdrowia stanowi istotną kwestię, która została nawet zapisana w ustawie o zawodzie lekarza obowiązującej w naszym kraju.

Pomysł powołania do życia instytucji, która umożliwiłaby środowisku medycznemu, rozwój naukowy poprzez korzystanie z baz danych, pojawiła się dużo wcześniej, niż miało miejsce powstanie Centrum. Niestety realizacja takiej idei wiązała się z dużym nakładem finansowym. Biblioteka Medyczna dysponowała już doświadczoną i wykwalifikowaną kadrą od lat prężnie współpracującą ze środowiskiem medycznym. Nie posiadała jednak odpowiednich środków finansowych, które umożliwiłyby zakup bardzo kosztownych usług dostępu do baz danych. Nadzieja na pozyskanie takich środków pojawiła się w momencie gdy Europejski Fundusz Społeczny ogłosił konkurs na projekt w ramach Priorytetu 2 (Wzmocnienie rozwoju zasobów ludzkich w regionach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004-2006).

W związku z tym Biblioteka Medyczna przy dużym wsparciu Collegium Medicum zgłosiła do konkursu wniosek aplikacyjny dotyczący utworzenia „Regionalnego Centrum Informacji Medycznej"(w skrócie RCIM). Kształtował się on w bardzo trudnych warunkach, gdyż osoby pracujące nad nim musiały jednocześnie wypełniać swoje służbowe obowiązki. Przeszkodą był także fakt niezwykle krótkiego terminu złożenia dokumentów aplikacyjnych. Ostatecznie po pokonaniu licznych utrudnień cel został osiągnięty. Projekt zaakceptowano i uzyskał bardzo dobre noty wśród komisji weryfikującej przedstawione wnioski.

Głównym celem Projektu było stworzenie i rozwój systemu dostarczania specjalistycznej naukowej informacji medycznej dla całej społeczności regionu kujawsko-pomorskiego. Szerszy wgląd w bieżącą literaturę naukową zapewne zaowocuje w przyszłości wzrostem aktywności zawodowej tychże środowisk. W dalszej perspektywie wpłynie to na wzrost konkurencyjności całego regionu. Projektodawcy pragnęli stworzyć dogodne warunki dla wszystkich zainteresowanych. Dużą barierą dla osób nie związanych z żadną uczelnią była ograniczona dostępność do światowej i polskiej, elektronicznej i tradycyjnej literatury medycznej i nauk jej pokrewnych. Biblioteka Medyczna ze względu na uwarunkowania prawne w dystrybucji informacji ma bardzo ograniczone możliwości obsługi czytelników nie związanych z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika. Zniesienie tych barier było możliwe jedynie przez powołanie do życia instytucji która zajęłaby się dostarczaniem potrzebnej informacji ludziom z zewnątrz. Każdemu beneficjentowi Projektu na serwerze RCIM-u założono indywidualne konto internetowe. Dzięki usłudze zdalnego uwierzytelniania, z wszystkich zaprenumerowanych baz można korzystać za pośrednictwem Internetu z dowolnego miejsca na świecie, zarówno w pracy, jak i w podróży. Członkowstwo w RCIM, oprócz możliwości wglądu w bieżącą światową literaturę medyczną daje również możliwość korzystania ze zbiorów tradycyjnych Biblioteki Medycznej. Każdej osobie, która jest beneficjentem zostaje założone konto czytelnicze. Należy tutaj dodać, że osoby spoza Uczelni i Collegium Medicum, aby wypożyczyć książkę muszą dokonać wpłaty kaucji w wysokości 100 zł od jednej pozycji książkowej. Uczestnicy Projektu są zwolnieni z tego rodzaju opłat.

Instytucją Wdrażającą odpowiedzialną za przekazanie środków finansowych z EFS-u był Urząd Marszałkowski województwa kujawsko-pomorskiego. Do jego zadań należała kontrola realizowanego Projektu, zarówno pod względem formalnym, merytorycznym jak i finansowym.

Podpisanie umowy dotacyjnej między Uniwersytetem Mikołaja Kopernika Collegium Medicum a Urzędem Marszałkowskim miało miejsce dnia 26 listopada 2006 r. Kolejnym etapem w procesie realizacji założeń zawartych we wniosku aplikacyjnym, było stworzenie nowych miejsc pracy. W tym celu zatrudniono bibliotekarza niezbędnego do obsługi potencjalnych beneficjentów. Niezwykle istotną sprawą okazało się przyjęcie do grona pracowników informatyka, który zajął się tworzeniem całego systemu komputerowego obsługującego RCIM. Główny zrąb Projektu stworzyli Kierownik Projektu, Asystent Kierownika Projektu oraz Koordynator Merytoryczny, osoby te zajęły się głównie Promocją Projektu wśród osób należących do środowiska medycznego naszego regionu. Do ich zadań należało pozyskanie w ciągu dwóch lat wymaganej liczby beneficjentów, która początkowo miała sięgać liczby 7 tysięcy. Dodatkowo na umowy zlecone zatrudniono specjalistów ds. księgowych i płac.

Po podpisaniu aneksu do umowy w marcu 2008 r. zmniejszeniu uległa kwota dofinansowania Projektu. Suma przeznaczona na jego realizację zmniejszyła się o około 100 tysięcy złotych (tj. z 750 tysięcy do około 650 tysięcy). Tak spore oszczędności powstały w wyniku przeprowadzenia bardzo korzystnych przetargów na zakup usługi dostępu do baz danych. W trakcie realizacji Projektu, głównie ze względu na trudną i niestabilną sytuację w służbie zdrowia, liczba zgłoszeń zaczęła spadać. W tej sprawie wystosowano pismo do Urzędu Marszałkowskiego, w którym poinformowano, że pożądany wskaźnik realizacji zadania najprawdopodobniej nie zostanie osiągnięty. Benefaktor, rozumiejąc zaistniałą sytuację, wyraził zgodę na obniżenie wymaganej liczby beneficjentów do 3 tysięcy i w czerwcu 2008 r. podpisano kolejny aneks do umowy dotacyjnej.

Pozyskane fundusze przeznaczono na zakup odpowiedniego sprzętu niezbędnego do poprawnego funkcjonowania RCIM, czyli serwera komputerowego, zasilacza UPS, zestawów komputerowych. Najistotniejszym z nabytków były usługi dostępu do baz danych. Niestety procedura przetargowa przeciągała się bardzo długo. W związku z tym pierwsze rejestracje beneficjentów miały miejsce dopiero w lutym 2007 r. W celu jak najszerszego rozpropagowania informacji o RCIM wydrukowano plakaty i ulotki

Daria Butrym i Ireneusz Szreder podczas wystąpienia na Konferencji

reklamowe, które pracownicy rozpowszechniali w szpitalach i innych placówkach zdrowia Bydgoszczy, Torunia i Włocławka. Foldery reklamowe były także rozdawane na spotkaniach z przedstawicielami środowiska medycznego. Oprócz tego zaprojektowano, oraz zakupiono a następnie zamontowano bannery reklamowe dla RCIM, jeden na budynku głównym Uczelnii przy ulicy Jagiellońskiej, a drugi na budynku Biblioteki Medycznej. Od października 2007 r. do końca stycznia 2008 r. w akcję promocyjną włączyło się radio „PiK", w którym emitowano komunikaty informujące o działalności Centrum. Bezsprzecznie celnym pomysłem było utworzenie już na samym początku strony internetowej RCIM, która stała się oknem informacyjnym naszych użytkowników. W ramach promocji ukazały się również bezpłatne artykuły w prasie lokalnej, specjalistycznej i uczelnianej. Akcja reklamowa w szerokim zakresie przeprowadzona została na zjazdach, konferencjach i spotkaniach środowiska medycznego regionu. Miało miejsce ponad pięćdziesiąt takich spotkań. W dniach 12-13 grudnia przedstawiciele RCIM obecni byli na Międzynarodowym Sympozjum pt. „Redukcja ryzyka w diagnozie i leczeniu poprzez podnoszenie poziomu wiedzy i doświadczenia pracowników służby zdrowia", gdzie wygłoszono referat na temat działalności RCIM-u.

Ponieważ byliśmy pionierami w tej dziedzinie brak doświadczenia na tym polu powodował iż osoby formułujące wniosek aplikacyjny nie miały żadnych podstaw i wzorców. To nowatorskie wyzwanie stanowiące swoiste novum na rynku medycznym sprawiło, iż utorowaliśmy drogę kolejnym zainteresowanym instytucjom. Podobne Centra mają powstać przy Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, przy Uniwersytecie we Wrocławiu, Białymstoku, Gdańsku i Lublinie. Szeroka reklama i pomoc ze strony środowiska medycznego, a w szczególności współpraca z izbami lekarskimi, aptekarskimi i pielęgniarskimi województwa kujawsko-pomorskiego sprawiła, że do dnia dzisiejszego swoją chęć uczestnictwa w projekcie zgłosiło blisko 2400 osób.

Większość naszych użytkowników to kobiety , stanowią one aż 71% ogółu. Ponad 80% uczestników, zamieszkuje tereny miejskie. Pod względem typu zatrudnienia wyróżniono: uczestników studiów doktoranckich (85 osób), osoby samozatrudnione (ponad 350 osób) oraz osoby pracujące w sektorach badawczo-rozwojowych – biorąc pod uwagę tylko zgłoszenia na oświadczeniach liczba ta wynosiłaby około 220 osób, korygując jednak uzyskane wyniki przy użyciu listy znanych jednostek badawczo-rozwojowych można szacować, że w sektorze tym pracuje więcej osób niż zdeklarowało, bo aż 1070.

Lekarze to najliczniejsza (ok. 1100 osób) grupa zawodowa wśród osób biorących udział w projekcie, również pielęgniarki i pielęgniarze stanowią sporą część ogółu beneficjentów (ponad 750 osób) a także diagności laboratoryjni (ponad 120 osób) i farmaceuci (ok. 110 osób). Pozostałe osoby pracują na stanowiskach ściśle związanych z medycyną.

Pod względem odwiedzin największą popularnością cieszy się baza pełnotekstowa ScienceDirect, katalog od A do Z, który ułatwia użytkownikowi odnalezienie artykułu, gdy znany jest tytuł czasopisma oraz Polska Bibliografia Lekarska. Za nimi w niedalekiej odległości plasuje się Proquest, MEDLINE, Academic Search Premier/Complete oraz Blackwell i Lippincott, Williams and Wilkins. Biorąc pod uwagę ilość pobranych artykułów pełnotekstowych kolejność jest trochę inna: ScienceDirect, Proquest, Blackwell, Academic Search Premier/Complete oraz Williams and Wilkins. Wyniki te dają w sumie ponad 26 tysięcy przeczytanych artykułów, dzięki którym beneficjenci ostateczni mogli poszerzyć swoją wiedzę z interesujących ich dziedzin.

Aby ułatwić beneficjentom korzystanie z baz, na miejscu obecni są pracownicy RCIM prowadzący szkolenia w wyszukiwaniu informacji. Z pomocy tej najczęściej korzystają uczestnicy studiów podyplomowych np. pielęgniarki. Do grona tego zaliczyć można także lekarzy starszego pokolenia, którym obca była dotąd taka forma pozyskiwania informacji.

Jak widać RCIM w znacznym stopniu ułatwia pracę naukową głównie tym, którzy mają mało czasu lub ograniczone możliwości komunikacyjne. Osoby, które same nie radzą sobie z wyszukiwaniem potrzebnej informacji zawsze mogą liczyć na pomoc wykwalifikowanej kadry, mam na myśli zarówno pracowników Centrum jak i Biblioteki Medycznej, którzy obsługują beneficjentów w dziale udostępniania a także w czytelniach. Ich wieloletnie doświadczenie i wynikająca z tego wiedza z zakresu obsługi czytelników w bardzo dużym stopniu ułatwiła proces tworzenia Centrum.

Beneficjenci często korzystają również z możliwości zlecenia pracownikom RCIM wykonania jakiejś usługi. Najczęściej są to prośby telefoniczne, mailowe. Zdarzały się również zlecenia nadesłane faxem dotyczące sporządzenia bibliografii na dany temat (głównie artykuły w języku polskim). Wiele osób zainteresowanych jest wyszukaniem dla nich pełnych tekstów z literatury anglojęzycznej. Najczęściej wyszukane artykuły przesyłamy w wersji elektronicznej. Pracownicy wykonują także na zlecenie kserokopie oraz skany artykułów z polskich czasopism dostępnych w Bibliotece.

Ostatnie parę miesięcy dla RCIM-u było okresem, w którym akcję promocyjną zastąpiono staraniami o pozyskanie środków finansowych na dalsze funkcjonowanie Centrum. Mimo iż dostęp do baz danych miał się zakończyć z dniem 30 czerwca 2008 r., beneficjenci nadal za pomocą Internetu mogli swobodnie pogłębiać swoją wiedzę z zakresu medycyny, dzięki temu, że główni dostawcy baz danych użyczyli dostępu do swoich zasobów za darmo do czasu wyjaśnienia sytuacji. Działalność Centrum do końca roku 2008 została sfinansowana przez Uczelnię.

Ostatecznie zarządzeniem Rektora UMK z dnia 1 grudnia 2008 roku w strukturze Biblioteki Medycznej utworzono Regionalne Centrum Informacji Medycznej. Jednostka podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej ds. Biblioteki Medycznej, dr. Krzysztofowi Nierzwickiemu i zatrudnia dwoje pracowników a Dział został powołany w celu kontynuowania obsługi użytkowników, którzy w latach 2006-2008 mieli możliwość korzystania z Centrum w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa.

mgr Daria Butrym jest pracownikiem Biblioteki Medycznej, natomiast inż. Ireneusz Szreder pracownikiem włączonego w struktury Biblioteki Medycznej Regionalnego Centrum Informacji Medycznej

Referat został wygłoszony podczas 26. Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych zorganizowanej przez Bibliotekę Medyczną Collegium Medicum w dniach 15-17.09.2008 roku.

Biblioteki cyfrowe (repozytoria) - nową ofertą usługową dla naukowych środowisk medycznych w Polsce

Bożena Bednarek-Michalska

Autorka przedstawia istniejące w Polsce biblioteki cyfrowe, stan sieci krajowej, wielkość i rodzaj zasobów, możliwości technologiczne i organizacyjne. Wskazuje na istniejący potencjał, który może wspomóc gromadzenie zasobów medycznych i ich promocję w świecie. Przestawia ruch open access, w który wpisują się polskie biblioteki ze swoimi modelami. Na przykładzie Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej pokazuje, jak środowisko medyczne może wykorzystać digitalizację i nowoczesne platformy do poszerzenia swojej oferty naukowej i edukacyjnej.

Polskie zasoby cyfrowe – geneza ich powstania

Digitalizacja i budowanie zasobów światowych rozpoczęło się w latach 90., głównie w krajach bogatych i zdeterminowanych do tego, by poprawić u siebie jakość dostępu do zabytkowych materiałów piśmienniczych. Pierwsze kolekcje cyfrowe można było oglądać już w roku 1995 (American Memory), ale trzeba było aż dziesięciu lat, by zaimplementować w Polsce podobne rozwiązania. Lata 2004-2008 były bardzo ważnymi latami w rozwoju cyfryzacji w kraju. Przyczyny tego stanu rzeczy były wielorakie, warto wymienić niektóre zaznaczając, że bibliotekarze i archiwiści zdobyli przez te lata wiedzę na temat budowania kolekcji cyfrowych; dostali dobre i niedrogie narzędzie informatyczne do tworzenia zasobów (dLibra, open source) oraz wsparcie poznańskich informatyków; zyskali nadzieję na dodatkowe finansowanie digitalizacji zarówno ze źródeł UE, jak i krajowych; widzą zrozumienie w MKiDN dla tego zagadnienia; rozumieją, że przed digitalizacją nie uciekną; dostali stabilne modele w postaci Wielkopolskiej, Kujawsko-Pomorskiej, Wrocławskiej czy Śląskiej Biblioteki Cyfrowej oraz część pragmatyki, dzięki której łatwiej podejmują decyzje; czują ciśnienie społeczne (statystyki czytelnictwa elektronicznego, listy, komentarze); przedyskutowali między sobą ewentualne zagrożenia i szanse.

Dzięki takim okolicznościom w latach 2002-2008 powstało w Polsce kilkanaście bibliotek cyfrowych opartych o dLibrę i nie tylko, które tworzą zwartą sieć spiętą technologicznie przez metawyszukiwarkę PCSS pod nazwą Federacja Bibliotek Cyfrowych http://fbc.pionier.net.pl/owoc. Liczba zeskanowanych i upublicznionych utworów wynosi (stan na czerwiec 2008) 142.000 obiektów - codziennie dodaje się po kilkanaście. Jest to ogromna liczba zważywszy na zasoby finansowe, jakimi dysponują biblioteki. Niestety, nie wszystkie polskie placówki tego typu spełniają standardy i realizują dobre praktyki, wynika to albo z niewiedzy, albo ze zbyt swobodnego podejścia do tej pracy bez analizy końcowych rezultatów i widzenia perspektywy kilkunastoletniej.

Biblioteki oparte o system dLibra:

1. Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa
2. Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa
3. Biblioteka Cyfrowa Uniwersytetu Wrocławskiego
4. Małopolska Biblioteka Cyfrowa
5. Cyfrowa Biblioteka Narodowa „Polona"
6. Śląska Biblioteka Cyfrowa
7. Zielonogórska Biblioteka Cyfrowa
8. Podlaska Biblioteka Cyfrowa
9. Wejherowska Biblioteka Cyfrowa
10. Biblioteka Cyfrowa Politechniki Łódzkiej
11. Dolnośląska Biblioteka Cyfrowa
12. Biblioteka Cyfrowa Politechniki Warszawskiej
13. Biblioteka Cyfrowa Politechniki Krakowskiej
14. Jeleniogórska Biblioteka Cyfrowa
15. Księgozbiór Wirtualny Bibliotek Kościelnych FIDES
16. e-biblioteka Uniwersytetu Warszawskiego
17. Biblioteka Cyfrowa CODN
18. Pedagogiczna Biblioteka Cyfrowa
19. Podkarpacka Biblioteka Cyfrowa

W trakcie tworzenia są regionalne biblioteki cyfrowe w Gdańsku, Lublinie, Szczecinie i Olsztynie.

Zasoby cyfrowe oparte o inne systemy:

20. Akademicka Biblioteka Cyfrowa Akademii Górniczo-Hutniczej
21. Biblioteka Cyfrowa Politechniki Krakowskiej
22. Wirtualna Biblioteka Sieci Semantycznej Politechniki Gdańskiej
23. Domena Internetowych Repozytoriów Wiedzy ICM
24. Narodowe Archiwum Cyfrowe (NAC).

Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa (KPBC)

Przykładową biblioteką cyfrową, która spełnia także rolę repozytorium tekstów współczesnych, choć w bardzo małym zakresie, jest KPBC. Modelowy projekt realizowany od roku 2003 przez Bibliotekę Uniwersytecką w Toruniu (koordynatora) i Bibliotekę Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego z Bydgoszczy. Jest to pierwszy w Polsce projekt skrupulatnie zaprojektowany i finansowany z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej, programu ZPORR (ponad 1 mln zł.). Celem projektu jest tworzenie biblioteki cyfrowej wspierającej edukację, kulturę i turystykę regionu. Umożliwić ma ona szybki dostęp do zasobów wiedzy oraz cennych zabytków kultury piśmienniczej. Zasób KPBC podzielony został na trzy duże kolekcje zawierające:

- regionalia — cyfrowe wersje zbiorów zarówno w języku polskim, jak i niemieckim: ikonograficznych, kartograficznych, muzycznych oraz dokumentów życia społecznego dotyczących Kujaw, Pomorza i Ziemi Dobrzyńskiej; w ramach tej kolekcji udostępnione zostaną także Copernicana, Baltica, Vilniana — istotne dla tradycji i historii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu;
- materiały dydaktyczne — cyfrowe kopie wybranych lektur, podręczników akademickich, monografii i artykułów naukowych (post- i preprintów) tworzonych w regionie;
- dziedzictwo kulturowe — kopie wybranych najcenniejszych i najczęściej wykorzystywanych pozycji: inkunabułów, starodruków, rękopisów, zbiorów ikonograficznych, kartograficznych oraz emigracyjnych pochodzących ze zbiorów bibliotek regionu.

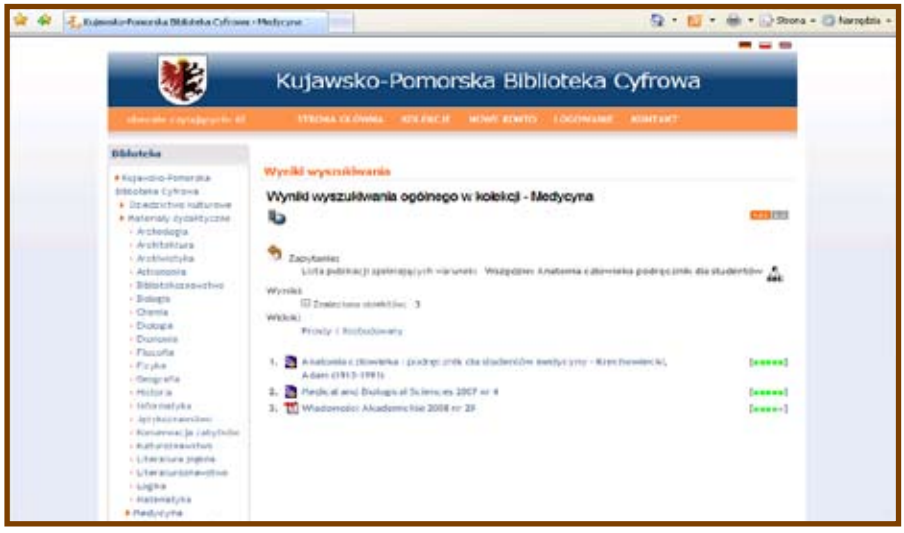
Kujawsko Pomorska Biblioteka Cyfrowa ma służyć naukowcom, studentom, uczniom i wszystkim mieszkańcom regionu kujawsko-pomorskiego. Pozycje umieszczone w KPBC

mgr Bozena Bednarek-Michalska

mają uregulowany status prawny, stosuje się do ich upublicznienia licencje uczelniane lub Creative Commons. KPBC może być doskonałym partnerem organizatorów wszelkiego typu kursów w tym także zdalnego nauczania, ponieważ ma przygotowany zespół fachowców i rozpoznaną, dobrze działającą technologię. W ramach KPBC można udostępniać lektury do poszczególnych kursów zamieszczane swobodnie w zasobie, ale można także stworzyć konkretną podkolekcję zawierającą jedynie teksty wybrane dla konkretnego kursu. Można wyraźnie określać grupę odbiorców danego kursu czy tekstu, np. 100 studentów zapisanych na dany wykład.

W ramach platformy cyfrowej upublicznia się nie tylko teksty, fotografie, mapy, czasopisma, książki, kursy, wystawy, ale także obiekty audio-video, podcasty wytworzone dla konkretnego przedsięwzięcia. Z kolekcji z KPBC możliwe jest przejście do przeszukiwania całego polskiego zasobu. Student ma więc wartość dodaną, może zawsze znaleźć lekturę uzupełniającą w bibliotece cyfrowej. Ponieważ polskie biblioteki cyfrowe są dostępne zawsze i nie pobierają opłat, korzyść dla studenta czy nauczyciela jest niewymierna. Tego typu usługa w przypadku uczelni medycznych to nowa jakość w nauczaniu i powinno się szeroko z takiej możliwości korzystać. Bibliotekarze są społecznością otwartą na współpracę. Należałoby jedynie przekonać dydaktyków do szerokiego, nieograniczonego upubliczniania utworów, co nie jest wcale takie łatwe w Polsce.

Platformy cyfrowe, które opracowano specjalnie dla potrzeb przechowywania obiektów cyfrowych – a tym także KPBC — są wyposażone w różnego typu możliwości wyszukiwawcze. Mamy zatem do czynienia z wyszukiwaniem typu: przeglądanie kolekcji (browsing), przeszukiwanie przez indeksy (indexing), wyszukiwanie proste i zaawansowane przez okno wyszukań (simple search). Można ograniczać przeszukiwanie tylko do metadanych (opisu bibliograficznego), można przeszukiwać pełne teksty, zawężać zakresy dat czy kolekcje. Jest to zatem mechanizm w pełni przygotowany do poprawnego przeszukiwania oraz przyjazny dla użytkowników.



Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa

Znaczenie sieci dla edukacji

Jeśli obliczyć potencjał bibliotek cyfrowych, stworzonych przez poszczególne ośrodki, podające swoje statystyki i transparentne metadane, to mamy do czynienia z otwartym zasobem liczącym około 140.000 obiektów (w roku 2006 było to zaledwie 40100), do których wchodzono miliony razy od roku 2004.

1. WBC — Łączna liczba czytelników od dnia 2004-06-10: 6.353.141
2. KPBC — Łączna liczba czytelników od dnia 2005-05-22: 3.595.284
3. ZBC — Łączna liczba czytelników od dnia 2005-10-25: 1.808.191
4. BCUWr — Łączna liczba czytelników od dnia 2005-12-21: 1.989.202
5. Polona — Łączna liczba czytelników od dnia 2006-09-01: 4.653.978
6. SBC — Łączna liczba czytelników od dnia 2006-08-01: 2.488.286

(Dane z 1 kwietnia 2008-04-01 ze stron poszczególnych bibliotek)

Liczby te wskazują, jak ogromne jest zapotrzebowanie społeczne na zasoby elektroniczne (ponad 21 milionów wejść przez 4 lata). Z zasobów bibliotek cyfrowych korzystają zarówno dorośli, jak i młodzież, świadczą o tym listy i komentarze, jakie otrzymują instytucje tworzące biblioteki. W chwili obecnej sieć może wspomagać nauczanie głównie nauk humanistycznych, ponieważ taki jest przekrój obecnych kolekcji, ale politechniki i uczelnie medyczne starają się umieszczać w tych zasobach współczesne prace. Jest ich jednak stosunkowo niewiele. W dużej mierze związane to jest z restrykcjami prawa autorskiego i małą świadomością środowiska naukowego, nie jest ono przekonane co do celowości takiego przedsięwzięcia.

Prawa autorskie

Pozyskiwanie praw autorskich jest żmudne a czasem niemożliwe do wykonania, np. dla dzieł osieroconych. Konieczne jest wypracowanie nowych dróg i procedur działania, które ominą restrykcje prawa autorskiego. Pożądane byłoby szerokie stosowanie otwartych licencji Creative Commons, gdzie każdy autor sam decyduje, na jakich zasadach „wypuszcza" dzieło w sieć. Przy daleko idącej współpracy środowiska naukowego i bibliotekarskiego można stworzyć wysokiej jakości kolekcje, odpowiadające konkretnemu zapotrzebowaniu.

Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa ma swoją własną licencję UMK oraz udostępniła pierwsze utwory współczesne na licencji Creative Commons (CC). Koordynator biblioteki rozpoczęła w roku 2007 rozmowy z autorami na temat tej prostej i jasnej dla użytkowników formy upubliczniania utworów. Za zgodą autorów oraz wydawców udało się już udostępnić kilkanaście tekstów, głównie artykułów: postprintów i preprintów. Rozmowy trwają, także te dotyczące pozycji książkowych, jeśli wydawcy nie będą stwarzali problemów, forma ta ma szansę przyjąć się szerzej. Przedstawiam przykładowe utwory (postprinty) profesora UMK Andrzeja Majdowskiego:

- Sakralizacja miejsca i funkcji w budownictwie kościelnym
- Funkcjonalność powojennych kościołów w Polsce
- Systemy konstrukcyjne powojennych kościołów w Polsce

W opisie bibliograficznym w polu opisu: prawa pojawia się zapis o wersji licencji, jaka została użyta i przekierowanie do pełnego jej tekstu: *Majdowski, Andrzej ; Creative Commons ; by 2.5 pl ; Więcej... ;*

Czytelnik może podążać za treścią i dokładnie poznać warunki, na jakich wolno mu skorzystać z utworu. Tym samym prawa autorskie są chronione, a użytkownik ma pełną jasność, co do zakresu użycia utworu. Istotną rzeczą jest wyjaśnienie autorom znaczenia treści licencji CC tak, żeby wiedzieli, jakie z tego tytułu wynikają konsekwencje. Warto zaznaczyć przy tej okazji, że preprinty autor może udostępniać zawsze na zasadach przez siebie określonych, bez względu na to, czy poszły one do druku czy nie.

Utwory stare - takie, co do których wygasły prawa autorskie (70 lat po śmierci twórcy), mogą być udostępnione bez ograniczeń - stają się dobrem publicznym (public domain).

Repozytoria naukowe – open access

Innym typem zasobu otwartego są naukowe repozytoria – open access repositories. Należy je zdecydowanie odróżnić od bibliotek cyfrowych. Przede wszystkim przechowują one obiekty „urodzone" jako elektroniczne (born digital) – niczego się tu nie skanuje. Model repozytorium opiera się także o samodzielne składowania prac naukowych przez autorów (self-archiving), unika się dzięki temu kłopotów z prawem autorskim. Deponowanie jest jednoznaczne ze zgodą na przechowywania i udostępnianie online materiałów powierzonych repozytorium. Współczesne repozytoria zwykle przechowują najświeższe artykuły naukowe w formatach: PDF, Latex, PostScript - jest to dla nich charakterystyczne. Powstały dlatego, by fizycy, biologowie, informatycy, me-

dycy, ekonomiści, matematycy mogli szybko wymieniać się wiedzą, bo szybka komunikacja w przypadku nauk ścisłych i medycznych ma istotne znaczenie dla naszego życia i rozwoju. Od niej zależy innowacyjność, wynalazki, polepszenie jakości życia. Największa na świecie metawyszukiwarka repozytoriów OAISTER http://www.oaister.org/ pokazuje dostęp do 16,709,672 (dane z 16 czerwca 2008) dokumentów z 994 otwartych archiwów. Warto pamiętać, że są wśród nich jedynie polskie biblioteki cyfrowe (nie repozytoria) i uświadomić sobie, że polskie społeczeństwo wykorzystuje ten ogromny zasób bez żadnych restrykcji. Wkładamy niewiele, a wykorzystujemy dużo.

Polska nie ma ani jednego modelowego repozytorium wiedzy współczesnej wytworzonej na obszarze kraju. W chwili obecnej ambicje tworzenia takiego repozytorium wykazuje ICM UW (DIR) http://dir.icm.edu.pl/. Wielu naszych uczonych składuje swoje prace w zagranicznych dziedzinowych repozytoriach naukowych tych najbardziej znanych jak: E-lis, arXiv, PubMed Central.

Wśród bibliotekarzy panuje pogląd, że należy tworzyć repozytoria krajowe, które będą zbierały i przechowywały współczesne materiały naukowe (raporty, postprinty, preprinty, streszczenia, skrypty, wykłady, kursy) w języku polskim. To zadanie cigle czeka na polskie bibliotekarstwo naukowe. Pierwsze próby już są podejmowane. Biblioteka Naukowa Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi wraz z Biblioteką Politechniki Łódzkiej należą do projektu Ecnis (Environmental Cancer Risk, Nutrition and Individual Susceptibility), który ma swoje medyczne repozytorium naukowe: http://ecnis.openrepository.com/ecnis/. Można w nim znaleźć kilka polskich prac, ale projekt nie jest jeszcze w pełni rozwinięty. Na większe efekty trzeba zatem poczekać.

Medycyna w sieci

Jeśli chodzi o nauki medyczne i biologiczne, to trzeba przyznać, że wiodą one prym w budowaniu nowego modelu komunikacji naukowej, szczególnym liderem jest tu USA. Narodowy Instytut Zdrowia zaleca, by wszystkie teksty, które powstały z finansowania publicznego były udostępnione w Internecie 12 miesięcy po publikacji tradycyjnej. The NIH Public Access Policy implements Division G, Title II, Section 218 of PL 110-161 (Consolidated Appropriations Act, 2008) which states: SEC. 218. The Director of the National Institutes of Health shall require that all investigators funded by the NIH submit or have submitted for them to the National Library of Medicine's PubMed Central an electronic version of their final, peer-reviewed manuscripts upon acceptance for publication, to be made publicly available no later than 12 months after the official date of publication: Provided, That the NIH shall implement the public access policy in a manner consistent with copyright law.

Dzięki takim decyzjom w Internecie znajdujemy coraz więcej czasopism medycznych i repozytoriów otwartych, które dają dostęp do rezultatów badań, także w Europie. Wiele danych i informacji o tych zasobach można uzyskać z portalu OpenDOAR, który ukazuje dane i statystyki dotyczące repozytoriów naukowych.

European Repository name	Country	Num. Recs.	Software
UK PubMed Central	United Kingdom	620000	PMC
Digitaal Archief UM publicaties	Netherlands	4647	[Unknown]
Medic @ Bibliothèque Numérique	France	4000	[Unknown]
DViikki at University of Helsinki	Finland	3559	DSpace
Hochschulpublikationen: Johann Wolfgang Goethe-Universität	Germany	3268	NPS
LSE Research Online	United Kingdom	3096	EPrints
Freiburger Dokumentenserver	Germany	2186	[Unknown]
Landspítali University Hospital Research Archive	Iceland	1361	Open Repository
Research Findings Register	United Kingdom	1289	Update Software
Documentserver Keur der Wetenschap	Netherlands	1200	Wildfire

Tabela niektórych europejskich zasobów wg liczby rekordów, Dane z OpenDOAR http://www.opendoar.org/index.html - czerwiec 2008

Polskie środowisko medyczne publikuje swoje prace w zagranicznych dziedzinowych repozytoriach otwartych, ale może tworzyć własne zasoby (na świecie jest ich 83) w konsorcjum uczelni medycznych czy samodzielnie. Każde z tych rozwiązań byłoby dobre, jedynie koszty okażą się inne w zależności od tego, na co się zdecydujemy. Widoczność w sieci stanie się jednakowo dobra, jeśli zachowane zostaną wszystkie międzynarodowe standardy tworzenia takich zasobów. Dawna Akademia Medyczna w Bydgoszczy, dziś Collegium Medicum UMK zdecydowała się przystąpić w roku 2004 do projektu konsorcyjnego KPBC i wkładać swoje zasoby do jednej regionalnej platformy. Bibliotekarze mają dużą samodzielność w kreowaniu zasobu. Sami decydują, co należy zamieścić w kolekcji (dziś jest to około 300 pozycji) i jak ją zorganizować. Dzięki temu obiekty są widoczne na całym świecie i opracowywane zgodnie z dobrymi praktykami, jakie powinny być zachowane przy digitalizacji i tworzeniu kolekcji elektronicznych. Nie jest to jednak to samo, kiedy autorzy samodzielnie archiwizują swoje prace i robią to na bieżąco. Istotną wartością udostępniania prac naukowych w każdym modelu open access jest wielka promocja i widoczność nauki polskiej na świecie.

Model open access był w Polsce promowany od 2001 roku przez bibliotekarzy i naukowców, teraz mamy także inne podmioty współdziałające w tym zakresie. Warto wspomnieć, że otwarty model publikowania naukowego promuje polskie wydawnictwo naukowe TERMEDIA, które wydaje bardzo ważne czasopisma medyczne. By je czytać wystarczy się zalogować i zostać oficjalnym (darmowym) subskrybentem konkretnych tytułów m.in.:

1. Kardiologia Polska
2. Postępy w Kardiologii Interwencyjnej
3. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska
4. Współczesna Onkologia
5. Hereditary Cancer in Clinical Practice
6. Central European Journal of Immunology
7. Neurologia i Neurochirurgia Polska
8. Neuropsychiatria i Neuropsychologia
9. Folia Neuropathologica
10. Reumatologia
11. Ginekologia Praktyczna
12. Postępy Dermatologii i Alergologii
13. Postępy w chirurgii głowy i szyi
14. Archives of Medical Science

Przykładowy opis obiektu z Wydawnictwa Termedia:

artykuł: Kardiochirurgia dorosłych. Chirurgiczne leczenie migotania przedsionków u chorych operowanych z powodu wady aortalnej

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2008; 5 (1): 19–21

autorzy: Rafał Pawlaczyk, Krzysztof Szyndler, Piotr Siondalski, Maciej Brzeziński, Dariusz Jagielak, Jan Rogowski,

pliki w formacie PDF związane z artykułem: Chirurgiczne leczenie.pdf [0.06 MB]

Dzięki otwartej postawie zarządu tego wydawnictwa udało się otrzymać zgodę na przeniesienie prac bydgoskich medyków do KPBC bez żadnych kosztów i dodatkowych nakładów. Termedia zyskały zaś dzięki temu szerszą promocję i widoczność w sieci, ponieważ każdy opis bibliograficzny ma odesłanie do wydawcy, a dziś nie jest to bez znaczenia, kiedy za sukces uważa się liczbę odniesień, wejść, rekomendacji i linków do danej strony.

Dwa praktyczne rozwiązania

Mając świadomość wagi udostępniania współczesnych utworów medycznych, należy koniecznie podjąć ścisłą współpracę z już działającą biblioteką cyfrową lub stworzyć własne repozytorium instytucjonalne. To drugie rozwiązanie jest jednak kosztowniejsze, bo wszystko tworzy się od nowa. Przy czym należy pamiętać, że modele repozytoriów są korzystniejsze dla medycyny, ponieważ w dłuższej perspektywie samoarchiwizacja niweluje problemy prawno-autorskie i oszczędza czas. Poza tym każda uczelnia musi się rozliczać ze swoich prac badawczych, repozytorium daje wgląd w cały dorobek. Żadnej z tych inicjatyw nie należy podejmować samemu, nie jesteśmy jeszcze do tego przygotowani, mamy za mało doświadczenia i wiedzy. Koniecznym jest współpraca z instytucjami, które posiadają know-how. Partnerstwo może dać wymierne efekty zainteresowanym stronom: instytucjom, wydawcom, bibliotekom.

I rozwiązanie

Praktyka zagraniczna pokazuje, że repo-

zytorium instytucjonalne czy dziedzinowe można bardzo szybko zbudować, należy:

a) przekonać władze o konieczności tworzenia własnego zasobu;
b) podjąć współpracę partnerską z doświadczoną instytucją;
c) wykorzystać opracowania i modele zagraniczne – jest ich dużo;
d) opracować politykę składowania artykułów;
e) przeszkolić 2 pracowników w zakresie nowych obowiązków;
f) oprzeć zasób o dotychczasowe bibliografie prac pracowników naukowych, które ma każda uczelnia (medyczne przeważnie w Expertusie) – pobrać z nich metadane;
g) wykorzystać technologie open source zbudowane specjalnie dla repozytoriów (dSpace, Fedora, e-Print) - szeroko stosowane na świecie i rekomendowane przez znane instytucje np. CERN;
h) przerzucić na początek wszystkie prace swoich badaczy umieszczone w repozytoriach światowych do repozytorium instytucjonalnego;
i) rekomendować i promować repozytorium we własnym środowisku i w kraju;
j) opracować model takiego repozytorium i opublikować go.

II rozwiązanie

Biblioteki cyfrowe mogą także stać się doskonałymi partnerami projektowymi uczelni medycznych i zamieszczać na swoich platformach lektury uzupełniające, kursy, filmy [8], wykłady [9], prezentacje, materiały audio-video, wywiady i inne. Zapewniają one materiałom długotrwałe przechowywania, nawet po zamknięciu danego kursu czy zakończeniu wykładu. Trzeba pamiętać, że biblioteki cyfrowe nie mają modułu samo-archiwizacji, a negocjacje z autorami trwają bardzo długo.

Co należy zrobić?

1. przekonać decydentów i pracowników nauki w macierzystej uczelni do podjęcia współpracy w zakresie współtworzenia zasobów cyfrowych;
2. wskazać na szeroką promocję polskich dzieł medycznych umieszczonych online;
3. przygotować instytucjonalną politykę tworzenia zasobów medycznych (co, dla kogo i gdzie digitalizujemy);
4. zlokalizować najbliższą bibliotekę cyfrową i podjąć z nią współpracę;
5. przeszkolić 2-3 pracowników w zakresie nowych obowiązków;
6. zbudować małą pracownię digitalizacji;
7. rozpocząć pozyskiwać prawa autorskie swoich pracowników naukowych;
8. zacząć umieszczać czasopisma uczelniane i prace doktorskie, kursy, wykłady;
9. przekonać lokalnych wydawców do swojej idei, wypromować ich wkład, linkować do ich stron tytuły u nich publikowane;
10. wypromować tak zbudowany zasób.

Budowanie zasobów cyfrowych (digital collections) jest koniecznością, nie fanaberią bibliotekarzy. Coraz więcej ludzi to rozumie, naszym zadaniem jest tylko wzmocnić takie przekonanie. Nie ma innej drogi. Komunikacja naukowa opiera się w głównej mierze o szybki i masowy przepływ pełnej i wartościowej informacji. Ci inicjatorzy, którzy rozpoczęli marszrutę w kierunku masowej wymiany wiedzy w latach 90. osiągnęli niebywały sukces, dali nam do dyspozycji miliony prac naukowych dostępnych online. Badania bibliometryczne pokazują też, że efekty tego otwarcia mogą mieć poważne skutki związane z przyspieszeniem cywilizacyjnym i innowacyjnym. Warto zastanowić się nad konsekwencjami zamkniętego, tradycyjnego podejścia do publikowania naukowego – jakie straty z tego tytułu wynikają? Brak zasobów naukowych w otwartych repozytoriach wzmaga jedynie przekonania o słabości nauki danego kraju, a przede wszystkim unikaniu szans, jakie się pojawiły.

mgr Bożena Bednarek-Michalska jest pracownikiem Biblioteki Uniwersyteckiej w Toruniu

Referat został wygłoszony podczas 26. Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych zorganizowanej przez Bibliotekę Medyczną Collegium Medicum w dniach 15-17.09.2008 roku.

Medycyna w Kujawsko-Pomorskiej Bibliotece Cyfrowej

Monika Kubiak

Od niedawna w zbiorach Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej (www.kpbc,umk.pl/dlibra/) pojawiły się opracowania związane z medycyną (w zakładce „Materiały dydaktyczne" pod hasłem „medycyna"), dostępne jedynie w wewnętrznej sieci uczelnianej. Skanowaniem tekstów medycznych do KPBC zajmuje się przede wszystkim Pracownia Digitalizacyjna Biblioteki Medycznej Collegium Medicum, jak i Pracownia Digitalizacyjna Biblioteki Uniwersyteckiej UMK.

Z uwagi na przepisy prawa autorskiego kolekcja opiera się przede wszystkim na skryptach wydawanych przez Samodzielną Sekcję ds. Wydawnictw Collegium Medicum i Dział Wydawnictw UMK, źródłach open access oraz czasopismach medycznych (sprzed 1945 roku np. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz czasopismach, z którymi KPBC podpisało stosowne umowy np. Primum Non Nocere). O ile czasopisma dostępne są dla wszystkich zainteresowanych, ze skryptów mogą korzystać tylko użytkownicy sieci uczelnianej UMK, w tym korzystajacy ze studiów zamiejscowych w Grudziądzu.

Ostatnio pojawiły się m.in.:

Anestezjologia i intensywna terapia : praca zbiorowa - Glińska, Regina; Kruszyński, Zdzisław

Exercitia ex anatomia hominis : (in aspectu topographico) - Gościcka, Danuta (1925); Szpinda, Michał

Propedeutyka medycyny klinicznej i zdrowia publicznego - Uszyński, Mieczysław (1931-)

Przewodnik po patofizjologii : skrypt dla licencjackich studiów medycznych. T. 1 - Drewniak, Wanda; Rość, Danuta

Stan zagrożenia życia w chorobach układu nerwowego : praca zbiorowa - Mazur, Roman (1929-)

Ćwiczenia z chemii analitycznej ilościowej : metody instrumentalne. Cz. 1, Wprowadzenie oraz opisy ćwiczeń dla studentów II roku farmacji - Pawlaczyk, Jan (1930-)

Ćwiczenia z chemii analitycznej ilościowej : metody instrumentalne. Cz. 2, Materiały do opracowania sprawozdań dla studentów II roku farmacji - Pawlaczyk, Jan (1930-)

Zarys arachnoentomologii lekarskiej - Woźniak, Alina

Zarys protozoologii lekarskiej - Woźniak, Alina

Wybrane zagadnienia z chirurgii - Jawień, Arkadiusz

Materiały do ćwiczeń z chemii analitycznej jakościowej dla studentów I roku farmacji - Dąbrowska, Hanna (chemia); Kupcewicz, Bogumiła; Pawlaczyk, Jan (1930-); Wesołek, Sylwia

Elementy chemii ogólnej i organicznej : (skrypt dla studentów I roku Akademii Medycznej w Bydgoszczy) - Dramiński, Marcin; Jędrasik, Elżbieta

Opieka paliatywna - Adamczyk, Anna; Krajnik, Małgorzata; Rogiewicz, Maria

Wybrane zagadnienia z pielęgnacji i leczenia chorych w oddziale intensywnej terapii dla studentów pielęgniarstwa - Grabowska-Gaweł, Anna

Oprócz skryptów w Kujawsko-Pomorskiej Bibliotece Cyfrowej publikuje się także książki z szeroko pojętej historii medycyny, przykładowo:

Jędrzej Śniadecki jako lekarz i kierownik Kliniki Medycznej Wileńskiej - Januszkiewicz, Aleksander (1872-1955)

Zapadalność wśród młodzieży akademickiej na podstawie danych przychodni Kasy Chorych przy Bratniej Pomocy Polskiej Młodzieży Akademickiej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie za lata 1929, 1930 i 1931

Doktor Ludwik Rydygier : 1850-1920 - Kałdowski, Jerzy

Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy: 1984-2004 - Nierzwicki, Krzysztof

Organizacja Kliniki Otolaryngologicznej na

Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego - Szmurło, Jan (1867-1952)
Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej, bibliograficznie przedstawiony: przyczynek do dziejów medycyny w Polsce - Bieliński, Józef (1848-1926)

Na bieżąco wprowadzane są również kolejne numery czasopism: Medical and Biological Sciences, Wiadomości Akademickie, Acta Medica, Primum Non Nocere i Promocje Kujawsko-Pomorskie.

Część materiałów występuje w formacie PDF, jednak dominującym w Kujawsko-Pomorskiej Bibliotece Cyfrowej pozostaje format DjVu, wymagający instalacji programu do przeglądania dokumentów tego typu np. LizardRech DjVu plugin. Jednakże skrypty posiadają wewnętrzny applet Javy i można je odczytać, nie posiadając oprogramowania DjVu. Dzięki formatowi DjVu wszystkie materiały są dosyć dokładnie OCR-owane, a zatem większość tekstu podlega indeksacji i jest możliwa do wyszukania poprzez słowa kluczowe.

Wszystkie publikacje są udostępniane zgodnie z wymogami prawa autorskiego, a skrypty przede wszystkim na podstawie art 28 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2006 nr 90 poz. 631).

mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Biblioteki Medycznej

Akcja charytatywna "Mikołajkowy uśmiech"

Małgorzta Gaczkowska

Sekcja Studencka „Młoda Farmacja" oddział Bydgoszcz zachęcona ubiegłorocznym sukcesem już po raz drugi postanowiła zorganizować Akcję Charytatywną „Mikołajkowy Uśmiech".

Mimo zajęć, pracy i innych obowiązków pełni zapału członkowie MF już od samego rana w dniu 3 grudnia w nowym budynku Farmacji zbierali słodycze, zabawki i pieniądze dla chorych dzieci. Wszystkie dary i pozyskane fundusze zostały przekazane na rzecz podopiecznych Świetlicy Terapeutycznej Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych „Rodzina Miłości Ofiarnej" działającej przy parafii p.w. Zmartwychwstania Pańskiego w Bydgoszczy. Poczynione obserwacje w roku ubiegłym, pomogły jasno sprecyzować cele tegorocznego przedsięwzięcia. Starannie przygotowana akcja informacyjna przed zbiórką, sprawny jej przebieg oraz duże, osobiste zaangażowanie członków Młodej Farmacji przyczyniły się do ogromnego sukcesu. Dzięki życzliwości i hojności profesorów, pracowników uczelni i studentów udało się zebrać 855 zł oraz kilka worków zabawek i mnóstwo słodyczy. Każdy ofiarodawca w ramach podziękowania otrzymał widokówkę z sentencją, które ufundował pan Rajmund Karolak - prezes Centrum Stemplarskiego KRD w Bydgoszczy. Zebrane upominki i środki finansowe zastały przekazane na ręce Pana Wiceprezesa Jerzego Teski. Całkowity dochód z akcji został przeznaczony na zakup niezbędnego sprzętu dla podopiecznych Świetlicy Terapeutycznej.

Małgorzata Gaczkowska, Alicja Ochudło i Tomasz Gnatowski wśród podopiecznych Stowarzyszenia „Rodzina Miłości Ofiarnej"

Akcja „Mikołajkowy Uśmiech" oprócz konkretnego wsparcia materialnego, umożliwia realizację naturalnej potrzeby niesienia dobra. Wszystkie dzieci zasługują bowiem na odrobinę radości, ciepła i zainteresowania, dlatego studenci dołożyli wszelkich starań, aby dzięki zebranym darom na ich twarzach choć na chwilę zagościł szczery, szeroki uśmiech. Akcja ta stała się doskonałą lekcją, dzięki której młodzież uwrażliwia się na problem nieszczęścia ludzkiego i pokazuje, jak wielką wartością jest bezinteresowne zaangażowanie w niesienie pomocy innym.

Od lewej Anna Kornelak i Joanna Guzińska, które czynnie zaangażowały się w zbiórkę

Zarząd Młodej Farmacji wraz z Opiekunami Stowarzyszenia „Rodzina Miłości Ofiarnej" pragną podziękować wszystkim ofiarodawcom za okazaną dobroć, serce, troskę i życzliwość. Niech naszą nagrodą będzie radość dzieci i pamiętajmy, że gdy śmieje się dziecko śmieje się cały świat!!!

Małgorzata Gaczkowska jest wiceprzewodniczącą Młodej Farmacji, Oddział Bydgoszcz

Sieć bezprzewodowa w Collegium Medicum

www.cm.umk.pl

26 lutego 2009 r. zakończył się I etap budowy bezprzewodowej sieci komputerowej w Collegium Medicum. Sieć WiFi ma ułatwić pracownikom i studentom dostęp do Internetu i innych usług sieciowych, za pomocą komputerów i urządzeń posiadających bezprzewodowe karty sieciowe.

Zakończenie I etapu budowy sprawiło, że sieć WiFi jest dostępna w następujących budynkach należących do Collegium Medicum: budynek A przy ulicy Jagiellońskiej 13, budynek F przy ulicy Jagiellońskiej 15, budynek audytoryjny przy ulicy M. Skłodowskiej-Curie 9 (Biblioteka Medyczna), budynek Wydziału Farmaceutycznego przy ulicy M. Skłodowskiej-Curie 9.

Dalsze etapy rozbudowy sieci bezprzewodowej przewidują zainstalowanie jej w kolejnych budynkach dydaktyczno-naukowych należących do Collegium Medicum.

Bezprzewodowa sieć komputerowa Collegium Medicum została zbudowana w oparciu o urządzenia firmy Cisco Systems - światowego lidera technologii teleinformatycznych, twórcę zaawansowanych rozwiązań w tej dziedzinie cechujących się stabilnością i wysokim poziomem bezpieczeństwa.

Sieć bezprzewodowa w Collegium Medicum została włączona w system eduroam. W praktyce oznacza to, że pracownicy i studenci naszej uczelni mogą bezpłatnie korzystać z Internetu na terenie wielu uczelni Europy. Teraz eduroam działa już na kilku polskich uczelniach, a w przeciągu tego roku spodziewany jest znaczący przyrost miejsc, gdzie będzie można skorzystać z sieci. Pełną listę polskich instytucji włączonych do eduroam można odnaleźć na stronie http://www.eduroam.pl, a informacje o instytucjach zagranicznych na stronie http://www.eduroam.org.

Aby skorzystać z sieci bezprzewodowej, jej użytkownik musi przejść proces uwierzytelnienia (autentykacji), którego celem jest umożliwienie zalogowania się do sieci WiFi wyłącznie osobom do tego uprawnionym. Z sieci eduroam z powodzeniem mogą korzystać użytkownicy systemów Windows XP, Vista, Windows Mobile (na palmtopach), Linux, MacOS, a nawet telefonów komórkowych pracujących w systemie Symbian i wy-

posażonych w opcję łączności WiFi. W Collegium Medicum oraz na całym Uniwersytecie Mikołaja Kopernika przyjęto dwa sposoby konfigurowania dostępu do sieci: dla pracowników UMK (poprzez indywidualny certyfikat), dla studentów (poprzez indywidualny identyfikator i hasło).

Pracownicy Collegium Medicum, którzy chcą skorzystać z bezprzewodowego dostępu do sieci winni wygenerować dla siebie certyfikat, który musi zostać zainstalowany w komputerze lub urządzeniu posiadającym bezprzewodową kartę sieciową. Dokładną instrukcję pobierania certyfikatu oraz konfiguracji systemu operacyjnego komputera lub urządzenia znajdą Państwo na stronie http://eduroam.umk.pl/instalacja/.

Studenci Collegium Medicum chcący korzystać z sieci bezprzewodowej powinni posiadać konto na serwerze stud.umk.pl. Identyfikator mający postać id@stu.umk.pl i przypisane do niego hasło otrzymacie Państwo po poprawnym ukończeniu procesu rejestracji na stronie http://www.uci.umk.pl/studenci/konto/zakladanie/. Po uzyskaniu identyfikatora i hasła należy połączyć się z siecią wykorzystując instrukcje zawarte na stronie http://eduroam.umk.pl/instalacja/.

Uruchomienie bezprzewodowego dostępu do sieci w Collegium Medicum Uczelnia w dużej mierze zawdzięcza zaangażowaniu informatyków, a zwłaszcza pracującego w Bibliotece Medycznej inż. Ireneusza Szeredera.

Samodzielna Sekcja Informatyczna Collegium Medicum udziela wszelkich informacji o zasadach korzystania z sieci bezprzewodowej oraz służy pomocą techniczną w przypadku problemów z konfiguracją sprzętu. Informacje można uzyskać pod numerami telefonów (52) 585-34-70 oraz (52) 585-35-13 lub za pomocą poczty elektronicznej pod adresem eduroam@cm.umk.pl.

Białka Tatrzańska 2009

Marta Spychalska, Natalia Ukleja

Już po raz 17 gromada entuzjastów narciarstwa z Collegium Medicum w Bydgoszczy wybrała się do Białki Tatrzańskiej, by doskonalić swoje umiejętności pod okiem znakomitych instruktorów, kosztować góralskich specjałów i dobrze się bawić.

Nasza narciarska przygoda tradycyjnie rozpoczęła się 12 lutego 2009 r., na dworcu PKP w Bydgoszczy, skąd szalona ekipa studentów wyruszyła w ponad 11 godzinną podróż pociągiem do Zakopanego. Jak wszyscy wiemy, pogoda w polskich górach jest nieprzewidywalna, a w tym roku, stolica Tatr zaskoczyła nas ogromną ilością śniegu, którego malownicze płatki nie przestawały wpadać nam w oczy przez całe osiem dni obozu. Zaśnieżona Białka gościła w swoich progach nad wyraz liczną grupę studentów z Bydgoszczy. Pobliskie stoki okupowało 50 adeptów różnych gałęzi sztuki medycznej. Pieczę nad nimi sprawowało „czterech wspaniałych", w osobach dr Andrzej Drygas, mgr Franciszek Waleron (zwany przez wielu wujkiem Frankiem), mgr Włodzimierz Michalski oraz dr Tomek Zegarski (powszechnie znany jako Pan Tik-Tak). W zależności od narciarskich umiejętności i doświadczeń na stoku zostaliśmy podzieleni na cztery grupy, dwie początkujące (ochrzczone przez Wujka Franka 3 i 4 ligą) i dwie zaawansowane (inaczej 1 i 2 liga). W zeszłym roku nowicjusze nosili zaszczytne miano „kaczuszki", zaś tegoroczne żółtodzioby ochrzczono przydomkiem „wiewiórki". Obóz „Białka 2009" obfitował w niezwykle uzdolnionych narciarzy bo „wiewiórki" opuściły „oślą łączkę" już drugiego dnia obozu, dołączając tym samym do grona „doświadczonych" narciarzy.

Pozostali szaleją na Kotelnicy

Pierwsza liga

Dwie „pierwsze" ligi, w pocie czoła, wykonywały liczne fantazyjne ćwiczenia (takie jak „zmęczony listonosz" czy „wyglądający z norki świstak") mające pomóc w osiągnięciu perfekcji na stoku. W naszej pamięci na długo pozostaną komentarze szanownych trenerów takie jak: dr Drygas: „kije wiszą ci jak długopisy", dr Zegarski: „kijki trzymamy diagonalnie, kąt rozwarty w łokciach 95-100 stopni", mgr Waleron: „pies z budą mógłby ci przelecieć między nogami", mgr Michalski: „teraz lepiej… nie mówić".

Mimo, że cieszyliśmy się ze śniegu sięgającego niemal do pasa, jednak to właśnie z jego powodu, nie wybraliśmy się na wyprawę, na którą wszyscy czekali. Kasprowy Wierch zatonął w ponad dwumetrowych zaspach, w związku z czym tradycyjna wyprawa do Kuźnic o 6 nad ranem, nie mogła się w tym roku odbyć. Nie pozostaliśmy jednak stratni, gdyż nasi opiekunowie zorganizowali nam wypad na nowe trasy do Jurgowa.

Narciarstwo jest niestety dość urazowym sportem i zdarzają się kontuzje, jednak w tak znakomitym gronie ratowników zawsze znajdzie się ktoś, kto pomoże w trudnej sytuacji (ogromne uznanie dla Marka oraz dzielnej Agaty).

Od czasu do czasu dawaliśmy odpocząć naszym trenerom dezerterując z ich zajęć, by wybrać się samodzielnie na Kotelnicę, czy też do nowo wybudowanych basenów termalnych w Bukowinie Tatrzańskiej, bądź też na spacer po Krupówkach w Zakopanem. Wieczorem starczało nam sił, aby udać się na wiejską potańcówkę do pobliskiej karczmy czy też zorganizować ognisko, z kiełbaskami i oscypkami z rusztu w roli głównej.

Podsumowaniem szkolenia był wyczerpujący slalom specjalny, który nie wszyscy ukończyli z powodu upadku lub ominięcia bramki.

Najlepszą wśród kobiet była Ewa Witkowska z I roku lekarskiego, drugie miejsce zajęła Joasia Michalska, a trzecie Agata Steibach – obie z I roku ratownictwa. Klasyfikacja mężczyzn: I miejsce – Paweł Winczakiewicz V lekarski, II miejsce – Marcin Trela I ratownictwo oraz III miejsce – Remigiusz Werenc IV lekarski.

Obóz ten, jak co roku, był znakomitą okazją by odpocząć po trudach minionej sesji i przygotować się na nowe wyzwania, które zapewnia nam nasza wspaniała Alma Mater. W tym roku w naszym tradycyjnym gronie pojawiło się kilkoro nowych zawodników i mamy nadzieję, że w przyszłym roku, będzie ich jeszcze więcej. Zatem, do zobaczenia za rok w Białce.

Marta Spychalska i Natalia Ukleja są studentkami IV roku na kierunku lekarskim

Bywają upadki grupowe

Dbajmy o nasze zdrowie

Henryk Borowski

„Kto nie ma czasu na ćwiczenia
ten zawsze znajdzie czas na chorobę"

Zdrowie ofiarowane wraz z darem życia jest najpiękniejszym prezentem otrzymanym przez nas od losu. Wydawałoby się, że skoro jest tak cennym darem to będziemy o nie dbać w sposób szczególnie troskliwy. Większość z nas wie, że to właśnie zdrowie w naszym życiu stanowi podstawę szczęścia i pomyślności. Ponieważ nie jest ono stanem statycznym, dlatego też należy przez całe życie je chronić i doskonalić.

Wiele elementów naszych zachowań i postaw składa się na dobrą jego jakość. Jednakże najważniejszym z nich jest styl życia, którego podstawę stanowią m.in. racjonalne odżywianie, wypoczynek, a przede wszystkim aktywność fizyczna oparta na systematycznym udziale w różnych formach ruchu. Ćwiczenia fizyczne powinno dostosować się do wieku ćwiczących, ich poziomu sprawności oraz rozwoju fizycznego.

Zostały podjęte w ostatnich latach działania, których celem miały być istotne i korzystne zmiany w zakresie poprawy poziomu naszej aktywności fizycznej. Należały do nich m.in. uchwalenie przez najwyższe nasze władze Narodowego Programu Zdrowia, w którym na pierwszym miejscu znalazł się zapis o zwiększeniu sprawności Polaków oraz zainicjowanie społecznego ruchu tworzenia szkół promujących zdrowie. Powyższe przedsięwzięcia przyniosły z pewnością zwiększenie poziomu wiedzy dotyczącej współzależności zdrowia i aktywności fizycznej, lecz nie przełożyły się na powszechność w uprawianiu ćwiczeń fizycznych. Na pewno jest to również efektem naszego rozwoju społecznego, charakteryzującego się znacznym postępem w rozwoju cywilizacji przemysłowej jak faktu, że stajemy się coraz bardziej społeczeństwem konsumpcyjnym.

Nadal przeciętny nasz obywatel niewiele czasu poświęca na podtrzymanie sprawności fizycznej o czym świadczą badania w postaci sondażu przeprowadzonego przez CBOS (Centrum Badań Opinii Społecznych w Warszawie). Wyniki tych ankiet wykonanych w ramach badania „Aktualne problemy i wydarzenia" (152) w styczniu 2003 na reprezentatywnej grupie losowo – adresowej dorosłych Polaków (N=1025) oraz w sierpniu 2002 na grupie dorosłych mieszkańców Polski (N = 967) potwierdzają powyżej przedstawioną opinię o braku związku pomiędzy naszym poziomem wiedzy a praktycznym udziale w różnych formach aktywności ruchowej.

Większość badanych (59%) nie bierze żadnego udziału w jakichkolwiek formach ćwiczeń ruchowych mających służyć poprawie naszej sprawności fizycznej. Jedna trzecia ankietowanych (33%) czyni to systematycznie – raz w tygodniu lub częściej, natomiast (12%) robi to rzadziej – przynajmniej raz w miesiącu, co szósty respondent (16%) sporadycznie uprawia jakiś rodzaj sportu lub rekreacji ruchowej.

Przełaje

Do popularnych form aktywności ruchowej należą także: wędrówki piesze (30%), gra w piłkę nożną, siatkówkę, koszykówkę i inne gry zespołowe (26%), pływanie (26%), bieganie, jogging (21%). Jednakże systematycznie (przynajmniej raz w miesiącu) podejmuje te rodzaje aktywności od 9% do 13%. Najmniej popularne wśród dorosłych formy aktywności ruchowej to jazda konna (3%), boks lub inne sporty walki (3%) oraz jazda na wrotkach, rolkach lub deskorolce (3%).

Powyższe wyniki pomimo znaczącego postępu w stosunku do badań prowadzonych pod koniec lat dziewięćdziesiątych, gdzie aż ¾ ankietowanych deklarowało brak jakiegokolwiek udziału w ćwiczeniach fizycznych, nadal muszą stanowić powód do podejmowania działań popularyzujących praktyczne związki aktywności ruchowej z jakością naszego zdrowia.

Szczególny nasz niepokój o poziom sprawności ruchowej naszego najmłodszego pokolenia powodować winny wyniki najnowszych badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie. Wyniki badan ujawniają, iż: 40-60% badanych dzieci kwalifikuje się do grup dyspanseryjnych, 10-15% całej populacji szkolnej to uczniowie przewlekle chorzy, wymagający leczenia lub rehabilitacji, 30-45% całej badanej populacji, to młodzież z odchyleniami od normy stwarzającymi ryzyko dalszego ich niepomyślnego rozwoju lub rozwinięcia się u nich choroby. Przyczyn powyższego stanu należy szukać w niedostatecznej aktywności ruchowej a także w niezbyt właściwej realizacji zadań w zakresie wychowania fizycznego na każdym z jego etapów. Niewłaściwym byłoby zrzucanie całej odpowiedzialności za powyższy stan na instytucje zajmujące się ich edukacją. Tak jak w przypadku innych działań pedagogicznych, również i w zakresie wychowania do aktywności ruchowej cała rzecz zaczyna się w rodzinie już od najmłodszych lat. Tam bowiem rodzice mają okazję wdrażać swoje pociechy do spacerów, gier i zabaw na świeżym powietrzu.

Istniejący powszechny pogląd pedagogiczny mówiący o tym, że nawyki kształtowane przez rodziców są najtrwalsze, stanowić musi przesłankę do twierdzenia, że postawa rodziców wobec ćwiczeń fizycznych w sposób istotny wpłynie na postawę ich dzieci.

Właściwy przykład rodziców promujących aktywny tryb życia wraz z wcześniej wymienionymi innymi elementami zdrowego stylu życia stanowią najbardziej skuteczną formę wychowania fizycznego dzieci i młodzieży. Postawy takie spowodują, że wśród młodzieży nie będzie wygasał genetyczny doping młodości, a wdrażanie najmłodszych do ruchu na świeżym powietrzu sprawi, że polubią one ruch wpisując go na stałe w program przyszłego swojego życia.

W rzeczywistości mamy natomiast do czynienia z postawą rodziców, która przeobraża się w działania hamujące naturalną ruchliwość i samodzielność ich dzieci. Zajęcia ruchowe realizowane w placówkach edukacyjnych winny stanowić wzbogacenie i wsparcie w potrzebie uczestnictwa w nich. Tak pojęty proces wychowania do aktywności ruchowej sprawi, że młody człowiek będzie odporniejszy na zewnętrzną agresję współczesnej cywilizacji powodującą zakłócanie jego osobniczej równowagi czy obniżanie jego wrażliwości biologicznej i psychologicznej. Dysponując dobrą sprawnością fizyczną człowiek potrafi również szybciej przystosować się do zmieniających się zewnętrznych warunków życia. Ponadto systematyczny udział w ćwiczeniach fizycznych uczy życia, kształtuje charakter, konsekwencję w postępowaniu, upór w dążeniu do wytyczonego celu. Aktywność ruchowa w każdej postaci i formie pozytywnie oddziałuje na ćwiczącego poprzez wzrost jego samoakceptacji, poczucia własnej wartości, zmniejszanie negatywnych napięć emocjonalnych czy wreszcie wzmocnienie pozycji społecznej w zespole będąc czynnikiem ułatwiającym jego socjalizację. Nabyte normy, zasady, reguły czy przepisy obowiązujące ćwiczących zostają często przez nich przeniesione do innych zespołów czy grup społecznych. Tak szeroki wpływ aktywności fizycznej na człowieka jest najtańszym i jednocześnie najprostszym sposobem na wzmacnianie dobrego stanu zdrowia, jego przedłużanie w drodze życia.

Powyższe rozważania na temat znaczenia ćwiczeń fizycznych dla jakości zdrowia człowieka stanowią podstawę programów wszystkich zajęć fizycznych (tych obowiązkowych i tych fakultatywnych) realizowanych przez Studium Wychowania Fizycznego i Sportu naszej Uczelni. Zasadą w realizacji wszystkich naszych propozycji programowych w zakresie wychowania fizycznego i sportu jest wykształcenie u studentów poczucia potrzeby udziału w rekreacji oraz satysfakcji z uprawianych ćwiczeń. Jestem przekonany, że wielu z nich będzie w przyszłości pełnić rolę liderów w zakresie promocji aktywnego stylu życia, stanowiąc najlepszy przykład dla swoich najbliższych jak i środowiska lokalnego. Powtarzając za Zbigniewem Cendrowskim (1996) - „liderem w promocji zdrowia może być praktycznie każdy, kto swym postępowaniem i zachowaniem zachęca innych do przestrzegania określonych zasad składających się na ów zdrowy styl życia".

Biorąc pod uwagę bliskość związku wyuczonego i wykonywanego przez obecnych naszych studentów w przyszłości zawodu z przedstawionym w artykule problemem, pełnienie przez nich takiej roli społecznej wydaje się być jak najbardziej uzasadnione. Są bowiem oni również zawodowo i moralnie przygotowani do tego by w tym zakresie wspomagać innych. Jednakże jak wynika z ogólnej wiedzy, należy pamiętać o tym, że dla każdego dziecka jego pierwotnym liderem zdrowego stylu życia będą zawsze rodzice.

mgr Henryk Borowski jest pracownikiem Studium Wychowania Fizycznego i Sportu

Mistrz Polski w skoku o tyczce

Łukasz Michalski student drugiego roku Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum został halowym Mistrzem Polski w skoku o tyczce.

W trakcie trwających w dniach 21-22 lutego 2009 r. w Spale halowych mistrzostw Polski seniorów w lekkiej atletyce Łukasz Michalski pokonał poprzeczkę na wysokości 5,66 metra, ustanawiając nowy młodzieżowy rekord Polski. Ten wynik, oprócz złotego medalu, dał mu także przepustkę na mistrzostwa Europy, które odbędą się we włoskim Turynie 7-9 marca 2009 roku.

Mistrzostwa Collegium Medicum w Tenisie Stołowym - wyniki

W dniu 17 stycznia 2009 r. w obiektach sportowych Collegium Medicum przy ulicy Świętojańskiej w Bydgoszczy odbyły się Mistrzostwa Uczelni w Tenisie Stołowym.

W kategorii kobiet pierwsze miejsce zajęła Agata Zajkowska, drugie Kamila Wyborska, trzecie dr Joanna Małek-Marchewka, czwarte Monika Wojtasińska, a piąte Elwira Piekar.

W kategorii mężczyzn najlepszym okazał się Krzysztof Wojtasik, na drugiej pozycji uplasował się dr Jarosław Pietrzak, trzecim był Piotr Stec, czwartym był Michał Grzyb, a piątym mecenas Jakub Meysner.

Najlepsi zawodnicy turnieju będą reprezentować uczelnię na Akademickich Mistrzostwach Polski Uczelni Medycznych w Wrocławiu w marcu 2009 roku.

oprac. Tomasz Zegarski

UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA
COLLEGIUM MEDICUM
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

5th International Conference of Students' Scientific Society

Dla studentów kierunków medycznych,
młodych lekarzy oraz uczestników studiów doktoranckich.

Pod honorowym patronatem
Prorektora ds. Collegium Medicum
Prof. dr hab. Małgorzaty Tafil – Klawe

3-4 KWIETNIA 2009 BYDGOSZCZ

DEADLINE: 1.03.2009

Komitet organizacyjny przewiduje przyznanie następujących nagród
w poszczególnych sesjach oraz nagrody dodatkowe:

I miejsce dla najlepszej pracy o wartości 1000 zł
II miejsce o wartości 800 zł
III miejsce o wartości 500 zł

ZAPISY I INFORMACJE:
www.konferencjastn.cm.umk.pl

Patronat medialny: TVN MED

BYDGOSZCZ
tvn med
www.tvnmed.pl
ELSEVIER
URBAN&PARTNER
InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP
Wydawnictwo
Lekarskie
PZWL
STN
COLLEGIUM
MEDICUM
BYDGOSZCZ
IFMSA - POLAND