

Dobiega końca dotychczasowa kadencja władz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

W ostatnich miesiącach dokonano wyboru nowego zarządu Uczelni i jej Wydziałów na kadencję 2012-2016.

W imieniu Rady Programowej, Redakcji, a także wszystkich czytelników i sympatyków Wiadomości Akademickich, pragniemy złożyć na ręce Rektora-elekta, prof. dr. hab. Andrzeja Tretyna serdeczne gratulacje, życząc ugruntowania dotychczasowych dokonań Uczelni i co za tym idzie, podtrzymania jej wysokiej pozycji naukowej, jak również oraz zapisania kolejnych, wspaniałych kart historii Uniwersytetu. Nowemu Rektorowi i Prorektorom, w szczególności Prorektorowi ds. Collegium Medicum – prof. dr. hab. Janowi Styczyńskiemu (a także przyszłym dziekanom) życzymy kreatywności w kształtowaniu przestrzeni wokół siebie, osiągania ambitnych celów, realizacji najbardziej śmiałych planów oraz wielu owocnych, trafnie podejmowanych decyzji, które pozostawiają trwałe i cenny wkład w przyszłość Alma Mater.

Redakcja „Wiadomości Akademickich”

Spis Treści

Wywiad numeru

Wydział całkowicie zmienił oblicze,

wywiad z prof. dr. hab. Zbigniewem Bartuzi,

Dziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu 2

Z życia Uczelni

Rektor-elekt Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu 6

Prorektorzy-elekci Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu 6

Nie pytaj, co Twoja Uczelnia może zrobić dla Ciebie,

zapytaj, co Ty możesz zrobić dla swojej Uczelni,

rozmowa z prof. dr. hab. Janem Styczyńskim, wybranym na

Prorektora ds. Collegium Medicum UMK na kadencję 2012-2016 7

Nasi wśród najlepszych 8

Drzwi otwarte 9

Wybory miss UMK 9

Popularyzator Nauki: Marek Jurgowiak 11

Nominacje profesorskie: Andrzej Kurylak 12

„Forum Przedsiębiorczości Akademickiej” 13

Nowy konsultant krajowy w dziedzinie

pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego 13

Wizyta w Finlandii 14

Zaproszenie na II Memoriał Szachowy 14

Wspomnienie o prof. Zofii Zegarskiej 15

Personalia 16

Polemikii

Gry rozum śpi 10

Medycyna i pielęgniarstwo

Udar mózgu, jak mu zapobiegać i leczyć? 16

Twórczość - domena niespokojnego umysłu 18

Zachowania zdrowotne młodzieży 21

Wiosna, ach, to ty? 22

Studia pomostowe pielęgniarek i położnych 23

Prace licencjackie w pielęgniarstwie 24

Nauka

Publikacja w najbardziej prestiżowym czasopiśmie hematologicznym 25

Jak opublikowałem pracę w „Blood”, czasopiśmie z IF 10.558 26

Nasi na Liście Filadelfijskiej 27

Historia medycyny

Moździerze apteczne 30

Mit Asklepiosa 32

Wizyta SKN Historii Medycyny i Farmacji w Muzeum Farmacji

im. Antoniny Leśniewskiej w Warszawie 33

Studenci

Medici Homini - Zambia 34

Nagroda dla prezentacji SKN Chemii Analitycznej 35

Ze sportu

Mistrzostwo Collegium Medicum w futsalu 35

Mistrzostwo Collegium Medicum w ergonometrze wiosłarskim 36

„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 adiacji 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 Dziedzicko

dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK

prof. dr hab. Bogusław Hładoń

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Wojciech Szczęśny

dr hab. Maria Szewczyk, prof. UMK

dr Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch

Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

Adiustacja: mgr Joanna Hładoń-Więcek

Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK

ul. M. Skłodowskiej-Curie 9

85-094 Bydgoszcz

tel.: 048 052 585-3509

e-mail: biblio@cm.umk.pl

Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

Redakcja merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Janusz Tyloch

Korekta:

mgr Ewa Dominas

Druk: Remedia, Bydgoszcz

Stali współpracownicy:

dr Jowita Jagła, dr hab. Walentyna Korpalska,

dr Mirosława Kram, prof. dr hab. Jan Styczyński,

dr Wojciech Szczęśny

Okladka I: Drzwi otwarte Collegium Medicum, fot. Aleksandra Konopka, Mariusz Kowalikowski

Wydział całkowicie zmienił oblicze...

wywiad z prof. dr. hab. Zbigniewem Bartuzi, Dziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu

Redakcja: Geneza Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Bydgoszczy, obecnie Collegium Medicum UMK, sięga 1997 roku, kiedy to został powołany Wydział Pielęgniarski z kierunkiem nauczania pielęgniarstwo. Czy mógłby nam Pan Profesor przypomnieć najważniejsze fakty z historii swojego Wydziału?

Prof. Bartuzi: Jest kilka wydarzeń szczególnych, które zadecydowały o rozwoju Wydziału. Pierwsze to rozporządzenia ministerialne o powołaniu Wydziału, wówczas Pielęgniarskiego, w sierpniu 1997 roku. W tym samym roku odbyła się pierwsza rekrutacja, podczas której przyjęto 141 studentów na kierunek pielęgniarstwo. Następnym krokiem było utworzenie w 1999 r. 3-letnich studiów licencjackich w tym zakresie, które uruchomiono jednocześnie w Bydgoszczy i we Włocławku. Kontynuacją były 2-letnie uzupełniające studia magisterskie, które wprowadzono po trzech latach. W 2000 roku Senat Akademii Medycznej uchwalił powołanie kolejnego kierunku studiów, tj. zdrowia publicznego. W tymże samym roku zmieniono nazwę Wydziału na Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu. W 2002 r. Wydział przejął kształcenie studentów na kierunku fizjoterapia. Milowym krokiem było uzyskanie prawa do doktoryzowania i to zarówno w zakresie medycyny, jak i nauk o zdrowiu. Z czasem otwieraliśmy nowe kierunki, tj. dietetykę i ratownictwo medyczne oraz specjalności, np. elektroradiologię, administrację zdrowiem publicznym i profilaktykę społeczną na zdrowiu publicznym, czy najnowsze - położnictwo. Do chwili obecnej dyplom ukończenia studiów naszego Wydziału otrzymało 6968 studentów.

Redakcja: Kto był jego pierwszym dziekanem? Ile jednostek organizacyjnych wchodziło w skład Wydziału na początku jego istnienia? Gdzie mieściła się główna siedziba Wydziału?

Prof. Bartuzi: Pierwszym dziekanem został prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko, a prodziekanami w pierwszej kadencji dr hab. Marek Orkiszewski zaś w kolejnej prof. dr hab. Danuta Rość. Niewątpliwie zasługą prof. Dziedziczki i jego prodziekanów było stworzenie Wydziału od podstaw – budowa jego struktury

organizacyjnej, bazy materialnej, dydaktycznej, przeprowadzenie pierwszych rekrutacji. Wymieniony zespół dziekański prowadził Wydział do roku 2002.

W skład owego Wydziału początkowo wchodziło niewiele jednostek – ściślej mówiąc 11 (w tym najważniejsze: Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji, Katedra i Zakład Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego itd.), zatrudniających niewielu samodzielnych pracowników nauki. W początkowym okresie działalności główną siedzibą Wydziału był Szpital im. dr. A. Jurasza, z czasem przeniesiono go na ul. Kurpińskiego, gdzie niegdyś mieściła się Katedra Dermatologii, w końcu zaś znalazł swe miejsce w budynkach przy ul. Jagiellońskiej 13-15 – głównej siedzibie Akademii Medycznej.

Od 2002 roku kieruję Wydziałem przy współudziale zmieniających się prodziekanów w poszczególnych kadencjach: prof. dr hab. Korneli Kędziory-Kornatowskiej, dr Anny Grabowskiej-Gaweł, dr hab. Wojciecha Beutha, prof. UMK, dr hab. Wojciecha Hagnera, prof. UMK oraz prof. dr hab. Andrzeja Kurylaka.

Redakcja: Liczba samodzielnych pracowników nauki zatrudnionych na Wydziale rosła lawinowo...

Prof. Bartuzi: Rzeczywiście w porównaniu do okresu początkowego - kiedy pracowników naukowych była zaledwie garstka, wystarczająca jedynie do spełnienia tzw. minimum kadrowego – w kolejnych latach liczba osób zatrudnionych na Wydziale znacznie wzrosła. Była to odpowiedź na rosnące potrzeby i powinności dydaktyczne związane z działalnością Wydziału. Mamy obecnie zatrudnionych 271 pracowników, w tym 20 profesorów, 21 doktorów habilitowanych, 117 osób posiadających stopień doktora lub kwalifikacje I stopnia oraz 113 pozostałych nauczycieli akademickich.

Redakcja: To najmłodszy i prawdopodobnie najbardziej dynamiczny Wydział Collegium Medicum. Jak Pan Profesor postrzega go pod koniec trzeciej kadencji dziekańskiej? Jaka zmiana lub wydarzenie były w pańskich oczach najbardziej uderzające?

Prof. Bartuzi: Z mojego punktu widzenia i perspektywy kolejnych kadencji mu-

szą przyznać, że Wydział całkowicie zmienił oblicze. Wprawdzie obchodzimy w tym roku już 15-lecie jego powstania, to jednak warto przypomnieć, że jest on najmłodszym, ale przy tym - jak słusznie Państwo zauważyliście - niezwykle dynamicznie rozwijającym się Wydziałem Collegium Medicum i jednym z najmłodszych Wydziałów Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W ciągu 15 lat istnienia rozwinął się on z niewielkiej jednostki, posiadającej 12 samodzielnych pracowników naukowych, kształcąc zaledwie 141 studentów w prężny i dynamicznie rozwijający się ośrodek naukowo-dydaktyczny. Podczas pierwszej kadencji Rada Wydziału sprowadzała się do spotkania kilku profesorów, w tej chwili bywa, że nie mieścimy się w sali posiedzeń im. prof. dr. hab. B. Romańskiego. Obecnie Wydział ma zupełnie inny wymiar i jest zupełnie inaczej postrzegany, przede wszystkim dzięki uzyskaniu dwóch praw do doktoryzowania (co roku broni się u nas kilkunastu doktorantów).

Ponadto w wykazie ustalonym przez Komisję Badań na Rzecz Rozwoju Nauki Rady Nauki nasz Wydział uzyskał kategorię B, najwyższą wśród wydziałów Collegium Medicum. Wyrazem uznania dla działalności organizacyjno - dydaktycznej Wydziału jest posiadanie 5-letnich bezwarunkowych akredytacji na - ocenionych do tej pory - wszystkich prowadzonych kierunkach studiów, przyznanych zarówno przez Państwową Komisję Akredytacyjną, jak i Krajową Radę Akredytacyjną Szkolnictwa Medycznego. Należy podkreślić, że Wydział dostosowuje się do bieżących oczekiwań społecznych i potrzeb rynku pracy, tworząc jednostki i specjalności, które pozwalają potencjalnym studentom na wybór atrakcyjnej i ciekawej oferty studiów. Zmiany, które dokonały się w ciągu tych kilku kadencji są nieporównywalne w skali kraju. Generalnie wydziały nauk o zdrowiu w polskich uczelniach medycznych rozwijają się najbardziej dynamicznie – np. w porównaniu z wydziałami lekarskimi mającymi określoną stosunkowo trwałą strukturę i zakresy nauczania. Natomiast wydziały nauk o zdrowiu są w permanentnych procesach przekształceńowych dostosowujących je do tzw. Karty Bolońskiej, czyli Europejskiego Systemu Kształcenia. Dzięki temu, iż realizowane programy są wystandaryzowane, nasi studenci, podejmujący naukę w innych krajach, nie mają problemów z jej kontynuacją.

Redakcja: Ile jednostek organizacyjnych liczy sobie Wydział Nauk o Zdrowiu? Które z nich pozostają największe i najprężniejsze? Które powstały w ostatnich latach? A które najlepiej rokują na przyszłość i wydają się najbardziej rozwojowe?

Prof. Bartuzi: W tej chwili w strukturze Wydziału znajdują się 42 jednostki główne: 30 katedr z 8 klinikami oraz 46 zakładami, 1 pracownią, 3 oddziałami i 1 studium. Najpóźniej powstałym jest Zakład Pielęgniarstwa Gastroenterologicznego, który został utworzony w tym roku. Największa zaś jest Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, obejmująca 11 zakładów. Poza tym rozbudowane pozostają Katedra i Klinika Rehabilitacji, Katedra i Klinika Gastroenterologii, Chorób Naczyni i Chorób Wewnętrznych czy II Katedra Kardiologii. Oprócz zakładów, które pełnią rolę typowo dydaktyczną, Wydział posiada szereg jednostek klinicznych, zlokalizowanych w kilku szpitalach. I tak też np. Katedra i Klinika Geriatrii czy Katedra i Klinika Rehabilitacji znajdują się w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza, Katedra Chorób Naczyni i Chorób Wewnętrznych czy II Katedra Kardiologii posiadają swoje siedziby na terenie Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. J. Biziała. Zresztą warto przypomnieć, że Szpital im. J. Biziała przed trzema laty wszedł w struktury szpitali uniwersyteckich właśnie z tą myślą, aby stać się bazą dydaktyczną dla Wydziału Nauk o Zdrowiu. Należy to uznać za duży sukces.

Trudno w tej chwili przewidzieć, która z jednostek rokuje najbardziej na przyszłość, gdyż po części uwarunkowane jest to zapotrzebowaniem na działalność dydaktyczną w określonym zakresie, a to z kolei wynika z zainteresowania studentów. Z pewnością rokują dobrze te jednostki, które poza merytorycznie wysoką działalnością dydaktyczną prowadzą intensywne badania naukowe, nawiązują współpracę z jednostkami wewnątrz uniwersytetu ale także z innymi ośrodkami w kraju i za granicą.

Redakcja: Wydział Nauk o Zdrowiu wciąż poszerza swoją ofertę dydaktyczną. Obecnie kształci się studentów na sześciu kierunkach studiów: pielęgniarstwie, zdrowiu publicznym, fizjoterapii, ratownictwie medycznym, dietetyce, położnictwie. Jakże ostatnio wprowadzono specjalności? Czy myślicie Państwo o wprowadzeniu nowych kierunków lub specjalności?

Prof. Bartuzi: Oferta dydaktyczna naszego Wydziału obejmuje szereg bardzo licznych kierunków i specjalności. Kierunków – jak Państwo nadmienili – mamy sześć, a z nowych specjalności – o czym już wspominałem – uruchomiliśmy na zdrowiu publicznym: elektroradiologię, profilaktykę społeczną i administrację zdrowiem publicznym. Myślimy o uruchomieniu studiów II stopnia na kierunku położnictwo oraz nowego kierunku – psychologii, która powinna stać się przebojem. Nie udało się w Toruniu, być może uda się nam.

Redakcja: Prowadzicie Państwo studia stacjonarne i niestacjonarne, także w filii w Grudziądzu...

Prof. Bartuzi: To prawda, mamy studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych, a oprócz studentów bydgoskich prowadzimy studia w Grudziądzu, w ramach Zamiejscowego Ośrodka Dydaktycznego UMK na dwóch kierunkach: dietetyce i ratownictwie medycznym.

Redakcja: Jakże różnice widzi Pan Profesor w funkcjonowaniu Wydziału Nauk o Zdrowiu np. w stosunku do Wydziału Lekarskiego?

Prof. Bartuzi: Wydział Lekarski ma ugruntowaną, wysoką pozycję. Ostatnia nowelizacja ustawy o szkolnictwie wyższym, nowe rozporządzenie w sprawie krajowych ram kwalifikacyjnych dla szkolnictwa wyższego oraz nowe rozporządzenie w sprawie wzorcowych efektów kształcenia sugeruje jednak pewne istotne zmiany w zakresie nauczania na Wydziale Lekarskim jak i naszym. Przy czym warto pamiętać, że na Wydziale Nauk o Zdrowiu zmiany te trwają przez cały czas od początku powstania jednostki. Wszystkie kierunki i specjalności – te istniejące i nowo otwierane – nieustannie zmieniały się i zmieniają wedle dyrektyw Karty Bolońskiej i wynikającego z niej europejskiego obszaru kształcenia oraz zgodnie z obowiązującymi i ustawicznie zmienianymi do 2010 roku standardami kształcenia. Nasze programy muszą być



prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi



Władze dziekańskie Wydziału Nauk o Zdrowiu

Od lewej w drugim rzędzie Prodziekani: dr Anna Grabowska-Gawęł, prof. dr hab. Andrzej Kurylak, prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska

Od lewej w pierwszym rzędzie: prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe (Prorektor ds. Collegium Medicum) i prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi (Dziekan)



Dyplomatorium Wydziału Nauk o Zdrowiu, 2004

kompatybilne z programami unijnymi, a nasi studenci, studiujący u nas – o czym też nadmieniałem – mogą również kontynuować naukę w uczelniach innych krajów Unii Europejskiej. Widać tu ogromny nakład pracy ludzi, którzy pracują w komisjach programowych i administracji Wydziału i nie tylko dostosowują programy do standardów, ale także starają się, by uczelnia nie ponosiła zbędnych kosztów nauczania. Rygorystycznie pilnujemy, by studia były nie tylko na wysokim merytorycznym poziomie, ale również nie nazbyt kosztowne.

Redakcja: Wydział Nauk o Zdrowiu posiada już uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyna oraz

do nadawania stopnia naukowego doktora nauk o zdrowiu. Czy w najbliższym czasie planujecie Państwo uruchomić studia doktoranckie?

Prof. Bartuzi: 24 września 2007 roku uzyskaliśmy uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora w dziedzinie: nauki medyczne, dyscypliny: medycyna, a od 25 stycznia 2010 r. – do nadawania stopnia naukowego doktora w dziedzinie: nauk o zdrowiu. Nadaliśmy już 28 stopni w zakresie nauk medycznych i 4 w zakresie nauk o zdrowiu. Studia doktoranckie rozpoczniemy od nowego roku akademickiego.

Redakcja: Czy Wydział Nauk o Zdrowiu czyni starania w celu uzyskania

uprawnień do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauk o zdrowiu?

Prof. Bartuzi: Oczywiście, Wydział czyni starania o uzyskanie prawa do habilitacji, złożyliśmy odpowiedni wniosek w Ministerstwie i mam nadzieję, że jeszcze za mojej kadencji uda się te uprawnienia otrzymać. Mając prawo do habilitowania, stajemy się Wydziałem całkowicie spełnionym, o którym mówi się w żargonie dziekańskim „wydział królewski”.

Redakcja: Czy podstawa lokalowa i sprzętowa Wydziału Nauk o Zdrowiu wystarcza dla obecnych potrzeb, czy też marzycie Państwo o powiększeniu bazy?

Prof. Bartuzi: Jak wspomniałem, Szpital im. J. Biziela po wejściu w struktury szpitali uniwersyteckich stał się podstawą bazy klinicznej Wydziału.

Wydział Nauk o Zdrowiu posiada nowoczesną bazę naukowo-badawczą. Jednostki organizacyjne mają do dyspozycji pracownie i laboratoria naukowo-badawcze z zapleczem diagnostyczno-laboratoryjnym znajdującym się w Katedrach i Klinikach Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza, Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Jana Biziela, Centrum Onkologii w Bydgoszczy, Hospicjum im. ks. Jerzego Popiełuszki, Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii, Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego, 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką, Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego oraz Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy.

Wszystkie placówki WNoZ korzystają ze sprzętu multimedialnego oraz komputerów z odpowiednim oprogramowaniem służącym do opracowywania wyników badań naukowych. Realizacji badań naukowych sprzyja również nowoczesnie wyposażona Biblioteka Medyczna Collegium Medicum.

Wydział Nauk o Zdrowiu posiada do dyspozycji cztery budynki dydaktyczne mieszczące się przy ul. Świętojańskiej 20, ul. Techników 3, ul. Sandomierskiej 6 oraz ul. Łukasiewicza 1. Do dyspozycji Wydziału są również ogólnodostępne sale dydaktyczne mieszczące się w budynkach przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9 i pracownie Katedry i Zakładu Żywności i Dietetyki przy ul. Dębowej 3.

Redakcja: Czy Wydział sięga po gwarantowane środki unijne na sfinansowanie studiów pomostowych?

Prof. Bartuzi: Sięgamy po środki unijne już od 2006 roku, kiedy to otrzymaliśmy dotacje na prowadzenie zajęć dydaktycznych ze studentami kierunku: pielęgniarstwo – studia niestacjonarne I stopnia tzw. pomostowe, a niedawno zyskaliśmy podobne środki na położnictwo.

Redakcja: Co uważa Pan Profesor za największe osiągnięcie Wydziału podczas upływających 15 lat?

Prof. Bartuzi: Za największy sukces zdecydowanie uważam zyskanie podwójnych praw do doktoryzowania, a także otrzymanie wysokiej ministerialnej kategorii naukowej. Z całą pewnością sukcesem jest utrzymanie, mimo ogromnej konkurencji wysokiego wskaźnika rekrutacji, a także posiadanie 5-letnich bezwarunkowych akredytacji na do tej pory ocenionych wszystkich prowadzonych kierunkach studiów. Jednak pierwszą i najważniejszą kwestią (i osiągnięciem) w mojej ocenie pozostaje utrzymanie integralności środowiska Wydziału Nauk o Zdrowiu – ludzi, naukowców, którzy mi pomagali i których pomoc bardzo sobie cenię. Przez kilka kadencji nie pojawiły się wśród nas większe konflikty, udawało się prowadzić wszystko w miarę koncyliacyjnie, bez zgrzytów, mimo różnorodności postaw, charakterów i temperamentów.

Podsumowując – podniesienie standardu Wydziału w kategoriach naukowych do kategorii B to spore osiągnięcie. Dalej – prawa do doktoryzowania, co również doceniają samodzielni pracownicy naukowcy, którzy mogą promować swoich doktorantów. Dochodzi do tego utrzymanie wysokiego zainteresowania potencjalnych studentów naszą ciągle zmieniającą się ofertą dydaktyczną. Te niewątpliwe sukcesy jakimi możemy pochwalić się z okazji 15-lecia naszego Wydziału, są możliwe dzięki pracy wielu moich kolegów, profesorów, doktorów, pracowników nauki i administracji. Przy tej okazji pragnę im bardzo serdecznie podziękować.

Redakcja: Czego nie udało się osiągnąć lub osiągnąć nie do końca?

Prof. Bartuzi: Wciąż nie mamy prawa do habilitacji, ale jesteśmy stosunkowo młodym Wydziałem, a w krótkim czasie uzyskaliśmy dwa prawa do doktoryzowania, więc habilitacja przed nami. Tego mi jeszcze brakuje, aby zakończyć ostatnią kadencję z pełną satysfakcją.

Redakcja: Czy Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum nie obawia się konkurencji ze strony podobnych wydziałów powstających na innych uczelniach (najczęściej prywatnych)?

Prof. Bartuzi: Utrzymanie wysokiej liczby studentów również uważam za jedno z osiągnięć naszego Wydziału. W obliczu tego, co się dzieje na rynku szkolnictwa, w tym powstawania licznych niepublicznych szkół, oferujących podobne specjalności, oraz wzięwszy pod uwagę obserwowany niż demograficzny, utrzymanie wysokiej liczby studentów to ewidentny sukces. Studenci zaczynają sobie cenić sztyld uniwersytetu, wiedzę naszych wykładowców, a wreszcie możliwość korzystania z bazy klinicznej, niedostępnej dla szkół niepaństwowych. Jednak pozostajemy w pogotowiu, czując oddech konkurencji na plecach, ponieważ szkoły niepań-

stwowe dziwnym sposobem uruchamiają swoje studia tańszym kosztem (prawdopodobnie dlatego, że nie mają własnego zaplecza w postaci bibliotek, baz danych itd.), a zajęcia kliniczne siłą rzeczy prowadzą w okrojony sposób. Osobiście nie tak wyobrażam sobie praktyczne kształcenie studentów np. na kierunku pielęgniarstwo. Problemem jest również to, że owe szkoły otwierają się dzięki wsparciu naszych własnych pracowników naukowo-dydaktycznych. Sytuacja ulegnie zmianie w roku 2014, w którym zgodnie z nową ustawą o szkolnictwie wyższym upłynie okres przejściowy i zaczną obowiązywać praktyczne zastosowania dotyczące zatrudnień.

Redakcja: Gratulujemy jubileuszu Wydziału i pozostajemy z nadzieją, że w przyszłości będzie rozwijał się równie dynamicznie...

ze strony Redakcji rozmowę prowadzili dr Krzysztof Nierzwicki i mgr Monika Kubiak



X-lecie Wydziału Nauk o Zdrowiu, 2007



Zajęcia dydaktyczne na Wydziale Nauk o Zdrowiu - pielęgniarstwo

Rektor-elekt Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu



Obecny rektor UMK prof. dr hab. Andrzej Radzimiński oraz były rektor UMK prof. dr hab. Jan Kopcewicz gratulują wyboru rektorowi-elektowi, prof. dr hab. Andrzejowi Tretynowi

Na Rektora UMK na kadencję 2012-2016 został wybrany prof. Andrzej Tretyn. W Auli UMK było 237 elektorów. 4 elektorów wstrzymało się od głosu. Prof. Andrzej Tretyn otrzymał 121 głosów, prof. Andrzej Radzimiński 112. Przypominamy, że w wyborach wzięło udział 2 kandydatów:

Prof. dr hab. Andrzej Tretyn urodził się 12 kwietnia 1955 r. w Mielęcinie na

Kujawach. W 1978 r. ukończył studia biologiczne na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi UMK w Toruniu. Doktorat, którego promotorem był prof. Stefan Gumiński obronił w 1983 roku na Uniwersytecie Wrocławskim.

Pracę na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika rozpoczął w 1981 r. w Instytucie Biologii i Ochrony Środowiska. W 1991 r. habilitował się na Wydziale

Biologii i Nauk o Ziemi UMK na podstawie rozprawy pt. „Badania nad rolą acetylocholino w mechanizmie działania fitochromu”. W 1993 r. objął stanowisko profesora nadzwyczajnego UMK, natomiast w 1996 r. uzyskał tytuł profesora nauk biologicznych. W 1999 r. objął stanowisko profesora zwyczajnego na UMK. W latach 1999-2005 pełnił funkcję dziekana Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi. Od 2005 r. jest prorektorem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika ds. badań naukowych i współpracy z zagranicą. Obecnie kieruje też Katedrą Fizjologii Roślin i Biotechnologii.

Wielokrotnie przebywał na stypendiach zagranicznych, w tym w Agriculture University Wageningen (Holandia), York University (Wielka Brytania), Institute for Physical and Chemical Research w Tokio i Jokohamie. Był stypendystą Fundacji Humboldta i japońskiego GSPS. Współpracował z Instytutem Maxa Plancka w Kolonii i Uniwersytetem Gyeongsang w Korei.

Jako naukowiec zajmuje się cytofizjologią, elektrofizjologią i fotomorfogenezą roślin. Ostatnio prowadzi również badania z zakresu biologii medycznej.

www.umk.pl

Prorektorzy-elekci Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Komisja Wyborcza Uniwersytetu ogłosiła listę kandydatów na prorektorów UMK na kadencję 2012-2016.

1) na stanowisko prorektora ds. Badań Naukowych i Informatyzacji - prof. dr hab. Włodzisław Duch, lat 57, obecny Kierownik Katedry Informatyki Stosowanej Wydziału Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej,

2) na stanowisko prorektora ds. Kształcenia - dr hab. Beata Przyborowska, prof. UMK, lat 43, Katedra Pedagogiki Szkol-

nej, obecnie prodziekan Wydziału Nauk Pedagogicznych,

3) na stanowisko prorektora ds. Ekonomicznych i Rozwoju - dr hab. Danuta Dziawgo, prof. UMK, lat 42, Katedra Rachunkowości Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania,

4) na stanowisko prorektora ds. Studenckich i Polityki Kadrowej - prof. dr hab. Andrzej Sokala, lat 56, Kierownik Katedry Prawa Rzymskiego, obecny Dziekan Wydziału Prawa i Administracji,

5) na stanowisko prorektora ds. Collegium Medicum - prof. dr hab. Jan Styczyński, lat 49, Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii, obecny Prodziekan Wydziału Lekarskiego.

Wyборы prorektorów odbyły się 26 marca o godz. 16.00 w Auli UMK. Wszyscy kandydaci na prorektorów UMK na kadencję 2012-2016 uzyskali wymaganą większość głosów podczas wyborów przeprowadzonych w dniu 26 marca w Auli UMK.

www.umk.pl



Prorektorzy UMK na kadencję 2012-2016 wraz z rektorem-elektą, prof. dr hab. Andrzejem Tretynem

Nie pytaj, co Twoja Uczelnia może zrobić dla Ciebie, zapytaj, co Ty możesz zrobić dla swojej Uczelni

rozmowa z prof. dr. hab. Janem Styczyńskim, wybranym na Prorektora ds. Collegium Medicum UMK na kadencję 2012-2016

Prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński, został wybrany prorektorem ds. Collegium Medicum UMK na kadencję 2012-2016, obecnie jest Prodziekanem Wydziału Lekarskiego oraz kierownikiem Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej w Katedrze Pediatrii, Hematologii i Onkologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK. Profesor Styczyński kieruje również Oddziałem Przeszczepiania Szpiku Kostnego dla Dzieci w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Panie Profesorze, nie uciekniemy od pytania o wizję rozwoju Collegium Medicum. W jakim kierunku według Pana opinii będzie przebiegał rozwój naszej uczelni? Czy będziemy zmierzać do integracji z UMK, czy prowadzić autonomiczne działania?

Jan Styczyński: Collegium Medicum jest częścią UMK i zgodnie ze Statutem Uniwersytetu organizuje działalność dydaktyczną, badawczą i leczniczo-usługową w zakresie medycyny, farmacji i ochrony zdrowia. W zakresie tej działalności, Collegium Medicum posiada autonomię. Niemniej jednak, zacieśnianie współpracy z kampusem toruńskim jest naturalnym procesem, a także szansą i potrzebą rozwoju naukowego. Siła i pozycja uczelni zależy głównie od dorobku naukowego, ale jednocześnie podstawy funkcjonowania kadr naukowo-dydaktycznych są określone przez liczbę studentów. Musimy dbać i o naukę i o dydaktykę. Uczelnia musi być elastyczna i dostosowywać się do zmieniających się warunków współczesnego życia. Program Studiów Anglojęzycznych realizowany w CM jest odpowiedzią na wiele aktualnych wyzwań i należy go rozwijać.

A.M-S: Każda uczelnia oparta jest na filarach będących podstawą jej funkcjonowania. O które filary oprze Pan funkcjonowanie Collegium Medicum i które będzie wzmacniał?

J.S.: Działalność naukową. Jednym z podstawowych elementów określających pozycję uczelni jest dorobek naukowy jej pracowników. Wiele spraw decydujących o życiu codziennym uczel-

ni jest prostą pochodną liczby samodzielnych pracowników naukowych oraz sumarycznego dorobku naukowego Wydziałów. Konieczne jest umożliwienie zwiększenia liczby przewodów habilitacyjnych. Praca w wyższej uczelni wiąże się z prowadzeniem działalności naukowej i dydaktycznej. Naturalnym procesem powinno być to, że każdy pracownik naukowy prowadzi pracę naukową i uzyskuje kolejne stopnie naukowe. Moim priorytetem będzie wspieranie rozwoju naukowego zarówno etatowych pracowników naukowych, jak również studentów. O tych planach mówił również Rektor-Elekt. Oczywiście, uczelnia działa wielokierunkowo na potrzeby społeczeństwa, dlatego działalność dydaktyczna i prospołeczna jest podstawą jej funkcjonowania.

A.M-S: Mówił Pan o zacieśnianiu współpracy z kampusem toruńskim, czy wobec tego nasi studenci będą podróżować do Torunia?

J.S.: Część zajęć klinicznych od dawna jest prowadzona na bazie szpitali toruńskich i nie ma obecnie potrzeby, aby cokolwiek zmieniać. Należy jednak pamiętać, że od października wchodzi w życie reforma studiów na kierunku lekarskim. Nastąpi zmniejszenie ilości zajęć klinicznych, ale jednocześnie zostanie wprowadzone nauczanie praktyczne na VI roku.

Możliwe jest więc, że programy dydaktyczne zostaną inaczej rozłożone.

A.M-S: Profesor Andrzej Tretyn wspominał o koncepcji szerszej współpracy pomiędzy UMK, a bydgoskim środowiskiem uczelnianym, m.in. o integracji z UKW (utworzenie wspólnego kierunku psychoonkologii) i UTP (wspólny kierunek inżynieria biomedyczna). Czy będziemy zmierzać w kierunku tej koncepcji?

J.S.: Współpraca uczelni staje się koniecznością aktualnej rzeczywistości. Życie zmienia się bardzo szybko. Uważa się, że ilość dostępnej wiedzy podwaja się co 7 lat, a ilość wiedzy technologicznej już co 2 lata. Obecnie prowadzimy studia na 11 kierunkach. Stajemy w obliczu przygotowywania naszych studentów do wykonywania zawodów, które jeszcze nie istnieją. Musimy elastycznie podchodzić do zmieniających się realiów życia. Są pewne pomysły na współpracę, jednak na szczę-gół jest jeszcze zbyt wcześnie. Na pewno konieczne jest uruchomienie studiów podyplomowych w Collegium Medicum.

A.M-S: Czy Pańskim zdaniem Collegium Medicum jest uczelnią prostudencką?

J.S.: Odpowiedź jest prosta: bez studentów nie ma Uczelni. Collegium Medicum jest postrzegane w Polsce jako



prof. dr hab. Jan Styczyński, Prorektor-elekt z prof. dr hab. Małgorzatą Tafil-Klawe, obecnym Prorektorem ds. Collegium Medicum UMK

uczelnia przyjazna dla studentów. I o taki wizerunek należy dbać. Zależy to oczywiście zarówno od kadry dydaktycznej, jak i od samych studentów.

A.M-S.: Pana motto życiowe...

J.S.: Nie mam takiego motta. Jednak w odniesieniu do Collegium Medicum chciałbym zachęcić wszystkich do szeroko rozumianej działalności na rzecz uczelni. Dlatego w moim exposé w dniu wyborów, zrobiłem parafrazę do słynnych słów Johna Fitzgeralda Kennedy'ego mówiąc: „Nie pytaj, co Twoja Uczelnia może zrobić dla ciebie; zapytaj, co Ty możesz zrobić dla swojej Uczelni”. Chciałbym, aby mówiono: „Collegium Medicum jest uczelnią życzliwą”, zgodnie z szerszym hasłem: „Uniwersytet życzliwy dla pracowników i studentów”. I jeszcze jedno: mój asystent na zajęciach biochemii w Gdańsku mówił „Róbmy swoje”. Niech każdy robi to, co do niego należy.

A.M-S.: Może ma Pan jakieś szczegól-

ne hobby, które zabiera Panu czas poza obowiązkami, chyba że to właśnie praca jest pasją!

J.S.: Moje życie jest wypełnione po brzegi pracą, ale lubię i umiem wypoczywać. Na wszystko musi być w życiu czas. W życiu naukowca wpisane są podróże, które stwarzają wiele ciekawych możliwości. Ciągle mi się marzy wyjazd w Himalaje.

A.M-S.: Co Pan uważa za swoje szczególne osiągnięcie na płaszczyźnie naukowej?

J.S.: Przeszczepy szpiku. Biorąc pod uwagę, że ośrodek transplantacji szpiku w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii funkcjonuje dopiero niecałe 9 lat, to już naprawdę dużo udało się w tym zakresie osiągnąć. Oczywiście wszystko było możliwe jedynie dzięki pracy w zespołach badawczych. W ostatnich dniach, w najważniejszym czasopiśmie hematologicznym na świecie, amerykańskim „Blood” opublikowano wyniki

5-letnich badań koordynowanych przeze mnie, a poświęconych aspektom oddawania szpiku przez dzieci dla swojego chorego rodzeństwa.

A.M-S.: Rola Prorektora wymaga podzielności uwagi – czy wobec tego Pana plany kontynuacji pracy naukowej ulegną radykalnej zmianie?

J.S.: Życie akademickie nie lubi radykalnych zmian. Działalnością naukową będę się dalej zajmował, bo ją lubię i sprawia mi to przyjemność. Jej zakres będę musiał zapewne czasowo ograniczyć. Z drugiej strony, już od czasu uzyskania nominacji profesorskiej staram się włożyć więcej wysiłku w kształcenie i wychowywanie młodych kadr naukowych, niż poszukiwanie osiągnięć dla siebie.

A.M-S.: Dziękuję za rozmowę, życząc zrealizowania założeń i planów.

mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji

Nasi wśród najlepszych

Adam Buciniski

Dnia 21 marca został rozstrzygnięty konkurs na najlepszą pracę doktorską i magisterską przygotowaną z zastosowaniem narzędzi statystyki i analizy danych zawartych w programach STATISTICA i STATISTICA Data Miner.

Konkurs organizowany jest corocznie przez firmy StatSoft Inc. i StatSoft Polska. Jego celem jest promocja autorów najlepszych prac, przy tworzeniu których wykorzystano zaawansowane metody analizy danych, oraz popularyzacja umiejętności korzystania z nowoczesnych narzędzi analitycznych jakie zawarte są w programach STATISTICA i STATISTICA Data Miner. W kategorii prac magisterskich Komisja najwyższej oceniła pracę studentki Natalii Piekus, zatytułowaną „Analiza zanieczyszczeń preparatów zawierających ibuprofen z wykorzystaniem HPLC, spektroskopii IR i metod chemometrycznych”, wykonaną na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im L. Rydygiera w Bydgoszczy w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej. Promotorem pracy dyplomowej była Pani dr Bogumiła Kupcewicz.

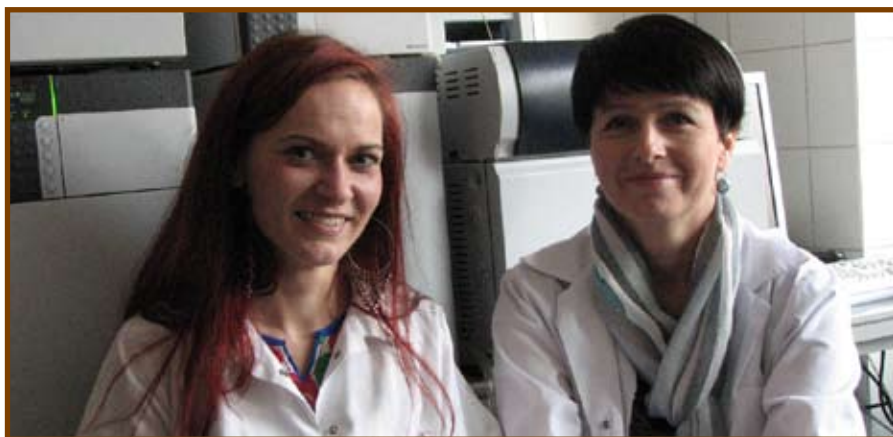
Autorka pracy skupiła się na jednym z najważniejszych celów przemysłu farmaceutycznego - zapewnieniu bezpie-

czeństwa farmakoterapii. Jego realizacja opiera się głównie na kontroli zawartości zanieczyszczeń w produktach leczniczych. Celem pracy było opracowanie oraz optymalizacja chromatograficznej metody rozdzielania zanieczyszczeń w preparatach zawierających ibuprofen jako substancję czynną. Otrzymane profile zanieczyszczeń zostały poddane analizie chemometrycznej - analiza skupień, analiza głównych składowych (CA - Cluster Analysis, PCA - Principal Component Analysis), podobnie jak widma absorpcyjne w zakresie podczerwieni wykonane dla tych samych preparatów. Wysoka korelacja pomiędzy

wynikami uzyskanymi dla obu zbiorów danych, pozwoliła na zbudowanie modeli kalibracyjnych metodą cząstkowych najmniejszych kwadratów (PLS - Partial Least Squares) pozwalających przewidzieć zawartości zanieczyszczeń w preparatach ibuprofenu na podstawie widm spektroskopowych w zakresie podczerwieni. Otrzymane modele okazały się być skuteczne oraz dobrze dopasowane, przez co stały się obiecującą alternatywą dla oznaczania stężenia zanieczyszczeń metodami chromatograficznymi.

Serdecznie gratulujemy!

prof. dr hab. Adam Buciniski, prodziekan Wydziału Farmaceutycznego



Natalia Piekus z promotorem, dr Bogumiłą Kupcewicz

Drzwi otwarte

Aleksandra Konopka

22 marca 2012 r. w Collegium Medicum UMK odbyły się Drzwi Otwarte. Była to niepowtarzalna okazja, aby zobaczyć „od podszewki” czym różni się studiowanie od uczenia się. Tłumnie przybyli licealiści mieli możliwość zwiedzania jednostek dydaktycznych, porozmawiania ze studentami i pracownikami Collegium Medicum UMK oraz wzięcia udziału w zorganizowanych warsztatach.

Studenci Ratownictwa Medycznego zaprezentowali jak uratować poszkodowanych w wypadku drogowym. Po raz pierwszy również młodzi bydgoszczanie mieli okazję na własnej skórze doświadczyć trudów i ograniczeń związanych z niepełnosprawnością ruchową. Pokonywanie miejskiego „toru przeszkód” z perspektywy wózka inwalidzkiego okazało się nie lada wyzwaniem.

Wszystkim tegorocznym maturzystom (nie tylko tym, którzy chcą związać swoją przyszłość z naukami medycznymi) życzymy powodzenia!

mgr Aleksandra Konopka jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji



Drzwi otwarte, fot. Aleksandra Konopka, Mariusz Kowalikowski

Wybory miss UMK

15 marca 2012 r. w Auli UMK odbyła się uroczysta gala, na której wybrano Miss UMK 2012. Ku naszej ogromnej radości Miss UMK została studentka Collegium Medicum UMK kierunku pielęgniarstwo Emilia Trzeciakowska. Serdecznie gratulujemy sukcesu!

Oprócz głównego trofeum Emilia otrzymała również m.in. tytuł Miss publiczności. Tytuł pierwszej Wicemiss otrzymała Marzena Kępska, a miano drugiej Wicemiss przypadło Magdalenie Stefańskiej.

Do walki o tytuł najpiękniejszej studentki UMK stanęło w tym roku 18 dziewczyn, wyłonionych we wcześniejszym castingu, na który zgłosiło się 60 kandydatek. Imprezę poprowadził Norbi.

Emilia Trzeciakowska

„Mam 23 lata, studiuje Pielęgniarstwo na II roku studiów magisterskich, należę do Koła Naukowego Międzynarodowych Problemów Zdrowotnych i Medycyny Zapobiegawczej. Interesuję się sportem, jeżdżę na rowerze i biegam, natomiast zimą szusuję na nar-

tach. Od niedawna dzięki udziałowi w Miss UMK polubiłam także nurkowanie i strzelectwo. W wolnych chwilach uwielbiam spotykać się z przyjaciółmi, którzy są ważną częścią mojego życia. Moim ulubionym filmem jest „Gladiator” i kocham pochodzącą z tego filmu muzykę Hansa Zimmera. Moją kolejną

wielką miłością są słodczyce oraz gotowanie. W kuchni poszukuję nowych smaków, a w zależności od humoru mogę być słodka niczym Nigella Lawson bądź gorzka jak Gordon Ramsay. Jestem osobą ciekawą świata i odważną. Chętnie podejmuję ryzyko i nie boję się nowych wyzwań”.



Miss i dwie Wicemiss UMK, 2012, fot. Bogdan Romański

Gry rozum śpi

Wojciech Szczęsny

Gdy rozejrzemy się wokół okazuje się, że bez nauki i jej osiągnięć właściwie nie da się żyć. Podobnie, jak ze słynnym zdrowiem z fraszki Kochanowskiego, dostrzegamy to, gdy natura, a częściej niestety drugi człowiek, odbiera nam wytwory naszej cywilizacji. Czy potrafimy żyć bez komórek, Internetu, GPS? Oczywiście, że tak. Ale już awaria prądu stwarza zagrożenie dla życia wielu ludzi. Czy zrezygnujemy z zażycia aspiryny, gdy czujemy się przeziębieni? Czy poddamy się zabiegowi z zastosowaniem najnowszej aparatury ratującemu potencjalnie życie? Czy zabezpieczymy się przed chorobą stosując profilaktykę i szczepienia? Odpowiedź wydaje się oczywista. Jasne, że tak! A jednak...

W ostatnich latach stało się w pewnych środowiskach modne kontestowanie osiągnięć nauki i przedstawianie ich jako szkodliwych dla człowieka. Całkowicie zgadzam się z tym, że to właśnie my odpowiadamy za degradację środowiska (w imię „czynienia sobie ziemi poddanej”), eksploatowanie bez opamiętania i zważania na skutki środowiskowe złóż (np. wyciek ropy w Zatoce Meksykańskiej) oraz globalne ocieplenie, co by na ten temat nie mieli do powiedzenia zwolennicy innych teorii. Jednak pewne zjawiska zaczynają budzić mój niepokój. Oczywiście pomijam grupy ludzi, którzy przykładowo wierzą, że człowiek został stworzony 6000 lat temu a więc około 10.000 lat po udomowieniu przez niego psa. Jak zapewne PT Czytelnicy zauważyli istnieje tu niejaka sprzeczność, którą wyznawcy owych teorii tłumaczą błędami w datowaniu artefaktów archeolo-

gicznych, lub jakoby innym „czasem” dla Stwórcy. Jakiegokolwiek argumenty choćby najmądrzejsze i sprawdzalne spływają po nich jak niegdyś woda po „ włoskich ortalionach”. No, ale każdy może wierzyć w co chce, w końcu księża egzorcysty nadal ścigają demony i wypędzają złego z psychicznie chorych ludzi. U nas w Polsce, w roku 2012 gdyby ktokolwiek miał wątpliwości. Summa summarum nie szkodzi to nikomu, jak przykładowo wiara w zbawczą moc posiadanego w domu kanarka. Pomijam przypadek „zaegzorcyzmowania” na śmierć młodej Niemki z lat 70.

Pojawiły się jednak znacznie groźniejsze zjawiska. Coraz szersze kręgi zatacza moda na nie szczepienie dzieci. Nie tak dawno dziwiła nas odmowa szczepień przeciw polio w Afryce (co uniemożliwia wyeliminowanie tej choroby), gdyż szamani twierdzili, że zabiera ona chłopcom potencję. Niespodziewanie szamanów wsparli „zachodni” medycy. Otóż w 1998 dr Andrew Wakefield opublikował w „The Lancet” pracę, która wskazywała na związek szczepionki MMR a autyzmem. Jakkolwiek artykuł (ciekawe jak przeszedł przez sito recenzentów tak szacownego pisma) został poddany totalnej i słusznej krytyce wywołał panikę. Odmowa szczepień zaczęła dotyczyć coraz większej liczby dzieci. Pojawiły się zgony z powodu dawno niewidzianych chorób, jak np. odra. Być może cała afera byłaby niegodna wspomnienia, bo w końcu w wolnym świecie każdy może się leczyć, szczepić, wierzyć w diabła i egzorcyzmować lub nie. Jednak w Polsce obowiązuje kalendarz szczepień to raz,

a dwa, istnieje coś takiego jak odporność populacyjna, którą ja osobiście traktuję jak dobro wspólne. Nie mogę się zgodzić, aby ktoś z mojej rodziny był narażony na chorobę poprzez widzimisię jakiegoś indywiduum, podobnie jak reaguję złością na rozbity szybę we wiacie przystanku tramwajowego czy idiotyczne malunki na odnowionych kamienicach.

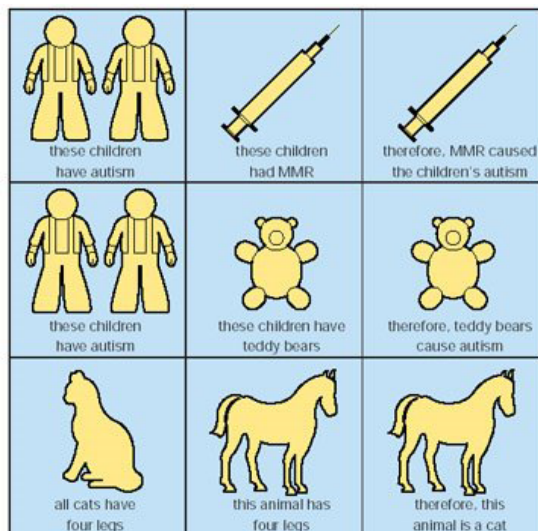
Następnym przykładem, wynikającym bezpośrednio z wyżej wymienionych teorii są próby zakażania dzieci chorobami miast szczepienia. Tzw. „ospa party” odbywają



się, gdy jedno z dzieci z grona przyjaciół czy rodziny zachoruje. Inne celowo bawią się z nim, aby się zarazić. Podobno są już pierwsze ofiary powikłań ospy wietrznej nabytej w ten sposób.

Nie wiem jak skomentować zachowania cywilizowanych ludzi, którzy odrzucają zdobycze cywilizacji, skądinąd dobre i sprawdzone przez pokolenia. Potrafię zrozumieć obawy ludzi przed czymś nowym, niesprawdzonym. Lecz o ile mi wiadomo owa moda wynika z podobnych przesłanek jak wspomniane już egzorcyzmy. Pojęcie wolności jednostki nie jest stuprocentowe. Czy chcemy, czy nie żyjemy w środowisku innych ludzi i zwierząt. Zawracanie Wisły kijem jest niemożliwe. Lepiej po prostu nie wrzucać do niej śmieci i oszczędzać wodę. Nie uciekniemy od GMO, szczepień i energetyki jednocześnie preferując modele rodziny 2+3 i podobne. Ziemia ma ograniczoną powierzchnię i wytrzymałość na naszą ekspansję w imię człowieka – pana, któremu różni bogowie kazali (oczywiście nie bezpośrednio, lecz przez egzegezę tzw. świętych ksiąg i ludzi, którzy ogłosili się prorokami czy kapłanami) korzystać z niej i jej pozostałych mieszkańców. Nie wiem jak inni Czytelnicy, lecz ja nie życzę sobie, aby ktoś narażał mnie lub moją rodzinę na choroby czy głód bo tak mu się wydaje lub tak nakazuje mu bóstwo, które czci. Więcej normalności opartej na rozumie. To pomaga. Naprawdę.

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



Popularyzator Nauki: Marek Jurgowiak

Dr n. med. Marek Jurgowiak uzyskał wyróżnienie w kategorii „Prezentacja naukowa” w VI edycji konkursu „Popularyzator Nauki”, organizowanego przez serwis Nauka w Polsce PAP przy współpracy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Opowiada o fenomenie życia, o zdrowiu, starzeniu się, o substancjach, które pomagają utrzymać dobrą kondycję i o takich, które są nadzwyczaj szkodliwe. Pisze artykuły i podręczniki. Od wielu lat popularyzuje nauki biomedyczne na Toruńskim Festiwalu Nauki i Sztuki i współorganizuje cykliczne imprezy popularyzatorskie - Medyczne Środy. Dr n. med. Marek Jurgowiak, starszy wykładowca w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu jest kandydatem - w kategorii Naukowiec/Instytucja naukowa - w VI edycji konkursu „Popularyzator Nauki”, organizowanego przez serwis Nauka w Polsce PAP przy współpracy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Zdaniem dra Jurgowiaka, popularyzacja wiedzy wciąż w niektórych środowiskach uchodzi za niezbyt istotną, chociaż bywa już zauważana i doceniana. Jest to sukces samych popularyzatorów, jak i osób oraz instytucji decydujących o kształcie i funkcjonowaniu nauki w Polsce, a także samych odbiorców prac popularyzatorskich.

„Popularyzacja nauki jest prawdziwą sztuką ukazywania w przystępny sposób tego, co w nauce najciekawsze i skomplikowane zarazem. Na ile to twierdzenie jest prawdziwe wie każdy, kto podejmował się działań popularyzatorskich. Rolę takiego przekazu wiedzy uświadomimy sobie wraz ze zrozumieniem, że o ile nie wszyscy są twórcami nauki mającymi wpływ na jej rozwój, o tyle wszyscy jesteśmy jej konsumentami” - mówi naukowiec.

Jego zdaniem, wszyscy czerpiemy z postępu w nauce, z jej osiągnięć, choćby korzystając z najnowszej generacji leków czy najnowocześniejszych form terapii, bądź wszelakich nowinek technologicznych. Natomiast pośrodku - między twórcami i odbiorcami postępu naukowego - znajduje się popularyzator wykonujący trudne zadanie zebrania, uporządkowania i wyjaśnienia odbiorcy zawłości najnowszych dokonań i osiągnięć zespołów badawczych.

Dr Jurgowiak przypomina, że każda dyscyplina naukowa posługuje się wła-

snym językiem - żargonem, coraz bardziej wyodrębnionym i coraz trudniejszym. Dlatego uważa, że upowszechniając wiedzę, należy stosować przynajmniej dwa języki - swój dyscyplinarny i ten ogólnoludzki, przy zachowaniu jednocześnie wszelkich walorów naukowych omawianego zagadnienia.

„Nie tylko warto, ale wręcz należy naukę wyprowadzać z ciemnych sal wykładowych i stron fachowych pism naukowych na światło dzienne. Należy dzielić się tym, co interesujące w nauce, z każdym ciekawym świata człowiekiem, niezależnie od wieku i wykonywanej profesji” - przekonuje naukowiec.

Dodaje, że szybki przepływ informacji i gwałtowny postęp technologiczny i naukowy oraz ogrom publikacji ukazujących się w każdej dziedzinie wyklucza śledzenie tego, co najnowsze w nauce. Dotyczy to nie tylko nauki w ogóle, ale nawet wąskiej, specjalistycznej sfery badań naukowych. Szczególnie trudne zadanie mają ludzie niezwiązani zawodowo z nauką, za to żywo nią zainteresowani. W opinii dra Jurgowiaka, wyznacza to nowe zadania popularyzatorom. Muszą oni upowszechniać zdobycze współczesnej nauki i wyjaśniać w przystępny sposób to, co w nauce najciekawsze i co wpływa na ewolucję kulturową i cywilizacyjną.

„Wykład i tekst, a szczególnie popularyzujący, nie powinien ograniczać się tylko do ścisłego przekazu wiedzy. Powinien zawierać pierwiastek intelektualny, wykraczający poza nurt głównych naukowych treści niesionych przez popularyzatora. Przekazując wiedzę słuchaczom i czytelnikom staram się, aby postrzegali oni naukę jako narzędzie do poznania otaczającego nas świata i w tym nas samych” - zdradza dr Jurgowiak.

„Popularyzacja nauk biomedycznych powinna pomóc człowiekowi w zrozumieniu tego, co dzieje się w laboratoriach naukowych. Pośrednio przecież dotyczy to nas samych, gdyż to często my jesteśmy podmiotem postępu i ostatecznymi konsumentami efektów prac badawczych” - dodaje popularyzator.

Zdaniem dra Jurgowiaka, nawet najdrobniejsze działania na tym polu są cenne i godne uwagi. Dostrzeżenie ich przez innych może przynieść nie tylko satysfakcję intelektualną, ale co najważniejsze wzmocnienie wiary, że warto pa-

rać się tym zajęciem.

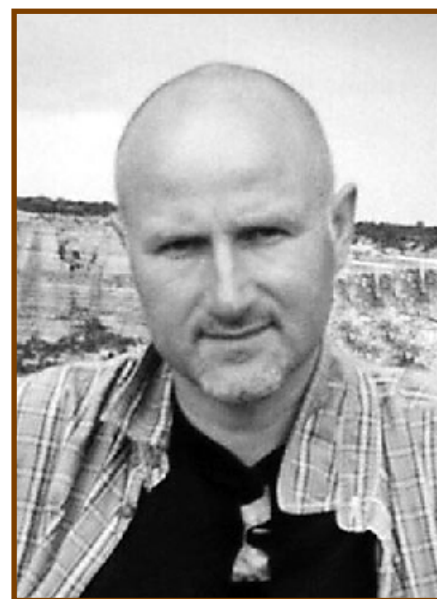
biomedycznych rozpoczęła się wraz z podjęciem pracy zawodowej nauczyciela akademickiego. Pierwsze artykuły jego autorstwa ukazały się w czasopiśmie „Wiedza i życie” oraz „Wszechświat”. Publikował też w czasopiśmie dla nauczycieli „Biologia w szkole”.

W roku 1999 nakładem Wydawnictwa PZWL (Warszawa) ukazała się jego książka „Biologia - przed egzaminem na akademii medycznej” - podręcznik repetytorski pisany, jak podkreśla autor, z zacięciem popularyzatorskim.

Festiwalu Nauki i Sztuki, Medicalia i Medyczne Środy dały dr. Jurgowiakowi możliwość bezpośredniego kontaktu z widzami i słuchaczami. „Dlaczego starzejemy się?”, „Jak zabija papieros?”, „Jak umierają komórki?” - to tylko niektóre zagadnienia prezentowane przez naukowca podczas cyklicznych imprez popularyzatorskich.

W październiku tego roku naukowiec wygłosił wykład o antyoksydantach w ramach Medycznych Śród CM UMK, o którym pisano w bydgoskiej Gazecie Wyborczej. W Primum Non Nocere (online) ukazują się jego teksty z pogranicza biologii i medycyny. Listopadowy artykuł dotyczy związków biochemii z medycyną.

Dr Jurgowiak brał udział w programach telewizyjnych prezentowanych na antenie TVP Bydgoszcz. Popularyzowały one wiedzę o DNA, w kolejną rocznicę jej odkrycia oraz o starzeniu się organizmów. Do publikowania w „Wiedzy i Życiu” powrócił w ostatnich latach. „Artykuł „Ile przed nami?” wzbudził wówczas spore zainteresowanie proce-



dr Marek Jurgowiak

sami starzenia, o czym przekonały mnie listy od czytelników. Później były artykuły na temat palenia tytoniu, roli żelaza w organizmie, zastosowaniu ozonu w terapii, tlenu i wolnych rodników, mitochondriów i chorób mitochondrialnych, (...) programowanej śmierci komórek” - wymienia naukowiec.

Jego zdaniem, specyficzną formą popularyzacji, skierowaną do ludzi nauki, specjalistów i niespecjalistów w danej dziedzinie wiedzy i studentów, są rozdziały podręcznikowe. I takie formy prezentowania biologii i zdobyczy biomedycyny ma w swoim dorobku Marek Jurgowiak. Artykuły przeglądowe w pismach „Postępy Biochemii”, „Kosmos”, „Gerontologia Polska”, mają podobne znaczenie - są zarówno nośnikami fachowej wiedzy, jak i spełniają rolę popularyzacyjną.

W 2008 roku dr Jurgowiak wygłosił kilka wykładów prezentujących skutki palenia tytoniu - m.in. na imprezie organizowanej ze współudziałem bydgoskiego Centrum Onkologicznego propagującej modę na niepalenie i popularyzującej tzw. kodeks walki z rakiem.

W październiku podczas Medycznych Śród opowiedział słuchaczom o tym, jak umierają komórki. Według niego, wykład i tekst popularyzujący nie powinny ograniczać się tylko do przekazu wiedzy.

Warto, żeby zawierały pierwiastek intelektualny, wykraczający poza nurt głównych naukowych treści przekazywanych przez popularyzatora.

„Sale wykładowe pełne studentów, to także popularyzacja. Prawdopodobnie nigdy nie uda się sformułować ostatecznej, kompletnej definicji życia i pojęć jego absolutnej istoty, jednak przekazując wiedzę studentom staram się, aby postrzegali naukę jako możliwość i narzędzie do poznania świata i nas samych. Zrozumieć funkcjonowanie swojego organizmu to pojęć fenomen życia, a dla studenta uczelni medycznej to priorytet, to droga do służenia kiedyś ludziom - może ponad inne obowiązki, popularyzując wiedzę jak ich nauczyciel?” - zastanawia się naukowiec.

W Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej CM UMK prowadzone są badania dotyczące roli Wolnych Rodników Tlenowych (WRT) w patogenezie chorób człowieka. Główny nurt badań dotyczy uszkodzeń DNA przez WRT i ich roli w rozwoju nowotworów i innych chorób cywilizacyjnych, np. miażdżycy czy też udziału RFT w procesach starzenia. W artykule „Tlen - życiodajny zabójca” dr Jurgowiak przybliżył czytelnikom konsekwencje biologiczne oddychania tlenem i skutki powstawania w organizmie WRT.

Pisał też o chorobach mitochondrialnych jako wyniku uszkodzenia genomu mitochondrialnego, w czym mają swój udział także WRT. Omawiał rolę żelaza w patogenezie miażdżycy - to nowoczesny nurt badań nad patogenetą tej choroby podjęty w jego ośrodku naukowym.

Tematykę wolnych rodników i pewne wątki prowadzonych tu badań upowszechnił w tekście „Zabójczy ochroniarz”, traktującym o ozonoterapii. Artykuł „Jak zabija papieros” to z kolei opis biochemii nałogu, z wątkiem badań we współpracy z ośrodkiem poznańskim, a dotyczącym uszkodzeń DNA w patogenezie nowotworu krtani i płuc. Materiał „Losy komórkowych kamikadze” popularyzuje wiedzę o procesie apoptozy, w którym WRT odgrywają istotną rolę. Ostatnio opublikowany tekst omawia rolę witaminy C jako czynnika antyoksydacyjnego oraz skutki jej niedoboru i nadmiaru w organizmie.

Popularyzator współpracuje z uczelnianymi „Wiadomościami Akademickimi” i biuletynem „Primum non Nocere”. Zaznacza, że zawsze stara się wykazać rolę badań prowadzonych w swoim i innych ośrodkach krajowych jako istotny wkład Polaków w rozwój światowej nauki.

www.naukawpolsce.pl

Nominacje profesorskie: Andrzej Kurylak



prof. dr hab. Andrzej Kurylak

12 stycznia 2012 r. tytuł profesora nauk medycznych otrzymał prof. dr hab. n. med. Andrzej Kurylak, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Pediatricznego Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

Profesor Andrzej Kurylak jest absolwentem II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Studia na kierunku lekarskim ukończył w 1983 r. W 1987 r. uzyskał specjalizację pierwszego stopnia z pediatrii, a w 1990 r. specjalizację drugiego stopnia. Od 1987 r. jest zatrudniony w Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (obecnie Collegium Medicum UMK), początkowo w Katedrze i Klinice Pediatrii (obecnie Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii).

W 1993 r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych. W 2002 został specjalistą w zakresie hematologii i onkologii dziecięcej. Stopień doktora habilitowanego uzyskał w 2004 r. (rozprawa pt. „Ocena apoptozy spontanicznej i indukowanej

u dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną”).

W roku 2004 powierzono mu kierownictwo Zakładu Pielęgniarstwa Pediatricznego Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

Od 2005 r. pełni funkcję Prodziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu (aktualnie drugą kadencję). W roku 2007 otrzymał stanowisko profesora nadzwyczajnego.

Profesor Andrzej Kurylak prowadzi zajęcia dydaktyczne z pediatrii i pielęgniarstwa pediatricznego ze studentami kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego i zdrowia publicznego.

Zainteresowania badawcze Profesora koncentrują się wokół zagadnień leczenia chorób nowotworowych i hematologicznych wieku dziecięcego, jakości życia dzieci z chorobami przewlekłymi i pielęgniarstwa pediatricznego.

„Forum Przedsiębiorczości Akademickiej”

Anna Garczeńska

W ramach projektu „WIP – Wiosna Innowacji i Przedsiębiorczości” realizowanego w partnerstwie Uniwersytetu Mikołaja Kopernika (Akademicki Inkubator Przedsiębiorczości - Lider projektu) z Fundacją Amicus Universitatis Nicolai Copernici, a w przeważającej części finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, po raz drugi odbędzie się „Forum Przedsiębiorczości Akademickiej”. Wydarzenie będzie miało miejsce 31 maja 2012 r. w Auli UMK.

Chcielibyśmy włączyć się w budowę gospodarki opartej na wiedzy. Realizacja tego celu możliwa jest jedynie dzięki dynamicznemu współdziałaniu firm z naukowcami. Przedsiębiorcom stwarza to korzyści w postaci wzrostu innowacyjności i konkurencyjności, naukowcom natomiast otwiera drogę do wykorzystania swojej wiedzy w praktyce i pozwala na zrozumienie potrzeb współczesnego rynku.

W związku z tym, iż „Forum” to przedsięwzięcie o charakterze wystawienniczym, naukowcy uzyskają możliwość przedstawienia swoich możliwości i ofert na specjalnych stoiskach.

Przewidujemy również prezentacje ofert jednostek lub Wydziałów UMK. Zostaną one nagrane i opublikowane w TV internetowej UMK.



Forum Przedsiębiorczości Akademickiej, 2011

Mamy nadzieję, iż „Forum” stanie się także okazją do nawiązania kontaktów, których efektem będzie przygotowanie prac licencjackich, magisterskich lub doktorskich na konkretne zapotrzebowanie przedsiębiorcy.

Od kilku miesięcy funkcjonuje portal internetowy – Akademicka Platforma Innowacji (www.innowacje.umk.pl), który pozwala m.in. na wyszukiwanie odpowiednich rozwiązań wśród ofert prezentowanych przez Wydziały UMK. Na terenie uczelni zostały ustawione kioski internetowe, które będą prezentowały portal i jednocześnie promowały wszelkie usługi oferowane przez UMK

dla świata zewnętrznego. W Collegium Medicum kiosk ustawiony jest w budynku audytoryjnym na pierwszym piętrze. Nowe oferty można dodawać po utworzeniu własnego konta na portalu, a już opublikowane można modyfikować lub usuwać. Zapraszamy do współpracy.

Osoby, które chciałyby zaprezentować swoje możliwości podczas „Forum”, prosimy o zgłoszenia do 30 kwietnia 2012 r. Więcej informacji pod adresem e-mail: anna.garczenska@cm.umk.pl lub numerem telefonu: 52 585-35-06.

mgr Anna Garczeńska jest pracownikiem Biblioteki Medycznej oraz pośrednikiem innowacji w projekcie „WIP – Wiosna Innowacji i Przedsiębiorczości”

Nowy konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego

20 grudnia 2011 r. Profesor Maria Teresa Szewczyk, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego została powołana przez Ministra Zdrowia do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Operacyjnego.

Wcześniej, przez wiele lat, Profesor Maria T. Szewczyk pełniła funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa. W swojej wieloletniej pracy zawodowej dydaktycznej, organizacyjnej i naukowej zainicjowała wiele spektakularnych działań, mających istotne znaczenie dla rozwoju pielęgniarstwa chirurgicznego, angiologicznego i leczenia ran przewlekłych. Jest m.in. współtwórcą Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego, Redak-

tor Naczelny czasopisma Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, członkiem rad naukowych Leczenia Ran i innych czasopism, w tym Forum Zakażeń oraz Postępów Żywienia Klinicznego. Profesor Maria T. Szewczyk jest także twórcą ogólnopolskich programów kursów specjalistycznych i doskonalących dla pielęgniarek oraz organizatorem i współorganizatorem wielu konferencji i spotkań naukowych. Jest współredaktorem, autorem i współautorem 10 książek, ponad 300 publikacji (ocena punktacji wg MNiSzW ok. 800, a także prac ze wskaźnikiem IF). Za wybitne wieloletnie osiągnięcia uzyskała m.in. odznaczenie Ministra Zdrowia „Za zasługi w ochronie zdrowia”, medal „Plus ratio quam vis” nadany przez Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, 3 nagrody



dr hab. Maria Szewczyk, prof. UMK

naukowe Akademii Medycznej w Bydgoszczy oraz 2 nagrody (naukową i organizacyjną) Collegium Medicum UMK.

www.cm.umk.pl

Wizyta w Finlandii

Rafał Michalski

W dniach 17-20 stycznia 2012 r. troje pracowników Collegium Medicum UMK uczestniczyło w delegacji służbowej do Seinajoki (Finlandia). Nasza Uczelnia była reprezentowana przez Panią dr Mirosławę Felsmann z Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Panią dr Annę Andruszkiewicz z Katedry i Zakładu Promocji Zdrowia oraz piszącego te słowa mgr. Rafała Michalskiego z Działu Zarządzania Funduszami Strukturalnymi CM.

Głównym celem wyjazdu było zapoznanie się z warunkami opieki dla osób starszych w Finlandii, wygłoszenie wykładów dla studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu fińskiej uczelni oraz monitoring partnerskiej uczelni.

W ramach kilkudniowej wizyty pracownicy Collegium Medicum: odwiedzili Uniwersytet Nauk Stosowanych w Seinajoki (Wydział Nauk o Zdrowiu, Szkołę Biznesu oraz pozostałe jednostki uczelniane); placówki medyczne i społeczne w regionie Ostrobothnia, ze szczególnym uwzględnieniem jednostek dotyczących ochrony ludzi starszych; odwiedzili jednostki badawczo-rozwojowe w Seinajoki zajmujące się tworzeniem nowych technologii na potrzeby służby zdrowia m.in. Centrum Technologii Medycznych.

Efektem wizyty jest również otrzymany program kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, program edukacji przedsiębiorczości akademickiej fińskiej uczelni oraz wstępna deklaracja woli współpracy zgłoszona przez Szpital Regionu Południowa Ostrobothnia w zakresie nowych technologii na potrzeby ochrony zdrowia pacjentów.



Spotkanie delegacji Collegium Medicum z Dziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Nauk Stosowanych w Seinajoki



Wizyta w jednym z fińskich ośrodków opieki dla ludzi starszych

Wizyta w Finlandii i podpisana w związku z tym umowa bilateralna w ramach Programu Erasmus umożliwiła dalszą wymianę pracowników i studentów pomiędzy Uniwersytetem Mikołaja

Kopernika w Toruniu a Uniwersytetem Nauk Stosowanych w Seinajoki.

mgr Rafał Michalski jest pracownikiem Działu Zarządzania Funduszami Strukturalnymi CM, w ramach dodatkowych obowiązków pełni również funkcję osoby odpowiedzialnej za programy międzynarodowe

Zaproszenie na II Memoriał Szachowy

Maciej Borowiecki, Eugenia Gospodarek

Bydgoska Izba Lekarska wraz z Katedrą i Zakładem Mikrobiologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu i Parafialnym Klubem Sportowym „Leśny” w Bydgoszczy zaprasza do udziału w II Memoriale Szachowym im. Prof. Romana Mariana Bugalskiego. Celem II Memoriału jest uczczenie pamięci znanego mikrobiologa i wielkiego pasjonata szachów – prof. dr.

hab. Romana Bugalskiego oraz popularyzacja szachów w środowisku medycznym.

II Memoriał Szachowy im. Prof. Romana Mariana Bugalskiego o puchar przewodni Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej odbędzie się pod patronatem Pani Prof. dr hab. Małgorzaty Tafil – Klawe, Prorektor ds. Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Ko-

pernika w Toruniu, 2 i 3 czerwca 2012 r. w Bydgoszczy w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, ul. Powstańców Warszawy 11.

W Memoriale mogą uczestniczyć lekarze, pracownicy ochrony zdrowia, studenci, ich rodziny i przyjaciele. Zgłoszenia udziału przyjmowane będą do 22 maja 2012 r. na warunkach określonych w regulaminie dostępnym na stronie internetowej: www.bil.org.pl.

Nie umiera Ten, kto tkwi w pamięci żywych

Prof. R.M. Bugalski był związany z Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy od chwili utworzenia Akademii Medycznej. Współtworzył Katedrę i Zakład Mikrobiologii. Tu zrobił habilitację. W całej swej działalności dydaktycznej był Nauczycielem ponad 30.

pokoleń lekarzy, lekarzy-stomatologów, pielęgniarek, położnych. Był Kierownikiem Zakładu Mikrobiologii i Zakażeń Wewnątrzszpitalnych na Wydziale Nauk o Zdrowiu, wówczas Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Z Katedrą i Zakładem Mikrobiologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy był do końca swoich dni. Zawsze był zainteresowany sprawami CM UMK.

Prof. R.M. Bugalski lubił ludzi i umiał im to okazywać. W pracy zawodowej wykazywał nieustanną ciekawość świata (nie tylko mikrobiologicznego) i chęć poznawania. Miał wiele pasji, a największymi były: mikrobiologia i szachy.

Dr n. med. Maciej Borowiecki jest przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego, a dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK przewodniczącą Komitetu Honorowego

Wspomnienie o prof. Zofii Zegarskiej

Wojciech Szczęśny

Prof. Zofia Zegarska nie pracowała w Akademii Medycznej w Bydgoszczy, jednak rzesza lekarzy, którzy studiowali w Gdańsku pamięta ją doskonale jako opiekuna I roku, prawdziwą „mamę” jak wówczas mówiliśmy.

Wiadomość o śmierci Pani Profesor napełniła mnie głębokim smutkiem. Miałem zaszczyt znać Ją osobiście, również poprzez przyjaźń z Jej synem Wojtkiem i synową Basią. Nie chcę pisać o zasługach prof. Zegarskiej jako naukowca i Kierownika Samodzielnej Pracowni Embriologii, którą kierowała prawie przez ćwierć wieku. Są one w gdańskiej Uczelni i nie tylko tam, powszechnie znane. Chciałbym napisać tych kilka słów o Zmarłej jako o człowieku.

Wielu z nas, którzy studiowali w Gdańsku pamięta „Opiekuna Pierwszego Roku”. W przypadku Pani Profesor tytuł ten był ze wszech miar uzasadniony. Zagubieni w wielkiej Akademii i w wielkim mieście studenci pierwszego roku, ci z lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, znajdowali u Pani Zegarskiej zrozumienie i czas. Dziś student ma w kieszeni I-pad z mapą miasta, w Internecie znajdzie rozkład zajęć, a jak się zgubi zadzwoni z komórki. My nie mieliśmy takich „gadżetów” (telefony były w budkach), ale był człowiek, który każdemu z nas dał kartkę z dokładnym planem ćwiczeń, a nawet z informacją jakim tramwajem tam dojechać. Wiem, że tak działo się nie tylko z rocznikiem 1980, ale z wieloma moimi poprzednikami i następcami w roli „pierwszaków”. Jako starosta roku często kontaktowałem się wówczas z naszym opiekunem. Wiedzieliśmy i tak było w istocie, że możemy się do Niej zwracać nie tylko w sprawach czysto studenckich. Pierwsza dłuższa rozłąka z domem rodzinnym często powodowała różne problemy.

Zapamiętałem jeden bardzo wzruszający moment. Otóż w grudniu 1980, jakoś przed Bożym Narodzeniem mieliśmy zajęcia poświęcone pierwszej pomocy. Wśród wykładowców była też prof. Zegarska. W pewnym momencie (już pod koniec wykładu) powiedziała coś takiego:

- „Jeśli chcemy sprawdzić jaki jest stan pacjenta, można wziąć latarkę i zobaczyć czy jego źrenice reagują na światło. Jeśli nie mamy latarki...”

W tym momencie Pani Profesor wyjęła zza katedry świeczkę.

- „Możemy użyć świeczki”

Po chwili na katedrze pojawiła się mała choinka. Zaczęliśmy śpiewać kolędy...

Takim właśnie czułym, dobrym i wspaniałym człowiekiem i opiekunem innych była Zofia Zegarska. Dziś mogę tylko zapalić świeczkę Jej pamięci i owego wykładu z pierwszej pomocy i świątecznych wzruszeń.

Cześć Jej pamięci. Niech spoczywa w pokoju, na który zasłużyła swym długim, pracowitym i pełnym poświęcenia dla innych życiem.

dr Wojciech Szczęśny



prof. Witold i Zofia Zegarscy, 1958

Personalia

Informujemy o zmianach, jakie nastąpiły w okresie od 1 grudnia 2011 roku do 29 lutego 2012 r.:

z dniem 3 listopada 2011 r. Pan dr hab. Zbigniew Włodarczyk zatrudniony w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej uzyskał tytuł profesora nauk medycznych,

z dniem 1 grudnia 2012 r. Pan Wojciech Zegarski, prof. UMK pełni funkcję kierownika Katedry Chirurgii Onkologicznej, Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Oddziału Klinicznego Chorób Piersi,

z dniem 1 stycznia 2012 r. na stanowisko p.o. kierownika Działu Księgowości CM zmieniła stanowisko Pani mgr Małgorzata Różańska, dotychczas zatrudniona na stanowisku specjalisty. Dotychcza-

sowy Kierownik Pani Irena Muszyńska zmieniła stanowisko na specjalistę,

z dniem 1 stycznia 2012 r. Pan Zbigniew Mucha zatrudniony w Dziale Administracyjno-Gospodarczym CM zmienił stanowisko z kierownika obiektu na specjalistę,

z dniem 5 grudnia 2011 r. Pan dr hab. Roman Makarewicz zatrudniony w Katedrze i Klinice Onkologii i Brachyterapii uzyskał tytuł profesora nauk medycznych,

z dniem 1 stycznia 2012 r. została zatrudniona na stanowisku adiunkta i powołana na p.o. kierownika Pracowni Żywienia Klinicznego i Zaburzeń Metabolicznych Pani dr Marlena Jakubczyk,

z dniem 12 stycznia 2012 r. Pan dr hab. Andrzej Kurylak, zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego w

Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego, uzyskał tytuł profesora nauk medycznych

z dniem 01 lutego 2012 r. Pan prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz, zatrudniony w Klinice Kardiologii na Wydziale Nauk o Zdrowiu, został mianowany na stanowisko profesora zwyczajnego,

z dniem 01 lutego 2012 r. Pani dr Aneta Białkowska, zatrudniona w Katedrze i Zakładzie Genetyki Molekularnej Komórki, została powołana do pełnienia funkcji p.o. kierownika ww. jednostki,

z dniem 01 lutego 2012 r. Pan dr hab. Marek Szymański, zatrudniony na stanowisku adiunkta w Zakładzie Profilaktyki Nowotworów Żeńskich Narządów Płciowych, został powołany do pełnienia funkcji kierownika ww. jednostki.

przygotowała mgr Agnieszka Mróz, kierownik Działu Spraw Pracowniczych

Udar mózgu, jak mu zapobiegać i leczyć?

rozmowę z Sebastianem Szyperem i Mariuszem Baumgartem prowadziła Agnieszka Milik-Skrzypczak

Agnieszka Milik-Skrzypczak (Dział Promocji i Informacji CM): Nie zaskoczył Was pytaniem - skąd pomysł na tak wąski i szczególnie tematycznie portal?

Sebastian Szyper: Koniec studiów wiązał się z pewnym podsumowaniem i jednocześnie rozpoczęciem kolejnego etapu w życiu. Zastanawialiśmy się, na przełomie czwartego i piątego roku studiów fizjoterapii, jak ułożyć swój zawodowy potencjał, jednocześnie robiąc coś pożytecznego i oczywiście spójnego z naszym doświadczeniem i realizowanym kierunkiem studiów. Z racji tego, że podczas praktyk na oddziale rehabilitacyjnym mieliśmy do czynienia z pacjentami po udarach mózgu, zrodziła się idea stworzenia serwisu informacyjnego dla zainteresowanych i ich rodzin. Ruszyliśmy w lutym 2010 r. Aktualnie pracujemy zawodowo. Ja pracuję na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.

Mariusz Baumgart: A ja jestem związany z Collegium Medicum UMK pracując na stanowisku asystenta w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej oraz na Oddziale Neurologii i Oddziale Udarowym w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Bizziela w Bydgoszczy.

A.M.-S.: Odwiedzam waszą stronę od

dłuższego czasu. Robiłam mały rekonesans i wchodząc kilkakrotnie, widzę że strona ewoluuje, zmieniają się pomysły, pojawiają rozszerzenia tematu.

S.Sz.: Sam pomysł jest jeszcze świeży, dlatego jesteśmy na etapie poszukiwań nowych rozwiązań. Praktycznie zaczęliśmy od zera, poza pomysłem nie mieliśmy grafika, ani tym bardziej logo czy konkretnej koncepcji. Mieliśmy za to głowę pełną planów. Zaczęliśmy od szkiców tego, jak strona miałaby funkcjonować, a później praktyka sama wypełniała szkice treścią.

M.B.: Następnie podjęliśmy wspólną pracę z jedną z firm farmaceutycznych i wspólnie stworzyliśmy akcję „Zapobiegamy udarom”, której ideą jest propagowanie wiedzy w jaki sposób żyć, by uniknąć udaru, ale też jak rozpoznać pierwsze objawy udaru. Pragniemy zwiększać świadomość społeczeństwa na temat podstawowych zasad udzielania pierwszej pomocy.

A.M.-S.: Jednym słowem jesteście przysłowiowym światłem w tunelu dla tych, którzy doświadczyli udaru.

S.Sz.: Portal powstał w oparciu o obserwację pewnej niemocy pacjentów, którzy po udarze trafiają na oddział rehabilitacji.

Zazwyczaj rehabilitacja trwa od czterech do ośmiu tygodni. Następnie jeśli rodzi na chorego jest na tyle „zorganizowana”, żeby uzyskać pomoc specjalistów na kolejnych oddziałach, to pacjent wygrywa. W wielu przypadkach chory jednak wraca do domu i po prostu leży. Sam nie jest w stanie sobie pomóc, bo udar poza problemami natury neurologicznej, dotyczy sfery psychiki człowieka. Pojawia się afazja i niejednokrotnie depresja.

M.B.: Co więcej, problem jest o tyle złożony, że rodziny pacjentów również chorują na depresję, są zagubione, nie wiedzą jak zmierzyć się z tematem udaru bliskiej osoby. I w takim kontekście postanowiliśmy uruchomić nasz portal.

A.M.-S.: Zaczęliście od rzetelnej informacji, ale czego jeszcze można spodziewać się klikając na Waszą stronę?

S.Sz.: Fakt, początkowo ruszyliśmy z informacją, która jest tak cenna w momencie dezorientacji. Naszym zamysłem jest jednak zrzeczenie jak największej liczby osób. Mamy już całkiem dużą grupę zarejestrowanych na naszej witrynie, co wiąże się z wymianą w zakresie informacji, doradztwem i wsparciem. Głównymi użytkownikami naszej strony są rodziny osób po udarach, które szukają wskazówek.

M.B.: Staramy się im pomagać. Udzielamy również porad prawnych odpowiadając na pytania w kwestii renty, zasiłków rehabilitacyjnych, pomocy finansowej. Mamy całkiem spore grono aktywnych użytkowników, którzy dyskutują na forum.

A.M.-S.: Poznałam motywy Waszej obecności w Internecie, ale porozmawiajmy o samym udarze. Niestety, części sondowanych przeze mnie osób pojęcie udaru kojarzy z udarem słonecznym!

S.Sz.: Owszem, świadomość społeczna udaru jest wciąż znikoma. Wielu osobom kojarzy się ze słońcem, upałem i poparzeniem słonecznym. Przede wszystkim wyjściowym założeniem jest skojarzenie udaru z chorobą naczyniową, związaną z tętnicami, głównie mózgowymi oraz tętnicami kręgowymi i szyjnymi wewnętrznymi. Generalny podział mówi o dwóch typach udaru: niedokrwiennym i krwotocznym.

M.B.: Generalizując, jeżeli mamy zaburzenia w przepływie krwi mózgowej i w związku z tym występują objawy, które utrzymują się dłużej niż 24 godziny, to mówimy o udarze mózgu. Do udaru niedokrwiennego mózgu dochodzi wówczas, gdy następuje niedotlenienie pewnej części mózgu z powodu zamknięcia naczynia krwionośnego, bądź jego zwężenia. Natomiast udar krwotoczny, zwany potocznie wylewem, oznacza przerwanie naczynia w mózgu i przedostanie się poza łożysko naczyniowe. Przy czym statystycznie około 80 proc. chorych cierpi na udar niedokrwienny, a 20 proc. stanowią udary krwotoczne.

A.M.-S.: Bywa jednak, że poczuwamy się źle, wystąpią symptomy udaru, które mijają.

S.Sz.: Przy założeniu, że objawy utrzymują się dłużej niż dwadzieścia cztery godziny mówimy o udarze mózgu. Natomiast występuje jeszcze zjawisko określone mianem TIA (Temporary Ischaemic Attacks) - przemijający atak/udar niedokrwienny. W klasyfikacji generalnej jest on udarem, ale nie jest traktowany jako stan nagły, ostry. Przyczyną wystąpienia chwilowego niedokrwienia mózgu może być nagły spadek ciśnienia u osób ze zwężonymi naczyniami szyjnymi, zaburzenia rytmu lub miażdżycowe zmiany samych naczyń mózgowych.

M.B.: Charakterystycznymi objawami towarzyszącymi TIA są: drętwienie



udarowcy.com.pl

połowy twarzy lub ciała, przejściowe niedowłady połowiczne, afazja (sytuacja, w której człowiek chory, niemający dotychczas żadnych problemów z funkcjami językowymi - ma trudności z mówieniem lub rozumieniem mowy, ma również problemy z pisanem i czytaniem). Charakterystycznym objawem TIA jest samoistne wycofanie objawów w ciągu 24 godzin. Jednakże większość TIA mija po kilku minutach, dlatego objawy są bagatelizowane przez pacjentów.

A.M.-S.: Co wówczas? Jak powinniśmy zareagować przy tak incydentalnym wystąpieniu objawów udaru, które ustępują samoistnie?

S.Sz.: Nawet wówczas, gdy jest to wydarzenie o incydentalnym, przemijającym charakterze, zdecydowanie powinniśmy zadzwonić po pogotowie! Przede wszystkim, zawiadamiając karetkę należy powiedzieć, że jest podejrzenie udaru i co bardzo ważne, należy określić czas kiedy zostały zauważone objawy. Chory, po przywiezieniu na oddział ratunkowy, natychmiast kierowany jest na oddział neurologiczny, gdzie w pierwszej kolejności wykonywane są badania laboratoryjne i tomografia komputerowa. Zwiększa ona szanse na wykrycie udaru niedokrwiennego, a wówczas istnieje możliwość podania trombolizy.

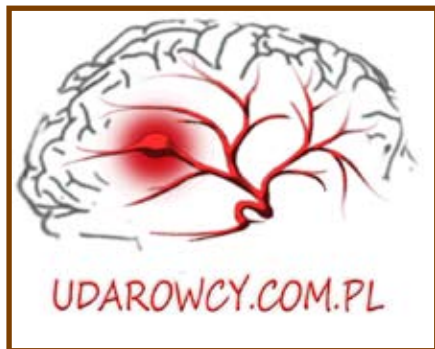
M.B.: Co istotne przy podejrzeniu udaru, rodzina powinna zabrać całą posiadaną dokumentację medyczną i jak najszybciej pojechać za chorym, dostarczając lekarzowi, niezbędny do oceny zdrowia, materiał. A to dlatego, że lekarz mając bezpośredni wgląd w historię choroby pacjenta oraz przeprowadzając wywiad z chorym lub jego rodziną, wypełnia na

tej podstawie protokołów leczenia trombolitycznego. W protokole są punkty, które przemawiają za i przeciw podaniu leku i dopiero po uprzedniej właściwej analizie protokołu można podać Actylise.

A.M.-S.: Tromboliza - zdefiniujmy to mało popularne pojęcie. Czytałam kilka opinii w tym temacie i tezy co do jej stosowania są dość kontrowersyjne.

S.Sz.: Zdecydowanie decyzję o wdrożeniu leczenia trombolitycznego podejmuje lekarz, który po zapoznaniu się z materiałem medycznym pacjenta definiuje, czy tromboliza jest właściwym rozwiązaniem. Każdy przypadek podania tego leku rozpatrywany jest indywidualnie. Z tego też względu, nie podajemy na naszej stronie informacji o tym, kiedy można, a kiedy nie można zastosować trombolizy. Nie chcemy bowiem by pacjent i rodzina samodzielnie weryfikowali kwalifikacje do przyjęcia trombolizy. Nie jest wskazane, by pacjent interpretował według samodzielnego rozpoznania, czy dzwonić na pogotowie czy nie. Zawsze powtarzamy - zdecydowanie dzwonić!

M.B.: Owszem, istnieje realne ryzyko związane z zastosowaniem tego leku. Leczenie trombolityczne stosuje się tylko w przypadku udarów niedokrwiennych. W tym celu wykonuje się badania obrazowe mózgu, aby wykluczyć krwawienie wewnątrzmożgowe. Jednak to lekarz decyduje, kiedy włączyć lek. Wiodącą rolę odgrywa tu czas, mierzony od wystąpienia objawów udaru, nie może on przekroczyć 4,5 godziny! Nie traktujemy tego leku jak niechcianego zła - samo podanie leku wygląda podobnie jak kroplówka. Polega na dożylniej aplikacji specjalnych leków, które



wiążą się z substancjami obecnymi w zakrzepie i powodują jego rozpuszczanie.

A.M.-S.: Zaczęliśmy rozmowę od skutku - czyli udaru, a teraz zapytam o przyczynę, czy istnieje bezpośredni czynnik zwiększający ryzyko wystąpienia udaru?

S.Sz.: Czynnikiem jest kilka, ale zdecydowanie na pierwszym miejscu postawilibyśmy nieleczone nadciśnienie tętnicze. Następnie otyłość będąca wynikiem braku aktywności fizycznej i związane z nią konsekwencje. Ponadto ogromną rolę odgrywają używki w postaci tytoniu czy alkoholu oraz nieodpowiednia dieta. Niestety, niejednokrotnie wpływ również mają czynniki genetyczne.

M.B.: Mieliliśmy ostatnio do czynienia z pacjentką, która miała w rodzinie wywiad wskazujący na udar, matka i ojciec mieli udary i niestety pacjentka, która w potocznym rozumieniu prowadziła higieniczny tryb życia, doświadczyła udaru. Rasę czarną też częściej dotyka udar mózgu. Ponadto, istotny jest wiek. Osoby po 65 roku życia znajdują w grupie ryzyka udaru mózgu. Niestety, obserwujemy również obniżenie granicy wiekowej osób po udarach, na oddziałach spotykamy osoby młode czyli w wieku 35-49 lat, ale nawet zdarzały się kobiety w wieku 17-19 lat z udarem krwotocznym.

A.M.-S.: Wobec powyższego, czy istnieje cudowna metoda zapobiegająca udarom?

S.Sz.: Niestety nie ma jednej, spójnej recepty na zapobieganie udarom. Decydujący wpływ na profilaktykę udarów ma dieta. Powinniśmy dbać o dostarczanie organizmowi zdrowych kwasów tłuszczowych, kwasów omega 3 – czyli należy pamiętać o spożywaniu ryb, ale również nie można pominąć roli stresu. Przyczynia się on do wielu negatywnych skutków zdrowotnych w naszych organizmach. Tym samym w uproszeniu im więcej stresu, pośpiechu i braku czasu dla siebie, tym większe ryzyko udaru. Podsumowując, chcąc zapobiegać udarom nie rozmawiamy o stresie tylko sukcesywnie się go pozbywamy.

A.M.-S.: Przy całej pozyskanej wiedzy brakuje mi jednak uzupełnienia w postaci realnych czynników, które wskazują na zbliżający się udar, czy istnieją namacalne zapowiedzi udaru?

M.B.: Owszem możemy przykładowo interpretować objawy udaru, które pojawiają się pojedynczo, a nie jako suma objawów, która ma miejsce przy udarze właściwym. Powinniśmy zwrócić uwagę wówczas, gdy pojawia się podwójne widzenie lub widzenie jednooczne. Niejednokrotnie pacjenci mówią o zagubieniu i dezorientacji w przestrzeni. Nagły, przyszywający ból głowy również powinien być sygnałem, że dzieje się coś niepokojącego. Niejednokrotnie pojawiają się wspomniane już wcześniej zaburzenia mowy, czy drętwiejąca ręka. Wówczas nie bagatelizujemy tych pojedynczych sygnałów i szukamy pomocy specjalisty. Nawet, jeśli te ataki są przemijające

i występują pojedynczo. Najlepiej skontaktować się z neurologiem, większość oddziałów neurologicznych dysponuje tomografem komputerowym. Zadziałać należy samodzielnie pamiętając, jakie znaczenie ma tutaj upływający czas, który działa na naszą niekorzyść!

A.M.-S.: Jako fizjoterapeuci, powiedzcie mi: a jeśli udar to co dalej...

S.Sz.: Rehabilitacja! Rehabilitacja po udarowa dobierana jest indywidualnie dla każdego chorego w zależności od okresu choroby i potrzeb funkcjonalnych, a technika ich wykonania podyktowana jest koniecznością hamowania niepożądanych wzorców postawy i poruszania się oraz torowania wzorców fizjologicznych. Cele terapii muszą być realistyczne, zgodne z potencjałem pacjenta i dopasowane do jego środowiska naturalnego.

M.B.: Cele terapii muszą być również istotne dla pacjenta, a cała nasza działalność musi się skupiać na funkcji. Nie ma jak dotąd jednej skutecznej terapii po udarze mózgu, jednakże bardzo efektywną metodą jest terapia Bobath. Warto pamiętać, że zabiegi fizykalne, hydroterapii oraz masaż wspomagają tylko terapię, natomiast główne leczenie opiera się na leczeniu ruchem.

A.M.-S.: Myślę, że tym akcentem możemy zakończyć naszą rozmowę, a świadomość tematu i zdrowe podejście do samego siebie mogą zadziałać tylko na naszą korzyść. Dziękuję za informację, obiecując śledzić nowinki informacyjne na Waszej stronie i trzymam kciuki za jej rozwój.

z Sebastianem Szyperem i Mariuszem Baumgartem, twórcami portalu udarowcy.com.pl, absolwentami kierunku fizjoterapia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK rozmawiała mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak z Działu Promocji i Informacji

Twórczość - domena niespokojnego umysłu

rozmowa z prof. dr hab. Aliną Borkowską, kierownikiem Katedry Neuropsychologii Klinicznej

Zbiegiem okoliczności trafiłam na wykład, w którym grałam rolę fotografa na użytek udokumentowania zdarzenia. W zamiarze miałam pstryknąć kilka fotek i po angielsku zniknąć z miejsca wydarzenia. Jednak wystarczyły minuty, by z pozycji niezaangażowanego słuchacza przejść do roli dociekliwego śledczego. Temat wykładu, który przyszło mi wysłuchać, wystarczająco pobudził moją wyobraźnię i nasunął wiele pytań. Było w nim o kre-

atywności, aktywności i wielkich, niebagatelnych tego świata, którzy jednak mieli wspólny mianownik. I pod znakiem tego mianownika poprowadziłam rozmowę.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Pani Profesor, nurtuje mnie pytanie z pogranicza nauki i sztuki. Czy każda osoba twórcza jest liderem i czy twórczość to cecha lidera?

Alina Borkowska: Zacznę od uściślenia kim jest lider - osoba twórcza. Jakie są jego wiodące cechy. Jest to osoba posiadająca zespół specyficznych cech, które predysponują ją do określonej pracy, koncentracji na celach, niezależnie od swojego stanu psychicznego. Jest to osoba potrafiąca zarazić innych swoimi wizjami i pomysłami, zachęcająca ludzi do działania. Lider musi mieć zdolność do koncentracji, niezależnie od tego, czy

ma gorszy czy lepszy dzień. Lider, jeśli odniesiemy to do pracy, którą wykonuje, to osoba niejednokrotnie narażona na spiętrzenia zadań, które musi opanować. Powinna mieć cechy psychofizyczne predysponujące ją do pracy pod presją psychiczną, presją zadań, czy podejmowania decyzji w warunkach trudnych. Osoby działające na „wysokich obrotach”, których praca wiąże się z wyjazdami i np. z przekraczaniem stref czasowych, muszą posiadać cechy psychofizyczne, pozwalające im na pokonywanie własnych barier. Nie oznacza to jednak, że nie płacą pewnej ceny za swoje predyspozycje. Najczęściej tryb życia, który prowadzą wcale nie jest zdrowy, bo jeśli ktoś koncentruje się na zadaniu niezależnie od tego czy zjadł śniadanie i przespał noc, siłą rzeczy naraża się na problemy. Mówimy tutaj chociażby o zażywaniu leków, poczynając od melatoniny, po to by przestawić się po przylocie na inny tryb, po leki nasenne czy przeciwdepresyjne lub też łagodzenie napięć alkoholem.

A.M.-S.: Niewyczerpane pokłady energii to jedna strona medalu lidera. Jednak, to nie jedyne źródło jego pozycji?

A.B.: Oczywiście kolejnym wyróżnikiem lidera jest charyzma. Osoba, która jest przywódcą z reguły dominuje. Przede wszystkim musimy zrobić rozróżnienie na tego kto kieruje formalnie, a tego kto faktycznie jest liderem w zespole osób. Ten kto kieruje niekoniecznie jest liderem. Są to dwa osobne, często nieprzystające do siebie pojęcia. Kierować można za pomocą dyrektyw i nakazów. Natomiast pozycję lidera obejmuje ten, który potrafi w sposób często niekonwencjonalny pokierować zespołem. Wyobraźmy sobie sytuację, że nadzorujemy kreatywny zespół naukowców i nie mamy możliwości ujęcia go w konkretne ramy, metodą nakazu. Trudno jest w sposób dyrektywny kierować zespołem twórców, chociażby ze względu na pojawiające się w nim specyficzne osobowości. Gdybym miała mówić o sobie, to nie mogę polecić naukowcom, z którymi współpracuję, aby w określonych porach dnia byli najbardziej kreatywni. Wena często rodzi się w najmniej oczekiwanych momentach. Zdarza się, że przychodzi dopiero po zakończonych godzinach pracy, w fazie odpoczynku. Pokusiłabym się o stwierdzenie, że w taki sposób powstają znaczące prace naukowe czy inne dzieła, chociażby literackie. Nie możemy narzucać umysłowi weny twórczej.

A.M.-S.: Zbliżamy się do uściślenia koncepcji kreatywności. Zakładam, że gdy umysł wypoczywa, do głosu dochodzi jego kreatywna strona.

A.B.: Kreatywność to cecha umysłu, której istotą jest umiejętność oderwania się od pewnych reguł czy zasad, umiejętność zadawania sobie pytań i szybkiego łączenia informacji, dostępnych z różnych dziedzin. Przytoczę przykład z własnego podwórka - obszar badań, którym zajmujemy się jako zespół naukowy jest interdyscyplinarny i bez kreatywności zespołu nie byłoby możliwości poszukiwania tematów badawczych i planowania ciekawych badań. Generalnie ludzie, którzy tworzą nową jakość, pod postacią badań naukowych, sztuki czy biznesu są osobami nieprzeciętnymi. Każdy, kto stwarza nową jakość ma zdecydowanie inne cechy charakteru niż osoba przeciętna, która z kolei może doskonale sprawdzać się w roli rzetelnego pracownika i wykonawcy.

A.M.-S.: Koncepcja kreatywności została już zdefiniowana – drążąc temat stawiam tezę, że kreatywni po prostu się rodzą. Nie jest to zespół cech nabytych?

A.B.: Koncentrując swoje badania na tej kwestii zdołaliśmy wykazać, że są to cechy uwarunkowane neurobiologicznie. Badamy specyficzne cechy temperamentu i osobowości, ich uwarunkowania genetyczne oraz inne psychologiczne predyspozycje do wykonywania określonych zawodów. Istotne są tu badania, jak osoby kreatywne podejmują decyzje

i co predysponuje je do wytrwałości w realizacji celu. Dlatego pod lupę bierzemy osoby, które wykonują specyficzne zawody. Obserwujemy pilotów, specjalistów medycyny ratunkowej, artystów. Ich praca wymaga maksymalnej koncentracji na zadaniu w danej chwili. Przykładowo jeżeli chirurg operuje pacjenta i operacja go zaskoczy, bo zamiast zaplanowanych dwóch godzin przeciągnie się do ośmiu, to musi mieć zespół cech, który pozwoli mu wytrwać w tym zadaniu. Podobnie specjalista medycyny ratunkowej, który działa w bardzo zróżnicowanych warunkach, jeśli nie posiada predyspozycji do wykonywania zadań pod presją czasu, czy innych ludzi, zwyczajnie w tym zawodzie się nie utrzyma.

A.M.-S.: Dobrze celowałam, układ nerwowy nas warunkuje.

A.B.: Owszem warunkuje nas do wykonywania pewnych rzeczy w życiu, również do kreatywności, wytrwałości i do tego, żebyśmy mogli do czegoś w życiu dążyć, osiągać cele długofalowe. Umysł kreatywny to również umysł, który tworzy pewne wizje, potrafi przewidzieć co będzie kilka lat wprzód. Praktycznie nie można kierować skutecznie firmą czy katedrą naukową bez takiej umiejętności. Powiem nawet, że jeśli ktoś nie ma wizji firmy na następne pięć, dziesięć lat to praktycznie na wstępie skazany jest na niepowodzenie. Podobnie jest w przypadku nauki, jeśli ktoś nie ma wizji rozwoju jednostki naukowej to należy się zastanowić czy powinien się tym zajmować.



prof. dr hab. Alina Borkowska

A.M.-S.: Przełożę to na znany mi grunt. Artyści, literaci prowadzeni wizją, tworzą ku przyszłości...

A.B.: Zwrócono uwagę na to, że ludzie ze szczególnymi uzdolnieniami w dziedzinie nauki, biznesu czy posiadający talent artystyczny posiadają zespół cech, który ich wybitnie predysponuje do wykonywania tego co robią. Jednocześnie można obserwować pewną nieharmonijność: artyści np. niejednokrotnie wykazują tendencję do „przyciągania” pewnych problemów życiowych, chociażby w postaci nieumiejętności zadbania o swoje finanse. Ten bowiem, kto zafascynowany jest celem, nie zawsze ma możliwości albo marginalizuje skupienie się na codzienności. Tutaj mamy odpowiedź dlaczego artyści nie dojadali, a naukowcy budzą się wieczorem w domu, a tam w lodówce woda mineralna i pomidory. Można powiedzieć, że osoby z wizją, nieco inaczej rozprawiają się z życiem. Ich uwaga skupiona jest na istotnym dla nich celu, a nie obocznościach w postaci np. zakupów. I ten cel właściwie dominuje w ich życiu. Jednak aby został osiągnięty poza samym wizjonerstwem – czyli widzeniem spraw inaczej, muszą odznaczać się zdolnością do wytrwałości. Sama kreatywność jest tylko częścią sukcesu, od samych pomysłów nic się nie zadzieje. Ludzi, którzy mają świetne pomysły jest bardzo dużo, ludzi którzy są do tego pracowici jest trochę mniej, a tych, którzy widzą kilka lat w przód jest naprawdę niewielu.

A.M.-S.: Pokuszę się o kontrowersyjną tezę, że kobiety mają nieco pod górkę w realizacji celu, bo rodzina, dzieci... tym samym ich kreatywność rozbijana jest na wiele pomniejszych czynności.

A.B.: Nie do końca zgodzę się z tą tezą. Jedno jest pewne, jeśli ktoś jest kreatywny, to po prostu jest i nikt mu tego nie odbierze. Za przykład mogą posłużyć biografie znanych literatek i aktorek, chociażby Sylvii Plath czy Patty Duke. Jedno w przypadku tych kobiet jest pewne, że ich życie nie było poukładane pod sznureczek, dalekie od konwencji i norm. Nie realizowały one tego, czego oczekują od nas kobiety normy społeczne i naciski otoczenia. Natomiast osobną kwestią jest to, czy były one szczęśliwe oddając się kreatywnej pasji, o tym trudno wyrokować. Biografie wybitnych ludzi wskazują na szarpanie się pomiędzy sprawami wielkimi, a cierpieniem. Wielu

artystów, którzy osiągnęli sukces borykało się np. z chorobą afektywną, zwłaszcza dwubiegunową przeżywając okresy silnych depresji, czy manii, często też nadużywając alkoholu.

A.M.-S.: Frapujący wątek!

A.B.: Zauważono pewną zbieżność pomiędzy wybitnym talentem a cierpieniem. Bywało, że tak jak w przypadku wspomnianej Sylvii Plath, rozpoznano u tych osób choroby psychiczne, a życie innych kreatywnych osobowości naznaczone było naprzemiennie pasją i cierpieniem. Za kolejny przykład może posłużyć nam znany dramaturg, Georg Gordon Byron, którego biografia ewidentnie wskazuje na chorobę afektywną dwubiegunową. Były tam bardzo liczne związki, wiele chwil euforycznego szczęścia ale też ciężkich załamań psychicznych. Podobnie Ernest Hemingway, wybitny amerykański prozaik, który znany był przede wszystkim jako pisarz z nałogiem alkoholowym ale mało kto wie, że był on wynikiem ewidentnej choroby dwubiegunowej, a sięganie po alkohol było objawem samoleczenia.

A.M.-S.: W świetle tych rozważań nasuwa się wniosek, że nasza psychika płaci słoną cenę za wybitność i kreatywność.

A.B.: Obecnie uważa się, że choroba afektywna dwubiegunowa jest ceną jaką ludzkość zapłaciła za rozwój kreatywności w postępie ewolucyjnym. Jak widać granica między talentem, a chorobą psychiczną jest bardzo cienka. Z kolei w przypadku schizofrenii istnieje teza, że jest ona kosztem jaki ponieśliśmy za rozwój języka, w sensie mowy, porozumiewania się. Na poziomie genetycznym wykazano, że niektóre geny związane z predyspozycją do choroby są jednocześnie związane z lepszym funkcjonowaniem poznawczym i wyższą kreatywnością. Badaliśmy polimorfizm genu BDNF, który jest bardzo istotnym genem, odpowiedzialnym m.in. za rozwój mózgu. Jest to czynnik wzrostu neuronów, jego funkcją są też procesy naprawcze mózgu wówczas, kiedy następuje jego uszkodzenie. Jest to jeden z czynników neurotropowych związanych z rozwojem mózgu i mechanizmami neuroprotekcji czyli ochrony. Przykładowo dla zobrazowania tematu, w chorobie Alzheimera początkowo obserwujemy wzrost BDNF, a następnie na etapie gdy mózg już sobie z uszkodzeniem nie radzi, znaczny jego

spadek. Okazuje się, że jeden z polimorfizmów genu BDNF jest szczególnie rozpowszechniony w chorobie afektywnej i jest związany z większą predyspozycją do tej choroby. Z drugiej strony, chorzy na chorobę afektywną dwubiegunową, którzy posiadali ten polimorfizm mieli znacznie lepsze funkcje poznawcze niż inni chorzy i byli bardziej kreatywni.

A.M.-S.: Jak widać kreatywny mózg jest zdeterminowany odgórnie. Tam gdzie warunkują nas geny nie ma mowy o polemice. Cena poniesiona za kreację została już określona.

A.B.: Nie jest to takie oczywiste. Geny warunkują pewne predyspozycje, ale nie jest powiedziane, że u każdego predysponowanego do określonej choroby, ona się rozwinie. Bodźce środowiskowe są bardzo istotne, gdyż wpływają na ekspresję genów. Muszą bowiem zaistnieć czynniki środowiskowe, które spowodują uaktywnienie się tych genów, które są bezpośrednio związane z wystąpieniem choroby. Niejednokrotnie osoby o wysokiej kreatywności są to ludzie z nadreprezentacją pewnych cech temperamentalnych, szczególnie hipertymicznych, związanych z dużym napędem, energią i otwartością na nowe sytuacje, czy cyklotymicznych związanych ze zmiennością nastroju. Wykazano, że temperament hipertymiczny związany jest z dopaminą i tzw. układem nagrody w mózgu. Czasem osoby „uzależnione” od nagrody, wręcz poszukują dodatkowych źródeł podniecy. Osoby, ze skłonnościami do poszukiwań nowości niejednokrotnie przesadzają, starają się stymulować układ nagrody dodatkowymi bodźcami z zewnątrz. Mówimy tu o środkach pro dopaminergicznych (jak amfetamina), narkotykach, czy grach hazardowych. Powodują one stan euforii, początkowo wzmocnienia funkcji poznawczych, wyostrenia pamięci i koncentracji. Niemniej tak dzieje się jedynie doraźnie, potem następuje zmniejszenie wrażliwości neuronów dopaminergicznych w korze czołowej i następuje konieczność przyjmowania tych środków ale już bez przyjemności, jedynie po to, by uniknąć stanu dyskomfortu psychicznego. Wielu z tych ludzi prowadzi bardzo nieprawidłowy tryb życia, szukają podniecy, dopalaczy w postaci chociażby poszukiwania związków poza swoim własnym lub prowadzą kilka związków jednocześnie, opartych na bardzo niebezpiecznych zasadach. Można powiedzieć, że wszelkie sytuacje z „domieszką dopaminy” są

niebezpieczne i mało przewidywalne, lecz stanowią pokusę dla wielu takich osób. Wówczas jest mowa o naprawdę niebezpiecznych mechanizmach uzależnienia, praktycznie od wszystkiego: sek-

su, hazardu czy alkoholu. A to już temat na kolejną rozmowę.

A.M.-S.: Dziękuję Pani za rozmowę, życząc kolejnych równie owocnych badań

i współpracy z tymi, którzy poza pomysłem i pracowitością widzą kilka lat w przód.

rozmowę prowadziła mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak z Działu Promocji i Informacji

Zachowania zdrowotne młodzieży

Mirosława Kram

Zachowania zdrowotne są jedną z kategorii zachowań ludzkich, które składają się na styl życia. Obserwując człowieka można w dużym stopniu stwierdzić jak on traktuje swoje zdrowie czy chorobę, jak reaguje w sytuacjach z nimi związanych. Filozofia współczesnej medycyny zakłada, że odpowiedzialność za stan zdrowia ponosi sama jednostka i jednocześnie ona sama podejmuje szereg działań na rzecz swojego zdrowia.

Zachowania zdrowotne to wszelkie nawyki, zwyczaje, postawy i uznawane wartości przez jednostki i grupy społeczne w dziedzinie zdrowia i wywołujące określone – pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne u osób, które je realizują.

Pojęcie zachowania zdrowotne stosuje się zarówno do zachowań pro- jak i antyzdrowotnych. Zachowania prozdrowotne czyli zachowania sprzyjające zdrowiu polegają na podejmowaniu odpowiedniej aktywności ruchowej, na racjonalnym odżywianiu się, utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi, dbaniu o czystość ciała i otoczenia, zachowaniu bezpieczeństwa w ruchu drogowym, poddawaniu się badaniom profilaktycznym.

Aktywność ruchową (fizyczną) definiuje się jako każdy ruch ciała, który powstaje dzięki mięśniom szkieletowym i powoduje wydatek energetyczny. Jest czynnikiem warunkującym zdrowie i podstawową potrzebą człowieka w każdym okresie życia i kluczowym składnikiem zdrowego stylu życia. Szczególną rolę odgrywa w dzieciństwie i młodości, ponieważ jest niezbędna do prawidłowego rozwoju fizjologicznego, psychicznego i społecznego. Codzienną aktywnością fizyczną jest każda forma ruchu wykonywana podczas prac domowych, przemieszczania się do szkoły, pracy. Aktywność planowana to uprawianie określonej dyscypliny sportu lub ćwiczeń fizycznych: szybki marsz, marszobiegi, nordic walking, jazda na rowerze, aerobik, pływanie, ćwiczenia w wodzie, gimnastyka, gry zespołowe, gry sportowe, narciarstwo biegowe, taniec. Przyjmuje się, że optimum aktywności ruchowej stanowi co najmniej 60

m.in. dziennie przez przynajmniej 5 dni w tygodniu. Umiarkowany wysiłek fizyczny jest ekwiwalentem szybkiego marszu z towarzyszącym uczuciem „zgrzania się” i nieznacznego braku tchu. Aktywność fizyczna w połączeniu ze zdrowym żywieniem jest podstawowym warunkiem zachowania zdrowia w każdym wieku.

Racjonalne odżywianie się ma szczególny wpływ na rozwój dzieci i młodzieży, warunkuje ich zdrowie, zdolności uczenia się, aktywność ruchową i psychiczną. Przez racjonalne żywienie rozumie się dostarczenie człowiekowi w codziennych posiłkach odpowiedniej ilości energii, składników pokarmowych i regulujących oraz prawidłowe rozłożenie posiłków w ciągu dnia, najlepiej 5 posiłków. Odżywienie powinno być urozmaicone. Podstawą wyżywienia powinny być produkty o wysokiej zawartości węglowodanów złożonych, tj. pieczywo, kasze, makarony, płatki zbożowe i ziemniaki. Na drugim, miejscu powinny być usytuowane warzywa, w tym nasiona roślin strączkowych oraz owoce. Udział warzyw powinien być dwukrotnie wyższy niż owoców. Trzecie miejsce powinny stanowić produkty mleczne: kefir, jogurt oraz sery twarogowe. Wszystkie wymienione produkty powinny być spożywane codziennie. Kilka razy w tygodniu powinny być spożywane: drób i ryby oraz mięso wieprzowe lub wołowe. W ciągu całego dnia należy wypijać ok. 2 litrów płynów.

Czystość ciała i otoczenia to kolejny podstawowy warunek zachowania zdrowia. Utrzymywanie skóry ciała w stałej czystości chroni ciało przed chorobami zakaźnymi i pasożytami. Woda w połączeniu z mydłem rozpuszcza pot, łój i usuwa warstwę kurzu, brudu i drobnoustrojów; działa uspakajająco i ułatwia sen. Po wieczornym myciu należy przebrać się w nocną bieliznę. Codzienna wieczorna kąpiel, natrysk nie zwalnia od porannego mycia się. Rano należy chłodną wodą umyć twarz, ramiona, piersi, plecy i natrzeć skórę ręcznikiem. Ręce należy myć wielokrotnie w ciągu dnia, koniecznie po oddaniu moczu i stolca, po przyjeździe ze szkoły, spaceru. Trzeba także dbać o czystość włosów i paznokci. Używać własnych przyborów toaletowych

i kosmetyków, pościeli i odzieży. Unikać mało przewiewnego obuwia. W mieszkaniu dbać o czystość, używać odkurzacza. Wietrzyć pomieszczenia.

Utrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi. Warto starać się, aby każdy kontakt z innym człowiekiem był kontaktem pozytywnym. To oznacza uśmiech wobec znajomego i nieznanego. Każdego dnia można zrobić sobie samemu jakiś „prezent”, ale i też zrobić coś dla innych. Słuchać co kolega, koleżanka mówi, utrzymywać z nim kontakt wzrokowy, być asertywnym w kontaktach z innymi. Asertywność opiera się na poczuciu własnej wartości i godności. Osoba zachowująca się asertywnie używa otwarcie słów TAK i NIE. Nie przeprasza, jeśli nie zawniła. Nie usprawiedliwia się, ale wyjaśnia powody swojego zachowania. Broni się, gdy jest atakowana, a pomocne mogą być zdania: „Nie podoba mi się sposób, w jaki do mnie mówisz”, „Nie chcę żebyś zwracał się do mnie w ten sposób”. Używa komunikatów typu „Ja” „Ja nie będę... zamiast Ja nie mogę...”; „Ja potrzebuję... zamiast Ja chcę”; „Ja wolę... zamiast Ja muszę...”; „Ja mógłbym... zamiast Ja powinienem...”. Człowiek asertywny, gdy ma do czynienia z innymi ludźmi jest zrozumiały, bezpośredni i konkretny czyli mówi to co ma



na myśli, bez niepotrzebnych słów, wymówek i agresji. Rozważa jedną kwestię w danej chwili. Asertywność jest złotą ścieżką między uległością a agresywnością.

Zachowanie bezpieczeństwa w ruchu drogowym można rozpatrywać w aspekcie prowadzącego pojazd i pieszego. Posiadając prawo jazdy jest się stale zobowiązanym do pogłębiania wiedzy i umiejętności z zakresu techniki jazdy, a w szczególności w okresie zmiennych, trudnych warunków drogowych, takich jak intensywne opady deszczu czy śniegu.

Będąc pieszym należy: zbliżając się do przejścia obserwować drogę - lewa, prawa, lewa, przez obrót głowy i tułowia, korzystać z przejścia dla pieszych, przechodzić tylko na zielonym świetle itp. Natomiast przyczyną wypadków drogowych są najczęściej nadmierna prędkość i błędy pieszego. Nie zwalnia to jednakże rodziców

od troskliwej opieki i wzmożonej czujności wobec swojego dziecka. Dodatkowe zalecenia wynikają ze specyfiki środowiska (miasto, wieś) czy zachowania samego dziecka, np. jest ono nadrucliwe.

Badania profilaktyczne Dotyczą udziału dzieci i młodzieży w powszechnych profilaktycznych badaniach lekarskich. Mają one na celu ocenę stanu zdrowia, rozwoju somatycznego (fizycznego) i psychospołecznego, identyfikację środowiskowych czynników zagrożeń dla zdrowia i rozwoju, ocenę zachowań zdrowotnych (odżywianie, aktywność fizyczna, higiena osobista, nałogi), zaplanowanie leczenia lub profilaktyki. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana jest przez: pielęgniarkę w gabinecie w szkole, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza stomatologa w ogólnodostępnej poradni stomatologicznej. Obecnie główną rolę

w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawuje pielęgniarka medycyny szkolnej. Powinna ona być rzecznikiem zdrowia w szkole, doradcą i konsultantem medycznym dyrektora szkoły i nauczycieli oraz uczniów i ich rodziców.

Poznanie zachowań zdrowotnych i zrozumienie ich uwarunkowań, powinno stanowić podstawę programów edukacji zdrowotnej, programów profilaktycznych i projektów promocji zdrowia. Zachowania zdrowotne kształtują się od wczesnego dzieciństwa w procesie socjalizacji, pod wpływem różnych czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu, szkole, społeczności lokalnej, środkach masowego przekazu i reklamach. Dzieciństwo i młodość w istotny sposób decydują o stylu życia człowieka w wieku dorosłym.

dr Mirosława Kram jest adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Wiosna, ach, to ty?

Agnieszka Milik-Skrzypczak

Jak poradzić sobie z przesileniem wiosennym, aby w pełni cieszyć się rozpoczynającą się wiosną? Naukowcy Collegium Medicum UMK dają kilka cennych i skutecznych rad, by obudzić uśpione w nas zimą moce.

Przesilenie wiosenne - kto z nas nie doświadczył szczególnego momentu przejścia od zimowej stagnacji do wiosennej aktywności. Jednak długo wyczekiwana wiosna może nieźle dać nam w przysłowiową kość. Zanim zaczniemy cieszyć się zieloną trawą, wiosennymi kwiatami i promieniami słońca, mamy do wykonania ciężką pracę na rzecz dobrego samopoczucia. Przygnębienie, rozdrażnienie czy apatia, a także problemy z koncentracją spędzają nam sen z powiek w reakcji na zachodzące w przyrodzie zmiany. Toczymy małą prywatną wojnę z przeobrażeniami w otaczającym

nas świecie przyrody, którego jesteśmy integralną częścią. Dobra strategia pozwoli wygrać tę wojnę. Podpowiemy jak taktycznie, w kilku krokach obudzić uśpione zimą moce.

Aprobata przede wszystkim

Przesilenie wiosenne jest niemałym wyzwaniem dla naszego zahibernowanego organizmu. Wprawdzie pierwsze, niejednokrotnie intensywne promienie słońca budzą uśpione siły witalne, niemniej proces wybudzania wcale nie musi być przyjemny. Ludzie, którzy na co dzień żyją bliżej natury, zdecydowanie lepiej adaptują się do wiosennej aury. Mieszczuchy muszą trochę popracować nad własną psychofizyczną kondycją.

- Zaczynamy od wzmacniania naszej psychiki. Aprobata własnej słabości to

dobra wyjściowa do procesu potęgowania pozytywnego samopoczucia - mówi dr n. med. Marcin Jaracz z Katedry Neuropsychologii Klinicznej Collegium Medicum UMK. - Warto wiedzieć, że jedną z naukowo sprawdzonych metod walki z obniżonym nastrojem jest zwiększenie aktywności. Długie dni nastrajają nas do spędzania więcej czasu na świeżym powietrzu oraz sprzyjają spotkaniom towarzyskim. Poświęcając się tym aktywnościom korzystamy z dużych dawek naturalnego światła, co dodatkowo poprawi nasze samopoczucie. Niemniej, gdy pomimo podjęcia tych działań, nastrój się nie poprawia, rozważmy poszukiwanie pomocy u specjalisty.

Gdybym tylko mogła zarzucić nogę na głowę

Wcale nie! Nie zaczynamy od wymuszonej, ponad nasze siły, aktywności fizycznej. Nie musimy od razu ćwiczyć jogi, wyciskać kilogramów na siłowni, czy brać udziału w maratonie - mówi dr n. med. Tomasz Zegarski ze Studium Wychowania Fizycznego i Sportu Collegium Medicum UMK - Wystarczy, że rozpoczniemy od umiarkowanej, aczkolwiek regularnej aktywności fizycznej. W okresie wiosennym zaleciłbym przede wszystkim aktywność fizyczną na świeżym powietrzu. Każdy po długiej i szarej zimie jest spragniony słońca, dlatego marsz, bieg po lesie, jazda na rowerze,



czy marsz z kijkami do Nordic Walking o intensywności dostosowanej do sprawności fizycznej i wieku jest jak najbardziej wskazany. Pamiętajmy również o zbilansowanej diecie, regularnym odpoczynku i właściwej ilości snu, który pozwoli nam odzyskać utraconą energię.

Jestem tym co jem Talerz pełen zdrowia

Wracamy do siebie jak z długiej męczącej podróży. W drodze powrotnej warto dowiedzieć się, co spożywać aby łagodnie wprowadzić organizm w kolejną fazę roku. Zrównoważona dieta jest podstawą przejścia na nowy, energetyczny poziom.

Efekty obfitych zimowych kolacji jesteśmy w stanie pokonać poprzez wprowadzenie w nasze życie kilku fundamentalnych zasad odżywiania - mówi dr inż. Anna Długosz z Katedry i Zakładu Żywienia i Dietetyki Collegium Medicum UMK. - Dieta nie powinna być bardzo restrykcyjna, gdyż w tym momencie nasz organizm potrzebuje zdrowego zastrzyku energii. Przede wszystkim należałoby wprowadzić właściwy tryb żywienia, wyrażony jakością, wielkością i liczbą posiłków, zapewniający organizmowi optymalne funkcjonowanie. Ponadto należałoby zachować

właściwe proporcje między składnikami odżywczymi, takimi jak białka, tłuszcze, węglowodany, których źródłem powinny być odpowiednio m.in. ryby, chude mięsa, przetwory mleczne, oliwa z oliwek, orzechy, pieczywo pełnoziarniste. Okres wiosenny daje możliwość wzbogacenia naszej dotychczasowej diety zimowej w witaminy, składniki mineralne i błonnik pokarmowy poprzez spożycie głównie nowalijek (rzodkiewka, szczypiorek, sałata, pietruszka zielona) oraz owoców.

Sposób odżywiania się ma wpływ zarówno na zdrowie, jak i kondycję oraz samopoczucie człowieka. Właściwy wybór, jak i ilość produktów pozwala nie tylko utrzymać prawidłową masę ciała, ale zapobiega też różnym chorobom, oraz opóźnia procesy starzenia, dodaje nam energii i witalności.

Ach ta cera

Relaks, ćwiczenia, dieta. Wszystkie zalecenia wypełnione, a moja cera nie promienieje - zauważa niejedna z nas. Nasza cera jest nieco poszarzała i wyglądamy mało atrakcyjnie. Za wszelką cenę staramy się dodać blasku swojej twarzy. Najlepiej w takim momencie oddać się w sprawne ręce kosmetologa, która przywróci utracony zimą kolor. - Początki wiosny to dobry czas

na zabiegi złuszczące - mówi mgr Magdalena Woźniak z Katedry Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej Collegium Medicum UMK - Skórę po zimie należy optymalnie nawilżyć i uzupełnić deficyt lipidowy, jednak aby aplikowane powierzchniowo substancje czynne mogły penetrować przez warstwę rogową w głąb skóry i pełnić swoją funkcję najpierw zrogowaciały naskórek należy złuszczyć. W tym celu można zastosować delikatne peelings (np. enzymatyczne), mikrodermabrazję lub alfa-hydroksykwasy. Po zabiegu eksfoliacji dodatkowo musimy pamiętać o fotoprotekcji - czyli stosowaniu kremów z filtrem ochronnym o szerokim spektrum działania w stosunku do promieniowania UV. Niemniej zdecydowana większość może liczyć na domową aptekę. Możemy samodzielnie przygotować peeling chociażby z kawy. Taka receptura poprawi koloryt i elastyczność skóry, a skorzysta na tym nasze samopoczucie.

Na szczęście przesilenie wiosenne trwa krótko i stosowanie się do przynajmniej części zaleceń, wprowadzi nas w pełnię wiosny w doskonałej kondycji i w kwitjącym nastroju!

mgr Agnieszka Milik - Skrzypczak jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji

Studia pomostowe pielęgniarek i położnych

Aneta Gracz

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy jest realizatorem projektu systemowego pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działania 2.3 - Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Poddziałania 2.3.2 - Doskonalenie zawodowe kadr medycznych.

Uczelnia z beneficjentem systemowym (Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia) podpisała:

I. 4 umowy wykonawcze o dofinansowanie studiów pomostowych na kierunku pielęgniarstwo:

1. umowa wykonawcza nr 18/SP-EFS/ZZP-47/08 z dnia 12 listopada 2008 r. dla 148 osób rozpoczynających kształcenie w roku akademickim 2008/2009;

2. umowa wykonawcza nr 3/SP-EFS/ZZP-01/09/2/1202/1045 z dnia 23 października 2009 r. dla 175 osób rozpoczynających kształcenie w roku akademickim 2009/2010.

3. umowa wykonawcza nr 4/SP-EFS/ZZP-02/10/2/1202/1310 z dnia 17 listopada 2010 r. dla 164 osób rozpoczynających kształcenie w roku akademickim 2010/2011.

4. umowa wykonawcza nr 1/SP-EFS/ZZP-36/11/2/1202/1164 z dnia 16 listopada 2011 r. dla 175 osób rozpoczynających kształcenie w roku akademickim 2011/2012.

II. 1 umowę wykonawczą o dofinansowanie studiów pomostowych na kierunku położnictwo:

1. umowa wykonawcza nr 1A/SP-EFS/ZZP-36/11/2/1202/1206 z dnia 16 listopada 2011 r. dla 25 osób rozpoczynających kształcenie w roku akademickim 2011/2012;

Realizatorem projektu jest Departament Pielęgniarek i Położnych przy Ministerstwie Zdrowia w Warszawie. Infor-

macje nt. projektu systemowego znajdują się na stronie <http://www.studiapomostowe.mz.gov.pl>.

mgr Aneta Gracz jest specjalistą Działu Zarządzania Funduszami Strukturalnymi



Prace licencjackie z pielęgniarstwa

Zaburzenia odżywiania się (anoreksja i bulimia) jako problem wieku adolescencji

Zaprezentowana poniżej praca licencjacka została napisana w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatricznego pod kierunkiem dr Lidii Wiki. Autorem pracy jest Justyna Grajkowska, studentka studiów stacjonarnych na kierunku Pielęgniarstwo. Praca ma charakter badawczy.

Teoretyczne podstawy badań

Nawyki żywieniowe dziecka kształtują się od najwcześniejszych lat jego życia. Początkowo to rodzice ustalają dietę dziecka, z biegiem lat to one same wybierają, co chcą jeść, pić, choć nie zawsze z korzyścią dla zdrowia. Na zmianę nawyków żywieniowych w wieku dorastania duży wpływ wywierają środki masowego przekazu, moda w zakresie diet i wyglądu zewnętrznego oraz zdanie rówieśników.

Zgodnie z najnowszymi klasyfikacjami międzynarodowymi kryteriami diagnostycznymi dla jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) są: utrata masy ciała powyżej 15% należnej masy ciała dla wieku i wysokości ciała; nasilony lęk przed zwiększeniem masy ciała lub otyłością, mimo rzeczywistej niedowagi; poczucie, że jest się zbyt grubym, nawet wówczas, gdy jest się skrajnie wychudzonym, a u dziewcząt już miesiączkujących brak co najmniej trzech kolejnych krwawień miesięczkowych (jeśli nie ma innych przyczyn).

Etiopatogeneza zaburzenia jest złożona. Dziewczęta (stosunek chorych dziewcząt do chłopców wynosi 10:1) chorujące na jadłowstręt psychiczny są bardzo ambitne, dążące do osiągnięć, przejawiają tendencję do deprecjacji siebie. W ich rodzinach bardzo często są nieprawidłowe więzi rodzinne predysponujące do wystąpienia nadopiekuńczości, unikania konfliktów, sztywności i oporu wobec zmian. Wiele dziewcząt w okresie dorastania motywuje do odchudzania presja osiągnięcia ideału kobiecości, jakim jest m.in. szczupła sylwetka.

Początek choroby w wielu przypadkach jest powolny, trudny do uchwycenia. Dziewczęta pozornie bez powodu lub po stresującym zdarzeniu (np. nowa szkoła, rozwód rodziców) rozpoczynają odchudzanie lub przechodzą na dietę wegetariańską. Stopniowo coraz bardziej ograniczają ilość przyjmowanych pokarmów aż do całkowitej odmowy jedzenia i picia.

W czasie trwania choroby stają się drażliwe, mają obniżony nastrój, uprawiają intensywne ćwiczenia gimnastyczne, mają zaburzenia snu. Nie mają poczucia choroby, brak im motywacji do leczenia. Ograniczenia ilościowe i jakościowe w żywieniu doprowadzają do wyniszczenia oraz zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu. Leczenie polega na udziale w psychoterapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej oraz przyjmowaniu odpowiednich środków farmakologicznych.

Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa) przejawia się napadowym, nadmiernym przyjmowaniem pokarmów i następującym po nim poczuciu winy oraz podejmowaniem czynności zmierzających do usunięcia nadmiaru kalorii. Kryteriami diagnostycznymi dla bulimii są: powtarzające się okresy żarłoczności, stałe prowokowanie wymiotów, używanie środków przeczyszczających lub odwracających, stosowanie bardzo ścisłej diety lub intensywnych ćwiczeń by nie przytyć. Wraz z trwaniem choroby pojawiają się zaburzenia somatyczne, takie jak: nadżerki i owrzodzenia jamy ustnej; obrażenia grzbietu dłoni, będące skutkiem wymuszania wymiotów; omdlenia. U chorych ponadto mogą występować stany lękowe, depresja. Przebieg choroby jest przewlekły, ale organizm nie ulega wyniszczeniu, jeżeli nie wystąpią zaburzenia elektrolitowe. W leczeniu stosuje się psychoterapię indywidualną i grupową oraz farmakoterapię.

Zaburzenia odżywiania z dużo mniejszą częstotliwością występują u mężczyzn niż u kobiet. Jednak rosnąca liczba chorych chłopców, mężczyzn obserwowana jest w krajach wysoko rozwiniętych, w których pożywienie jest łatwo dostępne a media kreują wizerunek dobrze zbudowanego, wysportowanego i jednocześnie szczupłego mężczyzny. Grupą najbardziej zagrożoną są zawodowi sportowcy - biegacze, pływacy, dżokeje. Oprócz nich narażeni są również prezenterzy telewizyjni, tancerze, aktorzy, modele. Wiek zachorowania u obu płci jest podobny, najczęściej przypada na okres dojrzewania, rzadziej po 20 roku życia.

Podstawy metodologiczne badań

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie jaki wpływ na odżywianie młodego człowieka mają środki masowego przekazu oraz uzyskanie informacji o sposobie odżywiania i postrzegania wyglądu własnego ciała. Grupą badaną było 101 respondentów w wieku od 12 do 18 lat. Badanie przeprowadzono przy użyciu autorskiej ankiety składającej się z 20 pytań

typu otwartego i zamkniętego. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej. Ankieta miała charakter anonimowy. Przed przystąpieniem do wypełnienia kwestionariusza ankiety każda osoba została poinformowana o sposobie jej wypełnienia i każde dziecko do 16 roku życia przed wypełnieniem ankiety musiało uzyskać zgodę rodziców na możliwość udziału w badaniach. Po wypełnieniu ankiety respondent umieszczał ją w kopercie i w takiej formie ją oddawał.

Wyniki badań

Przedstawienie wyników badań w całości przekroczyłoby ramy i założenia artykułu. Uzyskane wyniki przedstawiono w oryginale w 28 tabelach i na 12 wykresach. Ankietowani zostali podzieleni na dwie grupy wiekowe, dzieci i młodzież od 12 do 14 lat i grupa ta liczyła 35 osób (34,7%) oraz młodzież od 15 do 18 lat i stanowiło ją 66 osób (65,3%). Badana grupa składała się z 59 dziewcząt (58%) i 42 chłopców (42%). Większość z nich 70% pochodziła z miasta, 30 % zamieszkiwało wieś.

Tabele zawierały odpowiedzi wyrażone w liczbach i procentach na pytania ankietowe z podziałem na płeć męską i żeńską lub /i grupy wiekowe.

Na pytanie „Czy lubisz swój wygląd?” zarówno chłopcy jak i dziewczęta odpowiadali twierdząco, odpowiednio 85% i 80%. Na pytanie „Czy uważasz, że masz nadwagę?” 14,3% chłopców odpowiedziało „tak”, podobnie dziewczęta 13,6%. Ponad połowa więcej dziewcząt (37,3%) w porównaniu z chłopcami (14,3%) chciałaby schudnąć. Podobny wynik uzyskano w odpowiedzi na pytanie „Czy kiedykolwiek stosowałeś dietę w celu obniżenia masy ciała?” „Tak” odpowiedziało 12% chłopców a dziewcząt 25%. Znacznie większa grupa dziewcząt (66,1%) chętnie czyta czasopisma i ogląda programy w telewizji i Internecie o życiu modelek, modeli, aktorów, aktorów w porównaniu z chłopcami (11,9%). Kolejne pytanie dotyczyło, tego czy respondenci w rozmowach z rówieśnikami często poruszają tematy o stylu życia i wyglądzie. Twierdząco odpowiedziało 83% dziewcząt i 40% chłopców, przy czym w grupie chłopców częściej rozmawiają oni z rówieśnikami, gdy są w wieku 15-18 lat. Z analizy zebranego materiału wynika, że 61% dziewcząt i 45% chłopców rozmawia z rodzicami o zdrowym sposobie odżywiania. Na pytanie „Ile najczęściej zjadasz posiłków w ciągu dnia?” ankietowani w większości (41,6%) odpowiedzieli, że jedzą powyżej 4 posiłków. Ilość i jakość spożywanych posiłków kontrolują rodzice:

chłopców w 50%, dziewcząt 44%. Na pytanie „Jakie znasz zaburzenia w odżywianiu się dzieci i młodzieży?” odpowiedzi były bardzo różne. Obok anoreksji i bulimii wymieniano anemię, otyłość, bóle brzucha, niezdrowe odżywianie się, brak witamin, chęć bycia szczupłym. Na ostatnie pytanie „Jaki wpływ ma według Ciebie złe odżywianie się na rozwój dzieci w okresie dojrzewania?” odpowiedzi były następujące: bóle brzucha, niedobór witamin, otyłość, senność, nadpobudliwość, trądzik, łamanie paznokci, obniżenie odporności, niski wzrost. Spośród wszystkich badanych dziewcząt 15% nie udzieliło odpowiedzi, a chłopców 19%.

Dyskusja

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania zaburzeniami odżywiania, zarówno lekarzy, psychologów jak i społeczeństwa. W badaniach Kurpas i wsp.

przeprowadzonych wśród młodych kobiet (14-24 lat) połowa była niezadowolona ze swojej sylwetki i większość z nich chciałaby schudnąć. Gędek i Kobieracka stwierdziły, że duża część (30%) badanych kobiet wykazuje przekonanie, że kobiety ocenia się przez ich wygląd. Około 2/3 objętych badaniem kobiet sądzi, że mężczyźni preferują szczupłe kobiety. Mędrała - Kuder odnotowała, że ponad 4/5 uczennic wzoruje się na informacjach z mediów. Czech badając zaburzenia odżywiania wśród chłopców odnotowała, że największe zainteresowanie jedzeniem, dietami, masą ciała wykazują studenci z AWF jednej z uczelni w kraju oraz tancerze. Badania Pawlaczyk i wsp. pokazują, że tylko 1/5 nauczycieli szkół gimnazjalnych i ok. 4% szkół licealnych podejmuje działania profilaktyczne odnośnie zaburzeń odżywiania.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków: im dziewczęta są starsze, tym więcej chce schudnąć, przeciwnie jest u chłopców; dziewczęta częściej przyznają się do stosowania odchudzającej diety; wiedza dzieci i młodzieży na temat zaburzeń odżywiania nie jest optymistyczna, większość chłopców ich nie zna, a tylko połowa dziewcząt potrafiła udzielić poprawnej odpowiedzi.

Podsumowanie

Studenci kierunku Pielęgniarstwo pisząc pracę licencjacką (dyplomową) na zakończenie 3-letnich studiów stacjonarnych powinni wykazać się znajomością metod i sposobów prowadzenia analizy i edytorskiego opracowania pracy w oparciu o wiedzę i umiejętności nabyte w czasie studiów.

oprac. Mirosława Kram

Publikacja w najbardziej prestiżowym czasopiśmie hematologicznym

Jan Styczyński

Komentarz do pracy: Ryzyko powikłań związanych z pobraniem u dzieci komórek krwiotwórczych do transplantacji (Risk of complications during hematopoietic stem cell collection in pediatric sibling donors: a prospective European Group for Blood and Marrow Transplantation Pediatric Diseases Working Party study). Blood. 2012 Mar 22;119(12):2935-2942.

Omówienie przeprowadzonych badań

W pracy tej, w prospektywnych badaniach wieloośrodkowych oceniono czynniki decydujące o bezpieczeństwie pobrania komórek krwiotwórczych od 453 dzieci. Badania były prowadzone w 39 ośrodkach w 19 państwach.

W zależności od sytuacji klinicznej i strategii ośrodka przeszczepowego, od dzieci pobierano (1) szpik kostny lub (2) komórki krwiotwórcze krwi obwodowej po uprzednim 4-dniowym podawaniu czynnika wzrostu w formie zastrzyków podskórnych. W Polsce pobieranie komórek z krwi obwodowej u dzieci aktualnie stosuje się bardzo rzadko.

Na podstawie przeprowadzonych badań, stwierdzono znaczne zróżnicowanie pomiędzy ośrodkami przeszczepowymi w zakresie stosowanych metod pobierania komórek i opieki nad dawcą. Wykazano znaczne różnice pomiędzy procedurami pobierania szpiku i komórek krwi obwodowej. Dolegliwości dotyczące

wpływu medycznego na dawcę różniły się w zakresie: odczuwania dolegliwości bólowych, przetaczania krwi, długości pobytu w szpitalu oraz potrzeby profilaktycznego podawania preparatów żelaza. W związku z tym, z medycznego punktu widzenia nie można bezpośrednio porównywać tych zabiegów, a co więcej - należy traktować je jako zupełnie różne procedury.

Najczęstszym objawem niepożądanym były dolegliwości bólowe, zgłaszane najczęściej przez starsze dzieci po pobraniu szpiku kostnego, ale obserwowane również u dzieci u których pobierano komórki krwi obwodowej, w przypadku konieczności założenia cewników centralnych.

Stwierdzono tylko jedno powikłanie (0,2%) określone jako „ciężki objaw niepożądany”. Dotyczyło to dziecka u którego doszło do odmowy opłucnowej przy zakładaniu cewnika centralnego do żyły podobojczykowej, bez ryzyka zagrożenia życia. Ryzyko konieczności przetoczenia dziecku krwi od innego dawcy było znacznie podwyższone w przypadku wieku poniżej 4 lat, a także w przypadku pobrania szpiku w objętości powyżej 20 ml/kg ciężaru ciała.

W podsumowaniu stwierdzono, że obie techniki pobierania komórek krwiotwórczych są bezpieczne dla dzieci, jednak dawcy w wieku do 4 lat są obarczeni większym ryzykiem konieczności przetoczenia krwi oraz założenia cewnika centralnego.

Komentarz do opublikowanej pracy

Transplantacje szpiku pobieranego od dzieci mają już ponad 30 lat historii. Do chwili obecnej opublikowano jednak jedynie dwa, i to tylko jednośrodkowe badania, obejmujące niewielkie grupy badawcze, dotyczące bezpieczeństwa tej procedury u dzieci. Nasze badanie jest badaniem prospektywnym i wieloośrodkowym międzynarodowym, obejmuje znacznie liczniejszą grupę dawców, uwzględnia realia aktualnych technik i procedur medycznych, korzysta z nowoczesnych metod analizy statystycznej. Ta praca pokazuje szczegółowo, jakie jest ryzyko wystąpienia różnych objawów niepożądanych, z których większość ma



charakter łagodny i przemijający, jednak w bardzo rzadkich przypadkach może mieć charakter poważny.

We wcześniejszych badaniach wykazano, że pobranie komórek krwi obwodowej umożliwia uzyskanie 2-krotnie większej liczby komórek krwiotwórczych niż pobranie szpiku. Nasza analiza pokazała, że stosowanie techniki pobierania komórek z krwi obwodowej od dzieci

jest bezpieczne w kategoriach obserwacji kilkudniowej. Ważne przy tym jest też, że w międzynarodowej wieloletniej obserwacji po stosowaniu czynników wzrostu, nie wykazano zwiększonego ryzyka rozwoju choroby nowotworowej u dawców, a dodatkowo u dzieci - żadnych niepożądanych efektów odległych.

Dzięki tej pracy możliwe będzie określenie zasad postępowania z dziećmi

- dawcami komórek krwiotwórczych, za których wszystkie decyzje podejmują ich rodzice. Praca ta pokazuje też, że szereg aspektów postępowania z dawcami dziecięcymi wymaga korekty lub standaryzacji międzyośrodkowej i międzynarodowej. Dotyczy to zwłaszcza zasad postępowania z dawcami w wieku do 4 lat.

prof. dr hab. Jan Styczyński jest pierwszym autorem omawianej pracy, kierownikiem Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej

Jak opublikowałem pracę w „Blood”, czasopiśmie z IF 10.558

Jan Styczyński

Pomysł

Najlepsze pomysły przynosi życie codzienne. Wiadomo, że najlepszym dawcą szpiku jest brat lub siostra pacjenta. Oczywiście, o ile rodzeństwo jest zgodne w układzie HLA, czyli antygenów zgodności tkankowej. Obowiązujące w Polsce prawo wymaga, aby w przypadku jeśli dawcą ma być osoba nieletnia, zgodę na pobranie komórek krwiotwórczych (szpiku lub z krwi obwodowej) wyraził Sąd Rodzinny. Przy rozpatrywaniu jednej z takich spraw dotyczących naszych dawców w roku 2004, sąd poprosił mnie w charakterze świadka. Odpowiadając na pytania, uświadomiłem sobie, że na niektóre pytania dotyczące bezpieczeństwa dawców nie umiem precyzyjnie odpowiedzieć, gdyż po prostu nie ma takich danych w literaturze światowej. Dostępne są dane dotyczące dawców dorosłych, ale przecież wszyscy wiedzą, że „dzieci to nie mali dorośli”. Pojawił się więc w mojej głowie pomysł badawczy. Dokładne przejrzanie piśmiennictwa pozwoliło mi na określenie szeregu wątków, na temat których nie ma w ogóle żadnych danych. Co prawda, powszechna opinia jest taka, że pobranie komórek krwiotwórczych jest bezpieczne dla dawcy, ale w przypadku dzieci brak na to dowodów naukowych.

Koncepcja badania

Wstępna kalkulacja pokazywała, że potrzebne będzie zebranie danych od co najmniej kilkuset dzieci. Analiza liczby wykonywanych rodzinnych przeszczepień szpiku u dzieci w Polsce sugerowała, że nawet jeśli wszystkie polskie ośrodki wezmą udział w takim projekcie badawczym (a na to nie było co liczyć), to na zebranie odpowiedniej ilości danych trzeba będzie czekać wiele lat, a w takiej sytuacji projekt straci na wartości. Poza tym prawdopodobne jest, że inni zrobią to szybciej. W międzyczasie mój

szef zaproponował mi wzięcie udziału w zebraniu roboczym grupy pediatrycznej europejskiej grupy przeszczepiania szpiku i komórek krwiotwórczych (EBMT, European Blood and Marrow Transplantation Group). Zebranie miało się odbyć w Paryżu. Znalazł się też sponsor na ten wyjazd. Tam przedstawiłem moje pomysły. Nawet nie miałem większych problemów, żeby uzyskać poparcie kierownictwa grupy roboczej dla projektu, tym bardziej, że samo przeprowadzenie badań nie miało się wiązać z żadnymi istotnymi kosztami. Badanie miało polegać na wypełnieniu dwustronicowej ankiety u każdego dziecka oddającego komórki krwiotwórcze dla swojego rodzeństwa poddawanego zabiegowi transplantacji.

Wprowadzenie projektu w życie

Na kolejnym zebraniu roboczym przedstawiłem szczegóły gotowego projektu badawczego. Dalszy jego przebieg miał polegać na rozesłaniu projektu do wszystkich ośrodków przeszczepowych zarejestrowanych w Towarzystwie (EBMT). Aby zainteresować projektem, przedstawiłem go podczas sesji pediatrycznej na dorocznym zjeździe EBMT. Wysyłką projektu do wszystkich ośrodków miało zająć się centralne biuro EBMT. Zasadą jest, że projekty realizowane pod egidą wielośrodkowych badań EBMT, wymagają centralnej zbiórki danych przez data-managera pracującego dla EBMT, jak też analizy statystycznej przez statystyka z EBMT. Wydawało się, że wszystko pójdzie łatwo. W EBMT jest zrzeszonych około 300 ośrodków przeszczepowych, w tym kilkadziesiąt zajmujących się głównie lub wyłącznie dziećmi.

Realizacja projektu

Przez pierwszy rok zgłosiło się do badania 21 ośrodków, w tym 2 z Polski (w tym Bydgoszcz), zgłoszono niespełna

100 dawców. Odzew był więc słaby. Wiadomo, wszyscy transplantolodzy pracują bardzo dużo i wcale nie byli zainteresowani przygotowaniem regularnych dobrowolnych raportów. Na kolejnym dorocznym zjeździe EBMT, przedstawiłem otrzymane dotychczas wyniki, wskazując jako współautorów, przedstawiciele ze wszystkich ośrodków biorących udział w badaniu i zapraszając wszystkich do dołączenia do badań. Takie postępowanie przyniosło pewne efekty, ale nadal mniejsze od spodziewanych. Po kolejnym roku, w badaniu brało udział 38 ośrodków, w tym 5 polskich. Zgłoszono ponad 250 dawców. Spora część ośrodków zgłaszała jednak tylko pojedynczych dawców. Wspólnie z kierownictwem grupy roboczej zdecydowaliśmy o kontynuacji zbierania danych i przedstawianiu raportów częściowych. Doszły też inne realia życiowe. W międzyczasie w EBMT dwukrotnie zmieniał się data-manager, a statystyk był tak zapracowany, że nie zajmował się analizami częściowymi. Na szczęście analizy były proste, a dane mi udostępniono (co jak się okazało później, wcale jest takie oczywiste). W efekcie w połowie 2009 r. miałem zgłoszonych ponad 450 dawców.

Abstrakt zjazdowy na zakończenie

Postanowiłem zgłosić wyniki badań na zjazd American Society of Hematology. To największy i najważniejszy zjazd hematologiczny na świecie. Potrzebowałem już jednak bardziej profesjonalnej analizy statystycznej. Po wielokrotnym wyjaśnianiu (na szczęście drogą mailową) istoty badania statystykowi (analiza danych w tym badaniu nie miała wcale typowego charakteru), otrzymałem wyniki tylko części danych. Już było wiadomo, że przygotowując manuskrypt do publikacji będę musiał pojechać do Paryża do biura EBMT, aby osobiście wszystko tłumaczyć i uczest-

niczyć w analizie. Abstrakt został przyjęty do prezentacji ustnej w Ameryce. Niby nic szczególnego, ale w ostatnich 10 latach udało się to chyba tylko 5. Polakom. Ten zjazd ma bardzo wysoki poziom, znacznie przekraczający poziom zjazdów europejskich, nie mówiąc o zjazdach światowych, które zazwyczaj równo honorują uczestników ze wszystkich kontynentów, a to wcale nie podnosi poziomu. Akceptacja abstraktu na ustną prezentację na zjeździe amerykańskim sugeruje, że manuskrypt z ostatecznym raportem ma szansę zostać przyjęty do wysokoimpaktowego czasopisma.

Wybór czasopisma

Mówiąc kolokwialnie, uważam, że praca opublikowana w czasopiśmie posiadającym impact factor 1, musi być 10 razy lepsza niż w czasopiśmie nie posiadającym IF; musi być 20 razy lepsza jeśli ma być opublikowana w czasopiśmie z IF równym 2, itd. Nie wspominając o jakości stosowanego języka angielskiego. Wybór padł na „Blood”, czasopismo z IF ponad 10,5. Najbardziej prestiżowe na świecie czasopismo hematologiczne.

Umówiłem się mailowo ze statystykiem w Paryżu. Do spotkania dołączyła jeszcze Adriana Balduzzi z Mediolanu, która wspierała mnie w projekcie od początku. Łatwiej nam było wszystko wyjaśnić statystykowi. Siedzieliśmy cały dzień do późnego wieczora. Dzięki temu

sam nauczyłem się niektórych metod statystycznych, dostałem też całą bazę danych. Zaczęłem pisać manuskrypt. Pewne obliczenia trzeba było uzupełniać. Na szczęście byłem już niezależny. Mimo wszystko napisanie całej pracy zajęło mi kilka miesięcy. Potem wysłałem ją do akceptacji i korekty 24. współautorów. Tu przeżyłem jednak kolejne rozczarowanie. Ich wkład do pracy był niewielki, a czasami destrukcyjny.

Opublikowanie artykułu

Wysłałem artykuł do „Blood”. Po miesiącu otrzymałem 2 recenzje, obejmujące ponad 30 uwag. Dodatkowo, uwagi swoje przesłał Redaktor Działu. Te uwagi miały charakter „strategiczny”, pokazujący kierunek prowadzenia badań i analizy. Nic dziwnego – to czasopismo wyznacza kierunki rozwoju naukowego hematologii. Ze względu na bardzo istotny i zupełnie nowatorski temat badania oraz dużą liczebność grupy badawczej, redakcja była jednak zainteresowana tym artykułem. Realizacja poprawek zajęła mi prawie 3 miesiące. Musiałem wykonać szereg kolejnych analiz, uzupełnić szczegóły kliniczne, zaangażowałem też dwoje tzw. native speakers do korekty językowej. Wydawało się, że artykuł jest już dobry. Kolejna recenzja była po kolejnym miesiącu. Znowu prawie 30 uwag, w tym niektóre podobne do poprzednich: re-

cenzeni widzieli dany problem inaczej i upierali się przy swoim stanowisku. Po kolejnych prawie 3 miesiącach wysłałem kolejną wersję. Po miesiącu kolejne recenzje: jeden recenzent akceptował pracę, drugi miał jeszcze 8 uwag. Redaktor naczelny działu w „Blood” miał też jeszcze konkretne propozycje dotyczące zmiany tytułu i abstraktu. Po wysłaniu kolejnej, już czwartej wersji artykułu, otrzymałem akceptację w przeciągu 4 dni. Redakcja uznała, że artykuł jest bardzo ważny i zamieściła do niego komentarz w postaci artykułu redakcyjnego (tzw. Editorial).

Podsumowanie

Całość pracy od zgłoszenia projektu do opublikowania zajęła ponad 6 lat. Musiałem wyjechać na 4 zagraniczne spotkania robocze, nie związane ze zjazdami naukowymi. Na 2 zjazdach prezentowałem wyniki częściowe, na 2 zjazdach wyniki końcowe, pisanie pracy wraz z dokonaniem korekt wymaganych przez recenzentów i redaktora naczelnego zajęło mi ponad rok.

Nauka kosztuje. Nauka wymaga ogromnej pracy. Konieczne jest też zaangażowanie, cierpliwość, konsekwencja i wiara w końcowy sukces. To wszystko jest możliwe.

prof. dr hab. Jan Styczyński jest pierwszym autorem omawianej pracy, kierownikiem Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej

Nasi na Liście Filadelfijskiej

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor (powyżej 1 punktu). W tym numerze Wiadomości Akademickich informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres od początku października do połowy grudnia 2011 r.

Impact Factor ISI: 10.558

Jan Styczyński

Autorzy: Styczyński J, Balduzzi A, Gil L, Labopin M, Hamladji RM, Marktel S, Yesilipek MA, Fagioli F, Ehlert K, Matulova M, Dalle JH, Wachowiak J, Miano M, Messina C, Diaz MA, Vermeylen C, Eyrich M, Badell I, Dreger P, Gozdzik J, Hutt D, Rascon J, Dini G, Peters C; on behalf of the European Group for Blood and Marrow Transplantation Pediatric Diseases Working Party.

Tytuł oryginału: Risk of complications during hematopoietic stem cell collection in pediatric sibling donors: a prospective European Group for Blood and Marrow Transplantation Pediatric Diseases Working Party study

Źródło: - Blood 2012 Vol 119 nr 12 s. 2935-2942.

Impact Factor ISI: 6.532

Hanna Janiszewska

Aneta Bąk

Maria Pilarska

Marta Heise

Anna Junkiert-Czarnecka

Tytuł oryginału: A risk of essential thrombocythemia in carriers of constitutional CHEK2 gene mutations.

Autorzy: Hanna Janiszewska, Aneta Bąk, Maria Pilarska, Marta Heise, Anna Junkiert-Czarnecka, M. Kuliszkiwicz-

Janus, M. Całbecka, B. Jaźwiec, D. Wołowicz, K. Kuliczowski, Olga Haus.

Źródło: - Haematologica 2012 Vol. 97 nr 3 s. 366-370.

Impact Factor ISI: 6.452

Ewa Chmielowska

Tytuł oryginału: First-line bevacizumab-containing therapy for breast cancer: results in patients aged >70 years treated in the ATHENA study.

Autorzy: L. Biganzoli, E. Di Vincenzo, Z. Jiang, M. Lichinitser, Z. Shen, R. Delva, N. Bogdanova, G.L. Vivanco, Z. Chen, Y. Cheng, M. Just, M. Espie, J. Vinholes, C. Hamm, D. Crivellari, E[wa] Chmielowska, V. Semiglazov, F. Dalenc, I. Smith.

Źródło: - Ann. Oncol. 2012 Vol. 23 nr 1 s. 111-118.

Impact Factor ISI: 4.411

**Urszula Rogalla
Tomasz Grzybowski**

Tytuł oryginału: Complete mitochondrial DNA analysis of eastern Eurasian haplogroups rarely found in populations of northern Asia and eastern Europe.

Autorzy: M. Derenko, B. Malyarchuk, G. Denisova, M. Perkova, Urszula Rogalla, Tomasz Grzybowski, E. Khusnutdinova, I. Dambueva, I. Zakharov.

Źródło: - PLoS ONE 2012 Vol. 7 nr 2 e32179.

Impact Factor ISI: 3.564

**Andrzej Brymora
Mariusz Flisiński
Anna Stefańska
Jacek Manitius**

Tytuł oryginału: Low-fructose diet lowers blood pressure and inflammation in patients with chronic kidney disease.

Autorzy: Andrzej Brymora, Mariusz Flisiński, R.J. Johnson, G. Goszka, Anna Stefańska, Jacek Manitius.

Źródło: - Nephrol. Dial. Transplant. 2012 Vol. 27 nr 2 s. 608-612.

Impact Factor ISI: 3.451

**Piotr Ruszkowski
Bogusław Hładoń**

Tytuł oryginału: Anticancer effect of A-ring or/and C-ring modified oleanolic acid derivatives on KB, MCF-7 and HeLa cell lines.

Autorzy: B. Bednarczyk-Cwynar, L. Zaprutko, Piotr Ruszkowski, Bogusław Hładoń.

Źródło: - Org. Biomol. Chem. 2012 Vol. 10 s. 2201-2205.

Impact Factor ISI: 2.660

Andrzej K. Gzella

Tytuł oryginału: A convenient method for the synthesis of 2-[(5-benzyl-1,3-thiazol-2yl)imino]-1,3-thiazolidin-4-one derivatives.

Autorzy: Y.V. Ostapiuk, M.D. Obushak, V.S. Matychuk, M. Naskrent, Andrzej K. Gzella.

Źródło: - Tetrahedron Lett. 2012 Vol. 53 s. 543-545.

Impact Factor ISI: 2.631

Małgorzata Pawłowska

Waldemar Halota

Tytuł oryginału: HBV DNA suppression during entecavir treatment in previously treated children with chronic hepatitis B.

Autorzy: M[ałgorzata] Pawłowska, W[aldemar] Halota, E. Smukalska, T. Woźniakowska-Gęsicka, J. Kupś.

Źródło: - Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2012 Vol. 31 s. 571-574.

Impact Factor ISI: 2.390

Mariusz Mielniczuk

Tytuł oryginału: Pulsed acoustic cellular expression as a protective therapy against I/R injury in a cremaster muscle flap model.

Autorzy: Ł. Krokowicz, A. Klimczak, J. Cwykiel, Mariusz Mielniczuk, C. Grykien, M. Siemionow.

Źródło: - Microvasc. Res. 2012 Vol. 83 s. 213-222.

Impact Factor ISI: 2.340

**Piotr Kamiński
Beata Koim-Puchowska
Magdalena Kuligowska-Prusińska
Grażyna Dymek
Aneta Mańkowska
Grażyna Odrowąż-Sypniewska**

Tytuł oryginału: Do toxic heavy metals affect antioxidant defense mechanisms in humans?

Autorzy: M. Wieloch, Piotr Kamiński, A. Ossowska, Beata Koim-Puchowska, T. Stuczyński, Magdalena Kuligowska-Prusińska, Grażyna Dymek, Aneta Mańkowska, Grażyna Odrowąż-Sypniewska.

Źródło: - Ecotoxicol. Environ. Safety 2012 Vol. 78 s. 195-205.

Impact Factor ISI: 2.239

**Wojciech Szczęsny
Andrzej Marszałek
Jakub Szmytkowski,
Stanisław Dąbrowiecki**

Tytuł oryginału: The ultrastructure of the fascia lata in hernia patients and healthy controls.

Autorzy: Wojciech Szczęsny, K. Głowacka, Andrzej Marszałek, R. Gumański, Jakub Szmytkowski, Stanisław Dąbrowiecki.

Źródło: - J. Surg. Res. 2012 Vol. 172 nr 1 s. e33-e37.

Impact Factor ISI: 1.875

Anna Szaflarska-Popławska

Tytuł oryginału: Polymorphic variants of genes involved in homocysteine metabolism in celiac disease.

Autorzy: K. K. Hozyasz, A. Mostowska, Anna Szaflarska-Popławska, M. Lianeri, P. P. Jagodziński.

Źródło: - Mol. Biol. Rep. 2012 Vol. 39 s. 3123-3130.

Impact Factor ISI: 1.860

**Alina Sokuć
Barbara Góralczyk
Krzysztof Góralczyk
Danuta Rość**

Tytuł oryginału: Triglycerides as an early pathophysiological marker of endothelial dysfunction in nondiabetic women with a previous history of gestational diabetes.

Autorzy: Alina Sokuć, Barbara Góralczyk, Krzysztof Góralczyk, Danuta Rość.

Źródło: - Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2012 Vol. 91 s. 182-188.

Impact Factor ISI: 1.710

**Marcin Koba
Michał Marszał
Wiktor Sroka
Adam Buciński**

Tytuł oryginału: Application of HPTLC and LC-MS methods for determination of topiramate in pharmaceutical formulations.

Autorzy: Marcin Koba, Michał Marszał, Wiktor Sroka, M. Tarczykowska, Adam Buciński.

Źródło: - Curr. Pharm. Anal. 2012 Vol. 8 nr 1 s. 44-48.

Impact Factor ISI: 1.699

**Hanna Trzcinska
Grzegorz Przybylski**

Tytuł oryginału: Analysis of the relation between level of asthma control and depression and anxiety.

Autorzy: Hanna Trzcinska, Grzegorz Przybylski, B. Kozłowski, S. Derdowski.

Źródło: - Med. Sci. Monitor 2012 Vol. 18 nr 3 s. CR190-CR194.

Impact Factor ISI: 1.699

**Michał Szpinda
Alina Woźniak
Marcin Daroszewski
Celestyna Mila-Kierzenkowska**

Tytuł oryginału: The normal growth of the common iliac arteries in human fetuses - an anatomical, digital and statistical study.

Autorzy: Michał Szpinda, A. Szpinda, Alina Woźniak, Marcin Daroszewski, Celestyna Miła-Kierzenkowska.

Źródło: - Med. Sci. Monitor 2012 Vol. 18 nr 3 s. BR109-BR116.

Impact Factor ISI: 1.656

Monika Pogorzała
Mariusz Wysocki
Jan Styczyński

Tytuł oryginału: Expression profiles of signal transduction genes in ex vivo drug-resistant pediatric acute lymphoblastic leukemia.

Autorzy: J. Szczepanek, Monika Pogorzała, M. Jarzab, M. Oczko-Wojciechowska, M. Kowalska, A. Tretyn, Mariusz Wysocki, B. Jarzab, Jan Styczyński.

Źródło: - Anticancer Res. 2012 Vol. 32 s. 503-506.

Impact Factor ISI: 1.644

Marlena Jakubczyk

Tytuł oryginału: Home enteral nutrition in children-2010 nationwide survey of the polish society for clinical nutrition of children.

Autorzy: A. Szlagatys-Sidorkiewicz, K. Popińska, E. Toporowska-Kowalska, A. Borkowska, M. Sibilska, B. Gębora-Kowalska, S. Kłęk, E. Hapyn, J. Kierkuś, U. Grzybowska-Chlebowczyk, S. Więcek, A. Danuszkiewicz, Marlena Jakubczyk, M. Lembas-Sznabel, M. Wilczyński, I. Zagożdżon, P. Matras, A. Zmarzły, J. Książyk.

Źródło: - Eur. J. Pediatr. 2012 Vol. 171 s. 719-723

Impact Factor ISI: 1.551

Zbigniew Serafin
Grażyna Rusek
Piotr Strześniewski
Katarzyna Laskowska
Władysław Lasek

Tytuł oryginału: Comparison of calcium scoring with 4-multidetector computed tomography (4-MDCT) and 64-MDCT: a phantom study.

Autorzy: Zbigniew Serafin, Grażyna Rusek, Piotr Strześniewski, Katarzyna Laskowska, Władysław Lasek.

Źródło: - J. Comput. Assis. Tomogr. 2012 Vol. 36 nr 1 s. 88-93.

Impact Factor ISI: 1.500

Beata Sulikowska
Grażyna Odrowąż-Sypniewska
Jacek Manitus

Tytuł oryginału: Urid acid, renal vasoconstriction and erythropoietin relationship in IgA nephropathy revealed by dopamine-induced glomerular filtration response.

Autorzy: Beata Sulikowska, R.J. Johnson, Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Jacek Manitus.

Źródło: - Kidney Blood Press. Res. 2012 Vol. 35 s. 161-166.

Impact Factor ISI: 1.482

Olga Haus
Monika Pogorzała
Mariusz Wysocki
Jan Styczyński

Tytuł oryginału: Gene expression signatures and ex vivo drug sensitivity profiles in children with acute lymphoblastic leukemia.

Autorzy: J. Szczepanek, M. Jarzab, M. Oczko-Wojciechowska, M. Kowalska, A. Tretyn, Olga Haus, Monika Pogorzała, Mariusz Wysocki, B. Jarzab, Jan Styczyński.

Źródło: - J. Appl. Genet. 2012 Vol. 53 s. 5383-5991.

Impact Factor ISI: 1.438

Halina Zielińska-Więczkowska
Waldemar Ciemnoczołowski
Kornelia Kędziora-Kornatowska
Marta Muszalik

Tytuł oryginału: The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A).

Autorzy: Halina Zielińska-Więczkowska, Waldemar Ciemnoczołowski, Kornelia Kędziora-Kornatowska, Marta Muszalik.

Źródło: - Arch. Gerontol. Geriatr. 2012 Vol. 54 nr 1 s. 238-241.

Impact Factor ISI: 1.438

Wojciech Hagner

Tytuł oryginału: Age- and menopause-related differences in physiological factors of health quality in women aged 35-60.

Autorzy: M. Więcek, B.S. Jegal, Wojciech Hagner, M. Hagner-Derengowska,

I.Z. Zubrzycki.

Źródło: - Arch. Gerontol. Geriatr. 2012 Vol. 54 nr 2 s. 385-390.

Impact Factor ISI: 1.389

Anna Bajek
Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Ciprofloxacin as a prophylactic agent against prostate cancer: a „two hit” hypothesis.

Autorzy: T. Kloskowski, N. Gurtowska, A[nna] Bajek, Tomasz Drewa.

Źródło: - Med. Hypotheses 2012 Vol. 78 s. 235-238.

Impact Factor ISI: 1.379

Tomasz Grzybowski
Urszula Rogalla

Tytuł oryginału: Mitochondria in anthropology and forensic medicine.

Autorzy: Tomasz Grzybowski, Urszula Rogalla.

Źródło: - Adv. Exp. Med. Biol. 2012 Vol. 942 s. 441-453.

Impact Factor ISI: 1.329

Marcin Woźniak
Tomasz Grzybowski

Tytuł oryginału: The Y-chromosome C3* star-cluster attributed to Genghis Khan's descendants is present at high frequency in the Kerey clan from Kazakhstan.

Autorzy: S. Abilev, M. Derenko, Marcin Woźniak, Tomasz Grzybowski.

Źródło: - Hum. Biol. 2012 Vol. 84 nr 1 <http://digitalcommons.wayne.edu/hum-biol/vol84/iss1/4>

Uwagi: Open Access

Impact Factor ISI: 1.098

Krzysztof Kusza

Tytuł oryginału: Intraoperative fluid therapy and pulmonary complications.

Autorzy: K. Siemionow, J. Cywiński, Krzysztof Kusza, I. Lieberman.

Źródło: - Orthopedics 2012 Vol. 35 nr 2 s. e184-e191.

Impact Factor ISI: 1.058

Alicja Nowaczyk

Tytuł oryginału: QSAR studies on a number of pyrrolidin-2-one antiarrhythmic arylpiperazinyl.

Autorzy: Alicja Nowaczyk, K. Kulig.
Źródło: - Med. Chem. Res. 2012 Vol. 21 s. 373-381

Impact Factor ISI: 1.027

Barbara Ruszkowska
Alina Sokup,
Arleta Kulwas
Maciej W. Socha
Krzysztof Góralczyk
Barbara Góralczyk

Danuta Rość

Tytuł oryginału: Assessment of ghrelin and leptin receptor levels in postmenopausal women who received oral or transdermal menopausal hormonal therapy.

Autorzy: Barbara Ruszkowska, Alina Sokup, Arleta Kulwas, Maciej W. Socha, Krzysztof Góralczyk, Barbara Góralczyk, Danuta Rość.

Źródło: - J. Zhejiang Univ. Sci. B 2012 Vol. 13 nr 1 s. 35-42.

Impact Factor ISI: 1.014

Przemysław Tarasewicz

Tytuł oryginału: Superconductivity and hybridization in the fermion system at zero temperature.

Autorzy: P[Przemysław] Tarasewicz.
Źródło: - J. Supercond. Nov. Magn. 2012 Vol. 25 s. 363-375.

Moździerz apteczne

Wojciech Ślusarczyk

Dźwięczałem, śpiewałem
w komnacie na ławie,
Gdy mędrzec – alchemik uderzał
w me wnętrze:
I ból czułem tłuczka,
i łoskot słyszałem,
Zapachem ziół słodkich
wzbierało mi serce.
W. R. Jeeves

Za życia i po życiu

Pierwsze moździerz i nieodłączne tłuczki, nazywane pistlami swoje początki mają już u zarania cywilizacji. Podobnie jak żarna, znajdowały się one bowiem w każdym, nawet bardzo prymitywnym gospodarstwie. Moździerz był niezbędny do rozdrabniania i rozcierania nasion, ziół, korzeni, a także zboża i innych surowców.

Moździerz były używane przez ludzi zamieszkujące basen Morza Śródziemnego. Znajdowały one zastosowanie w życiu codziennym, a także w kulturze sepulkralnej. Świadcą o tym odkrycia archeologiczne. Heinrich Schliemann, podczas odnalezienia Troi w 1873 r., pośród wielu przedmiotów natknął się także na bazaltowy moździerz oraz granitowy i wapienny pistel. Moździerz z alabastru znajdowane były również w grobowcach etruskich. W greckim grobowcu w pobliżu Neapolu, natknięto się moździerz wykonany z jaspisu. Z kolei pośród przedmiotów codziennego użytku, odnalezionych w Pompejach było około stu kamiennych moździerz i moździerzów.

Staroegipskie płaskorzeźby oraz freski zawierają wiele świadectw na temat narzędzi jakimi posługiwali się Egipcjanie. Wśród nich znajdowały się również moździerz i pistle. Informacje o nich możemy także odnaleźć w papirusach medycznych, a zwłaszcza w najsłynniejszym z nich, papirusie Ebersa z XVI w. p.n.e.

Informacje o moździerzach znajdu-

ją się również w Biblii. Lud mełł mannę na żarnach albo tłukł ją w moździerz. (Księga Liczb XI 8) Choćbyś stłukł głupiego w moździerz jak krupy, bijąc z wierzchu tłuczkiem, nie będzie odjęta od niego głupota jego. (Księga Przysłów XXVII 22)

Miedzy lekami a alchemią

Pierwsze wiadomości o leczniczym zastosowaniu moździerz pochodzi z I w. n. e., z kręgu kultury rzymskiej. Nie mogło się bez nich obejść przyrządzanie leków, opisane w dziele De medicina, autorstwa Cel-susa. Moździerz były także wymienione kilkakrotnie przez Pliniusza Starszego.

Używało ich również rozwinięte lecnictwo Persów i Arabów. Moździerz wchodziły w skład wyposażenia pierwszej historycznej apteki w Bagdadzie, powstałej w połowie VIII w.

Były one ponadto niezbędne podczas rozwoju arabskiej sztuki alchemii. Wiele z prób alchemicznych, dokonywanych częstokroć na zapleczu arabskich aptek, wzbogaciło z czasem farmację. Podkreślić trzeba, iż pierwsze apteki na terenie Europy zostały założone w Hiszpanii właśnie przez Arabów. XIII – wieczne manuskrypty ilustrujące wnętrza arabskich aptek, pokazują nam iż rozcieranie surowców w moździerz było przede wszystkim zajęciem uczniów aptekarskich.

Atrybut profesji

Podczas gdy kultura, w tym także i medycyna Arabów kwitła, Europa od V w. znajdowała się w cywilizacyjnej zapadłości. Jedynymi ośrodkami kultywowania tradycji medycznych były wówczas klasztory. Apteki świeckie, zaczęły powstawać dopiero w XII i XIII w.

Średniowieczna ikonografia oraz rzeźby dają świadectwo tego jak cennym i niezbędnym przedmiotem w każdej

aptece był moździerz. O jego znaczeniu świadczy również fakt, iż jego wizerunek trafiał na pieczęcie aptekarzy.

W Krakowie w 1532 r., nakładem oficyny wydawniczej Floriana Unglera, ukazała się pierwsza publikacja botaniczna w Polsce. Było to zredagowane i uzupełnione przez Szymona z Łowicza, znane już w średniowieczu, dzieło niejakiego Macera. Nosiło ono tytuł De herbarum virtutibus. Na karcie tytułowej umieszczony został drzeworyt, przedstawiający lekarza i aptekarza. Do atrybutów drugiego z nich, poza księgą i puszkami na zioła, znajdował się również okazały moździerz z wystającym zeń pistlem.

Niedługo później, w 1534 r., również w tej samej oficynie, wydano pracę autorstwa Stefana Falimirza, zatytułowaną „O ziołach i o mocy gich”. Została ona ozdobiona pięknym drzeworytem, przedstawiającym wnętrze ówczesnej apteki. Na pierwszym planie widoczny jest moździerz i obsługujący go, podobnie jak w przypadku apteki arabskiej, chłopiec.

Wizerunki moździerz były również spotykane w godłach aptecznych. W inwentarzu z 1604 r., sporządzonym w jednej z krakowskich aptek, wymieniono między innymi: (...) dwa murzyny stojące y drewniany moździerz przy nich. Połączany gryf, trzymający w szponach moździerz i pistel był w 1610 r. godłem apteki w Bayreuth w Bawarii. Moździerz znajdował się również w XVII – wiecznym godle sztokholmskiej Apteki „Pod Białym Niedźwiedziem”. Podobne przykłady można by mnożyć.

Widzimy więc, iż już w XVI w. moździerz był traktowany jako atrybut aptekarskiej profesji.

Formy i słowa trwają na wieki

Moździerz apteczne, miały pierwotnie proste formy. Jednakże wraz z roz-

wojem rzemiosła artystycznego wyodrębniły się wśród nich trzy zasadnicze typy: moździerz gotyckie, renesansowe i barokowe. Posiadały one cechy stylowe przypisywane danemu okresowi w sztuce, jednakże często powstawały na długo po wygaśnięciu reprezentowanego przez siebie stylu. Przykładem na to mogą być moździerze gotyckie, powstałe na przełomie XIX i XX, znajdujące się w zbiorach Muzeum Farmacji Apteki "Pod Łabędziem" w Bydgoszczy.

Na powierzchni renesansowych i barokowych moździerzy zamieszczano różnorakie przedstawienia o treści mitologicznej i religijnej. Wśród popularnych ornamentów znajdowały się głowy olbrzymów, lwy podtrzymujące w paszczach liściaste girlandy, maszkarony, groteski, ale także sceny ukrzyżowania, postaci świętych, biskupów i władców.

Na moździerzach zamieszczano także gmerki (herby) aptekarzy oraz inskrypcje o treści religijnej. Najlepszym tego przykładem jest XVI – wieczny moździerz znajdujący się w zbiorach Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy, na którym znajduje się gmerk z inicjałami właściciela: A.V. (Aleksy Variasiewicz) oraz ozdobny napis łaciński: VERB. DOMN. MAN. I. AETERN. (Słowo Pańskie trwa na wieki.).

Zdobieniom podlegały także uchwyty metalowych moździerzy. Przybierały one najczęściej formę głów mitologicznych stworów. Dekoracje takich moździerzy nie odbiegały znacznie od dekoracji dzwonów, były one bowiem odlewane przy użyciu bardzo podobnej techniki.

Co ciekawe, w niektórych krajach Dalekiego Wschodu, od starożytności do XX w. używano moździerzy, które kształtem przypominały łódź. Pistel w takich moździerzach mógł być przesuwany wyłącznie w przód i w tył. Zgodnie z miejscową tradycją ruch okrężny posiadał bowiem szkodliwy wpływ na lecznicze działanie ucieranych surowców.

Postumenty i pistle

Moździerze apteczne ustawiane były na drewnianych lub kamiennych postumentach. Zazwyczaj nie posiadały one specjalnych walorów artystycznych, jednakże niektóre z nich zdobiono wizerunkami zwierząt lub ludzi, na przykład murzynów, czy indian. Stanowiły one wówczas przykład prawdziwej sztuki rzemieślniczej.

Nieodzowne pistle mogły być wykonane z drewna, brązu lub kamionki. Istniały ich dwu i jednostronne warianty. Te ostatnie posiadały uchwyty w kształcie

porzeczek, półksiężyca, koła, jaskółczego ogona lub liry. Usprawniały one czysto ręczną pracę, ale mogły także służyć do umocowania sznura czy łańcucha, zwieszonego z elastycznej żerdzi. Rozwiązanie takie znacznie ułatwiało tłuczenie twardszych korzeni. Ciężar dużych pistli dochodzić mógł bowiem nawet do kilkunastu kilogramów. Przykładem na to może być pistel, znajdujący się w krakowskim Muzeum Farmacji, o długości 82 cm i wadze 18 kg. W XIX w. zaczęto stosować także pistle napędzane maszyną parową. Rozwiązanie takie nie znalazło jednak szerszego zastosowania.

Do ucierania kamieni szlachetnych

Moździerz ludów pierwotnych wykonywane były z pni drzew lub drążono je w kamieniu. Podobną technikę stosowali starożytni mieszkańcy Mezopotamii, Egiptu, a także Grecy i Rzymianie. Spośród kamieni wykorzystywano marmur, alabaster, jaspis, bazalt. Kultura rzymska pozostawiła po sobie także moździerze ze specjalnej białej gliny i brązu.

Wraz z rozwojem wiedzy aptekarskiej coraz większą uwagę zwracano na tworzywo z jakiego wykonywano moździerz. Surowce, które zmieniały kolor w moździerz metalowym, należało ucierać wyłącznie w moździerzach kamiennych. Przepis z czasów angielskiej królowej Elżbiety I (1533-1603), dotyczący aptekarzy, mówił że do proszkowania różnych surowców powinni oni posiadać rozmaite moździerze. Na przykład korale i perły mogli rozdrabniać jedynie w moździerzach marmurowych, nie wolno było zaś używać do tego celu moździerzy miedzianych. Do ucierania kamieni szlachetnych służyć musiał moździerz z porfiru. Natomiast wszelkiego rodzaju elektuariów (mas do wytwarzania pigułek) nie wolno było rozcierać w moździerzach metalowych, lecz wyłącznie w szklanych, kamiennych, drewnianych lub najlepiej w srebrnych.

Mortariolum lub pila

Polska nazwa moździerz, podobnie jak w przypadku większości języków europejskich, wywodzi się z łaciny. Na określenie moździerza spotykamy w niej terminy: mortarium, mortariolum lub pila. Staropolską terminologię możemy poznać dzięki lekturze inwentarzy aptecznych. Znajdują się w nich słowa takie jak: moździerz, moździerz, moździerz, moździerz, a nawet stępa lub stępka. Ostatnie określenie jest bardzo podobne do rosyjskiego terminu stupa, oznaczającego moździerz.

Większość języków europejskich używała i używa terminów bliższych łacińskiemu pierwowzorowi: mortario (włos.), mortero (hiszp.), mortier (franc.), mortar (ang.), Mörser (niem.), mortel (szwedz.), czy morter (duń.).

Z apteki do muzeum

Od końca XIX w. moździerze powoli traciły na znaczeniu. Były one wypierane przez coraz doskonalsze młynki, które proszkowały surowce w sposób zdecydowanie bardziej efektywny. Ponadto powstający wówczas przemysł chemiczno-farmaceutyczny przejmował powoli zakres prac wymagających wysiłku fizycznego.

W dzisiejszych aptekach moździerzyki z porcelitu są używane bardzo rzadko. Powodem tego jest stopniowy zanik receptury aptecznej. Dawne moździerze, warte fortunę i przekazywane z pokolenia na pokolenie, o ile nie zostały zniszczone lub przetopione na złom przez okupantów, trafiły do muzeów, dając świadectwo minionej rzeczywistości. Choć w dużej mierze nie są już używane, jako niegdyś niezbędne narzędzia pracy aptecznej, stały się łatwo rozpoznawalnym symbolem zawodu aptekarskiego.

Nie śpiewam, nie dzwonię,
jak dawniej bywało,
Gdy dłoń alchemika
wzbudzała me dźwięki;
Trwam niemy i martwy,
jak lutnia zerwana,
Wśród zmian, które niosą
mijające wieki.
W. R. Jeeves

do przygotowania artykułu wykorzystano książkę A. Stabrawy, *Moździerze aptekarskie w krakowskich zbiorach muzealnych*, Warszawa 1974

dr Wojciech Ślusarczyk jest pracownikiem Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa



Mit Asklepiosa

Edmund Waszyński

Mit Asklepiosa, boga medycyny, mówiąc wzniośle – sztuki lekarskiej, narodził się w Tesalii. Asklepios był synem Apolla (Apollina), boga Olimpu i córki króla tesalskiego Koronis, uwiedzionej nad brzegiem morza. Jego imię pochodzi od nazwy asklepa – oznaczającej kreta, który w Indiach uchodził za boga ziemi.

Mit Asklepiosa w Grecji

Zacznijmy od narodzin boga medycyny. Swego czasu, a było to bardzo dawno temu, piękny Apollo – młodzieniec o złocistych kędziorach i błękitnych oczach, wstąpił na dwór Flegiasa, króla Lapitów, władcy bardzo walecznego plemienia, mieszkającego na północy Tesalii. Apollo jako bóg mógł obcować ze śmiertelnymi, czyli istotami żyjącymi na padole ziemskim. Znany ze swych miłosnych przygód Apollo szybko dostrzegł wśród swity dworskiej piękną ziemiankę, córkę króla, imieniem Koronis. Zapałał do niej miłością, a z miłosnego zespolenia obojga, w łonie Koronis powstało brzemie. Szczęśliwe chwile nie trwały długo, bowiem piękny Apollo musiał wracać do swych boskich zajęć na Olimpie, przemyślnie jednak zostawił na straży białego kruka (wronę), by strzegł uroczej wybranki.

Koronis nie pozostała jednak wierna Apollinowi. Spotykała się potajemnie z Ischysem, śmiertelnikiem z Arkadii. Usłużny ptak szybko doniósł swemu panu wiadomość o zdradzie. Apollin wpadł w gniew, przeklął ptaka za złą wiadomość

i zamienił jego białe pióra w czarne. Od tej chwili wszystkie kruki (wrony) mają czarne pióra i swym ponurym wyglądem nie przysparzają sobie sympatii, zaś coś niezwyklego, co prawie nie istnieje (np. unikalny starodruk) nazywamy dzisiaj białym krukiem.

Ugodzony boleśnie niewiernością kochanki Apollo zwierzył się swojej bliźniaczej siostrze Artemidzie, która odebrała nieczyny czyn Koronis jako obrazę brata. Właśnie Artemida powróciła z łowów, szybko podążyła do Tesalii i celnym strzałem z łuku przeszła córkę Flegiasa zamieniając jej ciało w płonący stos. Wtem serce Apollina ogarnął żal, wiedział bowiem, że w łonie kochanki bije serce jego dziecka. Zanim ciało kochanki spłonęło, Apollo wydobył z jej łona swe dziecko i nadał imię Asklepios. Tak przyszedł na świat przyszły heros, który z czasem stał się sławnym lekarzem, a lud ogłosił go bogiem sztuki lekarskiej i patronem lekarzy. Matka nigdy nie zobaczyła swego dziecięcia, a syn nigdy nie ujrzał swej matki.

Boski Apollo miał zbyt dużo zajęć, i na ziemi, i na Olimpie, by zając się sierotą. Pozostawił dziecko w jaskini, gdzie karmiła go swym mlekiem koza, a wierny pies czuwający u boku niemowlęcia strzegł jego bezpiecznego snu. Kiedy już syn wkroczył w wiek młodzieńczy, Apollo oddał go w naukę mądrymu starcowi Chironowi, zwanego też Chejronem. Był to jeden z centaurów, mający postać półczłowieka, półkonia, wyróżniający się dobrocią, mądrością, umiejętnością przyrządzania leków. Do grotu u stóp góry Pelion, w której przebywał, ściągali rzesze chorych ludzi.

Asklepios był pojętnym uczniem, czerpał wiedzę lekarską od swojego wychowawcy i nauczyciela pełnymi garściami. Dostał też ogromnego szczęścia, bowiem ojciec, boski Apollo, obdarzył go swoim własnym darem uzdrawiania chorych. Miał też inne szczęście: Atena podarowała mu nieco krwi pochodzącej z żyły gorgony Meduzy, zabitej przez Perseusza. Krew z prawej strony ciała Meduzy miała moc przywracania życia zmarłym, z żyły lewej strony – była śmiertelną trucizną. Dzięki magicznej sile krwi Meduzy – tej z prawej strony ciała – Asklepios dotknięciem swej laski, wokół której wił się wąż, przywracał życie zmarłym. Tym samym przerósł w sztuce leczenia ludzi swego mistrza Chirona.

Przysporzyło mu to jednak dużo kłopotu, wręcz sprowadził na siebie nie-szczęście, bowiem władca Podziemia Hades oskarżył go przed Zeusem o naruszanie porządku świata. Wskrzeszanie zmarłych mogło zagrozić mrocznemu królestwu dusz, którym zarządzał Hades. Gniew Hadesa musiał być wielki, skoro zażądał od Zeusa, aby ten uśmiercił Asklepiosa. Tak też się stało. Zeus raził śmiertelnie Asklepiosa piorunem. Nie takiej kary spodziewał się dla syna Apollo. Pomścił śmierć syna zabijając kilku Cyklopów, kowali boskiego gromu. Gniew rodził gniew. Zeus zesłał Apollina na ziemię, gdzie pędził żywot wśród śmiertelników – jako prosty parobek ponosił trudy pracy na roli. Według innego podania Apollo miał pełnić na ziemi jako karę posługę lekarską. Strącony z Olimpu nie mógł oddawać się ulubionym łowom ze swą bliźniaczą siostrą Artemidą i korzystać z wszystkich atrybutów boga – zasiadać z bogami do uczt i rozkoszować się słodyczami nektaru i ambrozji.

Czas kary trwał dziewięć lat. Apollo znów stanął przed obliczem Zeusa, odzyskał swą boską moc i czym prędzej wskrzesił swego syna Asklepiosa, który w ten sposób narodził się po raz drugi.

Asklepios wstąpił w związek małżeński, poślubiając boginię Epione. Jej imię oznacza – kojąca ból. Miał też Asklepios ze swą małżonką siedmioro dzieci: Synowie Machaon i Podalejros, jak pisze Homer w Iliadzie, brali udział w wojnie trojańskiej po stronie Greków. Nie walczyli jednak czynnie, gdyż byli lekarzami, nie nosili zbroi. Ważniejszym dla nich było opatrywanie ran niż władanie mieczem. Pięć córek Asklepiosa to Higieja – bogini zdrowia (stąd nazwa higiena), Panakeja – zwana wszystko lecząca (stąd nazwa panaceum), Jaso – uzdrowicielka, oraz Akeso i Elegia, niemające swego „przydziału” w leczeniu chorych. Jak głosi podanie, rodzina ta miała zapoczątkować ród Asklepiadów, z którego pochodzi też ojciec medycyny – Hipokrates.

Asklepios jest przedstawiany w dziełach sztuki jako poważny, brodaty mężczyzna, z odsłoniętym torsem, którego ciało pokrywa szata bez rękawów, spięta na ramieniu, zwana himation. Ów mąż wsparty jest na lasce podróżnej, zwanej kaduceuszem (łac. Caduceus, gr. Kerykejon), oplecionej wężem. Laska ta może symbolizować laskę przewodnika od



Rzeźba Asklepiosa, Museum of Epidaurus Theatre

śmierci ku zmartwychwstaniu, bowiem w starożytności wyleczenie z ciężkiej choroby mogło oznaczać przywołanie chorego z tamtego świata. Nieodłączny atrybut Asklepiosa – wąż, symbolizuje odradzające się życie, co związane było z przekonaniem, że coroczne zrzucanie skóry przez węża (tzw. wylinka) jest wyrazem wiecznego życia, jego stałego odnawiania. Z upływem wieków laska i wąż stały się symbolem medycyny. Z czasem do owej laski dodano czarę, symbolizującą wolę poznania przyrody, a może jej bogactwo środków leczniczych (symbol farmacji).

Bóg medycyny Asklepios panował wszechwładnie w świątyniach budowanych na jego cześć, w tzw. asklepiejonach. Najśłynniejsze świątynie znajdowały się w Epidauros, na wyspach Rodos, Kos i Knidos, w Cyrenajce, Atenach, w Koryncie i Pergamonie. Do asklepiejonów przybywali licznie chorzy, składali ofiary i różne przedmioty wotywnie. Leczenie, nad którym czuwali kapłani, było bezpłatne, oparte na tłumaczeniu snów (onejroskopia).

Mit Asklepiosa w Rzymie

Mit Asklepiosa przeniół się szybko do Rzymu. A stało się to tak. W roku 291 p.n.e. na Rzym spadła straszna zaraza. Odwołano się do boskich ksiąg, z któ-

rych wyczytano, że tylko syn Apollina, słynny Asklepios może uchronić miasto przed zgubą. Wysłano więc poselstwo do Epidauros, gdzie Asklepios wysłuchał posłów i zgodził się pomóc.

Przybrał postać węża ze złotą koroną na głowie, wpłynął na burtę przybyłego z posłami statku i w ten sposób wpłynął do ujścia Tybru. Stojący nad brzegiem rzeki tłum radośnie witał boga-uzdrowiciela. Wszędzie na ołtarzach palono ofiary, a westalki i kapłani palili kadzidła. Nagle Tyber wzburzył się, pośrodku rzeki wyłoniła się zielona wyspa, na której osiadł Asklepios przybrawszy postać dostojnego starca trzymającego kaduceusz. Śmiertelna zaraza odstąpiła od murów miasta, a tłum ochrzcił swego wybawcę Eskulapem. Potomność zaś umieściła Eskulapa na nieboskłonach jako gwiazdozbiór wężownika, a Chejrona, niedoścignionego mistrza, nauczyciela Asklepiosa, jako strzelca. Świecą oni swym blaskiem po dzień dzisiejszy. Asklepios, jego żona Epione i ich dzieci, dali początek rodu Asklepiadów, z których wywodzi się Hipokrates – ojciec medycyny. To on – Hipokrates, powołuje się w swej przysiędze na Apollina i na Asklepiosa.

Przesłanie mitu Asklepiosa

Asklepios, przywracając życie zmar-

łym, naruszył odwieczny porządek świata ustanowiony przez bogów. Dzisiaj lekarze są oskarżani o wchodzenie w boskie kompetencje, czego wyrazem jest klonowanie, terapia genetyczna, transplantacja genów, zarodków itp. Postęp medycyny stwarza iluzję pokonania śmierci. Asklepios – jego mityczna postać półboga, półczłowieka stała się ucieleśnieniem marzeń ludzkości. Wierzono, że jako bóg-człowiek pokona śmierć. Ale Asklepios przegrał jako bóg i nie sprawdził się jako śmiertelnik. Za naruszenie praw boskich spotkała go kara – poniósł śmierć z rozkazu boga. Boski Apollin wskrzesił swego syna, ale to nie łagodzi surowości wyroku.

Powiedzieliśmy na wstępie, że mity są ucieleśnieniem ludzkich pragnień. Z mitu o Asklepiosie płynie przesłanie, że żadnemu lekarzowi, choćby boskiego pochodzenia, nie wolno ulegać hubris – grzechowi pychy, polegającemu na uzurpacji praw boskich, i że lekarz nie może spełnić do końca oczekiwań ludzi chorych, bowiem nie może być on jednocześnie i człowiekiem, i bogiem.

dr hab. Edmund Waszyński jest kierownikiem Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Akademii Medycznej we Wrocławiu, autorem monografii „Historia położnictwa i ginekologii w Polsce”

przedruk za zgodą autora i redakcji z czasopisma „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, 2010, tom 3, zeszyt 4, s. 302-304

Wizyta SKN Historii Medycyny i Farmacji w Muzeum Farmacji im. Antoniny Leśniewskiej w Warszawie

Wojciech Ślusarczyk

W listopadzie 2011 r., na naszej Uczelni rozpoczęło działalność Studenckie Koło Naukowe Historii Medycyny i Farmacji. Głównym motywem jego działalności będą wyjazdy naukowe do miejsc związanych z historią szeroko pojmowanej medycyny i farmacji. Celem wypraw, poza zdobyciem branżowej wiedzy historycznej, jest przeżycie oryginalnych przygód i poznanie ciekawych osób.

W dniu 25 lutego 2012 r. członkowie koła odwiedzili Muzeum Farmacji im. Antoniny Leśniewskiej w Warszawie, stanowiące część Muzeum Historycznego Miasta Stołecznego Warszawy. W wyjeździe uczestniczyli: Kinga Chlipała – analityka medyczna V rok, Agnieszka Śpiewakowska i Ewelina Kuflewska – pielęgniarstwo II rok oraz dr Wojciech Ślusarczyk – opiekun koła. Uczestników wyprawy w progach muzeum po-



Studenckie Koło Naukowe Historii Medycyny i Pielęgniarstwa w Muzeum Farmacji w Warszawie



Studenckie Koło Naukowe Historii Medycyny i Pielęgniarstwa w Muzeum Farmacji w Warszawie

witał jego pracownik, a zarazem badacz dawnej farmacji – mgr Marcin Więcek. Na przyjeźdźnych czekał poczęstunek oraz strawa duchowa. Zwiedzanie sal ekspozycyjnych, połączone z opowieścią o zabytkach i przeszłości farmacji oraz samego muzeum, trwało ponad dwie godziny. Po zapoznaniu się z wystawami, mgr Więcek oprowadził także swych gości po warszawskiej starówce.

Mimo letniej pogody i niewyspania, wyjazd do Warszawy należy uznać za udany i niezwykle ciekawy. Była to pierwsza z wielu planowanych wypraw naukowych Studenckiego Koła Historii Medycyny i Farmacji.

Osoby chcące dołączyć do koła proszone są o kontakt z jego opiekunem, dr. Wojciechem Ślusarczykiem: wojciech.slusarczyk@cm.umk.pl

Medici Homini - Zambia

Alicja Rymaszewska

Zambia to kraj położony w południowej Afryce, ze stolicą w Lusace, słynący z Wodospadów Wiktorii i z miedzi. Tyle na początek. To bardzo krótka charakterystyka państwa, w którym spędziłam ponad dwa miesiące. Po tym wyjeździe mogę powiedzieć dużo więcej.

Wybierając się do Lusaki w Zambii na wolontariat medyczny, nie wiedziałam czego się spodziewać. Znajomi doradzali, żeby zwyczajnie nie spodziewać się niczego. Przyjąć wszystko takie jakim jest, nie porównywać zbyt wiele.

Pierwszy szok... wcale nie kultura, ludzie... ale tak dobrze nam znana zima na pogodę. Tak to jest, gdy Europejki wybiorą się do swojego wyobrażenia o Afryce. Było zimno – taka pora. To dopiero początek całej listy niespodzianek.

Wyprawa do Afryki to ogromne wyzwanie. Na szczęście nie jechałam sama. Towarzyszyła mi koleżanka z roku – Julia Wojtowicz. Pracowałyśmy razem, co bardzo ułatwiało nasze codzienne zadania. Mogłyśmy także zawsze liczyć na pomoc misjonarzy z parafii Makenii, gdzie mieszkaliśmy.

Ochrona zdrowia

W Zambii nie ma powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Pewnie i tak nie byłoby komu płacić. Brak ubezpieczenia utrudnia dostęp do opieki medycznej. W niektórych krajach nie ma tego obowiązku. Jednak w momencie, gdy nasz

znajomy miał podejrzenie złamania ręki i nie mógł iść na zwykłe zdjęcie rtg bez dodatkowej, wysokiej, opłaty byłam już pewna, że wolę ubezpieczenie. Oczywiście każdy ma swoje zdanie na ten temat.

Jednak w kraju, gdzie brakuje na wszystko, wizyta u lekarza wcale nie jest priorytetem. Rodzice nie mogą sobie pozwolić na leczenie dziecka chorego na gruźlicę, nikt nie stać na wizytę u okulisty, a o stomatologu to już mogą zapomnieć.

Nasze zadania

Do naszych obowiązków należało między innymi przyjmowanie chorych w małym gabinecie lekarskim tuż przy parafii, odwiedzanie ich w domach, badanie dzieci w szkole i przedszkolu. Każdego dnia tygodnia działaliśmy w innym miejscu. Na nudę nie mogłyśmy narzekać. Najmilej wspominam wioskę St. Elisabeth i odwiedziny w domu „mamy Carol” – Amerykanki opiekującej się bezdomnymi dziećmi. To było tylko kilka tygodni, ale przywiązałam się do tych ludzi. Nasze podstawowe wyposażenie – plecak z całym ekwipunkiem: ciśnieniomierzem, termometrem, glukometrem, otoskopem, środkami opatrunkowymi i podstawowymi lekami. Bez naszej torby nie ruszałyśmy się z domu.

Odwiedziny u chorych w ich domach

Pacjenci z „naszego rejonu” mieszkali w Compoundzie John Laing – jest to ogromne osiedle mieszkaniowe. Osiedle,

to nawet mało powiedziane. Na ogromnym terenie mieszka wiele tysięcy, czy nawet dziesiątek tysięcy ludzi. Wyprawa w to miejsce to niemałe przedsięwzięcie logistyczne. Potrzebowałyśmy pomocy – tłumacza i kogoś, kto znał te wszystkie ścieżki i domy (dla nas one wszystkie były takie same). Co tydzień z plecakami wyruszałyśmy w drogę.

Poza tym, że byłyśmy pomocą medyczną, stałyśmy się także atrakcją dla dzieci. Biegały za nami wołając muzungu, co znaczy biały człowiek. Nie dało się ukryć – jesteśmy białe.

Główne dolegliwości naszych chorych to, nadciśnienie tętnicze, bóle głowy, kaszel. Poznałyśmy wiele osób po przebytym udarze mózgu. To właśnie do tych pacjentów przychodziliśmy. Kilku z nich nie mogło chodzić.

Same slumsy mieszczą się około 300 metrów od głównej drogi. Od drogi, gdzie życie toczy się „normalnie” – jakieś sklepy, firmy, super samochody. Taka właśnie jest Zambia, a szczególnie Lusaka – ogromna przepaść między najbogatszymi a najbiedniejszymi mieszkańcami kraju.

St. Elisabeth

Wioseczka oddalona od naszej parafii o około 30 km – autobusy nie kursują, mało kto ma prąd, a dostęp do wody jest bardzo utrudniony. Pomoc medyczna jest tam bardzo potrzebna. Przyjmowałyśmy pacjentów z przeróżnymi chorobami. Od kaszlu, bólów głowy, anginy,

po nadciśnienie tętnicze, zapalenie płuc. W cięższych przypadkach nie miałyśmy wyjścia – musiałyśmy kierować do szpitala, do centrum Lusaki. Transport i koszty na pewno były ogromne, ale nie można już było inaczej.

Street Kids

Okazuje się, że w Zambii jest wiele dzieci żyjących na ulicy. Zostały osierocone, uciekły z domu, czasem zostały z niego wyrzucone. To szokujące – są jednak ludzie, którzy próbują im pomóc. Najczęściej są to organizacje pozarządowe. Miałyśmy okazję poznać Amerykankę, panią Carol McBrady – osobę, która stworzyła dom dla ponad czterdzieścioro dzieci z ulicy. Odwiedzaliśmy ich w ramach naszego wolontariatu. Do tej pory jestem zachwycona ich siłą i talentem.

tem. Nie mając zbyt wiele, muszą sobie organizować czas. I wychodzi im to niesamowicie. Wszyscy potrafią śpiewać, tańczyć, grać w nogę.

Próbowałyśmy także dotrzeć do dzieci i młodzieży, które nadal nie miały domu. Nasza pomoc na ulicach Lusaki miała charakter najbardziej podstawowej opieki medycznej – głównie było to opatrzenie ran i podawanie leków przeciwbólowych. Na market, gdzie zbierają się bezdomni, poszliśmy w towarzystwie „mamy Carol” i jej wychowanków – czterech rośnięcych chłopców. Samotne wyjście w to miejsce, to nie najlepszy pomysł.

Grunt to rodzina

Rodzina jest dla Zambijczyków bardzo ważna. Czasem ciężko połączyć koniec z końcem, a rodzice i tak decydują się na

kolejne dziecko. Wiem jedno – potrafią żyć oszczędnie.

Może w tym tkwi sekret. I dziwię się nam – Europejczykom: jak chcemy sobie poradzić z napływem emigrantów z innych kontynentów, jeśli jest nas coraz mniej, a przeciętna rodzina to 2+1. Każdy ma swoje racje. Trudno kłócić się o sposób życia, czy próbować zmieniać czyjąś mentalność.

Z pewnością warto wyjeżdżać, pomagać, poznawać kulturę. Trzeba jednak też rozumieć cudze poglądy i styl życia. Przekonałam się o tym właśnie w Zambii. Mam nadzieję kiedyś tu wrócić.

Alicja Rymaszewska jest lekarzem stażystą Bydgoskiej Izby Lekarskiej, wolontariuszem Projektu Pomocy Humanitarnej „Medici Homini”

Nagroda dla prezentacji SKN Chemii Analitycznej

Pierwsza nagroda dla prezentacji ustnej zatytułowanej „Chemometryczna analiza porównawcza aktywności antyoksydacyjnej ekstraktów z zielonej herbaty (*Camellia sinensis* L.)” przedstawionej przez Miłosza Wojciecha Sadeckiego na 7th Białystok International Medical Congress for Young Scientists Białystok 2012 (Session: Pharmacy).

Aleksandra Bojarska, Anna Brdak, Bogumiła Kupcewicz, Joanna Ronowicz, Marcin Sawicki.

Opiekunowie prezentacji: dr Bogumiła Kupcewicz, mgr Joanna Ronowicz.

Praca została przygotowana w Studenckim Kole Naukowym Chemii Analitycznej prowadzonym przy Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej.



Współautorami prezentacji byli:

Mistrzostwo Collegium Medicum w futsalu

Tomasz Zegarski

W dniach 19-22.01.2012 na hali sportowej Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu odbyły się Akademickie Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych w Futsalu (piłka halowa). W zawodach wzięło udział dziesięć uczelni medycznych, a organizatorem był AZS Akademii Medycznej we Wrocławiu.

W wyniku losowania drużyny zostały podzielone na dwie grupy. Nasi studenci trafili do grupy A, z drużynami z UM Gdańsk, ŚUM Katowice, UM Lublin oraz PUM Szczecin. Pierwszy mecz rozegraliśmy w piątek z studentami z Lublina. Już po 10 minutach prowadziliśmy 1 do 0 po wzorowo rozegranym żucie wolnym i strzale Przemka Jaworskiego. Po objęciu prowadzenia nasza drużyna kontrolowała przebieg meczu starając się zdobyć drugą bramkę, jednak na 15 sekund przed końcem zabrakło w obronie koncentracji



Zwycięska drużyna Collegium Medicum

i lublinianie doprowadzili do remisu. Po przerwie niestety losy meczu się odwróciły, drużyna z Lublina zaczęła grać bardzo ostro czego wynikiem były kontuzje dwóch naszych najlepszych zawodników Przemysław Jaworskiego oraz Grzegorza Muzykiewicza. Przeciwnicy utrzymywali się przy piłce groźnie strzelali i na 5 minut przed końcem wyszli na prowadzenie, którego nie oddali do końca. Po tej przegranej wiadomo było, że jeśli chcemy zostać Mistrzem Polski musimy już tylko wygrywać. Jeszcze tego dnia wieczorem pokonaliśmy UM Gdańsk dwa do jednego, jednak styl gry pozostawiał wiele do życzenia. Długa rozmowa w szatni i męskie „słowa” odmieniły nasz zespół.

W sobotę rano, nasza drużyna pewnie pokonała SUM Katowice 7 do 1. Po tym spotkaniu wiadomo było, że aby wyjść z grupy musimy pokonać minimum dwoma bramkami PUM Szczecin, który do tej pory nie zaznał goryczy porażki. Przed meczem naszym fizjoterapeutom udało się przygotować do gry Grzegorza Muzykiewicza i to właśnie on zasłużył na miano „men of the match”. W tym spotkaniu jego cztery bramki i asysta pozwoliły zwyciężyć 5 do 2

i awansować do dalszego etapu rozgrywek.

W meczu półfinałowym Bydgoscy Medycy stoczyli ciężki bój z ekipą Krakowa, o której sile stanowią świetnie dysponowani Norwegowie. W regulaminowym czasie gry padł wynik 1:1 a bramkę wyrównującą strzelił na 2 minuty przed końcem niezawodny Muzykiewicz. Potrzebna była zatem seria rzutów karnych. Te skutecznie wykonywali bydgoszczanie wygrywając 4 do 2, a interwencje naszego bramkarza Tomasz Maligłowski były ozdobą tego spotkania. W drugim z półfinałów Wrocław okazał się lepszy od zespołu z Lublina.

Mecz finałowy to pojedynek z gospodarzem turnieju Wrocławem. Bydgoszczanie nie pozostawili złudzeń i wygrali to spotkanie 4:0. Nasi studenci od początku narzucili swój styl gry, a gospodarze sprawiali wrażenie wyraźnie spiętych obecnością władz uczelni i licznie zgromadzonych kibiców. Już w szóstej minucie po doskonałym podaniu „Muzyka” kapitan drużyn Michał Zajczkowski wyprowadził naszą drużynę na prowadzenie. Pięć minut później Tomasz Zawadzinski obrócił się z obrońcą na plecach i podwyższył na dwa do zera.

Po przerwie nasz zespół strzelił jeszcze dwie bramki po indywidualnych akcjach Mateusza Zasadnego i Michała Ciępiela. Naszej drużynie jako pierwszej w Polsce udało się w jednej edycji Akademickich Mistrzostw Polski zdobyć złoty medal w piłce nożnej (Kraków 2011) oraz w piłce halowej (futsal). Na uwagę zasługuje również fakt, iż Grzegorz Muzykiewicz został wybrany najbardziej wartościowym zawodnikiem turnieju. Na trzecim miejscu uplasowała się drużyna UM Lublin, która to po rzutach karnych pokonała CM UJ Kraków. Po zakończeniu turnieju medale oraz puchary wręczył Rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu prof. dr hab. Marek Ziętek.

Wynik końcowy:

1. Bydgoszcz
2. Wrocław
3. Lublin
4. Kraków
5. Białystok
6. Szczecin
7. Poznań
8. Gdańsk
9. Łódź
10. Katowice

Mistrzostwo Collegium Medicum w ergonetrze wioślarskim

Tomasz Zegarski

W sobotę 17 marca 2012 r. w hali widowiskowo-sportowej przy ul. Kromera w Bydgoszczy odbyły się Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych w Ergonetrze Wioślarskim.

W zawodach wzięło udział blisko 100 zawodników, a studenci Collegium Medicum w Bydgoszczy zdobyli 9 medali, w tym 6 złotych. Drużynowo zwyciężyliśmy zarówno w klasyfikacji kobiet i mężczyzn. Uroczystego

otwarcia w imieniu władz uczelni dokonał prezes AZS Collegium Medicum, dr hab. Wojciech Zegarski, prof. UMK.

Naszą uczelnię reprezentowali: Marta Liniewska, Natalia Chorążyczewska, Agata Bloch, Ada Czajkowska, Katarzyna Dziewiaczyńska, Marta Pytłasińska, Katarzyna Hewelt. W kategorii mężczyzn Karol Cadelski, Even Overskaung, Bartosz Karpiński, Tomasz Kowalik, Michał Wa-

łęsa, Maciej Danielski, Kajetan Rakowski. Opiekunem sekcji kobiet był dr Andrzej Drygas, a męskiej - dr Tomasz Zegarski.

Ergonetr wioślarski – służy do utrzymania formy podczas sezonu zimowego, w którym wioślarze nie mogą trenować na wodzie. Ergonetr wprawia w ruch większość partii mięśni i doskonale odwzorowuje czynności wykonywane na wodzie. Zawody rozgrywane są na dystansie 1000 metrów w dwóch kategoriach wagowych lekkiej i ciężkiej.

W punktacji drużynowej kobiet I miejsce zajęła drużyna CM Bydgoszcz (67 pkt), w punktacji drużynowej mężczyzn I miejsce zajęła CM Bydgoszcz (98 pkt). W ogólnej klasyfikacji kobiet pierwsze miejsce zajęła Marta Liniewska (03:27,2), a trzecie Katarzyna Dziewiaczyńska (03:42,2), w klasyfikacji kobiet w wadze lekkiej trzy pierwsze miejsca zajęły reprezentantki CM Bydgoszcz (Natalia Chorążyczewska, Marta Pytłasińska, Katarzyna Hewelt). W klasyfikacji mężczyzn w wadze ciężkiej pierwsze miejsce zajął Even Overskaung, w wadze lekkiej – Tomasz Kowalik (a Bartosz Karpiński i Karol Cadelski zajęli odpowiednio miejsce piąte i szóste).

dr Tomasz Zegarski jest pracownikiem Studium Wychowania Fizycznego i Sportu



Stoją od prawej: dr Zegarski Tomasz (trener sekcji mężczyzn), Wałęsa Michał, Pytłasińska Marta, Chorążyczewska Natalia, Dziewiaczyńska Katarzyna, Karpiński Bartosz, mgr Tomasz Kowalik, Hewelt Katarzyna, Agata Bloch, Czajkowska Ada, Overskaung Even, Liniewska Marta, dr A. Drygas (trener sekcji kobiet) siedzą Cadelski Karol, Rakowski Kajetan