

Jest cicho. Choinka płonie.
Na szczycie cherubin fruwa.
Na oknach pelargonie,
blask świeczek złotem zasnuwa,
a z kąta, z ust brata płynie
kolęda na okarynie:
Lulajże, Jezuniu...
Konstanty Ildefons Gałczyński

Redakcja Wiadomości Akademickich
życzy
wszystkim Czytelnikom i Sympatykom
Wesołych Świąt i Szczęśliwego Nowego Roku!



Spis Treści

Wywiad numeru

Myszę, że podstawowym atutem Uniwersytetu jest jego różnorodność,
wywiad z JM Rektorem UMK, prof. dr. hab. Andrzejem Tretynem 7

Z życia Uczelni

„Jestem dawcą szpiku...”	7
Termomodernizacja na dużą skalę	8
Nowy dom studencki	9
„Czwarta rewolucja” w kardiologii inwazyjnej	10
Profesor Adam Buciński Honorowym Aptekarzem	10
Stomatologia coraz bliżej	11
Wizyta gości z Grodna	12
Jedzenie z „Fantazją”!	12
Budowanie pomostów między nauką a gospodarką	13
Nowi profesorowie: Marek Grabiec	16
Pożegnanie: prof. dr hab. Bogusław Hładoń	17
Żegnamy dzisiaj!	18
Personalia	19
Informacje o pracy Związku Nauczycielstwa Polskiego w UMK	20

Medycyna i pielęgniarstwo

Magia świąt - fakty i mity, wykład z cyklu „Medycznej środy”	21
Nowoczesna diagnostyka systemu kontroli postawy, wykład z cyklu „Medycznej środy”	25
Zadbaj o kondycję mózgu	26
Artykuły naukowe w pielęgniarstwie	28
Prace licencjackie z pielęgniarstwa	29

Medycyna i sztuka

Święta Apollonia – patronka schorzeń zębowych	30
Działalność Katedry i Zakładu Muzykoterapii	32

Nauka

Najczęściej cytowani	33
Nasi na Liście Filadelfijskiej	34

Zjazdy

Wszystkie drogi prowadzą do Rzymu	36
„Od nauki do zintegrowanej praktyki”	37

Medici Homini

Czadowa przygoda życia	38
Gambia - Bwiam 2012	40

„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 ad-iustacji i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej:
prof. dr hab. Gerard Drewa

Członkowie Rady Programowej:
prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK

prof. dr hab. Bogusław Hładoń

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Wojciech Szczepny
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 Szczepny

Myślę, że podstawowym atutem Uniwersytetu jest jego różnorodność

wywiad z JM Rektorem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, prof. dr. hab. Andrzejem Tretynem

dr Krzysztof Nierzwicki: Podobno powiedział Pan kiedyś, że we wszystkich wyborach, w których wziął Pan udział, nigdy nie odniósł Pan porażki? Tak stało się również w tych najważniejszych sprzed 8. miesięcy.

prof. Andrzej Tretyn: Rzeczywiście komuś chyba powiedziałem tak kiedyś. Cóż jest to prawda. Tylko raz, kiedy ubiegałem się o funkcję Dziekana Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi w pierwszej turze wybory były nie rozstrzygnięte. Jednakże w dogrywce w rezultacie wygrałem. Więc rzeczywiście mogę powiedzieć, że zawsze odnosiłem zwycięstwo.

dr Krzysztof Nierzwicki: Zawdzięcza Pan to dobrej kalkulacji wygranej, czy może szczęściu?

prof. Andrzej Tretyn: Myślę, że jednemu i drugiemu.

dr Krzysztof Nierzwicki: Dziś, kiedy przez te kilka miesięcy urzędowania poznał Pan Uniwersytet wraz z jego trudnościami, podjąłby Pan taką samą decyzję?

prof. Andrzej Tretyn: Ja Uniwersytet znałem, może trochę z innej strony, może nieco jednostronnie. Dziś po tych kilku miesiącach urzędowania widzę, jaki wielki obowiązek spoczywa na rektorze, ale nie żałuję swojej decyzji. Gdybym miał podjąć ją jeszcze raz nie zawahałbym się.

dr Krzysztof Nierzwicki: Uchodzi Pan za człowieka odważnych i szybkich decyzji. Takim poznaliśmy Pana jako Prorektora ds. Nauki w poprzedniej kadencji. Zamierza Pan w ten sposób zarządzać

uczelnia, czy raczej Pańska polityka będzie wyważona i stonowana?

prof. Andrzej Tretyn: Perspektywa z jakiej teraz przychodzi mi podejmować decyzje jest nieco inna. Jak powiedziałem: na rektorze spoczywa wielka odpowiedzialność za poważną i ogromną instytucję. Biorąc pod uwagę doświadczenie pierwszych miesięcy mojego urzędowania, wiem że wszystkie decyzje muszą być głęboko przemyślane, co nie oznacza że nie odważne. Zatem bez wątpienia nie będę stosował zasady szybkich decyzji. Ich podjęcie nastąpi dopiero po gruntownym zapoznaniu się z problemem.

dr Krzysztof Nierzwicki: Był Pan Dziekanem Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi i przez dwie kadencje Prorektorem ds. Badań Naukowych i Współpracy z Zagranicą, a więc od dawna ma pan wgląd w rozwój naszego Uniwersytetu. Co z perspektywy tych lat jest Pana zdaniem atutem Uczelni, co zaś jego podstawową bolączką?

prof. Andrzej Tretyn: Myślę, że podstawowym atutem Uniwersytetu jest jego różnorodność, szerokokopilkowość. To że mogą spotykać się w nim i prowadzić dyskusje teolodzy, artyści, fizycy czy biolodzy to jest niezwykła wartość. Wielkim atutem Uczelni są również jej wydziały medyczne zlokalizowane w kampusie bydgoskim. Taka rozbudowana wielodyscyplinarna struktura naszej Alma Mater to powrót do najpiękniejszych tradycji uniwersyteckiego. Wiele szkół wyższych zazdrości nam tego. A bolączki. No cóż, nie chciałbym o nich mówić w tej chwili. Używając terminologii wojskowej, prowadzę rozpoznanie terenu. Borykamy się z wieloma drobnymi problemami – nie jednym poważnym. Należy zatem pracować nad ich poznaniem i rozwiązywaniem po kolei.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czy zatem decyzje, które podjął Pan w ostatnich dniach w obszarze struktur administracji Uczelni są właśnie pierwszym krokiem w rozwiązywaniu tych bolączek?

prof. Andrzej Tretyn: Myślę, że nie chodzi w tym wypadku o rozwiązywanie bolączek. Moim celem było usprawnienie funkcjonowania administracji Uniwersytetu. Pragnąłbym aby zarządzanie



prof. dr hab. Andrzej Tretyn, rektor UMK, fot. Maciej Mierzejewski

Uczelnią od strony administracyjnej odbywało się w sposób klarowny, przejrzysty. Powołane przeze mnie piony wydają się zapewnić takie właśnie rezultaty.

dr Krzysztof Nierzwicki: Mija osiem lat od połączenia UMK z bydgoską Akademią Medyczną. Proces ten obserwował Pan z pozycji decydenta w uczelni. Jak dziś ocenia Pan tamte decyzje?

prof. Andrzej Tretyn: Decyzje te zostały podjęte jednogłośnie przez senaty obu uczelni i Uniwersytetu Mikołaja Kopernika i Akademii Medycznej, więc trudno je oceniać czy tym bardziej kwestionować. Z perspektywy czasu uważam, że była to jedyna i słuszna decyzja. W ten sposób nasz Uniwersytet jako całość stał się o wiele mocniejszy i jest dziś jedną z dziesięciu najlepszych uczelni wyższych w kraju. Myślę przy tym, że dla części bydgoskiej wejście w struktury liczącej się dużej instytucji naukowej było wielką wartością.

dr Krzysztof Nierzwicki: Myślę, że nie wszyscy od razu uznali tę wartość. Byli przecież oponenci tego procesu. Trudno się zresztą temu dziwić. Uczelnia bydgoska powstała wysiłkiem i zaangażowaniem wielu osób. Odłączenie się od Akademii Medycznej w Gdańsku i usamodzielnienie było zapewne sporym sukcesem. Pownna utrata samodzielności mogła nie we wszystkich budzić zadowolenie. Dziś po tych ośmiu latach widać, że doceniono te kroki. Wiele osób jednak uważa, że wejście w struktury silnej i prestiżowej uczelni osłabiło nieco czujność i starania bydgoskich naukowców. Koniec funkcjonowania bydgoskiej Akademii Medycznej cechował się wzrostem potencjału naukowego tej uczelni. Tempo to po włączeniu do Uniwersytetu spadło.

prof. Andrzej Tretyn: To jest chyba jednak problem bardziej skomplikowany. Sądzę, że jedną z przyczyn może być zbyt małe zainteresowanie pracowników Collegium Medicum wyjazdami za granicę i podejmowaniem badań w tamtych ośrodkach naukowych. Utrzymywane są głównie kontakty zagraniczne, które zostały nawiązane znacznie wcześniej. Konsekwencją tego jest brak lub niewielka liczba publikacji w prestiżowych czasopiśmieach ze współautorami zagranicznymi. Zresztą spadek wydajności obserwujemy raczej w obszarze liczby prac a nie w ich punktacji. Publikacje, które powstają obecnie mają niejednokrotnie wyższy Impact Factor niż dorobek z wcześniejszych lat. Autorzy dziś

kalkulują dokładnie gdzie ulokować swoje prace, starając się o ich umieszczenie w jak najwyższej punktowanych czasopiśmieach. Konsekwencją tego jest mniejsza liczba prac. Ważnym czynnikiem, który bez wątpienia wpłynął na spadek dorobku naukowego jest brak źródła finansowania prac badawczych w postaci funduszu na tzw. badania własne. Musimy pamiętać, że w ostatnich kilkunastu latach, zwłaszcza na początku ubiegłej dekady było to jedno z podstawowych źródeł wspierania badań naukowych. Granty jakie uzyskiwali pracownicy w ramach badań własnych były dość znaczące, niekiedy wynosiły kilkadziesiąt tysięcy złotych. Za takie pieniądze można było prowadzić prace badawcze na naprawdę wysokim poziomie. W ostatnim czasie obszar ten finansowany jest z działalności statutowej i z grantów zewnętrznych, a tych nie ma zbyt wiele.

dr Krzysztof Nierzwicki: Panie Rektorze, czy nie uważa Pan, że oba kampusy są zbyt mało zintegrowane? Czy wbrew temu co planowano, prowadzimy zbyt mało wspólnych badań, kierunków kształcenia, projektów (a wiemy, że Pan Profesor jest w podobną współpracę zaangażowany)? Czy stan obecny jest satysfakcjonujący? Czy nie powinno być znacznie więcej wspólnych działań w obszarze nauki?

prof. Andrzej Tretyn: Zdecydowanie więcej. Jako Prorektor ds. Nauki miałem pewne możliwości i narzędzia stymulowania takich działań. Myślę tutaj o tzw. grantach pomostowych. One dawały szansę na integrację. Teraz jako rektor myślę o powrocie do tej idei. Reasumując – ta integracja na poziomie naukowym jest niezadowolająca.

dr Krzysztof Nierzwicki: Może przyczyną zmniejszenia aktywności naukowej jest również niestabilność szpitali uniwersyteckich. Taka frustrująca sytuacja dla wielu nauczycieli akademickich zatrudnionych w szpitalach z pewnością nie jest bodźcem pozytywnym do pracy naukowej. Jakże zatem Panie Rektorze w tej kwestii działanie podejmie Uniwersytet. Czy szpitale te mają szansę się zbilansować. Co na to rektor?

prof. Andrzej Tretyn: Rektor w zasadzie ma tu niewiele do powiedzenia. To raczej zarządy obu szpitali, oraz pracownicy w nich zatrudnieni mają więcej wpływu na sytuację finansową tych instytucji. Jesteśmy po okresie kontraktowania usług i wiemy, że choć mogłyby one być większe to jednak są w miarę zadowolają-

Kwestionariusz Prousta

główna cecha mojego charakteru:
dążenie do celu

cechy, których szukam u kobiety:
u kobiety szukam wsparcia

cechy, których szukam u mężczyzny:
przyjaźni

co cenię najbardziej u przyjaciół:
lojalność

moja główna wada:
kolokwialnie mówiąc - „roztrzępanie”

moje ulubione zajęcie:
praca w ogródku, koszenie trawy

moje marzenie o szczęściu:
dobrze wychować dzieci

co wzbudza we mnie obsesyjny lęk:
nie mam takich lęków

co byłoby dla mnie największym
nieszczęściem:
nie chciałbym się wypowiadać na ten
temat, nieszczęście, tragedia, nie,
nie chcę o tym mówić

kim (lub czym) chciałbym być,
gdybym nie był tym, kim jestem:
chciałbym być ... naukowcem

ale jest nim Pan...
to podróżnikiem... (w młodości
fascynowałem się fotografią,
chciałbym być podróżnikiem
dokumentującym swoje odkrycia).

kiedy kłamię:
nie kłamię

słowa, których nadużywam:
nie mam takich słów

ulubieni bohaterowie literaccy:
bohaterowie z powieści
William Faulknera

ulubieni bohaterowie życia codziennego:
tacy którzy potrafią być
bezzainteresowni i nieść pomoc innym

czego nie cierpię ponad wszystko:
...chamstwa

moja dewiza:
być otwartym na świat, na ludzi

dar natury, który chciałbym posiadać:
brakuje mi zamiłowania do sportu

jak chciałbym umrzeć: w spokoju

obecny stan mojego umysłu:
bardzo dobry

błędy, które najłatwiej wybaczam:
jestem osobą pobłażliwą, nie noszę
w sobie urazy, wybaczam...

ce. Gdyby udało się harmonijnie realizować kontrakty mamy szansę na poprawę kondycji finansowej szpitali klinicznych. Wiemy także, że w przypadku szpitala im. A. Jurasza rozpoczniemy niebawem spłatę zaciągniętej pożyczki. Jest to proces wieloletni, ale niewątpliwie będzie miał wpływ na bieżącą sytuację finansową.

dr Krzysztof Nierzwicki: A przyszłość szpitali? Są podjęte wstępne decyzje o ich połączeniu pod wspólnym zarządem. Czy możemy o tym rozmawiać?

prof. Andrzej Tretyn: Tak, możemy o tym rozmawiać. Osobiście uważam, iż jest to jedyna słuszna droga, ale dojść do niej można tylko na zasadzie pewnych kompromisów i wyważonych decyzji, tak aby nie ponieść zbyt wielkich społecznych kosztów tej operacji, a zwłaszcza nie pogorszyć sytuacji pracowników.

dr Krzysztof Nierzwicki: Pracownicy jednego ze szpitali mają takie obawy...

prof. Andrzej Tretyn: Tak, odrobinę takiego myślenia obserwujemy po stronie zespołu Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. J. Bizuela. Dlatego jest to bardzo trudna operacja, ale jeszcze raz powtarzam - konieczna i jedyna.

dr Krzysztof Nierzwicki: Zostawmy zatem szpitale, ich problemy. Zapewne niejednokrotnie wróca one na forum wielu jeszcze dyskusji. Wróćmy do Uniwersytetu i studentów. Czy w sytuacji zmniejszającej się liczby kandydatów szczególnie na studia odpłatne można planować rozwój Uczelni? Na tym tle znakomicie wyróżnia się Collegium Medicum, które podjęło decyzje o prowadzeniu studiów dla obcokrajowców. Czy takie działania podejmie również kampus toruński?

prof. Andrzej Tretyn: Oczywiście to znakomita inicjatywa. Musimy jednak pamiętać, że studia anglojęzyczne zwłaszcza w kampusie toruńskim będą

dotyczyły jednak stosunkowo niewielkiej liczby słuchaczy. W przypadku kierunków prowadzonych w Toruniu nie możemy liczyć na to, iż będą one aż tak finansowo atrakcyjne dla studentów z zagranicy. Musimy spojrzeć na ofertę dydaktyczną, jaką posiadamy dla studentów i proponować im atrakcyjne kierunki studiów. Tworzyć je z wyprzedzeniem odpowiadając na potrzeby rynku. Często bowiem uruchamiamy kierunki, które już z powodzeniem działają na innych uczelniach. Wówczas poruszamy się w obszarze konkurencji, a powinniśmy być bardziej progresywni w tym względzie i posiadać własną oryginalną ofertę.

dr Krzysztof Nierzwicki: W jakim kierunku powinniśmy zwrócić swą aktywność, jeśli idzie o pozyskiwanie studentów – obcokrajowców? Chiny, może Europa Wschodnia?

prof. Andrzej Tretyn: Już wielokrotnie podkreślałem, że jeśli chodzi o populację Chińczyków, a co zatem idzie o liczbę potencjalnych kandydatów na studia, to kraj ten wydawałby się bardzo dobrym kierunkiem ich pozyskiwania. Jednakże liczba ok 540 studentów chińskich, którzy podjęli studia w Polsce skłania nas do przypuszczeń, że kraj nasz nie jest dla nich atrakcyjnym miejscem studiowania. Gdyby tę liczbę rozpaść na uczelnie, które aktywnie angażowały się w ich pozyskanie to okaże się, że i tam nie są oni dominującą grupą. Ponad dziesięć razy więcej studentów przybyło do nas z nieodległej Ukrainy. Tam chyba trzeba by poszukiwać potencjalnych kandydatów i na Uniwersytet Mikołaja Kopernika. Od nowego roku będziemy brali udział w programie Study in Poland. Program ten, którego koordynatorem są „Perspektywy” organizuje targi edukacyjne, głównie w krajach Europy Wschodniej i Azji Środkowej i my również będziemy uczestniczyli w tych targach. Musimy jednak poszerzyć paletę studiów angielskojęzycznych.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czyli Collegium Medicum jako pionier tych działań w Uniwersytecie będzie miało zielone światło władz rektorskich dla tych działań.

prof. Andrzej Tretyn: Tak. Przy czym pamiętajmy, że mamy mało doświadczenia w tym względzie. Prowadzimy te studia dopiero na czterech latach, więc nie przeszliśmy jeszcze całego cyklu studiów medycznych. Po jego zakończeniu będziemy mieli obraz pozostałych rezerw w tym zakresie. Ale cieszy niewątpliwie już sam fakt, że mamy tych studentów, co w efekcie podnosi nam bardzo ważny w wielu rankingach i nie tylko wskaźnik umiędzynarodowienia studiów. To ważna sprawa i pokładam nadzieję w Collegium Medicum w tym względzie, licząc również na podjęcie przez obcokrajowców studiów na planowanym w Bydgoszczy kierunku lekarsko-dentystycznym.

dr Krzysztof Nierzwicki: W 2020 roku jak pokazują badania będzie połowa populacji 19-latków w stosunku do roku 2005. Jakie działania promocyjne wdrożymy, aby nie dopuścić do drastycznego spadku liczby kandydatów na studia? Czy nasze działania promocyjne nie są za słabe?

prof. Andrzej Tretyn: Myślę, że są niewystarczające, ale będziemy się starali budować silną pozycję naszego Uniwersytetu, tak aby był on rozpoznawalną marką nie tylko w naszym regionie, bo tutaj nie ma co do tego wątpliwości. Jesteśmy najsilniejszą uczelnią, ale już w skali kraju nie jest to takie oczywiste. A przecież jesteśmy jednym z pięciu najlepszych uniwersytetów w Polsce i – jak wspominałem – jedną z dziesięciu najwyższej ocenianych uczelni w naszym państwie. To jest wartość, którą musimy podkreślać. Powinniśmy zatem lepiej prezentować się na zewnątrz, zwłaszcza poprzez media a szczególnie Internet, tak aby docierać do młodzieży, jeszcze przed tym zanim ta podejmie ostateczne decyzje o miejscu studiów.

dr Krzysztof Nierzwicki: To prawda, ale czy nie uważa Pan Rektor, że należałoby przyjrzeć się również formom rekrutacji. Czy Pańskim zdaniem rekrutacja prowadzona na szczeblu centralnym nie powinna być wspierana poprzez wydziały, instytuty, aby uniknąć bezosobowości i biurokracji?

prof. Andrzej Tretyn: Zaczynamy nie tylko o tym myśleć, ale czynić również pewne kroki w tym kierunku. Od nowego naboru część postępowań rekrutacyj-



w Katedrze Fizjologii Roślin i Biotechnologii, fot. Maciej Mierzejewski

nych będzie odbywała się na wybranych wydziałach. Zaproponujemy również tzw. nabory śródroczne...

dr Krzysztof Nierzwicki: Chciałem o to zapytać...

prof. Andrzej Tretyn: Bardzo często jest tak, iż młodzież podejmując studia, po kilku miesiącach przekonuje się o nietrafności swego wyboru i rezygnuje z nich. Wówczas pozostaje czekać na kolejne postępowanie rekrutacyjne w przyszłym roku. Między innymi do takich osób skierowana będzie ta oferta, zwłaszcza w obrębie studiów deficytowych.

dr Krzysztof Nierzwicki: Podczas inauguracji roku akademickiego wspomniał Pan, że „szkoła wyższa musi zacząć wsłuchiwać się w potrzeby gospodarki w ten sposób, by wyposażyć swoich absolwentów w wiedzę, umiejętności i doświadczenie, które przyczynią się do jej rozwoju”. W jaki sposób sprawić, by uczelnia nie wypuszczała kolejnych bezrobotnych?

prof. Andrzej Tretyn: Pewne kierunki studiów już teraz są prowadzone w oparciu o potrzeby płynące z otoczenia gospodarczego. W toruńskim kampusie w Dziale Nauki powstanie jednostka, która będzie się zajmowała kontaktami z otoczeniem gospodarczym, również po to, aby pozyskiwać środki na prowadzenie badań naukowych przydatnych gospodarce. Do roku 2020 nakłady na naukę wg założeń wzrosną do poziomu 1,7 %, z czego budżet państwa będzie wykładał 0,7 % zaś gospodarka 1 %. W związku z tym jeśli nie pójdziemy w tym kierunku to nie pozyskamy środków na prowadzenie badań. To są założenia strategii naszego państwa.

dr Krzysztof Nierzwicki: Tylko czy nasza gospodarka sobie z tym poradzi. Musiałaby być przecież silniejsza...

prof. Andrzej Tretyn: My sami chyba nie zdajemy sobie sprawy z faktu, iż na 500 największych przedsiębiorstw w Polsce 10 działa na terenie naszego regionu. To jest wprawdzie tylko 5%, ale na tle kraju nie wypadamy tak źle. Warto o tym pamiętać.

dr Krzysztof Nierzwicki: Interesował się Pan pozycją UMK pośród innych podobnej wielkości uczelni Europy i świata, między innymi według elsevierowskiego SciVal. Jak wypadamy na tle innych? Gdzie jest nasza siła, a gdzie słabości w tym zakresie? Czy my jesteśmy dobrym



budynki Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi, fot. Maciej Mierzejewski

uniwersytetem pod względem nauki?

prof. Andrzej Tretyn: Jesteśmy bardzo dobrym uniwersytetem jeśli chodzi o parametry bibliometryczne, a więc po prostu dobrym uniwersytetem pod względem nauki. Złeczone przeze mnie analizy bibliometryczne pokazały, że wzrasta dynamicznie w ostatnich latach liczba prac naukowych wysokopunktowanych i często cytowanych. Widać to po analizie cytowań naszych pracowników. Jesteśmy więc na bardzo dobrej drodze. Z roku na rok nasza pozycja umacnia się. Zakupimy zatem w przyszłym roku bazy Elsevier'a i Thomson Reuters, bowiem w świetle tej ostatniej mamy szansę prowadzenia analiz również w obszarze humanistyki i nauk społecznych, a nasze wydziały są tam widoczne.

dr Krzysztof Nierzwicki: Powiada Pan Rektor, że rośniemy naukowo. Dlaczego zatem tak mało pieniędzy wpływa na naukę na nasz Uniwersytet a mimo to nie wszystkie są wydawane?

prof. Andrzej Tretyn: Owszem z około 9 milionów, które pozyskujemy na działalność statutową, pewna niemała część pozostaje. Dziwi mnie to. Pieniądze te są w gestii wydziałów. Wydziały decydują o ich rozdziale. Być może niekiedy spore środki trafiają do zespołów o znacznym potencjale naukowym, gdzie generowana jest duża liczba publikacji wysokopunktowanych, a właśnie w oparciu o liczbę punktów następuje wstępny rozdział pieniędzy. Kiedy badania prowadzone w takim zespole nie są specjalnie kosztochłonne, część pieniędzy nie zostaje konsumowana. Trzeba by przeprowadzić analizy w tym względzie i korygować decyzje o podziale finansów.

Generalnie warto jednak pamiętać, iż poza pewnymi uprzywilejowanymi uczelniami, nasza sytuacja w obszarze finansowania nauki jest na poziomie krajowym a może nawet nieco lepsza. W naszym Uniwersytecie około 13% budżetu stanowią kwoty pozyskane na badania. Średnia krajowa to mniej niż 10%. Będziemy dążyć, aby w ciągu najbliższych kilku

lat osiągnąć poziom 15% tych środków, a do roku 2020 dojść do 20 procentowego budżetowania uczelni z funduszy pozyskanych na naukę. Tak założono w naszej strategii. Myślę, że jest to bardzo ambitny cel, ale możliwy do osiągnięcia.

dr Krzysztof Nierzwicki: Panie Rektorze wielu naszych uczonych liczy na to, że dawny Prorektor ds. Nauki jako Rektor Uniwersytetu postawi tę instytucję na solidnych fundamentach naukowych... Tego też życzymy i Panu i Uniwersytetowi... Ale pozostając w tej problematyce, czy, według Pana Rektora, wzrost potencjału naukowego (badawczego) wspomogą Interdyscyplinarne Centrum Nowoczesnych Technologii. Jakie wiąże Pan nadzieje z tą niebawem rozpoczynającą działalność instytucją. Czy ona bardziej zintegruje naukowo oba kampusy? Czy będzie ona – jak zakładano – finansowana przede wszystkim ze środków pochodzących na naukę?

prof. Andrzej Tretyn: Centrum już powstało. Wyszło zarządzenie w tej sprawie. Nie działa ono z pełną mocą, którą osiągnie dopiero po dokonaniu zakupów niezbędnej wysokospecjalistycznej aparatury. Osoby, które będą realizowały tam swoje projekty już dysponują znaczącymi grantami, w związku z czym uważam, że lwią część budżetu tej instytucji będzie pochodziła właśnie z kosztów pośrednich od środków przyznanych na realizację projektów. Takie centra powstają lub powstały w wielu ośrodkach w kraju i problem ich utrzymania wszędzie jest podobny. Nasze Centrum ulokowano w stosunkowo niewielkim budynku, przy niezwykle cennej aparaturze. Koszty nie będą zatem tak wysokie, przy bardzo dużej wydajności naukowej.

Niewątpliwie instytucja ta przyczyni się do integracji kampusów bydgoskiego i toruńskiego, bowiem tam będą realizowane interdyscyplinarne projekty pozostające w obszarze zainteresowań naukowców z obu ośrodków. Np. w projekcie genomyki funkcjonalnej, w badaniach biomedycznych, które będą realizowane w Centrum bardzo liczę na współpracę kolegów

z Collegium Medicum. Potwierdzeniem tego jest zatrudnienie przy tej realizacji dwóch osób, które uzyskały stopnie naukowe doktora nauk medycznych w Collegium Medicum – Joanny Szczepanek i Krzysztofa Domagalskiego.

dr Krzysztof Nierzwicki: Jak ocenia Pan Rektor wdrożony przez Bibliotekę Uniwersytecką system analiz bibliometrycznych i ocen parametrycznych pracowników i jednostek UMK. Czy przyniósł on spodziewane efekty? Wydaje się, że Biblioteka Uniwersytecka wzięła na siebie odpowiedzialne i pracochłonne zadanie.

prof. Andrzej Tretyn: Przyjęliśmy zasadę i nie odступujemy od niej, że w odniesieniu do osób wszystkie procedury, przy których potrzebna jest ocena ich dorobku naukowego, realizowane są w oparciu o dokumentację przygotowaną w Bibliotece Uniwersyteckiej. To było i jest, ale w przyszłości będzie coraz mniej krytykowane, ponieważ uświadomienie naszych pracowników, iż jest to sposób na w miarę obiektywną ocenę publikacji znacząco wzrosło. W ślad za tym podniosło się również zainteresowanie publikowaniem wyników badań w czasopismach o uznanej renomie i wysokiej punktacji, co ważne, widać to zdecydowanie w przypadku nauk humanistycznych, bowiem gdy spojrzymy na ten dorobek z ostatnich kilku lat, to widać wyraźny wzrost naszych publikacji odnotowanych w bazie ERIH.

dr Krzysztof Nierzwicki: To stymuluje do lepszej pracy naukowej. Ale stymulacją są również rankingi sporządzane przez Bibliotekę dla potrzeb analiz dokonywanych w tym obszarze w Biurze Rektora...

prof. Andrzej Tretyn: Ostatnie rankingi, które poleciłem wykonać opublikowała prasa. Przyniosło to niespodziewanie dobre i pozytywne reakcje. Nasi naukowcy bardzo są zainteresowani znalezieniem się w takim rankingu. Ci z niższego poziomu nabierają motywacji do podniesienia swej pozycji... Poza tym każda osoba może wejść na stronę internetową biblioteki i prześledzić swój dorobek w programie Expertus. Ale może podpatrzeć również i swoich kolegów. Dzięki temu budujemy uniwersytet, w którym przejrzystą jest również polityka naukowa.

dr Krzysztof Nierzwicki: Będzie Pan zatem zwolennikiem upublicznienia rankingów wewnętrznych naszych pracowników i jednostek w oparciu o bazę Expertus?

prof. Andrzej Tretyn: Dlaczego nie. W pierwszym rzędzie na stronie internetowej uczelni zamieścimy ranking dziesięciu najczęściej cytowanych pracowników Uniwersytetu. Zastanowimy się w dalszej kolejności nad otwarciem szerszym rankingów obejmujących wszystkich pracowników i jednostki...

dr Krzysztof Nierzwicki: Porozmawiajmy chwilę o dydaktyce. Czy myśli Pan o rozbudowie zamiejscowego ośrodka dydaktycznego UMK w Grudziądzu? Jakiego działania w tym zakresie należałoby podjąć?

prof. Andrzej Tretyn: Mamy dwa lata na to, aby zdecydować czy jesteśmy w stanie otworzyć tam wydział zamiejscowy, który będzie miał studentów. Mamy pewnie w tym względzie konkurencję, bo przecież niemal równie blisko Grudziądzu do Gdańska, a tylko nieco dalej do Olsztyna. Te trzy ośrodki są zatem w zasięgu zainteresowań Grudziądzan. Powołałem Pełnomocnika ds. Organizacji Wydziału Zamiejscowego UMK w Grudziądzu Pana prof. Włodzimierza Karaszewskiego, który ma za zadanie doprowadzić do tego, aby w nieodległej perspektywie powstał tam wydział zamiejscowy.

dr Krzysztof Nierzwicki: Biorąc pod uwagę fakt, iż jako student działał Pan w studenckim Radiu Bielany, później - sprawując kolejno różne odpowiedzialne funkcje w Uniwersytecie - interesował się Pan życiem studenckim, chciałem w imieniu studentów zapytać, czy organizacje studenckie mogą liczyć w nowych władz UMK na większe wsparcie?

prof. Andrzej Tretyn: Oczywiście. Myślę, że jest to już widoczne, że samorządy studenckie dostrzegają to, iż traktują studentów jako partnerów.

dr Krzysztof Nierzwicki: Będąc kolejno prorektorem i rektorem, nie przestaje być Pan naukowcem, od lat związanym z Katedrą Fizjologii Roślin i Biotechnologii. Dodajmy, że uznanym naukowcem, co pokazały niedawno przygotowane rankingi cytowań, w których zajmuje Pan wysoką pozycję. Proszę powiedzieć Panie Rektorze czym Pan się zajmuje naukowo?

prof. Andrzej Tretyn: Jestem menadżerem, koordynuję badania naukowe. W obecnej chwili raczej zbieram owoce swojej wcześniejszej aktywności naukowej. Szefuję największej katedrze, jaka powstała na dawnym Wydziale Biologii

i Nauk o Ziemi. Pracuje w niej już czterech samodzielnych pracowników naukowych, a dwóch kolejnych - mam nadzieję - w przyszłym roku uzyska stopień naukowy doktora habilitowanego. Buduję zatem na Wydziale bardzo silny zespół naukowy.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czym się Państwo zajmujecie?

prof. Andrzej Tretyn: Jest to przede wszystkim fizjologia, biochemia i genetyka roślin, zaś ja bezpośrednio wraz z dr Joanną Szczepanek koncentrujemy swoje zainteresowania w obszarze nauk biomedycznych. Zajmujemy się także - o czym wspominałem wcześniej - tzw. genomiką funkcjonalną, czyli badaniem funkcji określonych genów. W tym zakresie zintensyfikujemy wysiłki w momencie, gdy część mojego zespołu podejmie pracę w Interdyscyplinarnym Centrum Nowoczesnych Technologii.

dr Krzysztof Nierzwicki: Lubi Pan podróżować?

prof. Andrzej Tretyn: Istotnie sporo podróżuję, lubię tę formę aktywności.

dr Krzysztof Nierzwicki: Z czego wzięło się to zamiłowanie, czy to z wyjazdów stypendialnych, i innych wojaży naukowych, których odbył Pan sporo?

prof. Andrzej Tretyn: Nie. Myślę, że to zamiłowanie ma daleki rodowód. Jeszcze w szkole podstawowej czytałem mnóstwo książek podróżniczych, budując sobie obraz odległych ciekawych krajów i regionów. Byłem tak dalece zafascynowany podróżami, że miałem nawet zamiar podjąć studia geograficzne. W liceum zweryfikowałem jednak swoje zainteresowania, które wówczas zaczęły się koncentrować wokół biologii. Jednakże ów sentyment, a także ogromna chęć poznawania świata dały mi asumpt do podróżowania.

dr Krzysztof Nierzwicki: Jaki region świata odwiedził Pan ostatnio?

prof. Andrzej Tretyn: Ostatnio byłem w Indonezji i Korei Południowej. Tamten region zresztą przyciąga mnie szczególnie. Lubię mentalność tamtejszych ludzi, fascynuje mnie ich kultura i... kuchnia. Ta miłość pewnie podyktowana jest sentymentem, wszakże spędziłem na stypendiach w Japonii i Korei blisko trzy lata i były to bardzo udane wyjazdy. I dlatego lubię też wracać w tamte regiony.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czyli następna podróż to znowu Azja?

prof. Andrzej Tretyn: Zapewne tak. Mam jeszcze kilka miejsc w daleko-wschodniej Azji, których nie zwiedziłem, takich jak Wietnam, Laos.

dr Krzysztof Nierzwicki: Jak wygląda Pana życie poza Uniwersytetem. Mieszka Pan z rodziną pod lasem, z dala od zgiełku miasta... nie za daleko od pracy?

prof. Andrzej Tretyn: Cóż. Ja się urodziłem pod lasem i trochę z sentymentu chciałem wrócić w takie otoczenie. Dziś mam swój własny las i dom na jego skraju. Kocham to miejsce. Odpoczywam tam. Poświęcam się rodzinie i swoim zamiłowanym. Lubię miejsca trochę odludne.

dr Krzysztof Nierzwicki: Ucieczka?

prof. Andrzej Tretyn: Nie, to nie ucieczka bo nie mam przed czym uciekać. Z dala od świata człowiek ma po prostu większą swobodę życia.

dr Krzysztof Nierzwicki: Jest Pan człowiekiem towarzyskim?

prof. Andrzej Tretyn: O, chyba tak. Kiedyś byłem nawet bardzo towarzyski. Ale myślę, że to mi zostało. Zresztą nie mieszkam za miastem dlatego, że jestem odludkiem. Wręcz przeciwnie. Mój dom jest miejscem wielu spotkań.

dr Krzysztof Nierzwicki: Jaka książka leży u Pana na stoliku nocnym, przy łóżku?

prof. Andrzej Tretyn: To książka, której szukałem bardzo długo nie mogąc przypomnieć sobie jej tytułu. Pamiętałem ją z okresu szkoły podstawowej. Jej tytuł to „Góra bogów” a napisał ją Bolesław Mrówczyński. Książka ta wydana została po raz pierwszy w latach pięćdziesiątych. Koleżanki z Biblioteki Uniwersyteckiej zapytały mnie kiedyś, co chciałbym przeczytać. Przypomniałem sobie tę książkę, jednak bez autora. W ciągu dwóch godzin znalazła się u mnie na biurku. Jej tematyka to również podróże.

dr Krzysztof Nierzwicki: Zamknęliśmy się w godzinie. Serdecznie dziękuje za rozmowę.

rozmowę prowadził dr Krzysztof Nierzwicki, redaktor naczelny „Wiadomości Akademickich”

„Jestem dawcą szpiku ...”

rozmowa z prof. dr hab. Janem Styczyńskim, Prorektorem ds. Collegium Medicum

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Panie Profesorze, dzisiaj jest dla Pana szczególny dzień. Spotkaliśmy się w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecnicstwa w Bydgoszczy, gdzie jest Pan poddawany zabiegowi poboru komórek macierzystych, a popularnie mówiąc zostaje Pan dawcą szpiku kostnego. Z tego, co zdążyłam się dowiedzieć jest Pan pierwszym w Polsce transplantologiem, hematologiem i być może profesorem, a na pewno prorektorem, który poddaje się zabiegowi przekazania komórek macierzystych innemu biorcy.

prof. Jan Styczyński: Tak, potwierdzam. Jestem dawcą szpiku. Zabieg, podczas którego rozmawiamy jest pobraniem krwiotwórczych komórek macierzystych. Poddając się tego typu zabiegowi chciałbym pokazać, że popieram całym sobą ideę bycia dawcą. Chciałbym w ten sposób unaocznić, że każdy niezależnie od piastowanych funkcji, przy założeniu, że jest osobą ogólnie zdrową, może to zrobić. Chciałbym w ten sposób rozwinąć i rozpropagować ideę dawców szpiku kostnego. To mój główny zamysł, dla którego zdecydowałem się na upublicznienie tego typu informacji.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Do kogo trafią Pana komórki macierzyste?

prof. Jan Styczyński: Trafią do osoby z Polski. Tyle wiem. Reszta informacji o pacjencie jest utajniona. I mimo, iż jestem ze środowiska transplantacyjnego Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, koledzy utajniłi te

informacje, co jest zresztą oczywiste. Dawca i biorca, według reguł zabiegu przeszczepu szpiku, nie mogą nic o sobie wiedzieć.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Proszę opowiedzieć o samym procesie przeszczepu szpiku. Widzę bowiem w Pańskich żyłach igły, obok stoi maszyna, która pobiera krew, poza tym rozmawiamy i jestem świadkiem tego procesu.

prof. Jan Styczyński: Przeszczep jest uznaną formą terapeutyczną dla wielu chorób z dziedziny onkologii, hematologii i immunologii. Jest to metoda leczenia, którą stosuje się u pacjentów, u których zawiódła inna forma leczenia albo wiadomo, że zawiedzie tak jak w przypadku drugiej wznowy białaczki. Transplantacja polega na wymianie komórek szpiku kostnego. U pacjenta doprowadza się do zniszczenia własnych komórek krwiotwórczych, czyli macierzystych dla szpiku kostnego. Komórki te w ramach przygotowania do przeszczepu niszczy się przy pomocy chemioterapii lub radioterapii. Natomiast od dawcy w międzyczasie pobiera się komórki krwiotwórcze, celem przeszczepienia biorcy. Plan pobrania komórek założony jest na cztery do pięciu godzin. Tyle na ogół trwa zabieg.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Pobór komórek wygląda na bezpieczny, czy jednak ten proces może mieć negatywny wpływ na Pańskie zdrowie?

prof. Jan Styczyński: Dla dawcy jest to zupełnie bezpieczne. Oczywiście jak każde

działanie w medycynie obarczone jest to pewnym, minimalnym ryzykiem, jak np. w przypadku pobrania krwi z palca, pacjent może zwyczajnie zemdleć. Tutaj jest podobnie, ale to naprawdę żadne ryzyko, bliskie zeru. Liczone w medycynie w jednej do dwóch dziesiątych procenta. Co oznacza to dla mojego organizmu? Formalnie mój organizm nie zauważa żadnych zmian, dlatego że wyseparowana krew wraca do mnie z powrotem. Czyli obieg jest zamknięty. Oddaję komórki macierzyste i płytki krwi. Będę miał nieznacznie obniżoną liczbę płytek krwi, która w przeciągu dwóch, trzech dni wróci do normy.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Oddaje Pan szpik, a my podczas zabiegu rozmawiamy. Metoda wygląda na mało inwazyjną, ale jest jeszcze inny sposób poboru komórek. Proszę opisać wspomniane metody.

prof. Jan Styczyński: Najpierw chciałbym wyjaśnić, że przez tzw. „przeszczep szpiku” należy rozumieć przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych, które w organizmie biorcy (pacjenta) namnożą się i stworzą nowy szpik kostny. Istnieją dwie możliwości pobierania macierzystych komórek krwiotwórczych. Pierwsza – to klasyczne pobranie szpiku kostnego, które wykonywane jest w znieczuleniu ogólnym. Druga metoda to pobranie komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej metodą separacji, czyli to czemu jestem w tej chwili poddawany. Ta metoda wydaje się bardziej atrakcyjna dla dawców, jednak wiąże się z 4-dniowym



prof. dr hab. Jan Styczyński

przygotowaniem i przyjmowaniem zastrzyków stymulujących szpik kostny. Dawca ma duży wpływ na wybór metody pobrania komórek, jednak lekarze zawsze biorą pod uwagę sytuację pacjenta dla którego będą pobierane komórki krwiotwórcze.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Nie miałabym możliwości rozmowy z Panem w trakcie zabiegu, gdyby nie fakt, że wcześniej dokonał Pan rejestracji w bazie dawców komórek macierzystych.

prof. Jan Styczyński: Proces ten wygląda następująco: potencjalny dawca, czyli osoba w przedziale wiekowym 18 do ok. 50 lat zgłasza się do rejestru dawców. W Polsce mamy trzy rejestry, a na świecie jest ich osiemdziesiąt i wszystkie są zarejestrowane we wspólnej bazie BMDW. Aktualnie w światowej bazie jest zarejestrowanych ponad dwadzieścia milionów dawców. Ja zgłosiłem się kiedyś w ramach akcji promujących pobór szpiku, które były organizowane w naszym mieście przez rejestr MEDIGEN. Tego typu akcje prowadzone są również przez DKMS Polska. Zgłoszenie polega na wypełnieniu formularza będącego oświadczeniem zdrowia i pobraniu kilku mililitrów krwi na badania zgodności antygenów HLA. Czyli, aby zostać dawcą trzeba po pierwsze wyrazić chęć oraz być ogólnie zdrowym.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Co decyduje o kryterium doboru dawcy, czyli kto

może zostać bliźniakiem genetycznym?

prof. Jan Styczyński: Kryterium doboru jest zgodność antygenów HLA, czyli głównych antygenów zgodności tkanekowej, a nie jak powszechnie się myśli, grupa krwi. Zasady poszukiwania dawców zawsze są takie same. W pierwszej kolejności poszukuje się wśród rodziny, następnie w kraju, Europie, a na końcu na świecie. Wiąże się to oczywiście z kosztami. Ja, jako wolontariusz, nic nie dostaję za ten zabieg, natomiast koszty są generowane przez pracę aparatury, wcześniejsze poszukiwania dawcy, ludzi którzy są za ten zabieg odpowiedzialni i te wydatki musi ponieść szpital, który dokonuje przeszczepu. Biorca nie płaci za ten zabieg, lecz szpital w którym jest wykonywany przeszczep. Przykładowo koszt pozyskania komórek od dawcy polskiego wynosi ok. 30 tys. zł, od niemieckiego dwa razy tyle, a od szwajcarskiego ok. 80 tys. zł, natomiast koszt pozyskania komórek z USA to 100 tys. zł. Tym samym wyjaśnia nam się hierarchia w poszukiwaniu dawcy. Dodam tylko, że od dwóch lat najwięcej dawców mamy właśnie z Polski.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Widać, że rośnie świadomość społeczna tego procesu.

prof. Jan Styczyński: Owszem. Jeszcze pięć lat temu w Polsce było zarejestrowanych ok. 25 tys. dawców, dzisiaj mamy ich ok. 360 tys. jest to niewątpliwie wynikiem wejścia na polski rynek, niemieckiej fundacji DKMS, która zainwestowała tutaj pieniądze i pokrywa koszty rejestracji. Najtańsze badanie antygenów zgodności tkankowej to rząd kilkuset złotych, a w praktyce do tysiąca złotych. Co daje nam oczywisty wynik w postaci zwiększenia liczby polskich dawców. Korzyścią, która płynie z tego faktu jest zredukowanie kosztów pozyskania i większa łatwość w dotarciu do dawców. Poza tym podobieństwo genetyczne jest dużo wyższe niż w przypadku osób z zagranicy. Dlatego je-

śli MEDIGEN czy DKMS organizują tego typu akcje uświadamiające i jednocześnie propagujące ideę dawcy szpiku, to ja jako przedstawiciel gałęzi transplantologii i hematologii, mogę się jedynie cieszyć.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Bywa jednak, że mimo rejestracji, potencjalni dawcy rezygnują z zabiegu.

prof. Jan Styczyński: Transplantacje opierają się na dawcach. Bez dawców nie ma transplantacji, w związku z tym wola dawcy jest na pierwszym miejscu i to on decyduje czy chce nim być, jak i o metodzie poboru. Prawda o transplantacji jest też taka, że wśród dwudziestu milionów zarejestrowanych, około jedna trzecia jest niedostępna. Jest to wynikiem wielu czynników, m.in. zachorowania w międzyczasie, niemożliwości skontaktowania się z potencjalnym dawcą, wynikiem jego przeprowadzki czy wreszcie rezygnacji.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Pan nie zrezygnował.

prof. Jan Styczyński: Jak wspomniałem na początku, chciałbym poprzeć ideę bycia dawcą szpiku, czyli oddawania krwiotwórczych komórek macierzystych. Rezygnacja jest postępowaniem bardzo nieodpowiedzialnym. Po drugiej stronie czeka człowiek, którego życie zależy od tych właśnie komórek. Transplantacja opiera się na dawcach i bez ich woli nie ma mowy o przeszczepie, moją wolą było poddać się zabiegowi. O przeszczepie człowiek nie dowiaduje się z dnia na dzień, ma czas na przygotowanie, co najmniej dwa do trzech miesięcy wcześniej.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: A co będzie Pan robił po przeszczepie?

prof. Jan Styczyński: Po zabiegu idę do domu. A jutro wracam do codzienności.

rozmawiała mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak z Działu Promocji i Informacji

Termomodernizacja na dużą skalę

rozmowa z mgr Magdaleną Brończyk – Zastępcą Kanclerza ds. Collegium Medicum

W budynkach Collegium Medicum UMK zrealizowano poważną część prac, zaplanowanych w projekcie „Termomodernizacja obiektów CM UMK poprawą efektywności wykorzystania energii”, współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Funduszu Spójności w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Projekt potrwa do roku 2015.

Redakcja: Skala przedsięwzięcia jest imponująca.

mgr Magdalena Brończyk: Nie byłoby ono możliwe bez zaangażowania Uczelni i pozyskania środków finansowych z Unii Europejskiej. Beneficjentem projektu jest Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK. Ponadto podmiotem upoważnionym do ponoszenia

wydatków w ramach projektu jest Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy.

Redakcja: Wartość projektu też jest niebagatelna.

mgr Magdalena Brończyk: Wartość projektu wynosi 21 019 806,47 zł, z czego wartość dofinansowania z Unii Europejskiej to

8 459 544,96 zł. Pozostałe koszty, tj. powyżej dofinansowania ponoszone są ze środków własnych przez Collegium Medicum UMK oraz Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy. Z Ministerstwa Zdrowia pozyskano dofinansowanie wkładu własnego w projekt dla części realizowanej w budynkach Szpitala Uniwersyteckiego nr 2. Koszty Collegium Medicum obejmują, poza samymi robotami budowlanymi, również koszty zarządzania projektem, nadzoru nad pracami oraz promocji projektu. Jeśli uda się planowane zwiększenie dofinansowania projektu z 50% do 85 % wydatków kwalifikowanych, wartość dofinansowania wyniesie 14 381 226,43 PLN.

Redakcja: Jaki jest faktyczny zakres inwestycji...

mgr Magdalena Brończyk: Prace termomodernizacyjne realizowane w okresie od 2008 do 2015 roku zaplanowano w 6 obiektach dydaktycznych Collegium Medicum UMK oraz w 10 budynkach użytkowanych przez Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy. Zakres wykonywanych robót obejmuje m.in. docieplenie ścian zewnętrznych i stropodachów, wymianę stolarki drzwiowej i okiennej, modernizację instalacji centralnego ogrzewania i ciepłej wody użytkowej, modernizację instalacji oświetleniowej, a także montaż instalacji solarnej (kolektory słoneczne) i ekonomizerów.

Redakcja: ...a jakie praktyczne korzyści termomodernizacji?

mgr Magdalena Brończyk: Celem tak ważnego i zakrojonego na szeroką skalę przedsięwzięcia są przede wszystkim duże oszczędności energii oraz ograniczenie emisji CO₂, a także nowoczesna estetyka obiektów Collegium Medicum UMK oraz Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy. Ilość zaoszczędzonej energii w wyniku realizacji projektu wyniesie 4 236 MWh/rok. W ślad za tym nastąpi ogromne ograniczenie emisji CO₂ związa-



budynek Collegium Medicum przy ul. Jagiellońskiej

ne z oszczędnościami energii.

Redakcja: W Collegium Medicum w Bydgoszczy zrealizowano poważną część prac, zaplanowanych w projekcie. Nowoczesna estetyka budynków najlepiej widoczna jest w kompleksie przy ul. Jagiellońskiej.

mgr Magdalena Brończyk: Wykonane prace najlepiej świadczą o dużej skali przedsięwzięcia. W latach 2008-2010 wymieniono stolarkę okienną i drzwiową w budynku dydaktycznym przy ul. Sandomierskiej 16. W roku 2010 docieplono ściany zewnętrzne, wykonano nowoczesne i funkcjonalne wejście główne do budynku dydaktyczno-administracyjnego przy ul. Jagiellońskiej 15, a także zmodernizowano instalację centralnego ogrzewania i ciepłej wody użytkowej. Pod koniec lipca 2012 roku zakończyły się prace w budynku biofizyki przy ul. Jagiellońskiej 13 i budynku Klubu Inicjatyw Studenckich przy ul. 3 Maja 3, w trakcie których zostały wymienione okna i drzwi zewnętrzne, ocieplony strop i ściany zewnętrzne oraz zmodernizowana instalacja centralnego ogrzewania i ciepłej wody użytkowej. Od roku 2008 zrealizowano 5 etapów inwestycji w budynku dydaktycznym przy ul. Łukasiewicza 1, której zakończenie planuje się w 2014 roku.

Redakcja: Od niedawna widać ruszowania przy budynku Szpitala Uniwersyteckiego nr 2.

mgr Magdalena Brończyk: W połowie sierpnia 2012 roku rozpoczął się pierwszy etap realizacji projektu w budynkach Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy. Prace termomodernizacyjne w budynku głównym z łącznikiem obejmują wymianę okien i drzwi, docieplenie ścian zewnętrznych i stropu, modernizację centralnego ogrzewania oraz instalacji oświetleniowej wraz z wymianą opraw oświetleniowych. Zakończenie prac zaplanowano na początek grudnia 2012 r.

Redakcja: Projekt potrwa do roku 2015...

mgr Magdalena Brończyk: W latach 2013-2014 przewidziano dalsze prace w budynkach dydaktycznych Collegium Medicum UMK przy ul. Sandomierskiej 16 i ul. Dębowej 3. Ponadto kontynuowane będą wieloetapowe roboty w obiekcie przy ul. Łukasiewicza 1. Zaplanowane w tym okresie inwestycje termomodernizacyjne w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy obejmą budynek diagnostyczno-zabiegowy, budynek patomorfologii, budynek pomocy doraźnej, a także przychodnię z łącznikiem, kotłownię, portiernię, kuchnię, magazyn bielizny oraz budynek warsztatu, agregatów i mikrobiologii.

Redakcja: Dziękuję za rozmowę.

rozmowę prowadził dr Krzysztof Nierzwicki

Nowy dom studencki

W imponującym tempie trwa budowa nowego Domu Studenckiego nr 3 przy ul. Powstańców Wielkopolskich. Tworzyć go będą dwa połączone ze sobą budynki. W siedmiokondygnacyjnym obiekcie będzie 108 lokali 1-osobowych i 72 lokale 2-osobowe, łącznie 252 miejsca. Lokale posiadać będą samodzielny węzeł sanitarny i wspólną dla dwóch lokali, w pełni wyposażoną kuchnię.

Aktualnie przy budowie Domu Studenckiego nr 3 trwają intensywne i zaawansowane prace. Wykonywane są słupy, ściany i strop nad ostatnią kondygnacją. W obu budynkach trwa ocieplanie i krycie stropodachu. Murowane są ściany osłonowe i działowe. Prowadzone są roboty termomodernizacyjne, prace tynkarskie, a także układane są instalacje elektryczne, instalacje wod-kan. i instalacje c.o.

Stan surowy otwarty obiektu zakoń-

czono na początku listopada. Stan surowy zamknięty, tj. wraz z oknami i przykryciem dachu zaplanowano na koniec listopada (i słowa dotrzymano).

Ogólne dane techniczne obiektu: budynek siedmiokondygnacyjny o powierzchni zabudowy 1055,74 m², powierzchnii użytkowej ca 6029,45 m² i wysokości ca 22,82 m.

www.cm.umk.pl

„Czwarta rewolucja” w kardiologii inwazyjnej

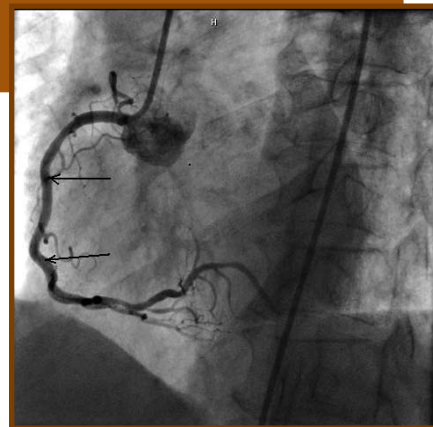
Wojciech Balak

W dniu 22.11.2012 roku w Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr J. Bizziela w Bydgoszczy, kierowanej przez Prof. Władysława Sinkiewicza, po raz pierwszy w województwie zastosowano w leczeniu pacjentów biodegradowalne stenty wieńcowe (BVS - bioresorbable vascular scaffold). Zastosowanie tego typu stentów określone jest mianem „czwartej rewolucji” w kardiologii inwazyjnej. Stent wchłania się w chwili, gdy mechaniczne podparcie naczynia nie jest już potrzebne. Jego biokompatybilność zapobiega potrzebie stosowania przedłużonej podwójnej terapii przeciwpłytkowej, daje również możliwość wykonywania nieinwazyjnych badań obrazowych bez artefaktów.

Za „pierwszą rewolucję” w kardiologii inwazyjnej uważa się wprowadzenie 34 lata temu, metody przeszłonowej angioplastyki wieńcowej (POBA - percutaneous balloon angioplasty), za „drugą rewolucję” zastosowanie stentów naczyniowych jako urządzenia wspomagającego rewaskularyzację serca, za „trzecią rewolucję” wprowadze-

nie stentów uwalniających leki antyproliferacyjne (DES - drug eluting stent), dzięki czemu dodatkowo zredukowano częstotliwość występowania restenoz.

Przy zastosowaniu stentów typu DES pozostał jednak problem późnej zakrzepicy w stencie, wynikającej m.in. z braku pokrycia śródbłonkiem przeseł stentu. Mechaniczne podparcie naczynia przez stent oraz uwalnianie leku hamują restenozę przez kilka miesięcy po zabiegu, ale pozostawienie metalowej protezy w ścianie naczynia, często z polimerem pokrywającym stent, nie prowadzi do dodatkowej przebudowy czy poprawy funkcji naczynia. Dodatkowo implantowany DES może indukować zapalenie w ścianie naczynia, a obecność metalowej protezy wewnątrz naczyniowej powoduje upośledzenie reakcji wazomotorycznych tętnicy wieńcowej, oraz ogranicza możliwość diagnostyki obrazowej metodami tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, a także może utrudniać operację pomostowania tętnic wieńcowych u chorych z szybką progresją zmian miażdżycowych.



naczynie po implantacji stentu BVS

Obecnie jesteśmy świadkami „czwartej rewolucji” w kardiologii inwazyjnej - wprowadzenie stentów biodegradowalnych.

Pierwsze zabiegi w Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr J. Bizziela zostały wykonane przez doktora Marka Radomskiego i Wojciecha Balaka przy współudziale pracowników Pracowni Angiografii i Hemodynamiki. Duże znaczenie miało w tym przypadku wsparcie ze strony Dyrekcji Szpitala, która umożliwiła wprowadzenie tej nowatorskiej metody leczenia.

dr Wojciech Balak jest adiunktem II Kliniki Kardiologii

Profesor Adam Buciński Honorowym Aptekarzem

W trakcie corocznego święta aptekarzy, organizowanego przez Pomorsko-Kujawską Okręgową Izbę Aptekarską w Bydgoszczy tytułem Honorowego Aptekarza Roku został wyróżniony Profesor Adam Buciński, kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji na Wydziale Farmaceutycznym.

Aptekarze świętowali 23 września 2012 r. w toruńskim Dworze Artusa. Jednym z elementów obchodów święta patronów aptekarzy – Kosmy i Damiana, jest przyznanie tytułów Aptekarza Roku i Honorowego Aptekarza Roku oraz wręczenie wyróżnionym statuetek Galena.

Tytuły te przyznaje się nominowanym farmaceutom po rozpatrzeniu wniosków wpływających do Kapituły tytułu, za rok poprzedni, tj. 2011.

W regulaminie określającym zasady przyznawania wyróżnień czytamy: „Kandydat winien w szczególności sposobie przyczyniać się do wzrostu prestiżu zawodu (...), być aktywnym w życiu lokalnego środowiska, nienagannie wykonywać obowiązki zawodowe.”

Wśród wyróżnionych w tym roku znalazł się Profesor Adam Buciński, kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji. Uzasadniając swój wybór Kapituła podkreśliła zarówno znaczny dorobek naukowy Profesora Bucińskiego, uwieńczony otrzymanym w dniu 18 kwietnia 2011 r. tytułem naukowym profesora nauk farmaceutycznych, jak i szeroką działalność na rzecz środowiska farmaceutów poprzez pełnione funkcje w samorządzie zawodowym i w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym.



od lewej laureaci tytułu Aptekarz 2011 roku: mgr farm. Maria Rogowska, mgr farm. Krystyna Sowińska, mgr farm. Ewa Włodarska oraz prof. dr hab. Adam Buciński

www.cm.umk.pl

Stomatologia coraz bliżej

Agnieszka Banach

Senat UMK jednomyślnie zgodził się przejąć od bydgoskiego ratusza zabytkowy budynek przy ul. Dworcowej 63. To oznacza, że plany powołania kierunku lekarsko-dentystycznego na Collegium Medicum zaczynają być coraz bliższe realizacji. Być może pierwsi studenci pojawią się w Bydgoszczy już w 2014 roku!

Bydgoski Ratusz nabył od PKP zabytkowy budynek przy ul. Dworcowej pod koniec sierpnia tego roku. Gmach, za który zapłacił 4,5 mln zł, od początku planował przekazać Collegium Medicum na potrzeby utworzenia stomatologii. O budynek, w którym mogłaby się ulokować stomatologia, zabiegała w bydgoskim Ratuszu poprzednia prorektorka CM UMK prof. Małgorzata Tańfil-Kławe.

Na razie nie wiadomo, kiedy nastąpi formalne „wręczenie kluczy” Uczelni. „Czekamy, aż PKP uzyska zgodę ministra transportu na sprzedaż budynku.” – informuje Jan Szopiński, zastępca prezydenta Bydgoszczy. Pewne jest, co potwierdzają władze uczelni, że na kierunek lekarsko-dentystyczny będziemy musieli jeszcze trochę poczekać.

„Na razie stomatologia pozostaje w sferze zamierzeń” – mówił parę miesięcy temu w wywiadzie dla *Primum Non Nocere* prorektor CM prof. Jan Styczyński, wskazując na problemy z pozyskaniem kadry i kosztownego zaplecza dydaktycznego.

Profesor nadal zdania nie zmienił. „Potwierdzam to, co powiedziałem w kwietniu. Jedyne, co się dziś zmieniło (2 października), to propozycja Miasta Bydgoszcz przekazania budynku przy ulicy Dworcowej 63 na potrzeby utworzenia kierunku lekarsko-dentystycznego, popularnie zwanym „stomatologicznym”. W odpowiedzi na tę propozycję, Rada Wydziału Lekarskiego, Rada Collegium Medicum i Senat uczelni wyraziły gotowość na to, aby Ratusz przekazał Uczelni budynek. Rada Wydziału Lekarskiego wyraziła również gotowość rozpoczęcia prac nad utworzeniem kierunku lekarsko-dentystycznego na wydziale lekarskim.”

Kiedy więc studenci stomatologii zaczną się uczyć na CM UMK? Rzecznik UMK Marcin Czyżniewski zapewnia, że nowy kierunek zostanie utworzony, gdy spełnione zostaną wszystkie konieczne warunki – skompletowana kadra, odpowiednie zaplecze kliniczne i przygotowana siedziba. „Jesteśmy przekonani, że uda nam

się je spełnić w ciągu półtora roku, tak aby uruchomić studia stomatologiczne w roku akademickim 2014/2015.” – mówi.

Budynek o powierzchni prawie 8 tys. metrów kwadratowych jest reprezentacyjny, ale wymaga generalnego remontu, tak by dostosować go do potrzeb studentów stomatologii. To oznacza wydatki dla UMK. Prof. Kławe szacowała je nawet na 40 mln złotych. „Nie znamy jeszcze kosztu remontu, ale budynek jest w dobrym stanie – twierdzi Marcin Czyżniewski – Głównym kosztem nie będzie remont, lecz wyposażenie.” Skąd UMK planuje pozyskać pieniądze na remont, a potem na finansowanie studiów stomatologicznych?

„Koszty uruchomienia kierunku rozłożą się nieco w czasie, bowiem kształcenie stomatologów przez pierwsze trzy lata jest takie jak pozostałych lekarzy. – zapewnia rzecznik UMK – Będziemy ubiegać się o pieniądze na remont ze źródeł zewnętrznych, mamy tu dobre doświadczenia. Wszystkie inwestycje realizowane obecnie na UMK finansowane są albo z budżetu państwa, albo z funduszy unijnych. Na kierunku le-

karsko-dentystycznym chcemy od razu uruchomić studia niestacjonarne oraz anglojęzyczne dla cudzoziemców, co pomoże w ich finansowaniu.”

Niektórzy obawiają się, że stomatologia może zostać „wyprowadzona” do Torunia, czego dowodem miałyby być niedawny remont i modernizacja (koszt 5 mln zł) Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w tym mieście, która teraz stanowi doskonałą bazę do nauczania klinicznego. „Zaplecze kliniczne Collegium Medicum znajduje się w szpitalach w Bydgoszczy i Toruniu i podobnie będzie ze stomatologią. W obu miastach znajdują się dobrze wyposażone ośrodki stomatologii. – przekonuje Marcin Czyżniewski – toruńska przychodnia działająca w ramach Wojewódzkiego Szpitala Zespółonego na pewno będzie częścią zaplecza klinicznego kierunku lekarsko-dentystycznego, ale siedzibą Collegium Medicum i prowadzonych przez nie kierunków jest Bydgoszcz”.

mgr Agnieszka Banach jest redaktorem „Primum Non Nocere”

przedruk z PNN 2012 nr 11, s. 5



zabytkowy budynek Dyrekcji Kolei Wschodniej na ul. Dworcowej w Bydgoszczy

Wizyta gości z Grodna



goście z Grodna wraz z Prorektorem ds. Collegium Medicum, prof. dr hab. Janem Styczyńskim i kierownikiem Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej, dr hab. Andrzejem Marszałkiem, prof. UMK

W październiku 2012 roku Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK gościła profesora Victora Basinskiego z Uniwersytetu Medycznego w Grodnie.

Celem wizyty było omówienie nawią-

zanej wcześniej współpracy oraz planów kolejnych przedsięwzięć.

W ostatnich dwóch latach Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej gościła już lekarzy z Białorusi. W trakcie tych wizyt goście mieli możliwość zapoznania się z aspektami diagnostyki

(m.in. protokoły opracowania materiału operacyjnego, przygotowanie materiału do badań dodatkowych, w tym z zakresu biologii molekularnej w celu indywidualizowania leczenia), a także działalnością dydaktyczną i naukową uczelni.

W zakresie dydaktyki omówiono m.in. zakres wiedzy, który powinien posiadać student jako przyszły lekarz w aspekcie epidemiologii chorób w poszczególnych krajach. Wymieniono doświadczenia na temat form prowadzenia zajęć.

W zakresie zagadnień naukowych podjęto współpracę dotyczącą badań nad nowotworem jajnika oraz jelita grubego. Projekty badawcze skupiają się głównie na szlakach kancerogenezy w wybranych lokalizacjach, a także na wpływie mikrośrodowiska na promocję i dalszy rozwój choroby nowotworowej.

Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej deklaruje chęć poszerzania dotychczasowej współpracy i zawarcia międzyuczelnianego porozumienia.

www.cm.umk.pl

Jedzenie z „Fantazją”!

Agnieszka Banach

Od września chorzy z Centrum Onkologii schodzą na posiłki do specjalnie dla nich przygotowanej restauracji „Fantazja”. Czekają na nich klimatyzowany, przestronny lokal – na ścianach obrazy, małe stoliki nakryte jasnymi obrusami. Najważniejsze jednak jest tu serwowane jedzenie – smaczne i urozmaicone. Zupełnie jak nie w szpitalu! CO jest pierw-

szą lecznicą w Polsce, która w ten sposób żywi pacjentów.

Co pacjent może tu zjeść? – pytamy Waldemara Lewickiego, szefa firmy cateringowej, która od 2,5 roku przygotowuje posiłki dla CO. „U nas nie ma pacjentów, tylko goście, jak w każdej innej restauracji. – prostuje najpierw – Każdy zje to, na co ma

ochotę, jak w wysokiej klasy restauracji. Na przykład dzisiaj na śniadanie mieliśmy parówkę na ciepło, jajecznicę, białą kielbasę; można było skorzystać z baru sałatkowego, spróbować paru gatunków wędlin, serów białych i żółtych, były jajka w majonezie, owoce, soki i kawa z ekspresu. Na obiad zapraszamy na trzy rodzaje pierogów, gulasz, zrazy i kilka rodzajów zup. Dla osób na dietach serwujemy specjalne menu.”

Jadłospis brzmi naprawdę imponująco, szczególnie gdy porównamy go z innym dużym szpitalem w regionie – śniadanie: pieczywo mieszane, masło, serek fromage, kakao; obiad: zupa pieczarkowa, gołąbki w sosie pomidorowym, ziemniaki z zieleciną – i to wszystko w wersji mikro. Bez pomocy rodziny nie da się przetrwać.

„Fantazja” może pomieścić jednocześnie 200 osób. Jest czynna od 7 do 18.30, a godziny posiłków są dostosowane do harmonogramu hospitalizowanych chorych. Pacjent wchodząc do restauracji „skanuje” założoną mu w izbie przyjęć bransoletkę z kodem kreskowym, a potem już może wybierać dania z tzw. szwedzkiego bufetu. Wszystko jest jasno opisane, a więc pacjent z cukrzycą czy na diecie lekkostrawnej nie będzie miał



restauracja „Fantazja” w Centrum Onkologii, fot. Tytus Żmijewski

problemów z wyborem odpowiedniego posiłku dla siebie.

„Jedzenie jest doskonałe! Taka restauracja w szpitalu niektórym może się tylko śnić, a my możemy z niej korzystać. Nie-spotykana rzecz. I nie na pokaz”. – zachwyca się chory na raka płuca pan Zdzisław ze Złocieńca w zachodniopomorskim, i podkreśla, że ważne tu nie tylko jest jedzenie, ale też możliwość zwyczajnego porozmawiania przy wspólnie jedzonym posiłku. Nie każdy chory będzie w stanie skorzystać z bogatej oferty „Fantazji”. Pacjentom leżącym, ich liczbę dyrektor CO szacuje na około 15 proc., jedzenie, jak do tej pory – donoszą kelnerzy.

Dlaczego dyrektor Centrum Onkologii zdecydował się na tak niespotykany w polskiej rzeczywistości sposób żywienia chorych? Powodów było parę. „Moim celem

jest, by szpital stawał się miejscem coraz bardziej przyjaznym dla pacjenta. – mówi Zbigniew Pawłowicz. – Poza tym, zdarza się, że pacjenci, szczególnie onkologiczni, są niedożywieni. Warto zaproponować im odpowiednią dietę, tym bardziej, że właściwe jedzenie jest przecież bardzo istotnym elementem terapii. Wydzielanie posiłków, co dzieje się w przypadku ich porcjowania, nie powinno mieć miejsca. Inna sprawa, że w trakcie leczenia zmieniają się odczucia smakowe, dlatego chory musi móc wybrać, co chce zjeść. To wszystko spowodowało, że postanowiłem skorzystać ze sprawdzonego sposobu żywienia stosowanego w dobrych restauracjach, w 4 gwiazdkowych hotelach z ofertą all inclusive.”

Szpital ma na nowym rozwiązaniu także skorzystać. Wprawdzie o złotówkę, do 12 zł, została podniesiona stawka za tzw.

dzienny wsad do kotła, ale koszty żywienia w Centrum i tak mają spaść o 50–60 tys. w skali roku. „Żywienie przyłóżkowe kosztuje więcej, bo najdroższa jest logistyka. – uważa Pawłowicz – Gdyby hotel „Hilton” musiał dostarczać posiłki dla gości do pokoi, na pewno co najmniej o dwa razy, zwiększyłby ceny.”

W CO posiłki serwuje firma caterin-gowa, ale nowoczesna restauracja i jej wyposażenie jest własnością szpitala. Inwestycja kosztowała około 7,4 mln złotych – z czego 6 mln dołożył Urząd Marszałkowski, reszta pochodzi z własnych środków Szpitala.

Z posiłków serwowanych w restauracji „Fantazja” mogą też korzystać pracownicy szpitala oraz odwiedzający. Opłatę pobierać będzie firma cateringowa.

przedruk z PNN 2012 nr 11 s. 14

Budowanie pomostów między nauką a gospodarką

Tomasz Kompanowski

W projekcie pn. „WIP - Wiosna Innowacji i Przedsiębiorczości”, realizowanym przez ostatnie dwa lata przez Akademicki Inkubator Przedsiębiorczości UMK przy współpracy Fundacji „Amicus”, postawiono sobie dwa zasadnicze cele. Pierwszym było szkolenie studentów różnych typów studiów, pracowników oraz absolwentów Uczelni w zakresie zakładania i prowadzenia własnej firmy akademickiej. Ambitny program zajęć realizowany przez 84 godziny dla każdej grupy, stwarzał szansę dogłębnego poznania mechanizmów funkcjonowania firmy, możliwości uzyskania dofinansowania, sztuki marketingu, radzenia sobie z obowiązkami podatkowymi i ubezpieczeniowymi. Drugim niezwykle istotnym celem, była próba znalezienia sposobów nawiązania kontaktów między naukowcami i przedsiębiorcami oraz zaprezentowanie oczekiwań obu stron wobec siebie.

Rekrutacja na szkolenia wcale nie była łatwym zadaniem. Informacja o szkoleniach przekazywana była za pomocą telebimów, wyświetlających krótki spot filmowy w przestrzeni miejskiej oraz w budynkach Uczelni. Z promocją szkoleń docierano również w sposób tradycyjny, poprzez rozdawane ulotki i plakaty na słupach ogłoszeniowych oraz mailing w internetowych serwisach uczelnianych. Wszystkie koła naukowe studentów i doktorantów oraz Biuro Karier zostały pisemnie poinformowane o korzyściach wynikających z udziału w szkoleniach.

Nasze działania spowodowały, że



„Forum Przedsiębiorczości Akademickiej”, maj 2012 r.



„Forum Przedsiębiorczości Akademickiej”, czerwiec 2011 r.



Akademicka Platforma Innowacji, www.innowacje.umk.pl

zgłoszeń na szkolenia było bardzo dużo, jednak wielu chętnych zrezygnowało ze szkoleń, kiedy uświadamiali sobie, jakim wyzwaniem jest uczęszczanie na zajęcia przez ponad dwa miesiące, dodatkowo, pomimo codziennych zajęć na Uczelni. Sukcesem można określić udział łącznie ponad stu słuchaczy, którzy w większości przyszedli już ze swoim pomysłem na biznes, ale jednocześnie potrzebowali wiedzy na temat funkcjonowania własnej firmy. Dodatkowo Uczestnicy szkoleń mieli możliwość skorzystania z profesjonalnego indywidualnego doradztwa, które pozwalało na wypracowanie właściwej ścieżki rozwoju, wyboru właściwej formy prawnej działalności i uzyskanie wskazówek związanych z prowadzeniem dokumentacji własnej firmy.

Najtrudniejszym zadaniem w tym projekcie okazało się jednak przekonanie naukowców, żeby zaprezentowali kierunki swoich badań oraz przedstawili, wynikającą z ich zainteresowań badawczych, ofertę kierowaną do świata zewnętrznego. Zadaniem dotarcia do zespołów badawczych zajęli się „pośrednicy innowacji”, czyli osoby, których zadaniem było przeprowadzenie audytu jednostek badawczych, wskazanych przez władze poszczególnych wydziałów lub samych naukowców, którzy mają najlepszą orientację, kto na wydziale zajmuje się badaniami możliwymi do komercjalizacji. Większość kierowników zespołów badawczych bardzo życzliwie przyjęła inicjatywę „audytu” i zmotywowała pracowników zespołu, aby udostępniła wszelkie informacje potrzebne do stworzenia oferty dla biznesu lub nawet sami taką ofertę przygotowali. Jeśli w danym zespole, badania w żaden sposób nie były możliwe „do sprzedaży”, oferowano wykonanie analiz i badań zleconych, możliwych na specjalistycznym sprzęcie dostępnym w jednostce.

Zdarzały się też trudne rozmowy pro-

wadzone przez „pośredników innowacji”. Nie wszystkich naukowców udało się skłonić do współdziałania w zakresie określenia oferty dla biznesu. Tłumaczyli to przede wszystkim brakiem czasu, ale też niechęcią do udostępniania światu wyników swoich badań w takiej formie. Byli też tacy, którzy twierdzili, że kontakty z biznesem już nawiązali i jakiegokolwiek pośrednictwo ich nie interesuje. Oczywiście nasze działania nie miały nikogo do niczego zmuszać, może poza skłonieniem do zastanowienia się nad możliwością tworzenia projektów badawczych przydatnych gospodarce, w ramach swoich dotychczasowych zainteresowań naukowych.

Wszelkie oferty możliwe do komercyjnego wykorzystania, a więc wynalazki, oferty badań zleconych, wykonania analiz, specjalistycznych ekspertyz i szkoleń z założenia miały zostać udostępnione w bazie ofert, dostępnej w portalu pn. „Akademicka Platforma Innowacji”, który został zaprojektowany, opracowany technicznie i umieszczony w Internecie, również w ramach omawianego projektu. Obecnie wszystkie uzyskane oferty dla gospodarki zostały już w tym portalu umieszczone. Pozostała jeszcze kwestia autoryzowania ich przez naukowców, ale już teraz można je wyszukiwać i przeglądać według różnych kryteriów wyszukiwania. Proces autoryzacji powinien się zakończyć w najbliższych tygodniach.

W związku z udostępnieniem bazy ofert powstaje oczywiście pytanie, czy przedsiębiorcy w ogóle zechcą przeszukiwać tę bazę, w celu znalezienia odpowiednich usług badawczych na Uczelni. Naszym zadaniem było dostarczenie im takiej możliwości. W celach promocyjnych rozesłano ponad 500 informatorów o dostępnej bazie do przedsiębiorców w całej Polsce. Nawet jeśli świat biznesu nie skorzysta bezpośrednio z bazy, to będzie ona stanowiła świetny materiał dla

jednostki zajmującej się transferem technologii. Baza ofert funkcjonuje on-line, zatem każdy naukowiec, a właściwie każdy kto posiada uniwersyteckie konto e-mailowe, może do tej bazy dołączać własne oferty. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że stworzone narzędzie przyczyni się do ułatwienia kontaktów naukowców ze światem gospodarki. Portal jest m.in. prezentowany w kioskach multimedialnych wystawionych w budynkach Uczelni.

W trakcie realizacji projektu odbyły się dwie imprezy o charakterze wystawienniczym pn. „Forum Przedsiębiorczości Akademickiej” (w czerwcu 2011 r. i w maju 2012 r.). Zaproszenia do udziału i zaprezentowania swojej wizji współpracy z Uczelnią zostały wystosowane do ponad 300 innowacyjnych firm w Polsce i na świecie. W uniwersyteckiej Auli gościliśmy ponad 30 wystawców z sektora przedsiębiorstw. Firmy biorące udział w „Forum”, zaprezentowały swoją wizję biznesu, a ich prezentacje zostały uwiecznione na filmach dostępnych w internetowej telewizji uniwersyteckiej. W imprezie wzięli również udział przedstawiciele poszczególnych Wydziałów, zarówno z Collegium Medicum UMK, jak i z kampusu toruńskiego.

Rezultatem tychże imprez było nawiązanie współpracy pomiędzy przedsiębiorcami i jednostkami naukowymi oraz wzajemne wyartykułowanie oczekiwań. W wyniku prowadzonych rozmów powstało kilkanaście projektów finansowanych z „Vouchera Badawczego”, w wyniku których przeprowadzono konkretne analizy i badania zlecone na potrzeby przedsiębiorstw. Najważniejsza jednak była sama możliwość spotkania i wymiany opinii na temat angażowania się naukowców w projekty mające służyć gospodarce. Innowacyjność przedsiębiorców zależy jest przecież głównie od tego, czy mogą liczyć na wsparcie lokalnych naukowców. Wydaje się, że idealnym rozwiązaniem byłoby organizowanie podobnych spotkań przynajmniej raz do roku. Dla naukowców jest to szansa na pozyskanie finansowania badań, a dla przedsiębiorców szansa na zwiększenie swojej atrakcyjności na rynku i zdobycie przewagi konkurencyjnej.

Podczas realizacji projektu wyraźnie uwidocznił się problem, z którym zmagają się od kilku lat wszystkie osoby, świadome nieuchronności zmian, jakie czekają polskie uczelnie. Tym problemem jest odczuwalny ze strony naukowców brak zaangażowania w działania zmierzające do komercjalizacji własnych badań i czerpania z tego tytułu

zysków. Nie są budujące wnioski z raportu Najwyższej Izby Kontroli, która twierdzi, że aż 84 proc. państwowych grantów wydano na badania „nastawione na utrzymanie kadr”, co oznacza, że nauka miała w ich przypadku znaczenie drugorzędne. Od kilku lat wielu ludzi w Polsce, na czele z ministerialnymi urzędnikami, zastanawia się jak tę niechęć środowiska przełamać. Okazuje się bowiem, że innej drogi do sukcesu nie ma. Jeśli uczelnie mają być liczącymi się ośrodkami naukowymi, to kadra naukowa musi poszukać dróg połączenia swoich pasji naukowych z zapotrzebowaniem przemysłu. W sytuacji kiedy dochody Uczelni z dydaktyki maleją z roku na rok, jedyną szansą pozyskania kapitału na rozwój będzie współpraca z biznesem. Warto dodać, że Strategia Lizbońska zawiera zapis obligujący kraje Unii Europejskiej do przeznaczania środków na badania i rozwój na poziomie 3% swego PKB. Tymczasem w Polsce nakład na B+R (badania i rozwój) wciąż wynosi jedynie 0,68% PKB i jest jednym z najniższych wśród 27 państw UE. Jednocześnie zaledwie 8% firm w Polsce uznaje nakłady na działalność badawczo-rozwojową za skuteczny sposób uzyskania przewagi konkurencyjnej i wartościowe źródło innowacyjności. Warto zadać sobie pytanie czy z punktu widzenia firm działających w regionie, nasza Uczelnia ma atrakcyjne oferty współpracy. Można się o tym przekonać przeglądając przygotowane oferty w „Akademickiej Platformie Innowacji”, która funkcjonuje pod adresem www.innowacje.umk.pl.

W naszych działaniach projektowych nie ograniczaliśmy się tylko do stworzenia samej bazy ofert. Staraliśmy się również wypromować niektóre z nich, aby je uatrakcyjnić na rynku poprzez opłacenie międzynarodowej ochrony patentowej. Żeby jednak takie działania podjąć, potrzebne jest zaufanie ze strony naukowców-wynalazców. Mamy nadzieję, że w przyszłości uda nam się w ten sposób wesprzeć o wiele więcej projektów badawczych niż do tej pory, ponieważ dzięki tym pierwszym, rzetelnie prowadzonym projektom, zdobędziemy uznanie zespołów badawczych. Najważniejszym przesłaniem jakie płynie z tej prawie dwuletniej pracy, jest myśl, że udział przemysłu musi polegać nie tylko na dofinansowywaniu badań, ale przede wszystkim na tym, że strona biznesowa będzie uczestniczyła w realizacji projektów i przygotowywała nowe rozwiązania technologiczne, które potem będą komercjalizowane. Dużym problemem jest fakt, iż naukowcy nie zastanawiają się, jak zastosować wyniki swoich badań w gospodarce, ograniczając się do przedstawiania ich

w swoim wąskim gronie, zaś przedsiębiorcy skarżą się, że potrzeby firm nie leżą w kręgu zainteresowań naukowców, a instytucje naukowe nie realizują badań służących nowoczesnej gospodarce. Polscy nauczyciele akademicy nie współpracują z biznesem także dlatego, że przez niektóre uczelnie niechętnie jest widziane posiadanie firmy, bo oznacza to, że ta osoba nie poświęca się całkowicie nauce. Z doświadczeń innych krajów, wiemy że każdy, kto chce prowadzić badania naukowe, powinien odbyć np. roczny staż w przemyśle i zobaczyć, jakie tam działają mechanizmy. W naszym środowisku wyraźnie widoczna jest zarówno przychylność władz jak i otwartość naukowców na odbywanie staży w przedsiębiorstwach. W ostatnich trzech latach, dzięki różnego rodzaju projektom realizowanym m.in. przez AIP UMK, staże w przemyśle odbyło ponad 60. naukowców. Wydaje się, że pod tym względem klimat do działań proinnowacyjnych jest doskonały.

Mamy ogromną nadzieję, że zarówno przedsiębiorcy jak i naukowcy wyciągną wnioski z doświadczeń zdobytych podczas

„Forum Przedsiębiorczości Akademickiej”. Przede wszystkim, po raz pierwszy chyba, wielu doktorantów mogło poznać potrzeby i problemy biznesu. Jak się okazało, informacje o ochronie własności intelektualnej i zarządzaniu tą własnością, były dla wielu z nich zupełną nowością. Nie możemy się porównywać z uczelniami zachodnimi, które systemy zarządzania własnością intelektualną wprowadzały w latach 70. ubiegłego stulecia i dzisiaj potrafią pozyskiwać od biznesu nawet połowę swoich przychodów. Warto jednak podpatrywać ich działania i podejmować podobne. Trzeba jednak pamiętać, że ich obecna sytuacja była wypracowywana przez ponad 30 lat, zanim osiągnięto takie efekty. W tym obszarze nie uda się niczego osiągnąć w krótkim czasie, a już zwłaszcza poprzez chaotyczne i niespójne działania. Warto też strzec się zewnętrznych doradców, którzy obecnie odwiedzają uczelnie Europy Środkowo-Wschodniej w poszukiwaniu „łatwych łupów”. Brak doświadczenia i chęć natychmiastowych zysków, powodują, że niektóre uczelnie wpadają



węście do Auli UMK, „Forum Przedsiębiorczości Akademickiej”, maj 2012 r.



„Forum Przedsiębiorczości Akademickiej”, maj 2012 r.

w ręce oszustów i podpisują bardzo niekorzystne dla siebie umowy.

Na pewno konieczne jest działanie zgodne z prawem i dlatego w naszej Uczelni wprowadzono Regulamin Ochrony Dóbr Niematerialnych, obowiązujący od 2010 r., pozwalający na udział wynalazcy w zyskach z komercjalizacji do 50% wartości przychodów, a więc podobnie jak w krajach wysoko rozwiniętych, wynalazca może znacząco poprawić swoją sytuację finansową i jednocześnie przyczynić się do rozwoju własnej uczelni. Idealnym rozwiązaniem jest sytuacja, w której organizacją pośredniczącą między firmą a naukowcem jest specjalna jednostka, która zajmuje się wyszukiwaniem potencjalnie

„rynkowych” badań i wynalazków umiałyby je z zyskiem sprzedać”. Obecnie taką rolę pełni właśnie AIP UMK.

Projekt pn. „WIP - Wiosna Innowacji i Przedsiębiorczości” pozwolił na zidentyfikowanie prac badawczych, możliwych do komercjalizacji, we wszystkich jednostkach naukowych Uczelni. Wykonano również profesjonalną ocenę potencjału rynkowego jednego z wynalazków, co być może przyspieszy działania związane z jego komercjalizacją. Mamy nadzieję, że te wszystkie działania: szkoleniowe, doradcze, łączenia biznesu z nauką i zmierzające do komercjalizacji, będą w najbliższych latach kontynuowane, bo tylko kompleksowe i stałe działa-

nia w tym kierunku mogą przynieść spodziewane efekty. Akademicki Inkubator Przedsiębiorczości jest jednostką, która z całą pewnością będzie w dalszym ciągu takie działania podejmować, bo takie postawiono przed nią zadania. Wszystkie osoby zainteresowane współpracą z biznesem, międzynarodowym patentowaniem, wykonaniem profesjonalnej oceny rynkowej wynalazku, czy też zdobyciem wiedzy o prowadzeniu biznesu, mogą liczyć na wsparcie i życzliwą pomoc.

Projekt był współfinansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

mgr Tomasz Kompanowski jest kierownikiem projektu „WIP - Wiosna Innowacji i Przedsiębiorczości”, prowadzonego w ramach Akademickiego Inkubatora Przedsiębiorczości

Nowi profesorowie: Marek Grabiec

Postanowieniem Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego z dnia 18 października 2012 r. tytuł naukowy profesora nauk medycznych otrzymał dr hab. n. med. Marek Grabiec, prof. UMK kierujący Katedrą oraz Kliniką Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej na Wydziale Lekarskim.

Profesor Marek Grabiec jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu. Po ukończeniu studiów w 1975 r. wrócił do rodzinnego miasta - Bydgoszczy i rozpoczął pracę, początkowo jako lekarz stażysta, a następnie jako asystent i starszy asystent w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym. W latach 1990-2002 był zatrudniony na stanowisku adiunkta w Katedrze i Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych Akademii Medycznej w Bydgoszczy.



prof. dr hab. Marek Grabiec

W dniu 1 czerwca 2002 r. został powołany na stanowisko kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Ginekologicznego AM, a 24 stycznia 2003 r. objął funkcję kierownika Katedry i Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Pielęgniarstwa Ginekologicznego Collegium Medicum UMK, na stanowisku profesora nadzwyczajnego.

Przez wszystkie lata pracy Profesor Marek Grabiec dbał o swój rozwój zawodowy uzyskując w 1979 r. I st., w 1982 r. II st. specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii, a w 2005 r. tytuł specjalisty w ginekologii onkologicznej. Kontynuując równoległe pracę naukową, otrzymał w 1979 r. tytuł doktora nauk medycznych, a w 2000 r., na podstawie dorobku naukowego i rozprawy pt.: „Przydatność kliniczna wybranych czynników płynu pęcherzykowego w leczeniu niepłodności małżeńskiej”, stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.

Przez cały okres pracy zawodowej Profesor prowadził zajęcia ze studentami Wydziału Lekarskiego, Wydziału Nauk o Zdrowiu, uczestniczył w szkoleniu podyplomowym lekarzy specjalizujących się w położnictwie i ginekologii oraz prowadził wykłady z zakresu oświaty zdrowotnej w bydgoskich placówkach oświatowych. Wielokrotnie brał udział w kursach i szkoleniach z zakresu ginekologii i położnictwa oraz ginekologii onkologicznej w ośrodkach krajowych i zagranicznych.

W latach 1993-1998 był specjalistą wojewódzkim w Toruniu ds. szkolenia podyplomowego, w latach 1994-1998 sekretarzem Zespołu Konsultanta Krajowego ds. ginekologii i położnictwa, a w latach 1994-2000 sekretarzem Oddziału Bydgosko-Toruńsko-Włocławskiego PTG. Przez szereg lat pełnił rów-

nież funkcję sekretarza Sekcji Płodności i Niepłodności PTG.

W latach 1999-2002 Profesor Marek Grabiec był członkiem Komisji Dyscyplinarnej przy Radzie Głównej Szkolnictwa Wyższego, a w latach 2000-2003 pełnił funkcję sekretarza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W roku 2012, w uznaniu za zasługi dla ginekologii i położnictwa w Polsce, otrzymał tytuł Honorowego Członka PTG.

Na czas kadencji 2002-2005 objął stanowisko przewodniczącego Senackiej Komisji Dyscyplinarnej dla studentów. Aktualnie jest członkiem Komisji Bioetyki oraz Wydawniczej przy Collegium Medicum UMK. Pełni również funkcję konsultanta wojewódzkiego w zakresie ginekologii i położnictwa oraz członka Komisji Egzaminacyjnej na specjalizację z zakresu ginekologii i położnictwa oraz ginekologii onkologicznej.

W trakcie dotychczasowej kariery zawodowej Profesor Marek Grabiec otrzymał wiele wyróżnień i odznaczeń, w tym: Srebrny Krzyż Zasługi, Medal Komisji Edukacji Narodowej, Medal Wojewody Kujawsko-Pomorskiego oraz Złoty Medal za Długoletnią Służbę.

Od 1 października 2009 r. Profesor pełni funkcję kierownika Katedry Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej oraz Kliniki Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum UMK. Jest również Przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Aktualnie pod opieką Profesora są 3 osoby na studiach doktoranckich.

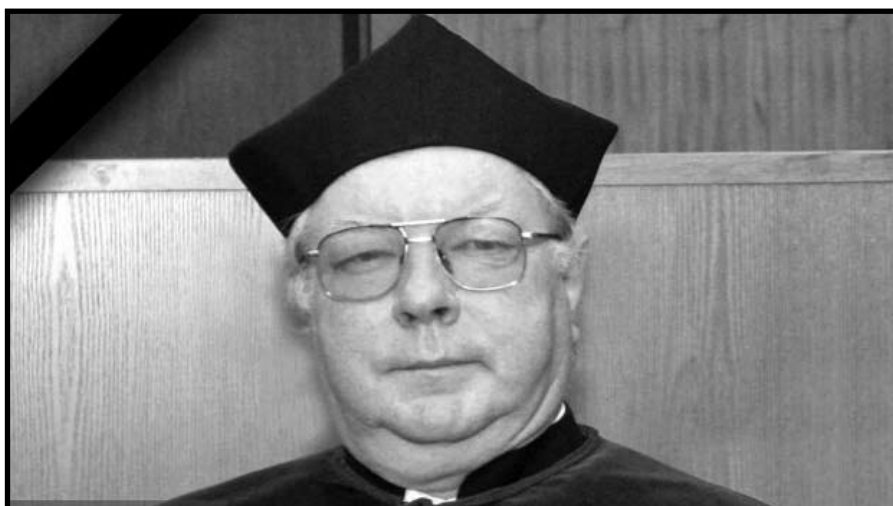
www.cm.umk.pl

Pożegnanie: prof. dr hab. Bogusław Hładoń

Bronisław Grzegorzewski

Profesor doktor habilitowany nauk farmaceutycznych Bogusław Hładoń urodził się 5 grudnia 1940 roku we Lwowie. Studia farmaceutyczne ukończył na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Krakowie w 1965 roku. W roku 1969 rozpoczął pracę w Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W roku 1974 obronił pracę doktorską „Aktywność cytostatyczna i farmakologiczna laktonów seskwiterpenowych”. Stopień doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych uzyskał w roku 1983 na podstawie pracy „Badania nad cytostatycznie aktywnymi metabolitami oksazofosforyn. Rola iperytu fosfo- i ifosforamidowego”. Zarówno pracę doktorską jak i habilitacyjną Prof. Bogusław Hładoń wykonał, będąc zatrudnionym na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W roku 1999 uzyskał tytuł profesora nauk farmaceutycznych.

Prof. Bogusław Hładoń związał się z Akademią Medyczną im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy w roku 2001 obejmując na Wydziale Farmaceutycznym kierownictwo Katedry i Zakładu Farmakodynamiki i Farmakologii Molekularnej. Prof. Bogusław Hładoń należał do grona założycieli kierunku farmacja wyróżniając się działalnością organizacyjną w tworzeniu tego kierunku studiów. Po połączeniu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika Prof. Bogusław Hładoń był senatorem Uniwersytetu. Prof. Bogusław Hładoń prowadził wykłady na kierunku farmacja z przedmiotów Farmakologia i farmakodynamika dla studentów III i IV roku, Biotechnologia farmaceutyczna dla studentów IV roku, Farmakoterapia z nauką informacją o lekach dla studentów V roku oraz dla studentów II roku kierunku Kosmetologia z przedmiotu Farmakologia z toksykologią. Studenci bardzo cenili pracę dydaktyczną Prof. Bogusława Hładonia przyznając Mu bardzo wysokie noty. Za szczególne osiągnięcie w działalności Prof. Bogusława Hładonia należy uznać zorganizowanie i wieloletnie kierowanie Studium Kształcenia Podyplomowego na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Niezwykle cenne w tej działalności były posiadane przez Prof. Bogusława Hładonia specjalizacje I i II stopnia z farmakologii i farmakodynamiki.



Dorobek naukowy Prof. Bogusława Hładonia obejmuje onkofarmakologię, badanie nowych związków przeciwnowotworowych i leków cytostatycznych w zakresie ich mechanizmów działania, metabolizmu, farmakokinetyki oraz farmakogenetyki i farmakologii molekularnej. Opublikował ponad 130 prac. Jest autorem przewodnika dla studentów farmacji pt. „Farmakodynamika” oraz współautorem podręcznika pt. „Farmakodynamika”. Do ważnych osiągnięć Prof. Bogusława Hładonia należy zaliczyć wdrożenie w Polsce programu badań leków cytostatycznych NCI, NIH Bethesda USA, zbadanie kilkuset nowych związków i odkrycie właściwości cytostatycznych dla 65 związków różnych grup chemicznych, przekazanie 21 do dalszych badań, z których pochodna azatiopryny została przekazana do badań klinicznych, a lewoskrętny stereoizomer (-)-(S)- chlorbromoifosfamid jest w II fazie badań klinicznych.

Profesor Hładoń przyczynił się do wyjaśniania mechanizmu komórkowego i molekularnego, a także do zbadania metabolizmu i farmakokinetyki selektywnych stereoizomerów grupy oksazofosforynianów (pochodne cyklofosfamid i ifosfamid), które doprowadziły do zwiększenia efektywności klinicznej i optymalizacji terapii z użyciem m.in. uroprotektorów. Prof. Bogusław Hładoń jest autorem kilkunastu projektów nowych postaci leków oraz nowych leków dla przemysłu farmaceutycznego, wdrożonych do praktycznego zastosowania. Opracował metody oceny wpływu związków i leków na efektery splicingu pre-mRNA o znaczeniu dla farmakologii molekularnej, niezbędnych dla wy-

jaśnienia mechanizmów zachodzących w spliceosomie – ważnych m.in. dla wyjaśnienia mechanizmu działania nowych cytostatyków. Prof. Bogusław Hładoń zbadał ok. 20 nowych nukleozydowych pochodnych acyklowiru i 105 pochodnych zydowudyny (AZT) i wykazał w kilku przypadkach wyższą ich aktywność w porównaniu do leków referencyjnych, które potencjalnie mogą być wykorzystywane w systemach transferu genów w ramach paradygmatów terapeutycznych. Prof. Bogusław Hładoń część swoich badań realizował w ośrodkach zagranicznych poprzez staże naukowe we Włoszech i w Niemczech.

Prof. Bogusław Hładoń jest autorem licznych ekspertyz i opracowań w zakresie leków (m. in. dla Ministerstwa Zdrowia) oraz recenzji na stopnie naukowe doktora i doktora habilitowanego i tytuł profesora. Jest promotorem 4 obronionych prac doktorskich w zakresie nauk farmaceutycznych. Był członkiem Komisji Akredytacyjnej Ministerstwa Zdrowia ds. specjalizacji farmaceutów i kształcenia podyplomowego.

Prof. Bogusław Hładoń był człowiekiem bardzo pogodnym, życzliwym i przyjaznym. Był cenionym przez studentów wykładowcą. Bardzo wiele czasu poświęcał kształceniu podyplomowemu. W uznaniu zasług dla środowiska farmaceutów Kujawsko-Pomorska Izba Farmaceutyczna przyznała Mu tytuł honorowy. Z chwilą śmierci Prof. Bogusława Hładonia Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Mikołaja Kopernika traci oddanego sprawom Wydziału, szlachetnego człowieka.

prof. dr hab. Bronisław Grzegorzewski jest kierownikiem Katedry Biofizyki (a przed dwie kadencje pełnił funkcję dziekana Wydziału Farmaceutycznego)

Żegnamy dzisiaj...

Stefan Kruszewski

Szanowna Pani prof. Tereso Gierlach-Hładoń, Szanowne Panie Joasiu i Małgośiu, Szanowni Panowie Pawle i Robertcie, Szanowna Rodzino i Bliscy ś.p. profesora Bogusława Hładonia. Żegnacie dzisiaj pogrążeni w smutku osobę najbliższą, męża, brata, ojca, dziadka. Pogrążona w smutku jest społeczność Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, społeczność Collegium Medicum, społeczność Wydziału Farmaceutycznego. W imieniu Rektora UMK prof. Andrzeja Tretyna, prorektora ds. Collegium Medicum prof. Jana Styczyńskiego, oraz w imieniu Rady Wydziału, pracowników i studentów Wydziału Farmaceutycznego składam wyrazy najszczerzego współczucia.

Odszedł profesor bardzo zasłużony dla Uniwersytetu i Wydziału Farmaceutycznego – jeden z ojców założycieli kierunku farmacja w Bydgoszczy. Odszedł przedwcześnie, w pełni aktywności. Jeszcze kilkanaście godzin przed swoim odejściem uczestniczył w posiedzeniu Rady Wydziału Farmaceutycznego. Pamiętam uściski dłoni i zamieniane z Panem Profesorem słowa - okazało się, że były to słowa ostatnie.

Pan Profesor opuścił nas w dniu swoich urodzin. Los tak sprawił, że jego dzieciństwo i młodość przypadły w czasach, miejscach i okolicznościach trudnych, a nawet tragicznych. Urodził się 5 grudnia 1940 roku we Lwowie i od pierwszych chwil swego życia doznawał udręki tamtych trudnych lat. Wyszedł z nich wzmocniony i zahartowany. W czasach nieco lepszych rozpoczął studia na kierunku farmacja w ówczesnej Akademii Medycznej w Krakowie. Ukończył je w 1965 roku uzyskując tytuł magistra farmacji. Od 1969 roku był związany z Poznaniem. Podjął tam pracę naukową w Zakładzie Farmakologii Akademii Medycznej. Zdobywał tam kolejne stopnie naukowe, doktora w 1974, doktora habilitowanego w 1983, potem kolejno stanowiska docenta i profesora nadzwyczajnego. W 1999 roku za całokształt dorobku naukowego, organizacyjnego i dydaktycznego otrzymał tytuł profesora nauk farmaceutycznych.

Odbył szereg zagranicznych staży naukowych, m.in.: w Instytucie Chemii Organicznej i Biochemii w Pradze, w Instytucie Onkologii w Bratysławie, w Instytucie Medycyny Eksperymentalnej w Jenie, w Instytucie Onkologii

w Berlinie, w Instytucie Farmakologicznym w Mediolanie.

Zainteresowania naukowe prof. Bogusława Hładonia koncentrowały się na badaniach nad aktywnością cytostatyczną leków i związków o działaniu przeciwnowotworowym, nad ich mechanizmem, metabolizmem i farmakokinetyką. Był autorem ponad 130 prac naukowych, w tym ok. 30. zastrzeżonych dla przemysłu farmaceutycznego.

Prof. Hładoń od prawie 12 lat był silnie związany z Bydgoszczą. W 2001 roku podjął wysiłek związany z uruchamianiem kierunku studiów farmacja w Bydgoszczy. Zaangażował się całkowicie w to wielkie przedsięwzięcie. Był jednym z najważniejszych ojców założycieli bydgoskiej farmacji. Z wielkim oddaniem zaangażował się w opracowanie programów studiów, opracowanie koncepcji i planów budynku farmacji, a następnie w organizację Katedry i Zakładu Farmakokinetyki i Farmakologii Molekularnej. Z bydgoską farmacją, swoją Katedrą i z Bydgoszczą był bardzo emocjonalnie związany. Był bardzo związany ze swoim zespołem, dbał o ten zespół, swoich współpracowników traktował po ojcowsku.

Kolejna ważna aktywność profesora tu w Bydgoszczy, to szkolenia specjalizacyjne z zakresu farmacji aptecznej. Od samego początku pobytu w Bydgoszczy, profesor był kierownikiem Studium Podyplomowego. Przyczynił się do wykształcenia i uzyskania specjalizacji przez kilkuset farmaceutów z obszaru województwa kujawsko-pomorskiego.

Pasją profesora było nauczanie. Z wielką odpowiedzialnością i powagą podchodził do prowadzonych przez siebie wykładów. Do każdego wykładu się przygotowywał, nie popadał w rutynę. Jego wykłady z zadowoleniem były odbierane przez studentów i uczestników szkoleń specjalizacyjnych.

Kolejna ważna aktywność profesora, to wychowywanie nowych kadr naukowych. Był promotorem w 4 przewodach doktorskich, recenzował 6 rozpraw doktorskich, 3 rozprawy habilitacyjne, 4 razy pełnił funkcję recenzenta w postępowaniu o nadanie tytułu profesora, recenzował wiele artykułów naukowych i projektów badawczych. Wielokrotnie był recenzentem w postępowaniach awansowych pracowników wielu wydziałów farmaceutycznych.

Był człowiekiem wyjątkowo życzliwym i ta życzliwość odzwierciedlała się w recenzjach. Zawsze starał się jak najlepiej wyeksponować to co wartościowe, to co pozytywne. Piszac recenzje, a także wnioski o granty, sprawozdania, publikacje, zawsze ważył słowa, zawsze starał się dobrać słowa najodpowiedniejsze, był mistrzem doboru słów. Dotyczy to zarówno słów zapisanych jak i tych wypowiedzianych. Wyrażał w ten sposób wielki szacunek dla czytelnika i rozmówcy.

Ziemska droga pana profesora przebiegała przez 4 ważne miasta: Lwów, Kraków, Poznań i Bydgoszcz. Bydgoszcz to miasto Jego wyboru, wybrał Bydgoszcz, gdy był u szczytu swej kariery naukowej i wtedy swoją wiedzę, swoje talenty organizacyjne oddał bydgoskiej farmacji. To co robił dla farmacji służyło podnoszeniu prestiżu Uniwersytetu i znaczenia Bydgoszczy. W Bydgoszczy pozostanie na zawsze i na zawsze pozostanie w naszej pamięci jako ten, który tak dużo zrobił dla bydgoskiej farmacji.

Był senatorem Akademii Medycznej i Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Jako senator reprezentował Wydział Farmaceutyczny i środowisko farmaceutów w czasie wizyty w Watykanie, gdy senat UMK nadawał papieżowi Janowi Pawłowi II tytułu doktora honoris causa.

Zasługi profesora są dużo szersze niż wkład w rozwój farmacji i farmakologii w Poznaniu i Bydgoszczy. Wniósł on znaczący wkład w rozwój farmacji w Polsce i cała polska farmacja poniosła dużą stratę. Wchodził w skład różnych ogólnokrajowych komisji, zespołów, towarzystw naukowych, redakcji. Wpłynęły na moje ręce kondolencje od dziekanów wydziałów farmaceutycznych oraz od sekcji akademickiej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. We wszystkich tych kondolencjach oprócz głębokiego smutku jest podkreślany wkład jaki profesor wniósł w rozwój farmacji i farmakologii w Polsce.

Panie Profesorze Bogusławie Hładoń, niech mi będzie wolno w imieniu Rady Wydziału Farmaceutycznego pracowników i studentów wyrazić podziękowanie, że byłeś z nami i tak dużo dobrego dla nas zrobiłeś. Pozostaniesz na zawsze w naszej wdzięcznej pamięci.

prof. dr hab. Stefan Kruszewski jest dziekanem Wydziału Farmaceutycznego

przemówienie wygłoszone na pogrzebie ś.p. profesora Bogusława Hładonia w dniu 10. 12. 2012

Personalia

z dniem 25.06.2012 r. Pani mgr Natalia Gliniecka-Kucybała została Kierownikiem Sekretariatu Centrum Kształcenia w Języku Angielskim Collegium Medicum UMK

Pan dr hab. Krzysztof Leksowski, prof. UMK, zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego, powołany do pełnienia funkcji kierownika Katedry Zdrowia Publicznego i Zakładu Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego z dniem 07.08.2012 r. uzyskał tytuł naukowy profesora nauk medycznych,

od dnia 1 września 2012 r. Pan prof. dr hab. Arkadiusz Jawień pełni funkcję Dyrektora Centrum Kształcenia w Języku Angielskim Collegium Medicum UMK,

Pan prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi, zatrudniony na stanowisku profesora zwyczajnego na Wydziale Nauk o Zdrowiu z dniem 01.09.2012 r. został zatrudniony w Katedrze i Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych na Wydziale Lekarskim na stanowisku profesora zwyczajnego;

Pan prof. dr hab. Ryszard Oliński został powołany przez Rektora do pełnienia funkcji Pełnomocnika Rektora ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą Collegium Medicum w Bydgoszczy na kadencję 2012 -2016 tj. od dnia 1 września 2012r. do 31 sierpnia 2016 r.,

Pan prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi został powołany przez Rektora do pełnienia funkcji Pełnomocnika Rektora ds. Klinicznych i Kształcenia Medycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy na kadencję 2012 -2016 tj. od dnia 1 września 2012r. do 31 sierpnia 2016 r. ,

Pan prof. dr hab. Maciej Świątkowski został powołany do pełnienia funkcji Koordynatora ds. relacji z samorządem województwa kujawsko-pomorskiego na kadencję 2012 -2016 tj. od dnia 1 września 2012 r. do 31 sierpnia 2016 r.

Pani dr hab. Ewa Żekanowska, prof. UMK została powołana do pełnienia funkcji Pełnomocnika Rektora ds. organizacji specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych na kadencję 2012-2016 tj. od 1 września 2012 do 31 sierpnia 2016,

z dniem 1 września 2012 r. Pani dr Krystyna Romańska-Gocka została przeniesiona z Pracowni Immunodermatologii i Chorób Alergicznych Skó-

ry na Wydziale Lekarskim do Katedry Kosmetologii i Dermatologii Kosmetycznej na Wydziale Farmaceutycznym. Pani Doktor nie pełni funkcji p.o. kierownika Pracowni Immunodermatologii i Chorób Alergicznych Skóry od dnia 1 września 2012 r.,

Pan dr hab. Tomasz Drewa, prof. UMK zatrudniony w Zakładzie Inżynierii Tkankowej i pełniący funkcję kierownika ww. jednostki od dnia 1 września br. do dnia 31 sierpnia 2013 r. przebywa na urlopie bezpłatnym. Od dnia 1 września br. p.o. kierownikiem Zakładu Inżynierii Tkankowej została Pani dr Anna Bajek,

z dniem 24.09.2012 r. Pan mgr inż. Tomasz Chyła został zatrudniony na stanowisku Kierownika Zespołu ds. Realizacji Wieloletniego Programu Medycznego Rozbudowy i Przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy,

z dniem 30 września 2012 r. został rozwiązany stosunek pracy z Panem prof. dr hab. Waldemarem Plackiem, zatrudnionym na stanowisku profesora zwyczajnego, pełniącym funkcję kierownika Katedry Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii i Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii,

z dniem 1 października 2012 r. Pan dr hab. Rafał Czajkowski został powołany na kierownika Katedry Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii i Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii. Pan dr hab. Czajkowski został przeniesiony z ww. dniem do Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii z Zakładu Inżynierii Tkankowej,

z dniem 30 września 2012 r. zakończył zatrudnienie w Uczelni Pan dr Jerzy Gałęski zatrudniony na stanowisku adiunkta w Samodzielnym Stanowisku ds. Przystosowania Obronnego Studentów.

z dniem 30 września 2012 r. Pan prof. dr hab. Bogusław Hładoń zakończył pełnienie funkcji Kierownika Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego, natomiast od dnia 1 października br. na Kierownika ww. Studium został powołany Pan prof. dr hab. Jerzy Krysiński do dnia 30 września 2013 r.

z dniem 30 września 2012 r. Pani dr Mirosława Felsmann przestała peł-

nić funkcję p.o. kierownika Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, zmieniła jednostkę zatrudnienia na Zakład Teorii Pielęgniarstwa, w którym pełni funkcję p.o. kierownika ww. jednostki od dnia 1.10.2012 r.,

z dniem 30 września Pan prof. dr hab. Roman Ossowski przestał pełnić funkcję kierownika Katedry i Zakładu Psychologii Klinicznej, nadal jest zatrudniony w ww. jednostce,

z dniem 30 września 2012 r. zatrudnienie w Uczelni zakończyła Pani dr Wioletta Weiss-Konek, p.o. kierownika Pracowni Diagnostyki Obrazowej i Farmakologii Skóry,

z dniem 1 października 2012 r. na p.o. kierownika Katedry i Zakładu Psychologii Klinicznej została powołana Pani dr Kinga Sobieralska-Michalak,

Pan dr hab. Andrzej Marszałek, prof. UMK, zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Klinicznej od dnia 01.10.2012 r. pełni funkcję p.o. kierownika Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej;

od dnia 1 października 2012 r. Pan prof. dr hab. Janusz Kowalewski, zatrudniony w Katedrze i Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów został mianowany na czas nieokreślony na stanowisko profesora zwyczajnego,

od dnia 1 października 2012 r. Pani dr hab. Anna Szaflarska – Popławska zatrudniona w Zakładzie Endoskopii i Badań Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego została zatrudniona na podstawie umowy o pracę na okres do 30.09.2017 r. na stanowisku profesora nadzwyczajnego,

od dnia 1 października 2012 r. Pan dr hab. Grzegorz Grześk zatrudniony w Katedrze i Zakładzie Farmakologii i Terapii został zatrudniony na podstawie umowy o pracę na okres do 30.09.2017 r. na stanowisku profesora nadzwyczajnego,

od dnia 1 października 2012 r. Pani prof. dr hab. Kornelia Kędziora – Kornatowska zatrudniona w Katedrze i Klinice Geriatrii została mianowana na czas nieokreślony na stanowisku profesora zwyczajnego,

od dnia 1 października 2012 r. Pani dr hab. Alina Woźniak zatrudniona w Zakładzie Biologii Medycznej została zatrudniona na podstawie umowy o pracę na okres do 30.09.2017 r. na stanowisku profesora nadzwyczajnego,

od dnia 1 października 2012 r. Pani prof. dr hab. Alina Grzanka, zatrudniona w Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii została mianowana na czas nieokreślony na stanowisko profesora zwyczajnego,

od dnia 1 października 2012 r. Pan dr hab. Michał Szpinda zatrudniony w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej został zatrudniony na podstawie umowy o pracę na okres do 30.09.2017 r. na stanowisku profesora nadzwyczajnego,

od dnia 1 października 2012 r. Pani prof. dr hab. Danuta Roś, zatrudniona w Zakładzie Patofizjologii została mianowana na czas nieokreślony na stanowisko profesora zwyczajnego,

od dnia 1 października 2012 r. Pan prof. dr hab. Adam Buciński, zatrudniony w Katedrze i Zakładzie Biofarmacji został mianowany na czas nieokreślony na stanowisko profesora zwyczajnego,

od dnia 1 października 2012 r. Pan dr hab. Stanisław Dąbrowiecki, prof. UMK jest zatrudniony na Wydziale Nauk o Zdrowiu w Katedrze i Zakładzie Żywienia i Dietetyki, nie pełni funkcji kierownika Katedry Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej

z dniem 01 października 2012 r. Pani dr hab. Małgorzata Krajnik, zatrudniona na stanowisku adiunkta w Katedrze i Zakładzie Opieki Paliatywnej, została powołana do pełnienia funkcji kierownika ww. jednostki, wcześniej pełniła funkcję p.o. kierownika tej jednostki,

z dniem 1 października 2012 r. została zatrudniona Pani dr hab. Hanna Kostyło na stanowisku profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej i powołana do pełnienia funkcji kierownika ww. jednostki.

Pani dr hab. Anna Sinkiewicz od dnia 1.10.2012 r. pełni funkcję Kierownika Zakładu Foniatrii i Rehabilitacji Głosu, wcześniej pełniła funkcję p.o. kierownika tej jednostki,

z dniem 1 października 2012 r. Pan prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko dotychczas zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego został zatrudniony na stanowisko profesora zwyczajnego w Katedrze Medycyny Ratunkowej i Katastrof,

z dniem 1 października 2012 r. Pan dr hab. Sławomir Jeka zatrudniony na stanowisku adiunkta w Klinice Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej, dotychczas pełniący funkcję p.o. kierownika został powołany na kierownika ww. jednostki.

Pan dr Jacek Szopiński został powołany na p.o. kierownika Katedry Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej na okres od 1.10.2012 r. do 31.12.2012 r.

Pan dr hab. Wiktor Dróżdż z dniem 1 listopada 2012 r. zmienił jednostkę z Zakładu Neuropsychologii Klinicznej na II Klinikę Psychiatrii oraz na okres od 1 listopada 2012 r. do 31 stycznia 2013 r. został powołany na p.o. kierow-

nika II Kliniki Psychiatrii,

Pani dr Małgorzata Łukowicz zatrudniona na stanowisku adiunkta w Katedrze i Zakładzie Laseroterapii i Fizjoterapii i pełniąc funkcję p.o. kierownika uzyskała stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – rehabilitacji w dniu 5.10.2012 r.,

Pan dr hab. Konrad Misiura, prof. UMK został powołany do pełnienia funkcji Kierownika studiów niestacjonarnych, kierunek kosmetologia na okres od 1.10.2012 r. do 30.09.2013 r.

Pan dr hab. Marek Grabiec zatrudniony w Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej i pełniący funkcję kierownika Katedry Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej i Kliniki Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej uzyskał w dniu 18 października br. tytuł profesora nauk medycznych.

Pani dr hab. Małgorzata Łukowicz od dnia 1.12.2012 r. będzie pełniła funkcję kierownika Katedry i Zakładu Laseroterapii i Fizjoterapii.

Pan prof. dr hab. Aleksander Araszkievicz od dnia 1.11.2012 r. pełni funkcję kierownika Katedry Psychiatrii i I Kliniki Psychiatrii,

od dnia 19.11.2012 r. Pani dr hab. Dorota Olszewska - Słonina pełni funkcję p.o. kierownika Pracowni Biologii Komórki i Genetyki.

oprac. mgr Agnieszka Mróz

Informacje o pracy Związku Nauczycielstwa Polskiego w UMK

Bronisław Żurawski

Razem z rozpoczęciem nowego Roku Akademickiego członkowie ZNP w naszej organizacji związkowej podjęli działalność roczną już po raz 67.

Dnia 4 października na swoim comiesięcznym posiedzeniu zebrał się Zrząd Uczelniany. Zebrani zapoznali się z przebiegiem obrad Senatu. Z zadowoleniem przyjęto informację o przewidywanych podwyżkach płac w Szkolnictwie Wyższym w roku 2013 (mają one objąć również pracowników Collegium Medicum). Postanowiono delgować przedstawicieli ZNP do wszystkich gremiów ustalających zasady podziału środków jakie na ten cel

otrzyma uczelnia. Zobowiązanie zarząd do przeprowadzenia konsultacji społecznych w tej sprawie.

Zebrani wysłuchali informacji o przebiegu zorganizowanych przez nasz Związek wycieczek. Oceniono wysoko organizację i przebieg wycieczek krajowych i zagranicznych. Uczestnicy wycieczki do Moskwy wyrażali szczególne zadowolenie z przebiegu wycieczki i miłej atmosfery w czasie wycieczki.

Zarząd postanowił w dalszym ciągu kontynuować działalność w tej dziedzinie. Zdecydowano następną wycieczkę połączoną z pobytem w sanatorium zorganizować do Buska Zdroju.

Oceniając początek działalności no-

wych władz Uczelni zauważono dużą ilość spraw przygotowanych na posiedzenie Senatu. Podkreślono konieczność wspierania słusznych poczynań nowych władz i chęć pełnej współpracy w zakresie poprawy warunków pracy i pełnego wykorzystania funduszu świadczeń socjalnych.

Zarząd przyznał cztery zapomogi dla członków, którzy o nie wnioskowali ze względu na wydarzenia losowych.

Rozpatrując sprawy organizacyjne przyjęto do ZNP czterech nowych członków. Ponadto ustalono harmonogram dalszych działań na bieżący rok akademicki.

mgr Bronisław Żurawski jest prezesem ZNP w UMK

Magia świąt - fakty i mity wykład z cyklu „Medycznej środy”

Karolina Domińska

3... 2... 1... start! Szal przedświątecznych zakupów uważamy za rozpoczęty!

Wraz ze zbliżającymi się Świątami Bożego Narodzenia wybieramy się na zakupy, a wraz z nimi czekają na nas liczne pokusy... Czy ktoś z nas wówczas zadaje sobie pytanie: czy ja tego potrzebuję? Z jednej strony wiemy, że musimy uważać na wydatki, z drugiej strony promocje kuszą.

Prawdopodobnie duża część z nas (o ile nie większość) uważa się za świadomych konsumentów. A przecież jako świadomi konsumenci jesteśmy przekonani, że reklamy na nas nie działają i nie dajemy się nabrać na promocje.

Przypomnijmy sobie nasze dotychczasowe zakupowe wybory... Czy faktycznie nigdy nie zdarzyło się nam wrócić z zakupów z kolejną bluzeczką za jedyne 19,99 albo artykułem z oferty promocyjnej, który sprzedawca zaoferował nam gdy już kupiliśmy parę rzeczy?

Zjawisko iluzji odporności na działanie

Większość ludzi uważa się za lepszych od tzw. osoby przeciętnej (wynika to z faktu, że chcemy widzieć siebie lepszymi niż jesteśmy). Uważamy więc, że ktoś kupuje dany proszek, bo jest reklamowany, my natomiast po prostu chcemy spróbować lub jest to jedynie nasza decyzja, na którą reklama na pewno nie wpłynęła. Sceptyczne nastawienie do reklam nie oznacza wcale odporności na nie i niekupowania reklamowanych produktów. Proponuję przyrzeć się technikom, za pomocą których wywierany jest na nas wpływ, szczególnie przed świątecznymi zakupami. Czy zastanawiałeś się, w jaki sposób sklepy chcą Cię wyprowadzić w pole? Tutaj nawet terkoczący wózek może być podpułą. Dlaczego ulegamy wpływom sklepów? Dlaczego właśnie przed świątecznymi zakupami? Powód wydaje się być prosty: dlatego, że są spore szanse na to, że te zakupy robimy zabiegani, myśląc o wielu różnych sprawach, które mamy do załatwienia.

Siła reklamy

W Stanach Zjednoczonych przeprowadzono interesujące badanie. Przed-

szkolakom pokazywano program telewizyjny bez reklamy, a następnie ten sam, zawierający reklamę zabawki. Potem dano im możliwość wyboru - albo zabawka z reklamy, albo zabawa w piaskownicy z kolegą. Tylko 35 proc. dzieci, które widziały reklamę wybrało zabawę z rówieśnikiem. Z dorosłymi wcale nie jest inaczej. Sklepy tylko czekają, żeby klient przekroczył ich progi. Gdy to już zrobimy, jesteśmy jak mucha w pajęczej sieci. Markety wycisną z nas ostatnie soki. Bo kto nie dokupi dodatkowej - za zwyczaj w ogóle nie potrzebnej - ozdoby, którą zobaczył tuż przy kasie.

Pierwsze prawo reklamy: znajdź target, czyli określ grupę docelową

Jest o co walczyć; według Pentora na wielkanocne zakupy wydaliśmy w 2010 roku blisko 400 zł. Za wszystko odpowiedzialny jest tajemniczy merchandising, czyli wykorzystanie topografii

sklepu oraz zasad psychologii społecznej i sztuki prezentacji produktów dla zwiększenia sprzedaży. Wystrój, zapach, muzyka, rozmieszczenie i ekspozycja towarów. Nic nie jest przypadkowe i wszystko ma jeden cel: masz jak najwięcej włożyć do koszyka. Według badań aż 80 proc. decyzji zakupowych podejmujemy już w sklepie.

Dlaczego przed świętami wpadamy w szal zakupów?

Podczas zakupów towarzyszy nam muzyka, zapachy, specjalne dekoracje i światła. Nie przypadkiem. Aromat wanilii, cytrusów, choinki sprawia, że pozytywny nastrój udziela się kupującemu, a będąc w dobrym humorze życzliwiej patrzymy na ofertę, wszystko bardziej nam się podoba i jesteśmy skłonni więcej wydać... Oto właśnie poddaliśmy się wpływowi zabiegów marketingowych w sferze zmysłów i w przestrzeni.

Wystrój sklepów, ułożenie produktów na półkach w supermarketach, to prze-





myślana konstrukcja. Przestrzeń wielkich magazynów jest zorganizowana z myślą o intensyfikacji sprzedaży. Na przykład alejki, czyli ścieżki konsumentów, są zaprojektowane tak, że zanim dotrzemy do artykułów pierwszej potrzeby, przemierzamy trasę pomiędzy półkami, z których kuszą atrakcyjne, choć w tej chwili zupełnie zbędne towary. I – w dobrym nastroju – dajemy się skusić! Wychodzimy zaopatrzeni w produkty, których nie mieliśmy w planach, ale były „po drodze”. Czy też inne sposoby: produkty umieszczone na wysokości oczu, napisy SALE, PROMOCJA, WYPRZEDAŻ...

Inne przykłady zabiegów słownych w marketingu to: gratis, Tylko dla naszych stałych odbiorców, Nie dla idiotów!; ...lepsze efekty...; ...oszczędzasz...; ...specjalnie na święta.../ oferta świąteczna.

Płeć a reklama

Płeć osób reklamujących powinna zgadzać się z tzw. płcią produktu. W dużym uproszczeniu można posłużyć się przykładem: samochód jest typowo męski, kanapa natomiast ponoć typowo damska, a telewizor... uniwersalny.

Wielkość i częstota reklamy

Eksperymenty doprowadziły do wniosków, że aby zwiększyć zauważalność reklamy dwukrotnie, należy powiększyć ją czterokrotnie. Prawdą jest, że wielu ludziom wielkość ogłoszenia dostarcza informacji o produkcie - duże ogłoszenie staje się wizytówką marki. Co do reklamy telewizyjnej - opinie są zmienne. Jeszcze ok. 20 lat temu spoty reklamowe trwały średnio 45 sekund. Obecnie jest to 30 sekund, a nawet krócej.

Jeszcze lepiej niż jeden 30-sekundowy film, jest zaserwować widzowi dwa identyczne lub różne 15-sekundowe. Amerykański badacz Rober Zając twierdzi, że im częstsze ekspozycje, tym bardziej lubimy produkt. Po osiągnięciu jednak punktu krytycznego, gdy ocena reklamy jest najwyższa, następuje gwałtowny spadek atrakcyjności reklamy, który zwiększa się przy każdym jej kontakcie z odbiorcą. Dlatego firmy zmieniają treść reklam, stale jednak bazując na efekcie ekspozycji, polegającym na eksponowaniu logo firmy i nazwy produktu możliwie często.

Odpowiednia atmosfera, czyli nastrój w reklamie

Badania nad związkiem nastroju z odbiorem przeprowadziła w 1987 roku Alice Isen. Najpierw wprowadziła ona klientów pewnego supermarketu w dobry nastrój, wręczając im drobny upominek. Po paru minutach podchodzili do nich ankieterzy, pytając o stan ich samopoczucia czy lodówki. Okazało się, że grupa, która otrzymała upominki mówiła o nich dużo pochlebniej aniżeli ta, która nie otrzymała nic.

Muzyka w reklamie

Muzyka określa cechy produktu i działa na zmysły. Utwory dynamiczne, radosne wprowadzają w nas więcej energii, mobilizują...(choć zbyt wysoki poziom pobudzenia emocjonalnego wywołuje zaburzenia w przetwarzaniu informacji), czy przeciwnie- spokojne, stanowiące w zasadzie niezauważalne tło dla reklamy, wprowadzają w nastrój relaksu... Jedno i drugie kusi kupowaniem.

Słowa w reklamie

Badania psychologiczne opublikowane w 1976 roku przez N. Milera, G. Maruyame, R.J. Bearbera, K. Valone'a wykazały, że przyspieszone słowne komunikaty mają większą siłę przekonywania, a jednocześnie są łatwiej zapamiętywane i bardziej atrakcyjne niż komunikaty wolniejsze. Efekt ten zaobserwowano, gdy zwiększono szybkość wypowiedzi z 145 słów na minutę do około 200 słów, a więc o 30%.

Kolor i reklama

Najczęściej stosowanymi kolorami w reklamie jest niebieski i czerwień, a tej na święta bożonarodzeniowe jest mnóstwo. Czerwień kojarzy się z radością, miłością, łączonej z erotyzmem, dynamiką. Inny kolor świąteczny- zieleń natomiast wiąże się z naturą, ze zdrowiem.

Siła emocji w reklamie, czyli o reklamie ukrytej

Reklama przestała sprzedawać produkty, a zaczęła odwoływać się do marzeń, jest spełnieniem obietnic, posiadanie danego produktu łączy się z określonym standardem życia, przynależnością do jakiejś elity...

...z Bryzą problem plam znika sam. Życie staje się łatwe, lekkie i przyjemne i oczywiście niedrogie. Kupując reklamowany produkt stajemy się zdrowsi, pełni energii lub dołączamy do najlepszych ... Gillette, najlepszy dla mężczyzny... A otaczający nas świat będzie pełen kolorowych barw. „Whirpool- nowa jakość życia”

Po co nam słynne „przyda się” – czyli czemu kupujemy coś, czego pewnie nigdy nie użyjemy...

To zależy: Jeśli chodzi o produkt czy całkowicie dla nas nowy, nowej marki. Możemy impulsywnie dokonać zakupu przez zabiegi marketingowe. Jeśli chodzi natomiast o produkt, wobec którego uważamy się za klientów lojalnych, to czujemy się zobligowani do zakupu. Oczywiście, zjawisko „kupowania na zapas” bywa uwarunkowane przez czynniki osobowościowe lub temperamentalne. Do tego dochodzi tzw. efekt awersji do strat. Z perspektywy kupującego lepiej połączyć kilka strat w jedną większą, niż doświadczać każdej z osobna. O wiele więc łatwiej pogodzić się z wydatkiem 200 zł na zakup dwóch sztuk jakiegoś produktu, niż narazić się na dwukrotną

stratę 100 zł, kupując dwie sztuki tego produktu w krótkim odstępie czasu.

Wpływ reklamy i oddziaływania podprogowe

W obecnych czasach skuteczność reklamy subtelnie oddziałującej na nieuświadamiane procesy psychologiczne, omijającej filtr krytycznego myślenia – jest daleko silniejsza niż tylko informująca o zaletach produktu. Dlatego twórcy reklam kierują komunikaty do podświadomości, działają na zmysły smaku, słuchu. A jeśli kobiety są bardziej wrażliwe na zapach, dźwięk, dotyk, to mogą być też bardziej podatne na takie właśnie zabiegi.

Dlaczego kupujemy droższe produkty?

Manipulacja cenami to prawdziwa sztuka. Bywa, że mając w głowie zadowoloną wyższą cenę produktu, sugerujemy się zmniejszoną chwilowo ofertą – kupujemy kuszeni „okazją”, a potem, kiedy porównamy ceny z innych sklepów lub z oferty internetowej, okazuje się, że i tak przepłaciliśmy. I tu działają emocje, impulsywne odczucie, że coś cennego możemy zdobyć taniej – warto uświadomić sobie ten mechanizm, ochłoniąc, porównać. Ponadto są spore szanse na to, że te zakupy robimy zabiegani, myśląc o wielu różnych sprawach, które mamy do załatwienia. A właśnie w momentach, w których nie możemy się w pełni skupić na jakimś zadaniu, w tym wypadku na zakupach, techniki wpływu działają najlepiej, bo opierają się na automatycznym przetwarzaniu informacji. Automatyczne przetwarzanie informacji często bardzo nam pomaga, ale czyni nas też podatnym na wpływ innych.

Świąteczny stres

Badacze z Uniwersytetu Wschodniego Londynu i Moneysupermarket Shopping zauważyli jeszcze jedną ważną rzecz: część klientów doświadcza przy tej okazji bardzo silnego stresu, który może realnie zagrozić ich zdrowiu. Mimo zderzenia ludzie nie przestają myśleć o kupowaniu. Zgodnie z wynikami najnowszego sondażu Deloitte LLP, 59% konsumentów zamierza ograniczyć wydatki na prezenty, lecz z drugiej strony niektórzy respondenci (44%) deklarują, że są skłonni dopłacić od 10 do 25% wartości do podarków.

Od zakupów do nadciśnienia...

W ramach eksperymentu poproszono 30 osób (15 kobiet i 15 mężczyzn) o poświęcenie 75 min na przedświąteczne zakupy. Na tej podstawie stwierdzono, że aż u 50% klientów podnoszą one ciśnienie do niebezpiecznego poziomu. Podczas wybierania podarków dla najbliższych i znajomych tętno ochotników rosło zaś średnio o 10%. Po wyprawie poziom stresu wzrastał u mężczyzn 2-krotnie, u kobiet aż 3-krotnie.

Płeć a zakupy

Kobiety zdecydowanie więcej kupują. Badania zachowań konsumenckich Polaków pokazują, że to głównie panie odpowiedzialne są za codzienne zakupy (również i te przedświąteczne), tak więc to do nich jest kierowana cała misterna kampania marketingowa.

Dlaczego temu ulegamy?

Patrząc na ceny, zwracamy większą uwagę na wartości po lewej stronie od przecinka, a informację o tym, co dalej, ignorujemy. Jesteśmy skupieni jedynie na wartości złotych, nie groszy. Kupując, podejmujemy decyzje w kontekście odczucia straty lub zysku. W kontekście zysku wolimy być pewni, że coś zdobędziemy, a w kontekście straty – zaryzykować. Silniejsze jest uczucie przykrości wywołane stratą niż przyjemność spowodowana zyskiem czy oszczędnością. Dlatego 9,99 złotych to dla nas wciąż 9 złotych, co oszczędza zmartwień, a daje poczucie zysku, nie straty. I tak wydajemy 10 złotych bez grosza.

Jak się ochronić?

Przykremu stanowi ciała i umysłu można jednak zapobiec, planując zakupy zawnazsu i nabywając prezenty stopnio-

wo, np. przez parę miesięcy. Poza tym zawsze można coś nabyć za pośrednictwem Internetu. Robert Cialdini w swojej książce „Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka” podkreśla, że techniki wpływu na ludzi mogą występować w przeróżnych formach. Sześć podstawowych kategorii wymienionych przez ww. autora to: wzajemność, konsekwencja, społeczny dowód słuszności, lubienie, autorytet, niedostępność.

1. Mechanizm społecznego dowodu słuszności. Większość ludzi odczuwa silną potrzebę unifikacji ze światem i istnienia w grupie – a tym samym poddania się jej zwyczajom. Normą społeczną podczas okresu świątecznego są zakupy, obdarowywanie najbliższych. Chcemy w tym uczestniczyć, aby nie czuć się wykluczonymi z rzeczywistości. Unifikacja z grupą zaspokaja potrzebę współistnienia w przestrzeni społecznej. Jesteśmy zadowoleni, że dotyczy nas wszystko to, co ludzi dookoła, a człowiek dąży do samozadowolenia.

2. Reguła wzajemności. Mamy w pamięci otrzymane prezenty, wiemy, że w święta zostaniemy obdarowani, więc odzywa się w nas potrzeba odwzajemnienia podarunku. Rzecz, której nie kupilibyśmy wcale lub którą kupilibyśmy za mniejsze pieniądze, łąduje w koszyku wraz z przeświadczeniem, że dobrze odwzajemnimy się bliskim za to, co od nich otrzymamy. Mówimy tutaj o magii prezentu, o podarunkach, niekoniecznie artykułów praktycznych, potrzebnych.

3. Reguła konsekwencji. Gdy zaangażowanie się w jedną czynność sprawia, że jesteśmy bardziej skłonni zaangażować się w kolejną, np. kupowania artykułów z oferty promocyjnej gdy już coś kupiliśmy, kiedy to sprzedawczyni pyta osobę podchodzącą do kasy z sukienką czy nie chciałaby dobrać do niej dodatków. Ła-



two ulec zasadzie: jeśli powiedzieliśmy A to trzeba powiedzieć (kupić) B.

4. Reguła lubienia. Częściej dajemy się przekonać osobom, które lubimy. Dlaczego niektórych lubimy bardziej niż innych? Tutaj posłużymy się przykładem dotyczącym jedynie jednego z czynników wpływających na lubienie. Mianowicie atrakcyjnością fizyczną. Z reguły osoby atrakcyjne fizycznie są bardziej lubiane. Im bardziej kogoś lubimy tym bardziej skłonni jesteśmy dać się mu do czegoś przekonać. Dlatego wiele produktów reklamowanych jest przez piękne modelki nawet wtedy, kiedy produkt nie ma nic wspólnego z urodą.

5. Reguła ulegania autorytetom. Przecież nie zakładamy, że ekspert wypowiadający się na temat danego produktu popiera go wbrew swojej wiedzy i przekonaniom. Co ciekawe w reklamach są wykorzystywane wizerunki osób mających spełniać rolę ekspertów, autorytetów, a jednocześnie takich, które w rzeczywistości zajmują się zupełnie innymi dziedzinami niż te dotyczące reklamowanego produktu.

6. Reguła dostępności. Jeżeli jakiś produkt jest dostępny w ograniczonej ilości, lub przez krótki czas to jesteśmy bardziej skłonni go kupić. Przykładem są tutaj produkty z serii limitowanych (które jakimś sposobem są limitowane od paru dobrych lat) albo promocje trwające tylko do końca dnia.

Mózg kupuje

Badanie mózgu pozwala wychwycić moment, w którym podejmujemy decyzję o dokonaniu zakupu. Naukowcy ze Stanford University przeprowadzili metodą rezonansu magnetycznego badania mózgu u ochotników przyglądających się pożądanym dobrom i ich cenom. Pozwoliło to zidentyfikować najbardziej aktywne w danym momencie obszary - dzięki którym czujemy radość z nabycia czegoś nowego i przeżywamy ból rozstania z naszymi pieniędzmi. Jako obiekty konsumpcyjnego pożądanego naukowcy wykorzystali między innymi zdjęcia pudełka czekoladek. Kilka sekund po ich zdemonstrowaniu na ekranie pokazywała się cena - zanim jeszcze uczestników badań zapytano, czy chcą dokonać zakupu. Ten odstęp pozwolił rozwinąć się wewnętrznemu konfliktowi między łakomym pożądaniem a skąpym rozsądkiem. Na widok czekoladek wzrastała aktywność jądra półleżącego (nucleus accumbens). Gdy pojawiała się wysoka cena, przewagę z-

skiwała wyspa (insula).

Neuromarketing (za Śliwiński 2007)

Jak zaobserwowali naukowcy, te dwa ośrodki „targują się”, a nasza decyzja zależy od przewagi jednego z nich. Wyniki badań mogą pomóc w wyjaśnieniu, w jaki sposób karty kredytowe nas „oszukują” i nakłaniają do większej rozrzutności - a także jak działają reklamy, kasyna gry, ekonomiści czy agenci ubezpieczeniowi.

„Reklama to sztuka redukcji”

Zredukowanie potencjalnego klienta do pozycji biernego odbiorcy komunikatu reklamowego, a także, poprzez adekwatne zabiegi stylistyczne, wizualne, próba pozbawienia owego konsumenta, choćby najmniejszej chęci analizy procesu kupowania - to główne założenia marketingu. Stwierdzenie to, wbrew swojemu brzmieniu, nie łączy się bezpośrednio z jakością propagowanego produktu. Wynik swoistej „emocjonalnej gry” nadawcy z odbiorcą reklamy, zależny jest od kunsztu twórcy oraz pewnego rodzaju odporności konsumenta.

„Reklamy nie są przeznaczone do świadomego obioru. Są to pigułki, które działają na podświadomość i rzucają na ludzi (...) hipnotyczny czar.”

(Marschall McLuhan)

Dobroć mózgu

Dlaczego na święta czujemy się lepsi? Perspektywa wolnego od szkoły/pracy, piękne wystroje, prezenty, czas wybaczenia i zgoda, spotkania z bliskimi, nastrój świąteczny, unoszące się przyjemne zapachy, z głośników wydobywają się piosenki o miłości... Czego chcieć więcej.

Ostatnie badania nad altruizmem dowodzą, że dobroć nie płynie z serca, lecz z mózgu. Zjawisko to analizował Karol Darwin. Nurtowało go pytanie, dlaczego bezwzględny i egoistyczny proces, jakim w swej istocie jest ewolucja biologiczna, doprowadził do powstania altruizmu? Po pierwsze, jesteśmy gotowi do poświęceń na rzecz swoich krewnych. Im silniejsze więzy krwi, tym większa gotowość do ofiarności. Postępujemy tak (my ludzie oraz inne gatunki zwierząt), gdyż nasze dzieci i kuzyni noszą w sobie te same geny co my. A w ewolucji nie chodzi o nic innego jak o interes samolubnych genów - chcą przetrwać i powielić się w jak największej liczbie kopii. W trakcie eksperymentów szczególnie aktywność

wykazywał pewien rejon mózgu - tylna część tzw. górnej bruzdy skroniowej. Autorzy tłumaczą jednocześnie altruizm - jest ściśle związany z obserwacją świata. Neurony potrafiące odzwierciedlać w mózgu obserwatora czynności wykonywane przez kogoś innego nazywamy neuronami lustrzanymi.

Jak nie wpaść w świąteczną pułapkę zakupów?

Przed wyjściem do sklepu warto przygotować listę potrzebnych produktów, tak aby nabyć tylko to, co jest nam faktycznie potrzebne. Warto wyjść na zakupy w momencie, gdy w sklepie jest mniej ludzi, tzn. zaraz po jego otwarciu, czy też na krótko przed zamknięciem.

Zaleca się stosowanie metody dzielenia zakupów na etapy:

1. Rekonesans po sklepach
2. Zanotowanie cen
3. Porównanie
4. Po powrocie do domu konfrontacja z cenami w Internecie
5. Analiza: czego potrzebuję najbardziej?
6. Powrót po określone produkty.

Nie zostawiaj zakupu prezentów na ostatnią chwilę

Dużo lepiej gromadzić upominki dla bliskich stopniowo, gdy akurat znajdziemy coś, co sprawi im radość. Takie rzeczy spokojnie mogą poczekać na dnie szafy - do 24 grudnia, a my unikniemy przeklinania wszystkiego i wszystkich podczas wielogodzinnych tournée po sklepach.

Nie zasypuj dziecka zabawkami

Gdy kalkulek nagle dostaje ich całą masę, nie wie tak naprawdę, co z nimi zrobić. Nie umie bawić się wszystkimi naraz, a to prowadzi do zgrzytów wśród obdarowywujących dorosłych. Niech dziecko ma szansę się ponudzić, побыć samodzielnie. W dłuższej perspektywie największym prezentem dla niego będzie pozwolenie, by samo sobie zagospodarowało czas (wówczas zobaczymy co tak naprawdę lubi robić).

Świąteczny ból głowy

Sprzątanie, gotowanie, podróże i spotkania z rodziną, zakupy, stanie w korku i kolejkach, pośpiech i wysoka temperatura w sklepie (której efekt potęguje jeszcze fakt, że jesteśmy opatuleni w zimowe

kurtki) sprawiają, że szybciej się męczy... I tu pojawia się niebezpieczeństwo: stajemy się poddenerwowani i chcąc jak najszybciej opuścić sklep dokonujemy często nieprzemyślanych zakupów!

Dzwoni naciągacz

Okres okołoswiąteczny to również intensyfikacja firm telemarketingowych. Przypominają one kopalnię, tyle, że we współczesnej formie: kilka tysięcy ludzi pracuje w ukryciu, jest niewidocznych - i warunki ich pracy też. 2/3 firm zajmuje

się pozyskiwaniem coraz to nowych klientów, czyli sprzedażą (karty kredytowe, usługi telekomunikacyjne, pożyczki itp.). W 95% przypadków ludzie odbierający te połączenia irytują się, bo mają poczucie, że się ich nagabuje. Zachowaj czujność, gdy w słuchawce swego telefonu usłyszysz: Wygrał pan...; Przygotowaliśmy dla pana specjalną ofertę...; Zapiszę teraz pana dane bankowe...; Potwierdź teraz pana dane adresowe... Czy wszystko się zgadza?; Na jaki adres mam przesłać nowy telefon dla pana: do firmy, czy na adres domowy?

Życzenia świąteczne

Rozwagi i świadomego niepoddawania się emocjom chwili, racjonalizacji wydatków, planowania stosownie budżetu, wiedzy o ofercie rynku, nie tylko na święta, ale i na cały nadchodzący rok.

Życzę uniknięcia decyzji impulsywnych – one najczęściej prowadzą do wydatków, których później żałujemy, czego nikomu w święta nie życzę :)

mgr Karolina Domińska jest psychologiem z Katedry Psychiatrii

Nowoczesna diagnostyka systemu kontroli postawy wykład z cyklu „Medycznej środy”

Małgorzata Pyskir

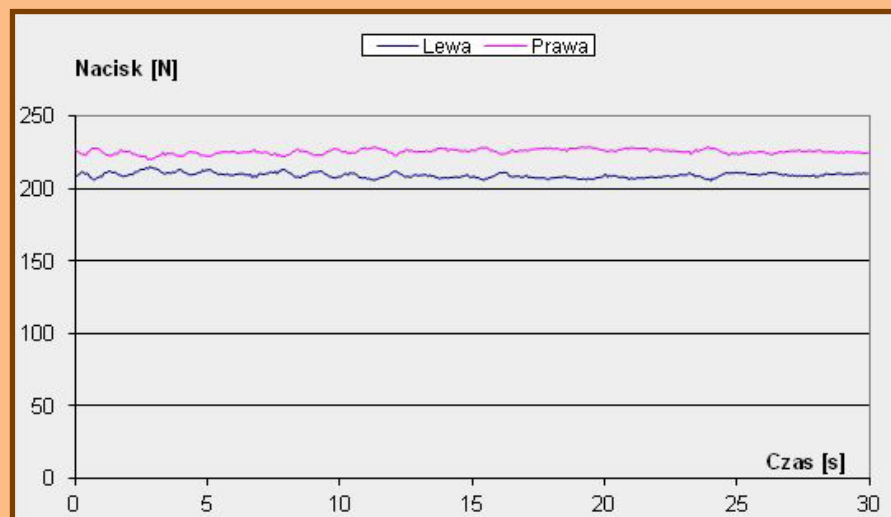
Pionowa orientacja sylwetki naraża człowieka na łatwą utratę równowagi w ziemskim polu grawitacyjnym. Utrzymanie stabilnej sylwetki jest złożonym procesem, za który odpowiada skomplikowany mechanizm nazywany systemem kontroli postawy (ang. – PCS). Podczas wykładu słuchacze mogli się o tym przekonać wykonując bardzo prostą próbę – wystarczy zamknąć oczy i stać nieruchomo przez kilkanaście sekund na dwóch, a potem na jednej stopie.

Prawidłowe działanie systemu kontroli postawy zależy od współdziałania trzech układów: przedsionkowego, wzrokowego i proprioceptywnego. Umiejętność utrzymania stabilnej sylwetki jest nabyta w procesie uczenia się - zaczynając od okresu niemowlęcego szybko się poprawia by osiągnąć najlepsze rezultaty u ludzi młodych. W starszym wieku, szczególnie po 50. roku życia, system kontroli postawy pracuje zdecydowanie gorzej, co może być przyczyną niekontrolowanych upadków prowadzących czasem do skomplikowanych złamań i ograniczenia funkcji życiowych. Wykazano także pogorszenie pracy PCS w wielu jednostkach chorobowych. Praca systemu kontroli postawy ma znaczny wpływ na wykonywanie codziennych zadań ruchowych, dlatego też dobra i obiektywna ocena działania tego systemu jest bardzo istotna w diagnostyce i podczas rehabilitacji. Problem ten budził zainteresowanie już w połowie XIX stulecia.

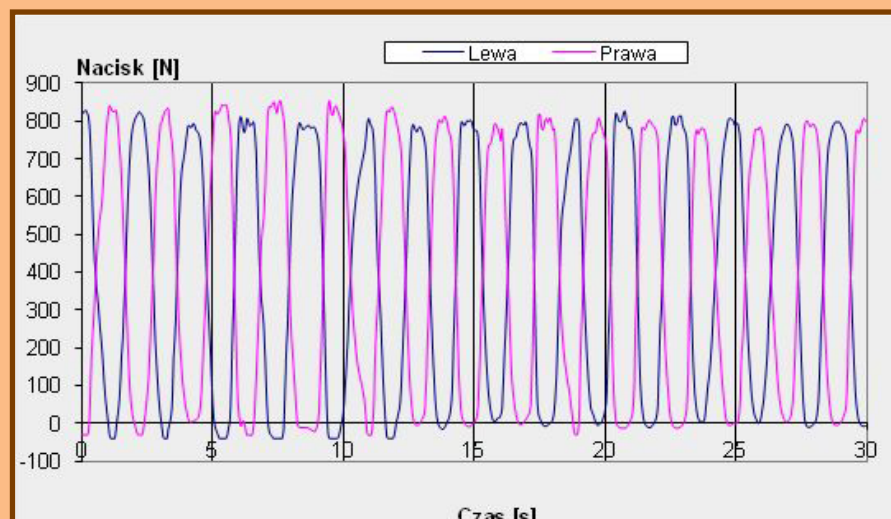
Pierwszą opisaną metodą oceny stabilności była próba Romberga opisana w literaturze naukowej w 1853 roku. Oceniło zachowanie badanej osoby podczas swobodnego stania z ramionami wypro-

stowanymi przed siebie przy otwartych a następnie zamkniętych oczach. Z niewielkimi modyfikacjami próba ta do dziś jest wykorzystywana jako jeden z elementów badania klinicznego.

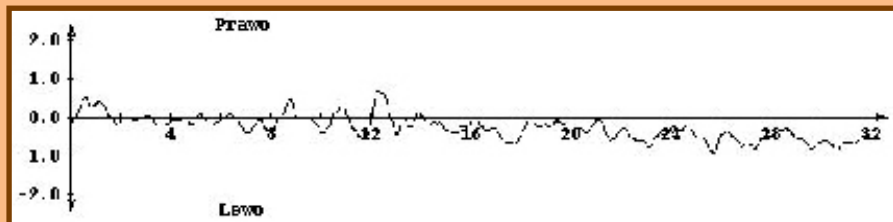
W pierwszej połowie XX wieku zaproponowano wiele następnych testów oceniających pracę systemu kontroli postawy. Słuchacze wykładu mieli możliwość zapoznania się z próbą wskazywania



Ryc 1a. Nacisk stóp na podłogę zdrowej uczennicy gimnazjum



Ryc 1b. Nacisk stóp na podłogę młodej osoby niedowidzącej i niedosłyszącej



Ryc. 2. Stabilogram ruchu prawo-lewo u młodej zdrowej osoby

Barany'ego z 1910 roku, próbą Babińskiego – Weila z 1913 roku, testami chodu zaproponowanymi przez Fishera (1924) i Unterbergera (1938) oraz ich modyfikacjami, a także próbą szynową Heatha z 1942 roku. Wszystkie opisane badania są bardzo proste do wykonania, nie wy-

magają specjalistycznej aparatury. Jednak wadą tych testów jest brak obiektywnych parametrów ilościowych oceniających pracę PCS. W 1967 roku E. Peitersen stwierdził, że dotychczasowe wyniki są niemiarodajne a zrozumienie sposobu utrzymania stabilnej sylwetki nadal pozostaje nierozwiązanym problemem.

Wraz z rozwojem techniki i skonstruowaniem komputerów pojawiły się nowe możliwości diagnostyczne intensywnie rozwijane do chwili obecnej. Jedną z pierwszych takich prób była ocena asymetrii nacisku kończyn dolnych na podłoże – tzw. test dwóch wag. W 1974 roku Nasher jako pierwszy wykorzystał do badań platformę z wbudowanymi czujnikami tensometrycznymi. Platforma była połączona z komputerem co pozwoliło na szybkie zbieranie danych i dalszą ich analizę. Od tego czasu rozpoczęły się intensywne badania systemu kontroli postawy z wykorzystaniem statycznych a także dynamicznych platform stabilometrycznych. Współcześnie jest to bardzo dynamicznie rozwijająca się dziedzina badań naukowych.

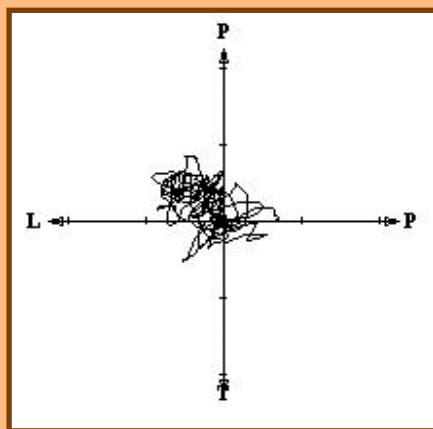
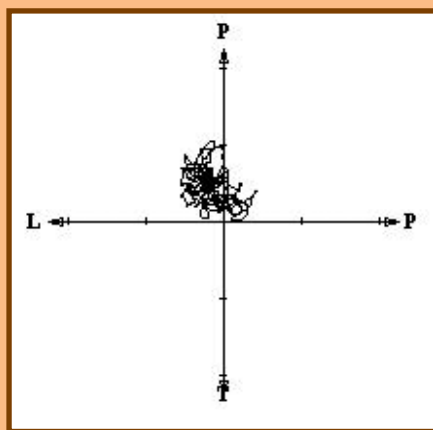
Śluchacze wykładu mieli możliwość zapoznania się z zasadą pomiaru wykonywanego przy pomocy różnych platform. Pokazano też przykładowe wyniki pomiarów wykonywanych w pracowni biomechaniki Katedry i Kliniki Rehabilitacji CM UMK. Badanie jest bardzo proste do wykonania i zupełnie nieinwazyjne. Wystarczy stanąć na platformie w pozycji wyprostowanej patrząc przed

siebie i zachować tę pozycję przez około pół minuty. Badanie następnie powtarza się przy oczach zamkniętych, można też modyfikować próbę i wykonywać ją np. na jednej nodze. Pomimo prostoty wykonania badania otrzymuje się z niego bardzo dużą ilość danych poddawanych dalszemu opracowaniu. Platformy siłowe z dwoma czujnikami umożliwiają analizę sił nacisku prawej i lewej nogi na płaszczyznę podparcia. Na ryc.1 pokazano wyniki uzyskane podczas takiej próby u zdrowej gimnazjalistki (1a) oraz młodej osoby słabo widzącej i słyszącej (1b).

W przypadku zastosowania platformy posiadającej większą ilość czujników uzyskuje się do dalszej analizy wykresy opisujące wychwiania niezależnie w kierunkach przód – tył oraz na boki (stabilogramy) oraz przemieszczanie centrum nacisku ciała po płaszczyźnie podparcia (statokineziogramy). Przykłady takich wyników pokazano na ryc. 2 i 3.

Dalszy rozwój technik pomiarowych umożliwił skonstruowanie platform do analizy dynamicznej. Obecnie wykorzystuje się w badaniach platformy, w których podczas pomiaru porusza się podłoże lub/ i badana osoba widzi ruch otaczającej przestrzeni. Obserwowany jest ciągły rozwój aparatury, obecnie możliwa jest analiza rozkładu nacisku na każdy centymetr kwadratowy powierzchni podparcia stopy, zarówno podczas swobodnego stania jak i podczas chodu. Intensywnie rozwijają się także teoretyczne metody analizy uzyskiwanych danych. Rozwój metod diagnostycznych przyczynia się do coraz głębszego zrozumienia sposobu pracy systemu kontroli postawy, pozwala na szybka analizę danych, co umożliwia między innymi bieżące i obiektywne monitorowanie efektów leczenia czy postępów rehabilitacji.

mgr Małgorzata Pyskir jest starszym wykładowcą z Katedry i Kliniki Rehabilitacji



Ryc. 3. Statokineziogramy uzyskane przez młodą zdrową osobę w badaniu przy oczach otwartych (O) oraz zamkniętych (Z).

Zadbaj o kondycję mózgu

Zadbaj o kondycję mózgu

Wrzesień, pierwszy dzwonek w szkole i rozpoczyna się kilkumiesięczna praca, w której dominującą rolę odgrywa nasz mózg. Powszechnie wiadomo, że wykorzystujemy jedynie częściowo jego potencjał. Zostaliśmy jednak wyposażeni w możliwości poprawy funkcjonowania naszego organu. Możemy szybciej się uczyć i utrzymywać mózg w dobrej kondycji do późnej starości. Jak to zrobić? Wystarczy ćwiczenia.

Na dobry początek

Od czego zacząć ćwiczenia wspomagające rozwój mózgu. Od codzienności. Każda czynność, którą powielamy wielokrotnie podczas dnia może przynieść zaskakujące efekty. Wystarczy jedynie pamiętać aby wykonywać ją niedominującą ręką, czyli jeśli jesteśmy praworęczni, spróbujemy wykonywać codzienne czynności lewą ręką. Za przykład może nam posłużyć mycie zębów, spożywanie po-

siłków, czy gra w ulubioną grę, a nawet pisanie inną niż dotychczas ręką. Ważne byśmy zmusili się do aktywnego zastosowania nieużywanej dotychczas ręki i pamiętali o kontynuacji ćwiczeń. Ważnym elementem naszego treningu mogą być ćwiczenia z zamkniętymi oczyma, które rewelacyjnie poprawiają zmysł równowagi wpływając na mózdzek i poprawiając czucie głębokie, dzięki czemu możemy uniknąć urazów podczas uprawiania sportu, czy zwykłego potykania się. Stymulujemy

swój mózg całą gamą możliwości.

Gimnastyka dla mózgu

Gimnastykujmy się! Do tej pory powszechnie uważało się, że czynności intelektualne typu rozwiązywanie krzyżówek, czy czytanie książek są doskonałym stymulatorem pracy mózgu. Owszem, pod warunkiem, że w tym samym kierunku będzie przebiegała nasza aktywność fizyczna. Ważne jest aby obok czynności umysłowych w parze szły czynności fizyczne. Gimnastyka ciała pobudza elastykę mózgu. Wszelkie ćwiczenia fizyczne podnoszą sprawność umysłową niezależnie od tego czy jest to joga, czy jazda rowerowa. Regularny wysiłek fizyczny sprzyja lepszym połączeniom między neuronami. Nawet najmniejsza dawka aktywności, typu przechadzka po pokoju, uniesienie tułowia na krześle, sprzyja wydzielaniu BDNF. – To białko z grupy tzw. neurotrofin wspomaga działanie, powstawanie neuronów oraz powstrzymuje ich obumieranie. Co szczególnie ważne dla osób uczących się, jego aktywność obserwuje się m.in. w obszarze hipokampa – struktury mózgu, odpowiedzialnej za procesy uczenia się i trwałego zapamiętywania informacji – mówi dr Marcin Jaracz z Katedry Neuropsychologii Klinicznej Collegium Medicum.

Mózg na talerzu

Nie jest tajemnicą, że sposób w jaki się odżywiamy rzutuje na nasze samopoczucie i funkcjonowanie w życiu. Mózg, który napędza tę dynamiczną maszynę, jaką jest nasze ciało, miewa swoje zachcianki. Warto wiedzieć, które z nich przyniosą naszemu intelektowi wymierne korzyści. Mózg stanowi 2 proc. masy naszego ciała, a zużywa prawie jedną czwartą energii dostarczanej organizmowi. Komórki nerwowe mózgu funkcjonują sprawnie dzięki glukozie, która stanowi dla mózgu paliwo energetyczne. Stąd ważne jest odpowiednie spożywanie węglowodanów. – Źródłem węglowodanów, niezbędnych dla prawidłowej pracy mózgu powinny być produkty bogate w węglowodany złożone, czyli produkty pełnoziarniste, takie jak chleb razowy, nieprzetworzone płatki zbożowe, gruboziarniste kasze czy brązowy ryż. Warto również uwzględnić w swojej diecie owoce i/lub warzywa bogate w węglowodany (banany, arbuz, suszone daktyl, fasola szparagowa, rzepa, ziemniaki). Po cukry proste, sięgamy tylko wówczas gdy chcemy zasilić swój intelekt w ekspresowym tempie. W takiej sytuacji

najlepszym produktem żywnościowym będzie bogaty w cukry proste (glukozę i fruktozę) miód – mówi dr Justyna Przybyszewska z Katedry i Zakładu Żywnienia i Dietetyki Collegium. – Kluczem do sprawnego funkcjonowania umysłu są także kwasy tłuszczowe omega-3 i omega-6, należące do grupy Niezbędnych Nienasyconych Kwasów Tłuszczowych (NNKT). Kwasy te są bowiem głównym składnikiem budulcowym mózgu. Aż 60 procent kory mózgowej stanowi kwas DHA, będący metabolitem kwasu omega-3. Kwas DHA jest wykorzystywany również w syntezie neurotransmiterów. Dlatego chcąc utrzymać prawidłowy poziom DHA powinniśmy wesprzeć się jego zewnętrznym źródłem w postaci produktów, takich jak siemię lniane, oleje roślinne (np. z wiesiołka), a przede wszystkim ryby, głównie morskie przykładowo: łosoś, tuńczyk, makrela czy dorsz. Zalecałabym spożywać je od dwóch do trzech razy w tygodniu – dodaje naukowiec.

Skoncentruj się

Nie sabotuj swojego intelektu i nie głodź się – tak powinna brzmieć jedna z zasad dekalogu nastolatek. Aby mózg sprawnie kojarzył, musimy mu dostarczyć odpowiedniego paliwa. Nie rezygnujemy z regularnych posiłków, dzięki którym zyskamy dostęp do własnych zasobów intelektualnych. Jeśli chcemy poprawić naszą zdolność koncentracji, zapamiętywania oraz refleks powinniśmy uzupełnić swój jadłospis w produkty bogate w lecytynę: wątróbkę, jaja, orzechy włoskie, laskowe, orzeszki ziemne, ryby, kiełki, kalafior, kapustę włoską. Lecytyna to także związek tłuszczowy, który buduje większość

błon komórkowych. Kolejnym elementem naszej diety powinny być warzywa strączkowe – soczewica, soja, groch. Zawarte w nich magnez i witaminy z grupy B wspomagają funkcjonowanie układu nerwowego, który zyskuje naturalną odporność na stres. Istotne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania mózgu ma przede wszystkim witamina B3 (witamina PP, niacyna). Niedobór tej witaminy w naszym organizmie może przyczyniać się do zakłóceń w funkcjonowaniu układu nerwowego prowadząc w konsekwencji do zaburzeń pamięci, bezsenności, bólu głowy czy nawet zawrotów głowy. Najlepszym źródłem żywnościowym witaminy B3 są: chude mięso, ryby, rośliny strączkowe, otręby pszenne, kasza jęczmienna, drożdże i pieczarki. Praktycy zalecają również wzbogacenie diety o witaminę C oraz magnez i cynk. Poprawią one nie tylko naszą pamięć czy koncentrację, ale także nastrój. Sprzymierzeńcami naszego mózgu są również produkty bogate w żelazo – składnik odżywczy niezbędny w syntezie hemoglobiny zaopatrującej komórki organizmu w tlen. Niedobór w diecie żelaza poprzez pogorszenie utleniania tkanek powoduje w konsekwencji uczucie zmęczenia, zdenerwowanie i trudności z koncentracją – podsumowuje dr Justyna Przybyszewska z Collegium Medicum.

Stress less

Mniej stresu – to motto tych, którzy z troską myślą o własnym mózgu. Najważniejszym aktualnie zagadnieniem, z którym zmagają się naukowcy w badaniach nad depresją, jest zagadnienie neuroplastyczności. Tym terminem określa się zdolność naszego mózgu do regenera-



cji komórek nerwowych i tworzenia nowych połączeń neuronalnych. Okazuje się bowiem, że mózg plastycznie dostosowuje się do zmieniających się warunków otoczenia. Potrafi zmieniać swoją aktywność, a nawet budowę, co ma olbrzymie znaczenie dla naszego przetrwania, przy ciągle zmieniających się warunkach egzystencji. Niestety stres, szczególnie ten długotrwały, upośledza neuroplastyczność, a jednym z mechanizmów odpowiedzialnych za uszkodzenie jest wydzielanie hormonów stresowych. Musimy więc zrobić wszystko, aby przełamać ten cykl. Włącznie z zastosowaniem, w skrajnych przypadkach antydepresantów, które odbudowują komórki nerwowe. Skuteczne leczenie może bowiem poprawić neuroplastyczność przywracając ją do wyjściowego poziomu. Jak powszechnie wiadomo stres na krótki dystans dodaje naszemu organizmowi siłę i wpływa mobilizująco. Jednak

gdy zmienia się w przewlekłą formę osłabia zamiast wzmacniać, staje się destrukcyjny. Wydzielany w nadmiarze hormon - kortyzol może być pierwszym krokiem do utraty odporności i zwiększenia podatności na infekcje, a nawet cukrzycy i zaburzeń psychiatrycznych. Stres jest czynnikiem na trwałe wpisanym w nasze życie i nie zniknie tak długo, jak długo będziemy prowadzić aktywny tryb życia. Dlatego warto zadbać o higienę psychiczną i wypracować zdrowe sposoby redukcji napięcia, powstającego w stresujących sytuacjach – podsumowuje dr Marcin Jarczyk z Collegium Medicum.

Czas na relaks

Każdy trening wymaga fazy wysiłku i fazy relaksacji. Tak samo mózg po okresie intensywnego wysiłku potrzebuje wyciszenia. Głęboki relaks uspa-

ja i porządkuje chaos myśli. Zyskujemy w ten sposób energię potrzebną do rozpoczęcia nowych działań. Dlatego nie warto zaniedbywać snu kosztem godzin oddanych aktywności. Im wyższa jakość snu, tym skuteczniejsza aktywność za dnia. Zdrowy wypoczynek gwarantuje nam właściwe wykorzystanie zasobów naszego intelektu. Ujawnimy więc swój mózg umiejętnościami odpoczynku, relaksacji i ekonomicznego zarządzania jego aktywnością. Tym, którzy nie umieją odpoczywać biernie, zalecany jest aktywny wypoczynek połączony z ruchem. Ważne bowiem by wypoczywać, zgodnie ze swoim wewnętrznym harmonogramem i temperamentem. I te zasady dotyczą zarówno uczniów, którzy z kolejnym rokiem szkolnym podjęli się nowych wyzwań intelektualnych, jak i nauczycieli, również akademickich.

www.cm.unik.pl

Artykuły naukowe w pielęgniarstwie

Mirosława Kram

Artykuły naukowe stanowią obok podręczników akademickich i monografii bardzo ważne źródło wiedzy medycznej. Są one miejscem, gdzie konfrontuje się rezultaty własnej działalności naukowej ze środowiskiem osób zajmujących się podobnymi zagadnieniami badawczymi. Publikowanie wyników własnych badań pozwala jednocześnie na budowanie swojej pozycji naukowej mierzonej ilością i jakością opublikowanych prac naukowych.

Analiza artykułu naukowego

Każdy artykuł naukowy przedstawia rozwiązanie konkretnego problemu badawczego i stanowi opis stworzonego przez autora modelu badanego procesu.

Analizę wybranego artykułu należy zacząć od streszczenia, czyli krótkiej charakterystyki badań. Na nią składa się: informacja dotycząca celu badań (cel to zmierzenie, ocenianie, oszacowanie, wyjaśnienie, udowodnienie - po co ten wysiłek badawczy został podjęty), krótki opis wybranego rodzaju badań, informacja o zastosowanej metodzie, informacja o wielkości i sposobie włączenia jednostek do grupy badanej, najważniejsze wyniki, słowa kluczowe, adres do korespondencji, który umożliwia kontakt z autorem /autorami w celu np. dyskusji na temat pracy. Czytanie tekstu naukowego przebiega w dwóch etapach: czytanie szybkie i czytanie analityczne. Ce-

lem szybkiego czytania jest wyszukanie i zaznaczenie istotnych szczegółów tekstu związanych z tematem pracy. Szybkie czytanie oszczędza czas, wyrabia umiejętność selekcji materiału oraz zdolność do krytycznej oceny przeczytanego tekstu. Czytanie analityczne powinno dotyczyć tej części artykułu, która została zaznaczona jako istotna podczas czytania szybkiego. Tempo czytania zależy od stopnia trudności materiału oraz od tego czy tekst jest materiałem teoretycznym, czy praktycznym.

Artykuły naukowe ukazujące się w specjalistycznych czasopismach medycznych dzieli się na trzy grupy: artykuły oryginalne (ang. original articles), poglądowe (ang. reviews) i kazuistyczne (ang. case report). Każdy z nich posiada odmienny cel publikacji i wynikającą z niego strukturę pracy.

Artykuł oryginalny

Jest rodzajem raportu opisującego proces modelowania badanego zjawiska. W jego strukturze znajduje się opis przedmiotu badań, opis procedury tworzenia modelu oraz schematu tworzenia badań. W artykule oryginalnym znajduje się omówienie i interpretacja danych wyników badania oraz wniosków. Artykuły te stanowią źródło najnowszych faktów naukowych. Dlatego ich lektura jest szczególnie polecana przed poszukiwaniem

tematów własnych badań naukowych.

Przykład artykułu oryginalnego, jego streszczenia (abstrakt) zamieszczonego w *Problemach Pielęgniarstwa* 2012, tom 20, zeszyt nr 2, s: 143 – 150, autorów: Marioli Głowackiej, Piotra Michalskiego. Tytuł artykułu: *Pielęgniarstwo i pielęgniarki w opinii innych pracowników ochrony zdrowia na przykładzie Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy*. Streszczenie. Wstęp. W rozwoju współczesnego pielęgniarstwa kładzie się szczególny nacisk na sferę naukową i umacnianie pozycji zawodowej. Pielęgniarka, jako członek zespołu terapeutycznego, zaczyna wychodzić z roli pomocnika, stając się specjalistą w zakresie opieki, świadcząc samodzielnie usługi zdrowotne. Jest równoprawnym partnerem lekarza, fizjoterapeuty, ratownika medycznego czy dietetyka. Cel pracy. Celem pracy było poznanie opinii pracowników ochrony zdrowia na temat pielęgniarstwa i pielęgniarki – jej pozycji zawodowej, samodzielności, funkcji pełnionych w zespole terapeutycznym oraz kierunków rozwoju. Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone w okresie styczeń- czerwiec 2011 roku wśród 100 pracowników Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. Badaniu poddano grupę 50. lekarzy, 25. ratowników medycznych i 25. fizjoterapeutów. Sondaż diagnostyczny przeprowadzono z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, w którym zawarto 29 pytań. Bada-

nie miało charakter anonimowy. Wyniki i wnioski. Prezentowane badania wskazują, że zachodzą zależności między wartościami pozycji zawodowej pielęgniarki a wykonywanym przez respondenta zawodem, ich stażem pracy i wykształceniem. W ocenie ankietowanych pielęgniarka jest niezastąpionym członkiem zespołu terapeutycznego, pełniącym funkcję asystenta. Pomimo określenia pielęgniarstwa zawodem specjalistycznym, samodzielnym i średnim wiedza członków zespołu terapeutycznego na temat samodzielności, w pełnieniu określonych funkcji oraz odpowiedzialności jest niepełna. Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, pielęgnowanie, funkcja pielęgniarki, pozycja zawodowa.

Artykuł poglądowy

Celem artykułu poglądowego (przeładowego) jest dokonanie przeglądu wiedzy dotyczącej wybranego zagadnienia badawczego lub problemu klinicznego. Ma charakter teoretyczny.

Przykład artykułu przeglądowego, jego streszczenia (abstrakt) zamieszczono w *Zdrowiu Publicznym* 2011; 121 (2), s: 191 – 195, autora: Aliny Trojanowskiej. Tytuł artykułu: Rola pielęgniarki w profilaktyce zaniedbywania i wykorzystywania dzieci. Streszczenie. Zjawisko krzywdzenia dzieci stanowi istotny problem interdyscyplinarny wymagający zintensyfikowanych działań prewencyjnych. Istotne jest nie tylko wykrywanie krzywdzenia dziecka, ale też zapobieganie przemocy. Zapobieganie wykorzystywaniu i zaniedbywaniu oszczędza dziecku bólu i cierpienia zarówno fizycznego jak i psychicznego. Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w zapobieganiu zespołowi dziecka krzywdzonego. Pielęgniarka pediatryczna, kontaktująca

się wielokrotnie z dzieckiem i jego rodzicami powinna być w swej działalności profilaktycznej nastawiona na wykrywanie objawów, na podstawie których może podejrzewać krzywdzenie dziecka. Poradnictwo profilaktyczne oraz działania na rzecz wzmocnienia rodziny stanowią integralny element opieki pielęgniarstwa i odgrywają istotną rolę w zapobieganiu przemocy i zaniedbywaniu dzieci.

Artykuł kazuistyczny

Służy przedstawieniu opisu rzadko występującego w praktyce sytuacji klinicznej. Najczęściej tematyką artykułu kazuistycznego jest szczegółowy opis wad wrodzonych, niespecyficznego obrazu klinicznego znanej jednostki chorobowej czy rzadko występującego powikłania procesu leczenia i pielęgnowania. Celem artykułu kazuistycznego nie jest wyciąganie wniosków uogólniających lub budowanie modelu wyjaśniającego opisywane zjawisko. Artykuły kazuistyczne stanowią dużą wartość edukacyjną, bowiem pokazują coś, co nie zgadza się z aktualnym modelem dla danej jednostki chorobowej. Mogą także stanowić wskazówki wyznaczające kierunki dalszych badań.

Przykład artykułu kazuistycznego. Autorzy: Mirosława Kram, Izabela Pałgan, Andrzej Kurylak. Tytuł artykułu: „Proces leczenia i pielęgnowania dziecka chorego na neurofibromatozę typu 1 (NF 1) wymagającego leczenia żywieniowego. Opis przypadku”. Streszczenie. Wstęp. Leczenie żywieniowe polega na zapewnieniu pacjentowi odpowiedniej podaży składników odżywczych, soli mineralnych i witamin wówczas, gdy nie ma możliwości lub istnieją ograniczenia w podawaniu pokarmów drogą doustną. W pediatrii jest uznaną metodą terapii

ciężko chorych dzieci od lat 80. ubiegłego wieku. Cel pracy: analiza procesu leczenia i pielęgnowania dziecka chorego na NF 1 wymagającego leczenia żywieniowego. Materiał i metody. W pracy opisano przebieg leczenia i pielęgnowania dziecka z ciężką postacią NF 1 na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej i pielęgniarstwa. Całość badania pogłębiono o wywiad i rozmowę z rodzicami dziecka oraz obserwację uczestniczącą. Wyniki. Pacjent, lat 3, oprócz zmian skórnych typu café laut (kawa z mlekiem), licznych nerwiakowłókniaków miał glejaka nerwu wzrokowego. Progresa zmian w ośrodkowym układzie nerwowym spowodowała niedowład czterokończynowy, regresję w rozwoju psychomotorycznym i kacheksję. U dziecka podjęto żywienie pozajelitowe, chemioterapię onkologiczną. Dziecko pielęgnowano zgodnie z procesem pielęgnowania. Dziecko i jego rodziców zakwalifikowano do opieki paliatywnej. Wnioski. Dziecko z NF 1 wymaga interdyscyplinarnej opieki medycznej szpitalnej i ambulatoryjnej. Rodzice wymagają wsparcia informacyjnego, emocjonalnego i duchowego ze strony członków zespołu terapeutycznego. Słowa kluczowe. Neurofibromatoza typu 1, dzieci, leczenie żywieniowe, leczenie, pielęgnowanie.

Podsumowanie

Jedną z zawodowych umiejętności, którą powinien posiadać absolwent każdego uniwersytetu, jest skuteczne przekazywanie informacji w mowie i piśmie. Każda działalność naukowa osiąga swój cel wówczas, gdy komunikat o jej rezultatach wywrze wpływ na innych badaczach.

dr Mirosława Kram jest adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Prace licencjackie z pielęgniarstwa

Zachowania agresywne młodzieży szkolnej - przedstawiona praca licencjacka została napisana w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego pod kierunkiem dr Mirosławy Kram w roku akademickim 2011/12. Autorem pracy jest Donata Matysiak, studentka studiów niestacjonarnych na kierunku Pielęgniarstwo. Praca w oryginale liczy 39 stron tekstu i zawiera typowy układ dla prac dyplomowych, tj. spis treści, wstęp, trzy rozdziały, wnioski, streszczenie w języku polskim i angielskim, spis tabel i wykresów, aneksy.

Agresja. Rozważania teoretyczne

Agresja to zachowanie zmierzające do wywołania niezadowolenia lub gniewu na osobnikach lub rzeczach. Celem agresji jest wyrządzenie szkody przedmiotowi agresji. Jest zazwyczaj reakcją na frustrację i przejawem wrogości. Agresja czy złość? Choć często używane zamiennie, są to dwa różne pojęcia. Złość jest uczuciem, agresja zachowaniem. Agresja czy gniew? Gniew należy do emocji współistniejących z procesami poznawczymi i fizjologicznym pobudzeniem. Agresji nie musi towarzyszyć emocja gniewu. Agresja czy wrogość? Także często używa się zamiennie. Agre-

sja może być wywołana różnymi czynnikami – atakiem, frustracją, drażniącym bodźcem. Wrogość natomiast stanowi odpowiedź na ustawicznie powtarzający się atak, jako bodziec mający największą właściwość wywołania gniewu. Wyróżnia się agresję indywidualną i grupową; bezpośrednią i przemieszczoną; fizyczną i słowną; instrumentalną i wrogą. Z przyczyn agresji podaje się wpływ środowiska rodzinnego, szkolnego, środki masowego przekazu oraz cechy osobowościowe. Pierwszym środowiskiem, w którym mogą tkwić przyczyny zachowań agresywnych jest rodzina. Kryzys rodzinny, rozwód, niekorzystna sytuacja materialna, bezrobocie, - wyzwala ją i po-

tęgują agresję. Dla wielu uczniów szkoła stanowi istotne źródło ich agresywności, zarówno ze strony nauczyciela jak i grupy rówieśniczej. Środki masowego przekazu. Pokazywana przemoc w mediach jest niestety codziennością. Młodzi ludzie oglądając przemoc uczą się nowych form zachowań agresywnych. Podłożem zachowań agresywnych jest także sama osobowość człowieka, choć przyczyn agresji i związanej z nią przemocy nie należy tylko upatrywać w kategoriach psychologicznych, lecz również w kontekście społeczno- kulturowym. Niemal regułą jest, że dziecko agresywne pochodzi z rodzin, gdzie jedno z rodziców lub oboje są osobami agresywnymi. Dziecko nauczone w domu „ślepego” posłuszeństwa – nierzadko przenosi swoje frustracje w środowisku szkolnym i realizuje zachowania agresywne modelu reprezentowanego przez rodziców. Do najczęściej popełnianych zachowań agresywnych należą: oszukiwanie nauczycieli, utrudnianie prowadzenia lekcji, obrażanie i wymyślanie, niszczenie rzeczy innym uczniom, umyślne potrącanie, bicie się z kolegami, rozpowszechnianie kłamstw, używanie wulgarnych słów. Chłopcy częściej są ofiarami agresji niż dziewczęta.

Opis przypadku

Jacek wychodził do szkoły, ale do niej nie docierał. Czułam, że coś jest nie tak – mówi Maria, matka Jacka. Zaniepokojona, umówiła syna na rozmowę z pedagogiem szkolnym. Dopiero po kilku spotkaniach dowiedziała się, co tak naprawdę wydarzyło się w technikum, w którym chłopak rozpoczął naukę. Koledzy z klasy zaciągnęli go do piwnicy, rozlali wodę i kazali wycierać podłogę. Najpierw skarpetkami, później bluzą. Na koniec zagrozili, że jak komuś powie, to go pobiją. Nie powiedział, ale do szkoły więcej nie

poszedł – dodaje Maria. Nie potrafi zrozumieć, dlaczego to właśnie jej syn stał się klasową ofiarą. – Może dlatego, że był spokojny, nie pił i nie palił – zastanawia się. Kiedy Piotrek poinformował dyrektorkę technikum, że chce zmienić szkołę, powiedział tylko, że w klasie nie czuł się najlepiej. O szkolnej piwnicy nie wspominał, więc jego oprawcy nie zostali ukarani. Trudno kogokolwiek ukarać, skoro nikt nie wie, że do takiego zdarzenia doszło – mówi pedagog. Milczenie można próbować uzasadnić dobrem dziecka, ale to nie jest najlepsze rozwiązanie. Jeżeli w szkole dojdzie do przejawów agresji (przemocy), to sprawcy powinni ponieść karę, a z ofiarami i ze świadkami trzeba rozmawiać. Udzielić im wsparcia i pomocy. – Bycie świadkiem agresji również jest bardzo trudnym doświadczeniem. Rodzi poczucie bezradności. Młody człowiek może nabrać przekonania, że jedyne co może zrobić, to biernie patrzeć. Później, albo zacznie chodzić opłotkami, żeby nie paść ofiarą przemocy, albo znajdzie się w kręgu osób przejawiających zachowania agresywne, myśląc, że w ten sposób zostanie ochroniony – ocenia psycholog.

Zapobieganie agresji w szkole

Przed podjęciem jakichkolwiek działań wychowawczych i korygujących przejawy agresji warto zadać sobie pytanie: „Dlaczego dziecko/uczeń zachowuje się w ten sposób?, Co ono chce przez takie zachowanie uzyskać?”

Mając do czynienia z dzieckiem agresywnym należy wiedzieć, że jest to dziecko z problemem i tak naprawdę potrzebuje profesjonalnej pomocy. Pierwszą ważną rzeczą jest dawanie dziecku przykładu pozytywnego dorosłego czyli takiego dorosłego, jakim by się chciało, żeby dziecko było w przyszłości. Profesjonalista – psycholog, pedagog, wychowawca,

nauczyciel, pielęgniarka powinien nawiązać kontakt z rodzicami/ opiekunami dziecka celem przeprowadzenia rozmowy. Podobnie jak w przypadku rozmowy z dzieckiem bardzo ważne jest zadbanie o właściwe miejsce i odpowiednią ilość czasu na rozmowę. Przed rozmową warto także przygotować informacje (oferta, adresy, telefony) o instytucjach (np. poradnia psychologiczna) mieszczących się w pobliżu miejsca zamieszkania rodzica, pomagających rodzicom i dzieciom w trudnych dla nich sytuacjach. Absolutnie unikać oceniania rodziców czy ich oskarżania. Można zacząć rozmowę od słów: „Niepokoję się o Anię, bo zauważyłam że jest od jakiegoś czasu smutna”. Kontakt z rodzicami/ opiekunami pozwala poznać szerszy kontekst zachowań agresywnych dziecka; dostarcza wiedzy na temat środowiska, w jakim wychowuje się dziecko; pozwala ocenić stopień zainteresowania rodzica/opiekuna, jego wiedzę na temat dziecka a także dostarcza wsparcia i możliwych form pomocy.

Podsumowanie

Charakteryzując agresję opisuje się często ją jako skutek niekontrolowanych emocji skierowanych przeciw innym ludziom, przedmiotom czy przeciwko samemu sobie. Często występuje w sytuacji grupowej jako działanie naśladowcze, będące wyrazem dostosowania się do wymagań i zasad obowiązujących w grupie rówieśniczej. Badania naukowe ukierunkowane na wyjaśnienie przyczyn i przejawów agresji pozwalają w dużym stopniu przewidywać prawdopodobieństwo pojawiania się antyspołecznych zachowań i podejmować skuteczne interwencje w postaci doradztwa psychopedagogicznego.

oprac. Mirosława Kram

Święta Apolonia – patronka schorzeń zębowych

Jowita Jagła

Wątpliwa, wielowiekowa skuteczność walki człowieka ze schorzeniami uzębienia powodowała, iż tak jak w przypadku wielu innych chorób wspomagano się szeroko pojętą „boską medycyną” czyli mocą świętych leczących. Do patronów „od bólu zębów” należeli św. Piotr, św. Anna, św. Gertruda, a przede wszystkim św. Apolonia.

Według literatury hagiograficznej św. Apolonia pełniła funkcję diakonisy kościoła chrześcijańskiego w Aleksandrii, pomagając ubogim i chorym. Na przełomie 248 i 249 roku wybuchło w mieście powstanie wymierzone przeciwko chrześcijanom, które dotknęło również przyszłą świętą, niewierni pojмали ją, wybili wszystkie zęby, na koniec zaś spalili na stosie.

Kult świętej szybko rozpowszechnił się w całej Europie szczególnie między wiekiem IX a XI.

W celu ochrony przed schorzeniami zębów w dzień śmierci świętej (9 stycznia) zalecano ścisły post. Prosząc o zdrowie składano Apolonii szereg bardzo różnych darów wotywnych nie tylko w postaci woskowych czy metalowych zębów [np. w Bonndorf w kaplicy zwanej „Bildhüsl”

(Kaplica Łyżek) cierpiący na schorzenia jamy ustnej składali pod figurą świętej łyżki, zaś matki ząbkujących dzieci zostawiały miniaturowe szatki swoich pociech; w Rzymie, w kościele p.w. św. Augustyna młode dziewczyny ofiarowywały świętej własne ubrania]. Jednym z bardziej spektakularnych darów wotywnych była fundacja kaplicy św. Apolonii w kościele św. Augustyna w Wiedniu, uczyniona w 1643 roku przez cesarza Ferdynanda III i jego żonę Marię w podzięce za ustąpienie bólu zębów nękającego ich syna Leopolda. Oprócz bogatego wystroju kaplicy cesarzowa złożyła w niej osobistą relikwię (ząb świętej), który nosiła zawsze przy sobie. Dość szczególnym darem wotywnym był także żywot świętej napisany na pocz. XVII wieku przez jezuitę P. Benucciego, po jego cudownym uleczeniu. Święta Apollonia posiadała także (tak jak inni święci leczący) moc niszczącą, którą dotykała tych spośród wiernych, którzy nie złożyli jej stosownych ślubów, bądź przyczynili się do upadku jej kultu. Jak głosi legenda biskup Pardubic kazał zburzyć poświęconą świętej kaplicę i zapomniał o ślubach wybudowania nowego obiektu (co spowodowało wśród wiernych stopniowy zanik czci dla Apolonii), po jego śmierci znaleziono wszystkie zęby biskupa wybite, co odczytano jako widomy znak zemsty świętej. O wielkim kulcie Apolonii świadczy liczba relikwii – w różnych świątyniach Rzymu miała znajdować się jej głowa, ramię, szczeka, język i zęby. Kolonia chwaliła się żebrem świętej, dziewięcioma zębami i dwiema żuchwami (!). Inne miejsca, w których czczono cudowne szczątki Apolonii to m.in. Tortona w Hiszpanii, Antwerpia, Bruksela i Lizbona. Wyjątkowość kultu św. Apolonii wykorzystywali nawet „rwacze zębów” – szczególny typ szarlatanów wędrownych, którzy na miejskich placach dokonywali nader spektakularnych publicznych zabiegów wyrwania zębów. Johann Georg Keissler w swoim pamiętniku z podróży, opublikowanym w 1751 wspomina o „rwaczach” działających w Turynie: „Nikt nie jest bardziej przyzwyczajony, niż rwacze zębów, którzy jednomyślnie zabezpieczają się, zauważając, że będą wyrwać zęby „con adjuto di Santa Apollonia”, która jest patronką zębów”.

Modlitwy do Apolonii zamieszczane w brewiarzach sławiły jej leczniczą funkcję: „O sancta Apollonia, per passionem tuam impetra nobis remissionem omnium quae dentibus et ore commissimus per gulam et loquela; ut liberemur a dolore et stridore dentium hic et in futuro; et diligendo cordis munditiam, per gratiam laborum habeamus amicum Regem Angelorum.

Amen!” („O święta Apolonio, przez mękę swoją uzyskaj nam odpuszczenie wszystkich grzechów, których dopuścilibyśmy się przez obżarstwo i mowę, abyśmy wolni byli od bólu i zgrzytania zębów teraz i w przyszłości, a czystość serca miłując przez łaskę warg mieli przyjaciela w Królu Aniołów. Amen”). We Francji popularnością cieszyła się następująca modlitewna formuła:

*„Virgo Dei egregia,
Pro nobis Apollonia,
Funde preces ad Dominum,
Ut tollat omne noxium,
Ne pro reato criminum
Morbo vexemur dentium,
Sed sanitate capitis
Gratulemur et corporis”*
(„Dziewico Boża Wspaniała, Apolonio! za nas błagaj u Pana, by oddalił to co szkodzi. Aby nas za nasze winy choroby zębów nie dręczyły lecz zdrowiem głowy i ciała byśmy się zawsze cieszyli”).

W religijności ludowej Apollonia staje się często bohaterką przypowieści czy legend, w których sama bardzo cierpi na ból zębów: „U drzwi nieba znajdowała się Apollonia, pewnego dnia przechodziła obok N. M. Panna, która spytała: „Powiedz Apolonio, co tutaj robisz? Śpisz czy czuwasz?”. „Pani, ani śpię, ani czuam, ja prawie umieram z powodu bólu zębów”. „Dla gwiazdy Wenus i zachodzącego słońca, dla najświętszego sakramentu, nie będziesz już cierpieć, ani twoje zęby”. Podobne legendy i modlitwy spotykamy w XV i XVI-wiecznych brewiarzach Antwerpii, Spiry, Konstancji i Schleswig.

Leczniczy kult świętej znalazł także odbicie w medycynie ludowej w nazewnictwie roślin stosowanych w chorobach dziąseł i zębów. Zioła takie określano jako „zioła Apolonii”, „korzenie Apolonii”, w Bawarii nasiona piwonii zwano „ziarnami Apolonii” - nawleczone na nitki dawano je dzieciom do gryzienia w celu ułatwienia ząbkowania.

Przedstawienia św. Apolonii zaczęły pojawiać się w całej Europie od wieku XIII. Do jej najważniejszych atrybutów należała palma męczeństwa, jednak znacznie większą popularność zyskał inny symbol – kleszcze bądź szczypce nawiązujące do tortur, które Apollonia poniosła. Co istotne kleszcze lub szczypce bywały niekiedy również atrybutem św. Agaty (której za ich pomocą miano obciąć piersi), dlatego w kleszczach Apolonii umieszczano zazwyczaj pokaźny ząb, który jednoznacznie precyzował patronat.

Oprócz pojedynczych przedstawień chętnie obrazowano scenę męczeństwa,



Św. Apollonia z kleszczami, XVIII w., Gößweinstein, Niemcy. (fot. Jowita Jagła)



Św. Apollonia, XVII w., Carlo Dolci, (ilustracja pochodzi z książki: L. Kanner, Folklore of the Teeth, New York 1928).



Tortury zadawane św. Apolonii, XV w., drzeworyt, Niemcy, (ilustracja pochodzi z książki: L. Kanner, Folklore of the Teeth, New York 1928)



Św. Apollonia i oprawcy (zbliżenie), XIV w., fresk z kościoła farnego w Chełmnie.
(fot. Jowita Jagła)



którą nierzadko zabarwiano sporym ładunkiem emocjonalnym. Jednym z najpiękniejszych rodzimych „panoram tortur” należy XIV-wieczny fresk namalowany na północnej ścianie prezbiterium kościoła farnego w Chełmnie. Dramat rozgrywa się w abstrakcyjnej przestrzeni, przed obliczem cesarza, który razem ze swoją małżonką zasiadł na marmurowym tronie, by osobiście nadzorować martyrium. Apollonia otoczona przez trzech katów zdaje się ze spokojem czekać na śmierć. Oprawcy ubrani wykwinie w obcisłe nogawice,

Męczeństwo św. Apolonii, XVII w., obraz autorstwa Flaminio Torre, (ilustracja pochodzi z książki: L. Kanner, Folklore of the Teeth, New York 1928).

kaftany i hełmy z misiurkami przystępują do wykonania strasznego wyroku, o czym świadczą gesty przytrzymywania świętej i ostry przyrząd trzymany przy ustach męczenniczki przez jednego z cesarskich pachołków. Dramatyzm sceny koją nieco barwy kompozycji utrzymane w łagodnych tonach różu, żółci, błękitów i seledynu, a także sama postawa świętej, która ufna w swoje przekonania nie okazuje lęku... Obok sceny tortur umieszczono w Chełmnie przedstawienie Ukrzyżowania, w ten sposób męczeństwo Apolonii zyskuje wymiar „naśladowania męki Chrystusa”. Co istotne w sztuce zachodnio-europejskiej scena męczeństwa Apolonii często przybierała wysoce brutalny nastrój, ukazując porażający ból i cierpienie świętej okaleczanej z całą siłą przez oprawców, którzy wybijali jej zęby dłutem i młotkiem, wyrwali kleszczami, wlewając niekiedy dodatkowo do jej ucha wrzący olej!

Powszechność kultu św. Apolonii i zauważalna obecność wotów stomatologicznych składanych w sanktuariach całej Europy potwierdza dramatyczny strach przed bólem zębów, który jako porażające doświadczenie fizyczno-duchowe bywał porównywalny jedynie z bólem powstającym wskutek nieodwzajemnionej miłości. Philip Massinger w „Parlamencie Miłości” pisał:

*„Czuję zmartwienie
czy przez ból zębów, czy przez miłość,
nie wiem
w obu jest robak”.*

dr Jowita Jagła jest adiunktem w Katedrze Historii Sztuki Uniwersytetu Łódzkiego

Działalność Katedry i Zakładu Muzykoterapii

Wojciech Pospiech, Marlena Kujawska, Joanna Kamień

W roku akademickim 2012/2013 w Katedrze i Zakładzie Muzykoterapii rozpoczęły się nowe projekty badawcze, m.in. badamy wpływ działań muzykoterapeutycznych w procesie wczesnej rehabilitacji na stymulację i relaksację dzieci niewidomych i niepełnosprawności sprzężoną. Badania zostaną przeprowadzone w Ośrodku Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Sobieszewie.

Ponadto innym przedsięwzięciem jest chęć rozładowania napięć emocjonalnych podczas słuchania muzyki klasycznej i rozrywkowej u dzieci z autyzmem w wieku od 7-14 przy współpracy z Towarzystwem Autyzmu w Toruniu. Chcemy pomagać także osobom z problemami alkoholowymi, które uczestniczą w grupach wsparcia AA. Badania będą

dotyczyły efektów stymulacji podczas wyprowadzania z choroby alkoholowej poprzez terapię muzyką rozrywkową i klasyczną w trakcie terapii rutynowej. Miejscem badań będą NZOZ Centrum Psychoterapii w Myślenicach, Prywatny Ośrodek Leczenia Uzależnień „Wiosenna” w Krakowie oraz Prywatna Klinika „Terapia Tu i Teraz” w Krakowie.

Największym jednak naszym projektem naukowo-badawczym będzie współpraca z Oddziałem Laryngologii Dziecięcej w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy, prowadzonym przez dr n.med. Józefa Mierzwińskiego. W miejscu tym prawie cztery lata temu zainicjowano Bydgoski Program Implantów Słuchowych u dzieci. Przy leczeniu niedosłuchów opierano się na współpracy specjalistów z różnych dziedzin. Między

innymi: audiologa, otolaryngologa, logopedy, psychologa, neurologa i pedagogów. We współpracy Katedra i Zakład Muzykoterapii będzie badać wpływ odpowiednio dobranych form muzycznych na dzieci z implantami słuchowymi, przez co stworzony zostanie odpowiedni program muzykoterapeutyczny dla rehabilitacji dzieci z niedosłuchem. Bardzo jesteśmy radzi, że będziemy mogli wspólnie działać na rzecz przywracania dzieci do świata dźwięków.

Będziemy mieli przyjemność prowadzić zajęcia na nowych kierunkach studiów Wydziału Nauk o Zdrowiu, które wybrały muzykoterapię. To Audiofonologia i Elektroradiologia.

mgr Marlena Kujawska i mgr Joanna Kamień są pracownikami Katedry i Zakładu Muzykoterapii, kierowanej przez dr. hab. Wojciecha Pospiecha, prof. UMK

Najczęściej cytowani

Krzysztof Nierzwicki

Kontynuując myśl podjętą w artykule o „Rankingu Wydziałów i jednostek Collegium Medicum” (opublikowanym w Wiadomościach Akademickich nr 46), postanowiliśmy przedstawić pracowników naszej Uczelni, których publikacje bywają najczęściej cytowane. Analizę liczby cytowań przeprowadzono na podstawie bazy Web of Science, uznane-go źródła bibliograficzno-bibliometrycznego i zaprezentowano w ujęciu graficznym.

Jeśli chodzi o liczbę cytowań prac naukowych, spośród wszystkich Wydziałów Collegium Medicum na pierwsze miejsce wysunął się Wydział Farmaceutyczny, przede wszystkim dzięki Katedrze Biochemii Klinicznej, prowadzonej przez prof. dr. hab. Ryszarda Olińskiego, w której pracują także: dr Paweł Jaruga, dr Daniel Gackowski, dr Rafał Różalski, dr Marek Foksiński i dr Agnieszka B. Siomek – autorzy z czołówki najczęściej cytowanych.

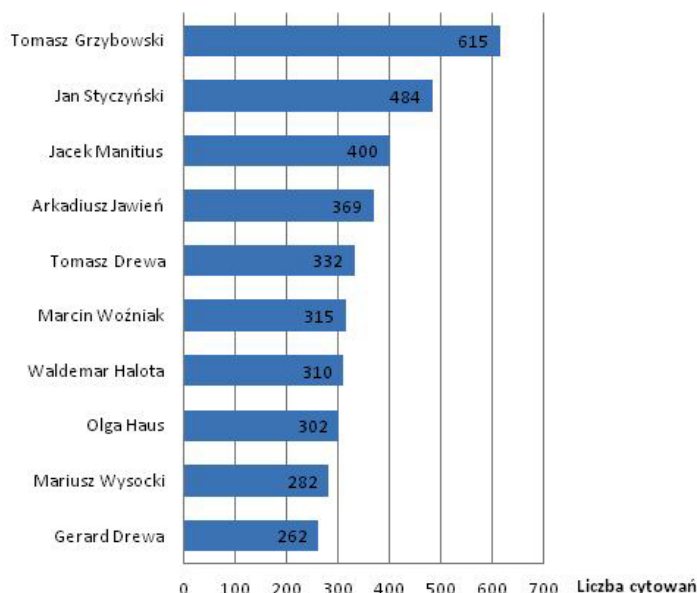
Pozostając przy Wydziale Farmaceutycznym, wśród często cytowanych znaleźli się również: prof. dr hab. Roman Kaliszan, profesor z Katedry i Zakładu Biofarmacji; dr hab. Karol Białkowski, prof. UMK, kierujący Zakładem Enzymologii; dr hab. Piotr Cysewski, prof. UMK, prowadzący Katedrę i Zakład Chemii Fizycznej oraz dr hab. Przemysław Staszewski, prof. UMK z Zakładu Modelowania Matematycznego w Naukach Biomedycznych. Tematyka najczęściej cytowanych artykułów oscylowała wokół antyoksydantów, wolnych rodników i uszkodzeń DNA, chromatografii i układów biomedycznych.

Biorąc pod uwagę Wydział Lekarski, najczęściej cytowanym autorem z afiliacją Collegium Medicum pozostał prof. dr hab. Tomasz Grzybowski, kierownik Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej (w której pracuje również dr Marcin Woźniak). Z klinicystów najwyżej na liście znalazł się prof. dr hab. Jan Styczyński, prowadzący Pracownię Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej (wchodzącą w skład Katedry Pediatrii, Hematologii i Onkologii, która ogólnie plasuje się wysoko w rankingu najczęściej cytowanych, m. in. dzięki kierownikowi, prof. dr hab. Mariuszowi Wysoc kiemu). Klinicyści nie ustępowali miejsca nie-klinicystom – pojawili się pomiędzy nimi: prof. dr hab. Jacek Manitius, prowadzący Katedrę Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych; prof. dr hab. Arkadiusz Jawień, kierujący Kliniką Chirurgii Naczyniowej i Angiologii (przez wiele lat patronujący Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej), czy prof. dr hab. Waldemar Halota, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii. Spośród nie-

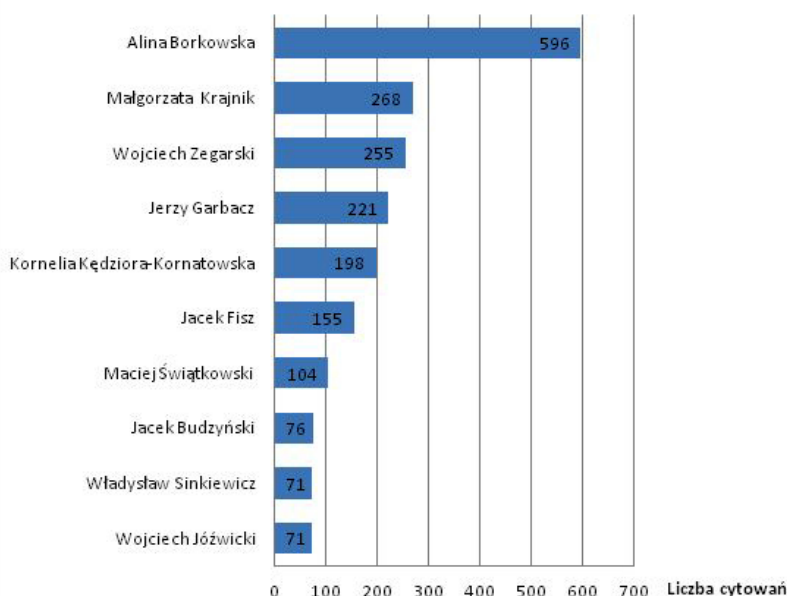
klinicystów (oprócz prof. dr. Tomasza Grzybowskiego i dr Marcina Woźniaka) prym wiodli: dr hab. Tomasz Drewa, prof. UMK z Zakładu Inżynierii Tkankowej, prof. dr hab. Olga Haus z Katedry i Zakładu Genetyki Klinicznej, a także prof. dr hab. Gerard Drewa z Katedry Biologii Medycznej. Wśród najczęściej poruszanych zagadnień znalazły się: medycyna sądowa, cytogenetyka, białaczki, transplantacja szpiku kostnego, niewydolność nerek i nadciśnienie tętnicze, angiologia, zapalenie wątroby, inżynieria tkankowa i choroba wieńcowa.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu najwyższą pozycję zajęła prof. dr hab. Alina Borkowska, kierownik Katedry Neuropsychologii Klinicznej. Na drugim miejscu znalazła się dr hab. Małgorzata Krajnik z Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej. Wielokrotnie cytowani byli zarówno klinicyści: dr hab. Wojciech Zegarski, prof. UMK, kierujący Kliniką Chirurgii Onkologicznej; prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska prowadząca Katedrę i Klinikę Geriatrii; prof. dr hab. Maciej Świątkowski z Katedry i Kliniki Gastroenterologii, Chorób Naczyni i Chorób Wewnętrznych (a także

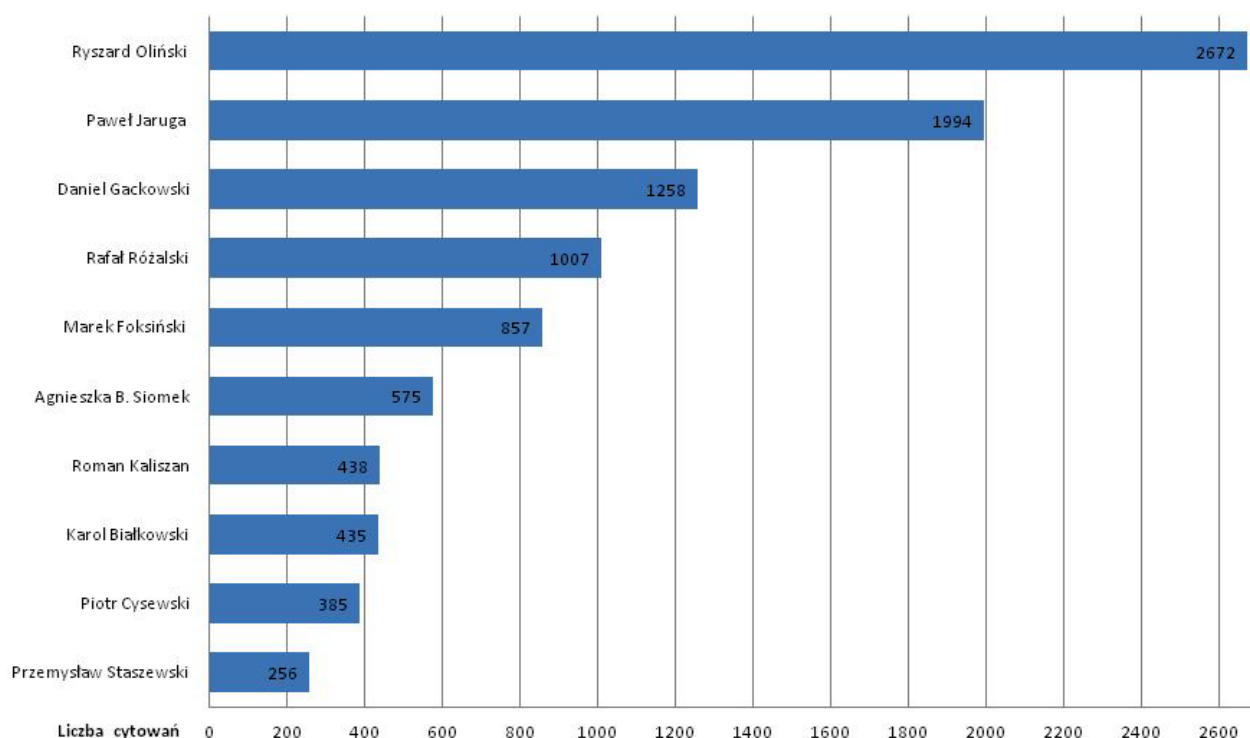
Wydział Lekarski: najczęściej cytowani



Wydział Nauk o Zdrowiu: najczęściej cytowani



Wydział Farmaceutyczny: najczęściej cytowani



pracujący w niej dr hab. Jacek Budzyński) oraz prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz z II Katedry Kardiologii, jak również pracownicy zajmujący się stricte badaniami naukowymi: prof. dr hab. Jerzy Garbacz z Katedry i Zakładu Chemii Środków Spożywczych, dr hab. Jacek Fisz, prof. UMK, kierujący Zakładem Informatyki i Meto-

dologii Pracy Naukowej, jak również dr Wojciech Józwicki z Zakładu Patologii Nowotworów i Patomorfologii. Wiodącymi kwestiami pozostawały: neuropsychologia kliniczna, opieka paliatywna i geriatria, gastroenterologia, kardiologia i chirurgia onkologiczna, a także adsorpcja substancji i fluorescencja.

Oczywiście, liczba cytowań oraz wartość indeksu Hirscha pozostają wartościami dynamicznymi, zmieniającymi się wraz z kolejnymi artykułami publikowanymi w uznanych czasopismach naukowych, jak i dalszym cytowaniem publikacji wcześniejszych.

dr Krzysztof Nierzwicki jest dyrektorem Biblioteki Uniwersyteckiej

Nasi na Liście Filadelfijskiej

Prezentujemy 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 końca listopada 2012 roku.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 5.248

Andrzej Gzella

Tytuł oryginału: Synthesis of new 4-thiazolidinone-, pyrazoline-, and isatin-based conjugates with promising antitumor activity.

Autorzy: D. Havrylyuk, B. Ziemenskyy, O. Vasylenko, Andrzej Gzella, R. Lesyk.

Źródło: - J. Med. Chem. 2012 Vol. 55 s. 8630-8641.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 4.415

Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Tissue engineering for the oncologic urinary bladder.

Autorzy: Tomasz Drewa, J. Adamowicz, A. Sharma.

Źródło: - Nat. Rev. Urol. 2012 Vol. 9 s. 561-572.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 4.125

Marzena A. Lewandowska

Tytuł oryginału: Molecular mechanisms controlling CFTR gene expression in the airway.

Autorzy: Z. Zhang, C.J. Ott, Marzena A. Lewandowska.

Źródło: - J. Cell. Mol. Med. 2012 Vol. 16 nr 6 s. 1321-1330.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.573

Beata Szefer

Tytuł oryginału: Nanotube junctions and the genus of multi-tori.

Autorzy: M.V. Diudea, Beata Szefer.
Źródło: - Phys. Chem. Chem. Phys. 2012 Vol. 14 s. 8111-8115.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.263

Magdalena Krintus

Marek Koziniński,

Anna Stefańska,

Marcin Sawicki,

Jacek Kubica,

Grażyna Sypniewska

Tytuł oryginału: Value of C-reactive protein as a risk factor for acute coronary syndrome: a comparison with apolipoprotein concentrations and lipid profile.

Autorzy: Magdalena Krintus, Marek Koziniński, Anna Stefańska, Marcin Sawicki, K. Obońska, T. Fabiszak, Jacek Kubica, Grażyna Sypniewska.

Źródło: - Mediat. Inflamm. 2012 Vol. 2012 s. 1-10.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.064

Piotr Cysewski,

Tomasz Jeliński

Tytuł oryginału: Factors influencing aromaticity: PCA studies of monosubstituted derivatives of pentafulvene, benzene and heptafulvene.

Autorzy: Piotr Cysewski, Tomasz Jeliński, T.M. Krygowski, W.P. Oziminski.

Źródło: - Curr. Org. Chem. 2012 Vol. 16 s. 1920-1933.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.082

Tomasz Grzybowski

Tytuł oryginału: A cautionary note on switching mitochondrial DNA reference sequences in forensic genetics.

Autorzy: A. Salas, M. Coble, S. Desmyter, Tomasz Grzybowski, L. Gusmao, C. Hohoff, M.M. Holland, J.A. Irwin, T. Kupiec, H-Y. Lee, B. Bertrand, S. Lutz-Bonengel, T. Melton, T.J. Parsons, H. Pfeiffer, L. Prieto, A. Tagliabracci, W. Parson.

Źródło: - Forensic Sci. Int. - Genetics 2012 Vol. 6 e 182-e 184.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.050

**Aleksandra Mazur,
Łukasz Wicherek**

Tytuł oryginału: The immunohistochemical analysis of antigens such as RCAS1 and B7H4 in the cervical cancer nest and within the fibroblasts and macrophages infiltrating the cancer microenvironment.

Autorzy: K. Gałązka, M. Oplawski, W. Windorbska, J. Skręt-Magierlo, Krzysztof Koper, P. Basta, P. Mach, M. Dutsch-Wicherek, Aleksandra Mazur, Łukasz Wicherek.

Źródło: - Am. J. Reprod. Immunol. 2012 Vol. 68 s. 85-93.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.013

Anna Szaflarska-Popławska

Tytuł oryginału: Adaptive changes of pancreatic protease secretion to a short-term vegan diet: influence of reduced intake and modification of protein.

Autorzy: J. Walkowiak, E. Mądry, A. Lisowska, Anna Szaflarska-Popławska, M. Grzymisławski, H. Stankowiak-Kulpa, J. Przysławski.

Źródło: - Br. J. Nutr. 2012 Vol. 107 s. 272-276.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.999

**Anna Klimaszewska,
Lidia Gackowska,
Agnieszka Żuryń,
Alina Grzanka**

Tytuł oryginału: Phenethyl isothiocyanate-induced cytoskeletal changes and cell death in lung cancer cells.

Autorzy: A. Pawlik, M.A. Szczepański, Anna Klimaszewska, Lidia Gackowska, Agnieszka Żuryń, Alina Grzanka.

Źródło: - Food Chem. Toxicol. 2012 Vol. 50 s. 3577-3594.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.629

**Grażyna Malukiewicz,
Katarzyna Linkowska,
Tomasz Grzybowski,
Karolina Kaźmierczak**

Tytuł oryginału: Analysis of CNTNAP2 polymorphisms in polish population with pseudoexfoliation syndrome.

Autorzy: Grażyna Malukiewicz, H. Leśewska-Junk, Katarzyna Linkowska, Tomasz Grzybowski, Karolina Kaźmierczak.

Źródło: - Acta Ophthalmol. 2012

Uwagi: DOI:

10.1111/j.1755-3768.2012.02395.x

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.605

**Piotr Cysewski,
Tomasz Jeliński,
Maciej Przybyłek**

Tytuł oryginału: Color prediction from first principle quantum chemistry computations: a case of alizarin dissolved in methanol.

Autorzy: Piotr Cysewski, Tomasz Jeliński, Maciej Przybyłek, A. Shyichuk.

Źródło: - New J. Chem. 2012 Vol. 36 s. 1836-1843.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.445

Krzysztof Kusza

Tytuł oryginału: Potential pitfalls of propofol target controlled infusion delivery related to its pharmacokinetics and pharmacodynamics.

Autorzy: A. Bienert, P. Wiczling, E. Grzeskowiak, J.B. Cywiński, Krzysztof Kusza.

Źródło: - Pharm. Rep. 2012 Vol. 64 s. 782-795.

Charakt. formalna: PA

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.399

**Jakub Marcin Nowak,
Robert Dębski,
Alina Grzanka,
Tomasz Drewa**

Tytuł oryginału: Ciprofloxacin is a potential topoisomerase II inhibitor for the treatment of NSCLC.

Autorzy: T. Kloskowski, N. Gurtowska, J. Olkowska, Jakub Marcin Nowak, J. Adamowicz, J. Tworiewicz, Robert Dębski, Alina Grzanka, Tomasz Drewa.

Źródło: - Int. J. Oncol. 2012 Vol. 41 s. 1943-1949.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.185

**Anita Dąbrowska,
Przemysław Staszewski**

Tytuł oryginału: Posterior quantum dynamics for a continuous diffusion observation of a coherent channel.

Autorzy: Anita Dąbrowska, Przemysław Staszewski.

Źródło: - J. Opt. Soc. Am. B 2012 Vol. 29 nr 11 s. 3072-3077.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.046

Mariusz Dubiel

Tytuł oryginału: Hepatic aminotransferases of normal and IUGR fetuses in cord blood at birth.

Autorzy: R. Kocylowski, Mariusz Dubiel, S. Gudmundsson, E. Fritzer, T. Kiserud, C.

von Kaisenberg.

Źródło: - Early Hum. Dev. 2012 Vol. 88 nr 7 s. 461-465.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.812

**Maciej Bieliński,
Aleksander Deptuła,
Patrycja Zalas-Więcek,
Krzysztof Szwed,
Adam Buciniński,
Eugenia Gospodarek,
Alina Borkowska**

Tytuł oryginału: Toxoplasma gondii infection affects cognitive function - corrigendum.

Autorzy: J. Flegr, W. Guenter, Maciej Bieliński, Aleksander Deptuła, Patrycja Zalas-Więcek, M. Piskunowicz, Krzysztof Szwed, Adam Buciniński, Eugenia Gospodarek, Alina Borkowska.

Źródło: - Folia Parasitol. 2012 Vol. 59 nr 4 s. 253-254.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.769

Krzysztof Skowron

Tytuł oryginału: Microbiological evaluation of the effectiveness of sewage sludge sanitization with solar drying technology.

Autorzy: Z. Paluszak, Krzysztof Skowron, M. Sypuła, J.K. Skowron.

Źródło: - Int. J. Photoenergy 2012 Vol. 2012 s. 1-11.

Charakt. formalna: ZA

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.747

**Agnieszka Żuryń,
Lidia Gackowska,
Aleksandra Antonina Grzanka,
Alina Grzanka**

Tytuł oryginału: Expression of cyclin A, B1 and D1 after induction of cell cycle arrest in the Jurkat cell line exposed to doxorubicin.

Autorzy: Agnieszka Żuryń, A. Litwiniec, Lidia Gackowska, A. Pawlik, Aleksandra Antonina Grzanka, Alina Grzanka.

Źródło: - Cell Biol. Int. 2012 Vol. 36 nr 12 s. 1129-1135.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.743

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

Tytuł oryginału: Essential and nonessential elements in nestling rooks Corvus frugilegus from Eastern Poland with a special emphasis on their high cadmium contamination.

Autorzy: G. Orłowski, Piotr Kamiński, Z. Kasprzykowski, Z. Zawada, Beata Koim-Puchowska, Małgorzata Szady-Grad, Jacek J. Klawe.

Źródło: - Arch. Environ. Contam. Toxicol. 2012 Vol. 63 nr 4 s. 601-611.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.634

Beata Szeffler

Tytuł oryginału: Energetics of polybenzene multi-tori.

Autorzy: Beata Szeffler, O. Ponta, M.V. Diudea.

Źródło: - J. Mol. Struc. 2012 Vol. 1022 s. 89-93.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.581

Marek Grabiec

Tytuł oryginału: The expression of suppressor of cytokine signaling 1 and 3 in fat and placental tissue from women with gestational diabetes.

Autorzy: M. Kuzmich, B. Telejko, N. Wawrusiewicz-Kurylonek, A. Citko, D. Lipińska, J. Pliszka, J. Wilk, K. Kalejta, A. Lemancewicz, Marek Grabiec, A.M. Pryszczepko-Wawreszuk, J. Skibicka, A. Kretowski, M. Górska, J. Szamatowicz.

Źródło: - Gynecol. Endocrinol. 2012 Vol. 28 nr 11 s. 841-844.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.503

Sławomir Czachowski

Tytuł oryginału: Evaluating the cross-cultural validity of the Polish version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) using differential item functioning (DIF) analysis.

Autorzy: Sławomir Czachowski, B. Terluin, A. Izdebski, P. Izdebski.

Źródło: - Fam. Pract. 2012 Vol. 29 nr 5 s.

609-615.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.491

Agnieszka Siomek

Tytuł oryginału: NF-KB signaling pathway and free radical impact.

Autorzy: Agnieszka Siomek.

Źródło: - Acta Biochim. Pol. 2012 Vol. 59 nr 3 s. 323-331.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.328

Beata Szeffler

Tytuł oryginału: Sumanene units in P-type surface networks.

Autorzy: Beata Szeffler, M. Saheli, M.V. Diudea.

Źródło: - Acta Chim. Slov. 2012 Vol. 59 s. 177-182.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.239

Dorota Kozielowicz,

Waldemar Halota

Tytuł oryginału: Interferon-induced thyroiditis during treatment of chronic hepatitis C.

Autorzy: Dorota Kozielowicz, Waldemar Halota.

Źródło: - Endokrynol. Pol. 2012 T. 63 nr 1 s. 66-70.

Charakt. formalna: PA

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.214

Iwona Sadowska-Krawczyńska,

Aldona Jankowska,

Andrzej Kurylak

Tytuł oryginału: Healthcare-associated infections in a neonatal intensive care unit.

Autorzy: Iwona Sadowska-Krawczyńska, Aldona Jankowska, Andrzej Kurylak.

Źródło: - Arch. Med. Sci. 2012 Vol. 8 nr 5 s. 854-858.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.156

Celestyna Mila-Kierzenkowska,

Paweł Sutkowy

Tytuł oryginału: Effects of thermal stress on the activity of selected lysosomal enzymes in blood of experienced and novice winter swimmers.

Autorzy: Celestyna Mila-Kierzenkowska, A. Woźniak, Michał Szpinda, T. Boraczyński, B. Woźniak, P. Rajewski, Paweł Sutkowy.

Źródło: - Scand. J. Clin. lab. Invest. 2012 Vol. 72 s. 635-641.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.118

Justyna Cwajda-Białasik,

Maria T. Szewczyk,

Paulina Mościcka,

Katarzyna Cierzniańska

Tytuł oryginału: The locus of pain control in patients with lower limb ulcerations.

Autorzy: Justyna Cwajda-Białasik, Maria T. Szewczyk, Paulina Mościcka, Katarzyna Cierzniańska.

Źródło: - J. Clin. Nurs. 2012 Vol. 21 s. 3346-3351.

Wszystkie drogi prowadzą do Rzymu

Roland Wesołowski

Z pewnością jest w tym zdaniu wiele prawdy i właśnie w Rzymie, w dniach 27-30 września odbył się XXXII Światowy Kongres Medycyny Sportowej. Wydarzenie to ściągnęło do Wiecznego Miasta wielu cenionych w dziedzinie medycyny sportowej naukowców. Na Kongres za-

kwalifikowano moją pracę pt. „The effect of whole-body cryostimulation on hematological and biochemical parameters in blood of kayakers”, jednak brak środków w Funduszu Studenckiego Towarzystwa Naukowego niemal całkowicie przekreślił szansę na to, abym tę pracę zaprezentowa-

wał. „Niemal”, ponieważ pomoc otrzymałem od ówczesnych Władz Uczelni (Prorektora ds. Collegium Medicum – Pani prof. dr hab. n. med. Małgorzaty Tafli-Klawe oraz Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu – Pana prof. dr. hab. n. med. Zbigniewa Bartuziego) – za co chciałbym w tym miejscu serdecznie podziękować.



Roland Wesołowski na XXXII Światowym Kongresie Medycyny Sportowej w Rzymie

Kongres ten był największym wydarzeniem naukowym, w którym dotychczas wzięłem udział. Przez cztery dni, w kilku aulach jednocześnie, odbywało się mnóstwo ciekawych prelekcji dotyczących najrozmaitszych aspektów medycyny sportowej. Niektórzy z moich kolegów zastanawiają się, dlaczego akurat zainteresowała mnie medycyna sportowa? Współczesny sport wyczynowy stawia wysokie wymagania w stosunku do osób bezpośrednio z nim związanych, zarówno zawodników, trenerów, lekarzy sportowych, psychologów, jak i fizjoterapeutów. Studiuję fizjoterapię, jednak specyfika Uczelni ukierunkowuje mnie

przede wszystkim do pracy z pacjentem. Często do współpracy ze sportowcami angażowani są fizjoterapeuci po AWF-ach, ponieważ osoby studiujące na uczelniach medycznych nie mają w tej dziedzinie wystarczającej wiedzy i umiejętności. Nauka na uczelni medycznej z pewnością otwiera możliwości znalezienia satysfakcjonującej pracy i jest solidną podstawą przyszłej kariery zawodowej, jednak jak w każdym zawodzie – aby być konkurencyjnym i atrakcyjnym na rynku pracy, należy się nieustannie kształcić i śledzić najnowsze osiągnięcia w danej dziedzinie. Od początku działalności w Kole Naukowym Biologii Medycznej przy Katedrze Biologii Medycznej biorę czynny udział w kongresach i zjazdach organizowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej (Warszawa 2010, Bydgoszcz 2011, Poznań 2012). Kongres w Rzymie był dla mnie szansą na poszerzenie dotychczasowych ho-

ryzontów i dał możliwość dostępu do informacji o aktualnych, światowych trendach w medycynie sportowej. Studia nie ograniczają się w moim przypadku tylko do realizacji przedmiotów objętych programem nauczania. Uczelnia daje mi również możliwość realizacji pasji i pogłębiania zainteresowań. Jestem jedynym studentem III roku fizjoterapii, który należy do Studenckiego Koła Naukowego... a szkoda, bo naprawdę warto.

Wszystkich studentów naszej uczelni zachęcam do działalności naukowej i wstąpienia do Studenckiego Towarzystwa Naukowego Collegium Medicum UMK. Chętnych zapraszam również na stronę SKN Biologii Medycznej (www.biologia.cm.umk.pl), które ogłasza nabór nowych członków na rok akademicki 2012/2013.

Roland Wesołowski jest studentem III roku fizjoterapii (studia I stopnia) oraz przewodniczącym Studenckiego Koła Naukowego Biologii Medycznej przy Katedrze Biologii Medycznej



Roland Wesołowski

„Od nauki do zintegrowanej praktyki” Sprawozdanie z III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego

Justyna Cwajda-Białasik, Paulina Mościcka

W dniach od 17 do 18 maja 2012 roku w Bydgoszczy odbyła się, już trzecia z kolei, Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego. Hasło przewodnie konferencji brzmiało „Od nauki do zintegrowanej praktyki”.

Organizatorami konferencji było Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego CM UMK w Bydgoszczy, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii CM UMK w Bydgoszczy oraz Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy. Konferencja odbyła się pod patronatem Jego Magnificencji Rektora UMK, prof. Andrzeja Radziwińskiego i Prorektora Collegium Medicum, prof. Małgorzaty Tafil-Klawe. Podobnie jak w poprzednich latach konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem przedstawicieli zawodów medycznych, w tym pielęgniarek, fizjoterapeutów, lekarzy, psychologów, łącznie zgromadziła ponad 300 uczestników.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonała Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego oraz redaktor naczelna czasopisma Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, prof.

Maria T. Szewczyk. Pani Profesor przywitała Gości Honorowych, wśród których byli m.in. przedstawiciele Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, Dyrektor Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych dr Barbara Kot-

Doniec, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, dr Anna Koper, Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu w Poznaniu, doc. Krystyna Jaracz, Przewodnicząca Okręgowej Izby PiP w Bydgoszczy oraz wielu in-



organizatorzy i uczestnicy III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego



dr hab. Maria Szewczyk, prof. UMK

nych znacznych gości. Podczas wystąpienia Pani Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego PiP, dr B. Kot-Doniec zapoznała uczestników z najnowszą propozycją Centrum i możliwościami kształcenia podyplomowego pielęgniarów w zakresie chirurgii naczyniowej i angiologii. Pani Prezes omówiła historię założenia i rozwoju Towarzystwa oraz wyróżniła osoby aktywnie uczestniczące w jego rozwoju naukowym i działach

na rzecz pielęgniarstwa angiologicznego. Przewodniczący Komitetu Naukowego, Profesor Arkadiusz Jawień w imieniu wszystkich członków i sympatyków Towarzystwa złożył na ręce dr hab. Marii Szewczyk, prof. UMK życzenia, wyrażając w ten sposób wdzięczność za wkład i wieloletnie zaangażowanie Pani Profesor w rozwój pielęgniarstwa. Podniósł charakter uroczystości inauguracyjnych podkreślił Koncert Państwowego Zespołu Szkół Muzycznych im. Artura Rubinsteina w Bydgoszczy, któremu przewodniczył Pan Profesor Wojciech Pospiech.

Wykład inauguracyjny na temat roli pielęgniarki w skryningu tętniaków aorty brzusznej przedstawił prof. dr hab. Arkadiusz Jawień. W dniu otwarcia konferencji odbyła się również pierwsza sesja plenarna: problemy kliniczne, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i psychospołeczne w chirurgii naczyniowej, której przewodniczyli prof. Arkadiusz Jawień, prof. dr hab. Krystyna Jaracz, dr hab. Maria T. Szewczyk, prof. UMK.

W kolejnym dniu odbyły się trzy sesje plenarne: pierwsza dotycząca opieki kompleksowej nad chorym z owrzodzeniem kończyny dolnej o etiologię naczyniową, badań naukowych w pielęgniarstwie i chi-

rurgii oraz opieki nad chorym z rakiem jelita grubego. Łącznie zaprezentowano ok. 40 prac badawczych, kazuistycznych i poglądowych. Ogromnym zainteresowaniem cieszyły się, zorganizowane już po raz kolejny warsztaty pomiaru wskaźnika kostka-ramię, które są kontynuacją wykładów o tematyce angiologicznej. Część wykładową konferencji zakończono dyskusją panelową z udziałem m.in. Studenckiego Koła Naukowego „Programy profilaktyczne i edukacyjne na podstawie badań i doświadczeń”, której przewodniczyli: dr hab. Maria T. Szewczyk, prof. UMK, dr Justyna Cwajda-Białasik, dr Katarzyna Cierzniańska, mgr Aleksandra Popow, dr Ewa Barczykowska, lek. Łukasz Woda, mgr psych. Magdalena Smoczyńska.

Późnym sobotnim popołudniem Prezes PTPA podsumowała wszystkie sesje i zakończyła III Konferencję, dziękując wszystkim gościom, przybyłym z całej Polski, za udział w konferencji, ogromne zainteresowanie i zaangażowanie. Komitetem, naukowym i organizacyjnym za wsparcie i pomoc podczas organizacji III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej.

dr Justyna Cwajda-Białasik, mgr Paulina Mościcka z Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Czadowa przygoda życia

rozmowa z dr. Maciejem Sochą

Pod koniec października, w ramach projektu pomocy humanitarnej „Medici Homini”, z pomocą medyczną do afrykańskiego Czadu wyjechało trzech lekarzy specjalistów. Pracują w szpitalu w Donomanga, prowadzonym przez meksykańską wspólnotę misyjną. Choć na stałe nie pracuje tam żaden lekarz, ta jedyna na południu Czadu placówka medyczna, przyjmuje ponad 100 tys. pacjentów rocznie!

O medyczną wyprawę pytaliśmy dr. Macieja Sochę, ginekologa-położnika ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy. Okazało się, że te same pytania i mnóstwo innych, zadaje mu wiele osób, a także on sam sobie... Dlatego przyjęliśmy nietypową formułę rozmowy, kiedy to z dr. Maciejem Sochą rozmawia... dr Maciej Socha.

Wywiad z samym sobą?

Tak, pomyślałem, że to dobry pomysł, ponieważ mam dokładnie te same pytania, te same wątpliwości i ciekawi mnie dokładnie to samo co każdego, kto doświadcza się, że jedziemy do Czadu. Te py-

tania są bardzo podobne. Stąd, tak samo niecodzienny, jak ten wyjazd, pomysł, że ja pytam i... ja odpowiadam.

A trudniej odpowiada się na swoje pytania czy znajomych?

No cóż, siebie samego nie da się oszukać! Czasami zdarza się, że nie wiem co powiedzieć na temat naszego wyjazdu. Bo tak naprawdę to... ja po prostu jadę do Czadu, żeby tam pracować i jednocześnie spełnić swoje marzenia. No, ale też boję się trochę tego wyjazdu – o tym nie każdemu mówię!

Boisz się klimatu? Tropikalnych chorób? Niecodziennych przypadków medycznych?

Tak. Też. Ale zadaję sobie pytanie: co się stanie jeśli nikt nie będzie chciał przyjść po pomoc do mężczyzny, białego ginekologa? Co, jeśli nikomu nie uda mi się tam pomóc, bo nie zdobędę zaufania miejscowej ludności? Tego się boję!

No dobrze, ale zacznijmy od początku: co Ci odbiło z tym wyjazdem (to najczęstsze pytanie)?

A może być górnołotnie?

Jasne, to twój /mój/nasz wywiad!

Bo... to jest tak (chyba), że wybierając studia medyczne i decydując się na pracę lekarza, zwykle myśli się o wielkich dokonaniach i spektakularnych osiągnięciach. Ja tak myślałem! Chce się robić coś ekscytującego i chce się czuć potrzebnym. To marzenia, które oscylują pomiędzy ekscytującymi procedurami medycznymi z amerykańskiego serialu „Ostry dyżur” a niezwyklejmi osiągnięciami „Lekarzy bez granic” z programów dokumentalnych o pomocy rozwojowej w najbiedniejszych regionach świata.

No, to piękne marzenia!

Hmm, tak, ale w toku studiów i kształcenia specjalizacyjnego, w wirze pracy i biurokratyzacji całej ochrony zdrowia, gdzieś się zaciera i schodzi na dalszy plan.

No, ale nie zeszło chyba aż tak bardzo.

Na szczęście nie! Na pewnych etapach życia dochodzimy do wniosku, że warto powrócić do własnych marzeń o emocjo-

nującym wyjeździe do Afryki. To akurat mój etap!

To w Polsce masz za mało ekscytacji?

Nie. Nie, no dreszcze emocji i ekscytacji, które towarzyszą pracy na sali operacyjnej i porodowej, w pełni zapewniają realizację marzeń o pracy a la John Carter z „Ostrego dyżuru”, tym samym do spełnienia pozostało mi już tylko marzenie o pracy misyjnej.

Nie lepiej odpocząć sobie po ostatnim roku życia? Już zapomniałeś ile się wydarzyło?

No cóż, ostatni rok mojego życia obfitował w sporo wydarzeń. Zakończyłem szkolenie specjalizacyjne, co jeszcze nie tak dawno temu wydawało mi się odległą przyszłością. Minister Zdrowia przychyliła się do prośby docenta Marka Szymańskiego i skróciła mi specjalizację. Yuppi! To już był wyczyn! Uzyskałem tytuł specjalisty położnictwa i ginekologii, a następnie udało mi się dostać na specjalizację z ginekologii onkologicznej. Yuppi 2! Dzięki prof. Wiesławowi Szymańskiemu zakończyłem rozprawę doktorską z perinatologii i uzyskałem tytułu doktora nauk medycznych. Yuppi 3! I jakby tego było jeszcze mało, prof. Marek Grabiec postanowił mnie awansować i zostałem adiunktem w Klinice, zatem mam potrójny powód do radości.

Tak jesteś im wdzięczny, że aż wymieniasz ich z nazwiska?

Tak, jestem bardzo wdzięczny wszystkim ludziom, którzy przez ostatni rok udzielili mi pomocy. Bardzo!

Osiągnięcia zawodowe to przecież nie wszystko, dobrze się cię znam!

W takim razie wiesz, że miłość powróciła i jeszcze udało się mojej rodzinie przebrnąć przez chorobę nowotworową mamy i leczenie onkologiczne.

No tak, to teraz powinienesz odpracować to wszystko!

Właśnie. Wyjazd do Czadu to taki dobry uczynek, który da mi poczucie odplacenia się losowi za pomyślność w życiu. To dlatego ten rachunek sumienia i wyliczanie ile dobrego się zdarzyło, bo tak łatwo o tym zapomnieć. A ja nie chcę. Czuję, że to najlepszy moment w moim życiu do realizacji marzeń o misji medycznej w Afryce i wyrównaniu rachunków z karmą.

Jak wpadłeś na pomysł tego wyjazdu do Afryki?

Jako opiekun Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Położnictwa, Chorob Kobietych i Ginekologii Onkologicznej, kilka lat temu, poznałem Kasię Gieryn, która właśnie kończy lekarski staż podyplomowy i chce rozpocząć rezydenturę z położnictwa i ginekologii – to właśnie ona jest spiritus movens tego wyjazdu.

Opowiedz proszę o niej kilka słów?

Kasia to zakochana w wolontariacie, niezwykle energetyczna i przedsiębiorcza osoba, która uczestniczyła już w wielu wyjazdach niosących pomoc medyczną. To ona była inicjatorką powstania w Collegium Medicum projektu pomocy humanitarnej „Medici Homini”. Kasia, pamiętając nasze wspólne rozmowy o marzeniach, żeby wyjechać z pomocą medyczną, zaproponowała napisanie projektu dotyczącego specjalistycznej opieki lekarskiej dla Czadu. Ideą jaka nam przyświecała, było niesienie ukierunkowanej pomocy Medycznej dla konkretnej grupy osób.

A na czym ta ukierunkowana pomoc będzie polegać?

Będziemy przede wszystkim operować!

No, a anestezjolog?

Jest Monika! Z Moniką Szambelan poznaliśmy się na studiach i pomimo tego jak jesteśmy różni, a może to właśnie dzięki tym różnicom, zaczęliśmy się przyjaźnić. Monika jest onieśmielająco mądra i odważna, ale jest jednocześnie wcieleniem medycznego głosu rozsądku, który jest wstanie okiełznać szalone pomysły operatora. Poza tym, jeśli jechać na koniec świata, to z kimś, kto jest nie tylko fachowcem, ale i przyjacielem - pacjenta i lekarza. Nie znam lepszego kandydata niż Monika.

Rozumiem chęć niesienia pomocy, ale skąd wziął się ekstremalny pomysł, aby pojechać akurat do Czadu?

Jak szaleć, to na całego. Czad jest jednym z najbiedniejszych(!) krajów świata. Ludność utrzymuje się tu głównie z pasterstwa i rolnictwa, choć ziemia uprawna zajmuje zaledwie 0,2% powierzchni kraju. Społeczeństwo Czadu jest bardzo młode (osoby do 14. roku życia stanowią aż 47,3% populacji), a średnia długość życia w tym regionie świata wynosi zaledwie 44 lata! Tylko co czwarty Czadzanin umie czytać i pisać, a dostęp do wody pitnej ma zaledwie 40% mieszkańców. W tym państwie po dzień dzisiejszy większość osób korzysta z medycyny ludowej,



dr Maciej Socha

a wykształcenie nielicznych przedstawicieli medycyny konwencjonalnej nie przekracza zwykle dwuletniej szkoły medycznej. Malaria, biegunki i niedożywienie oraz wszechobecny wirus HIV sieją spustoszenie wśród mieszkańców.

Myślisz, że cały ten wyjazd i pomoc, to... serio może się udać?

No tak. Zgłosiliśmy do konkursu projekt „Lekarze specjaliści dla Czadu”, który został zaakceptowany i będzie finansowany przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych RP w ramach programu Wolontariat Polska Pomoc. Mam ogromną nadzieję, że się uda.

Super! A jedziecie chociaż w jakieś ciekawe miejsce?

Szpital Donomanga, znajduje się na południu Czadu, prawie 200 km od ostatniego fragmentu utwardzonej, asfaltowej drogi i prowadzony jest przez meksykańską wspólnotę misyjną. Został wybudowany około 8 lat temu przez Hiszpanów i jest jedyną placówką medyczną na południu. Pomimo tego, że nie ma tam na stałe żadnego lekarza, szpital przyjmuje ponad 100 tys. pacjentów rocznie. 65 łóżek szpitalnych zwykle jest obłożonych nadliczbowo.

Naprawdę nie ma tam żadnego lekarza?

Tak, nie ma. Jest tylko jeden pielęgniarz (po 2 letniej szkole medycznej) i dziewięcioro „pomocników” bez wykształcenia kierunkowego.

Jak wygląda plan waszych działań na miejscu? Od czego zamierzacie zacząć?

Najpierw trafiła tam osoba od zadań specjalnych, czyli Kasia Gieryn. Pojechała do Czadu już na początku października. Prowadzi opiekę nad potrzebującymi i kwalifikuje pacjentki do specjalistycznego leczenia schorzeń ginekologicznych. Dołączymy do niej.

Głównym założeniem jest pomoc ginekologiczna. Po co akurat ginekolog w Czadzie?

Potrzebny jest z tych samych powodów co w Polsce, tylko być może jeszcze bardziej. W krajach rozwijających się kobiety mają mniejsze prawa nie tylko polityczne, ale też ich pozycja społeczna, możliwości edukacyjne i opieka medyczna stoją na niskim poziomie. Wiedziotność i brak elementarnej wiedzy o planowaniu rodziny, wielożeństwo i rozpowszechnienie infekcji wirusem HIV oraz niski status socjoekonomiczny, bezpośrednio wiążą się z większym niż gdzie indziej na świecie rozpowszechnieniem chorób żeńskich narządów płciowych, w tym nowotworów.

Czyli ginekologia i ginekologia onkologiczna. A położnictwo? Czy uda ci się zdobyć zaufanie tych kobiet na tyle, żeby pozwoliły sobie pomoc?

Bardzo się tego obawiam, ale mam nadzieję, że uda mi się zdobyć zaufanie potencjalnych pacjentek. Statystyki pokazują, że w Czadzie powikłania położnicze często doprowadzają do zgonu matki i/ lub noworodka, przyczyniając się do zastraszająco wysokiej śmiertelności okołoporodowej. Chciałbym przyczynić się choć w minimalnym stopniu do poprawienia tych zatrważających statystyk.

Rytualne obrzezanie jest w Czadzie elementem życia każdej dziewczynki...

Niestety tak, a odległe powikłania związane z gojeniem, doprowadzają często do niepełnosprawności związanej z zaburzeniami w oddawaniu moczu i stolca, trudnościami we współżyciu i dolegliwościami bólowymi.

Macie bardzo szeroki i ambitny plan pomocy!

Fakt, a i tak nie jesteśmy w stanie przewidzieć jak dokładnie będzie wyglądała nasza praca, dopóki nie pojawimy się na miejscu. Postaramy się być elastyczni. Myślę, że otwarta głowa to klucz do sukcesu. A sądzę, że nasza pomoc jest im potrzebna i dlatego, jak to ładnie Kasia napisała w projekcie: „zgodnie z Mileijnymi Celami Rozwoju, które wpisują się w plan rozwojowy Unii Europejskiej, podczas tego projektu spróbujemy otoczyć kobiety szczególną opieką specjalistyczną z zakresu perinatologii, ginekologii i ginekologii onkologicznej”.

Taakie tam gadanie... Ale co konkretnie zrobicie tam, w wiosce?

Przez ponad sześć tygodni będziemy przeprowadzać zabiegi operacyjne u pacjentek, będących w stanie zagrożenia życia z powodu nowotworów lub powikłań okołoporodowych.

Przecież każda operacja będzie o wiele trudniejsza niż w polskich szpitalach z racji braku nowoczesnego i wygodnego sprzętu do znieczulania i operowania!

Zdaję sobie z tego sprawę i bardzo się tego obawiam! Prawdopodobne jest również to, że obecność lekarzy spowoduje, że do szpitala zgłaszają się także osoby z innymi, aniżeli ginekologicznymi schorzeniami, które także będą oczekiwały pomocy.

Pomożecie?

Pomożemy! Postaramy się pomóc jak największej liczbie osób.

W porządku, ale to tylko sześć tygodni. Coś po was zostanie? Co w dłuższej perspektywie zyskają mieszkańcy Czadu, dzięki waszej/ naszej misji?

Pozostanie na przykład ultrasonograf, który „wyżebrałem” od prezesa firmy! Oczywiście, w tak krótkim czasie nie uda nam się w znaczący sposób zmienić poziomu opieki medycznej, nawet na terenie, na którym będziemy działać. Jednak spotkanie z nami może zmienić dużo w życiu konkretnych ludzi. Dla wielu mieszkańców peryferii Czadu będzie to być może jedna z niewielu możliwości konsultacji specjalistycznej, a co za tym idzie przedłużenia życia lub nawet wyleczenia.

A co pozostanie z Czadu w was? Malaria? Ups, czarny humor...

Czarny jak Afryka! Wiesz, że się boimy chorób, ale mam nadzieję, że damy radę się od nich ustrzec. Nasze nietypowe doświadczenia, oparte na niepowtarzalnym kontakcie z lokalną kulturą, ze społeczeństwem chorych i zdrowych, wykluczonych i akceptowanych na pewno pozwolą nam być lepszymi lekarzami.

Znowu górnołotnie! To tak na zakończenie?

Tak!

To kiedy pogadamy o tym jak było? W grudniu.

Trzymam za nas kciuki!

dr Maciej W. Socha jest specjalistą położnictwa i ginekologii, w trakcie specjalizacji z ginekologii onkologicznej i europejskiej specjalizacji z andrologii klinicznej. Pracuje w Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej.

przedruk z PNN 2012 nr 11 s. 15-16

Gambia - Bwiam 2012 z blogu wolontariuszy...

Dominika Korbal, Piotr Piasecki

Nadszedł czas by zakończyć nasze przygotowania, już jutro czeka nas długa droga: podróż Poznań-Berlin, lot Berlin-Frankfurt-Cassablanca-Banjul.

Do Gambii dotrzemy blisko północy jeżeli wszystko pójdzie zgodnie z planem, tam na lotnisku ma czekać siostra, która pomoże nam dotrzeć do Bwiam - docelowego miejsca naszej długiej podróży. Blisko 120-kilogramowy bagaż, który nam przysługuje okazał się w sam raz, choć limit wydawał się nieosiągalny. Wszyst-

ko dzięki sponsorom, którym jeszcze raz serdecznie dziękujemy! Najwięcej „kilogramów” medycznego sprzętu dostaliśmy dzięki Panu docentowi Tomaszowi Banasiewiczowi, który dzięki swojemu wielkiemu doświadczeniu „w sprawach afrykańskich”, jak to Pan Docent zwykł mówić, i ogromnym znajomościom (m.in. sprzęt przekazany przez fundację Redemptoris Missio, firmę Tyco Healthcare i Pana Leszka Czarneckiego) dołożył największą cegiełkę do wyjazdu. Wieźliśmy także leki, sprzęt jednorazowy i środki dezynfek-

cyjne podarowane przez Państwa Alicję i Pawła Kędziów, którzy wspomogli najbardziej potrzebujących 100 \$ - postaramy się wykorzystać te pieniądze jak najlepiej! W ostatnim tygodniu Poznańska firma QPONY.PL dołożyła się do naszych końcowych zakupów, dzięki Krzysowi Łuczakowi zakupiliśmy kilka kartonów jednorazowych rękawiczek, płyny dezynfekujące oraz aparat do mierzenia ciśnienia.

Największy wkład w wyjazd mieli oczywiście rodzice, pokryli całą bardzo długą listę wydatków, właśnie dzięki

Nim ruszamy jutro na wolontariat! Po-dziękowania należą się też Konsulatowi Gambii w Warszawie za wydanie nam darmowych wiz, a szczególnie Pani Renacie Nowak za cierpliwość i pomoc w załatwianiu formalności. Ja (Dominika) dziękuję przede wszystkim moim rodzicom oraz ogromne podziękowania dla mojej kochanej przyjaciółki Olgi Jahr, mamy Olgi - Agaty Jahr i braciszka Franka oraz Łukstona Jarzemskiego za to, że mimo, iż mieli na to tak mało czasu, zebrali kilka pełnych siatek zeszytów, kredek, pisaków i zabawek Franka, który nie wahał się ani chwili, żeby oddać swoje własne skarby innym dzieciom. Mama Agata nie wahała się za to ani chwili, żeby pozbawić całą swoją firmę długopisów. Dziękuję przyjaciółce Agnieszce Lau i mojej siostrze Zuzi za śliczne maskotki i plecaczki dla dzieci!

Dziękujemy również naszym znajomym - Michałowi Kwiatkowi i Asi Michalak za poświęcony czas i transport nas do Berlina.

Ja (Piotr) ze swojej strony chciałbym podziękować moim wujkom Robertowi i Jakubowi Dwernickim którzy kupili mi bilety lotnicze do Banjulu, wspierając w ten sposób naszą misję.

Tu Dominika i Piotr. Za nami już 3 dni w Gambii, dolecieliśmy do Bandżulu późno w piątek, na lotnisku czekały na nas dwie Siostry z Polski, które nie chcąc nas zamecząć dalszą podróżą do naszej wioski zorganizowały nam nocleg w stolicy. Rano po porannych zakupach udaliśmy się w drogę do Bwiam. Chociaż Siostra Elisabeth radziła, żeby zrobić zapotrzebowanie na jak najdłuższy czas, to byliśmy przekonani, że asortyment sklepu w Bwiam wystarczy nam do przeżycia, wkrótce okazało się, że w lokalnych sklepach znajduje się tylko ryż, cola i tapa lapa (miejscowy chleb). Jednak nie to było dla nas największym szokiem - „niesamowite wrażenie” wywarł na nas nasz „apartament”. Zapleśniała lodówka, grzyb na ścianach i sufitach, dziurawe moskitiery i ogromne jaszczurki nad naszymi głowami to nie jedyne atrakcje naszego mieszkania. Kolorytu dodają stada sępów krążące nad szpitalem. Miejscowi ludzie są bardzo sympatyczni, jesteśmy nie lada atrakcją dla wioski, wszyscy się nam przyglądają, a pod nasze okna przychodzą wycieczki dzieci, których trudno się pozbyć.

Po relaksującej niedzieli u Sióstr na misji przyszedł czas na dzień organizacyjny - poznaliśmy szpital i lekarzy

i dowiedzieliśmy się wszystkiego o gambijskim systemie zdrowia. Jesteśmy pozytywnie zaskoczeni wyposażeniem szpitala w leki i dostępnością opieki zdrowotnej. Trudno jednak opisać jak zaniedbany może być 9-letni szpital. Jutro zaczynamy pracę na Izbie Przyjęć. Pierwszego pacjenta mamy jednak już za sobą - szczeniaczek przybędzie z robakami na całym ciele.

Jesteśmy po spotkaniu z dyrektorem szpitala i przekazaniu wszystkich materiałów medycznych. Dyrektor bardzo się ucieszył i wiele razy nam dziękował. Spodziewaliśmy się małej placówki medycznej, a miejscem naszej pracy jest jeden z siedmiu rządowych szpitali w Gambii. Pierwszych kilka dni spędziliśmy na izbie przyjęć, gdzie dziennie przewija się ponad 50 pacjentów. Pracujemy głównie z lekarzami z Kuby, to jedyna wykwalifikowana pomoc medyczna w szpitalu. Miejscowi ludzie pracują, jako pielęgniarki, lecz gdy brakuje personelu również przyjmują pacjentów.

Środę spędziliśmy na pracy w terenie, w okolicznej wiosce, tam sami pełniliśmy funkcję lekarzy. Potrzebowaliśmy jednak kogoś z miejscowych, żeby tłumaczył, co dolega naszym pacjentom. Jak dotąd po angielsku mogliśmy się dogadać z około jednym pacjentem dziennie. Przez te kilka dni zauważyliśmy, że ze względu na darmowy dostęp do szpitala ludzie często przychodzą z nudów wymyślając sobie objawy choroby. To niestety bardzo duża część pacjentów w izbie przyjęć, zawsze wychodzą z receptą na paracetamol, który za darmo dostają w szpitalnej aptece, to duży problem, ponieważ nadużywają leków nie martwiąc się o działania uboczne. Najpopularniejszą chorobą, teraz, w porze deszczowej jest oczywiście malaria, poza tym mamy często do czynienia z infekcjami bakteryjnymi, ropniami, ospą i robaczą u dzieci. Oprócz izby przyjęć szpital ma dwa oddziały ogólne, pediatryczny, przychodnię leczenia trądu i gruźlicy i przychodnię stomatologiczną. Oddział chirurgiczny ma salę operacyjną gdzie raz w tygodniu odbywają się operacje. Przy szpitalu jest szkoła medyczna, która posiada 10 studentów 2 roku. Wczoraj świętowaliśmy urodziny Piaska z kubańskimi lekarzami. Długo rozmawialiśmy z Nimi o problemie bezsensownego zapisywania leków (każdy wychodzi z paczuszką paracetamolu niezależnie od objawów natomiast antybiotyki zapisywane są maksymalnie



Piotr Piasecki

na 5 dni nawet przy ciężkich infekcjach, tak samo jak witaminy). Kubańczycy żalą się, że podejmowane przez nich próby zmiany schematu leczenia kończą się poprawianiem po kryjomu recept przez gambijskiego aptekarza. We wtorek przyjeżdża do nas doktor Korbał z niecierpliwością wyczekujemy polskich słodczy.

Tym razem była nas trójka. We wtorek wieczorem na lotniskowy parking w Banjulu z impetem wjechała karetka, a nasz kierowca awanturował się, że ambulans ma prawo podjechać pod same drzwi lotniska. Chyba domyślał się jak ciężko będzie dotargać do samochodu zapasy jedzenia, które przyleciały do nas z Polski. Po kilku minutach oczekiwania, na halę przylotów wjechał wózek bagażowy, który prowadził Doktora Korbała. Tatę już pierwszego dnia złapał szok kulturowy, ale od drugiego nie było czasu na narzekanie - dzieci na oddziale pediatrycznym czekały na konsultacje, zakurzone, nieużywane USG zostało przywrócone do życia, a kolejka do OPD (Out Patient Department) nie miała końca. Wprowadziliśmy trochę nowych porządków i wydzieliliśmy sobie miejsce na izbie przyjęć, gdzie w trójkę przyjmowaliśmy tylko dzieci. Tym razem nikt nie wtrącał się w nasz sposób leczenia, a miejscowy personel brał udział tylko w tłumaczeniu objawów pacjentów.

Po południu spędzaliśmy w szpitalnej aptece, rozszyfrowując wszystkie dostępne leki, żeby rozszerzyć tak wąską ilość zapisywanych środków. Pierwszy ciekawy przypadek wypatrzyliśmy w kościele - matka zniechęcona nieprzynoszącymi skutku wizytami u wielu lekarzy zapytała nas o radę - śliczny ponad roczny chłopczyk od pierwszych tygodni życia zmagający się z uciążliwą chorobą skóry, większość jego ciała pokrywają rany, powstałe z krótkotrwałych pęcherzy i następnie

pozostawiają blizny. Naszą pierwszą diagnozą była jedna z chorób pęcherzowych skóry, po jednym dniu rozmyślenia najbardziej skłaniamy się ku Pęcherzowemu Oddzielaniu Się Naskórka - dokuczliwej chorobie autoimmunologicznej. Ze szpitalnej Kliniki Leczenia Trądu i Gruźlicy podebraliśmy Dapson, który w Polsce daje dobre rezultaty w leczeniu chorób pęcherzowych. Razem z tatą ustaliliśmy chłopcu leczenie, za tydzień kontrola, trzymajcie kciuki!

Dzisiaj badając półroczną dziewczynkę z przeziębieniem, trudno było nie usłyszeć bardzo głośnego szmeru nad sercem, dodatkowo sinica centralna i wolny rozwój fizyczny dziecka, spowodował, że gabinet opuściła ze skierowaniem do Kardiologicznej Poradni Specjalistycznej, która znajduje się w Banjulu. Wśród naszych pacjentów znalazł się też skrajnie wychudzony i

odwodniony chłopiec z HIV.

Jednak nie wszyscy pacjenci są zadowoleni z naszego sposobu leczenia - wczoraj młoda matka przyszła z zupełnie zdrowym dzieckiem, wymyślając szereg objawów. Recepta na witaminy wyraźnie jej nie usatysfakcjonowała, bo po kilku minutach zobaczyliśmy jak zakrada się do gabinetu pielęgniarki prosząc o większą ilość leków. Wiele pacjentów wyznaje zasadę na każdy objaw przypada jeden lek.

Oprócz naszych szpitalnych pacjentów czasami udaje się nam przeprowadzić akcje ratunkową poza szpitalem, np. kozę. Dzisiaj moje urodziny (Dominika) świętujemy nad oceanem, zbierając siły na kolejny tydzień w szpitalu.

Weekend nad oceanem możemy zaliczyć do udanych, oprócz wypoczynku na plaży udało nam się odwiedzić stolicę. Banjul zrobił na nas piorunujące wrażenie. Tuż za Pałacem Prezydenta asfaltowa droga zamienia się w grzęzawisko, w którym oprócz samochodów taplają się owce, kozy i psy, a czasami nawet ludzie po kolana w błocie. Miejscowi nazywają to „free swimmingpool” a jazdę dziurawą nawierzchnią „self massage”. W samym środku banjulskiego portu rozpędzony baran, głośno prychając próbował nadziać na rogi Doktora Piaseckiego. Miasto zostało przez nas jednogłośnie okrzyknięte jednym z najbrzydszych miejsc na świecie, a jego gastronomia długo pozostanie nam w pamięci. O godzinie 17 (18.45- gambijskiego „maybe time”) pod hotelową recepcję podjechała

szpitalna karetka, którą jak nam się wydawało odbędziemy wygodną podróż do Bwiam. Kierowca szybko rozwił nasze nadzieje, dobierając kolejnych towarzyszy wycieczki. 10 osób + bagaże wydawało się nam graniczną ilością, następnie jednak zatrzymaliśmy się na stacji benzynowej i dobraliśmy kolejne 4 osoby – trzy z nich wpełzły na naszą ławkę, a administrator szpitala błagalnym wzrokiem spojrzał na siedzącego wygodnie z przodu Doktora Korbała, prosząc o dzielenie z Nim miejsca.

Mimo słońca, pięknej plaży i chłodnej bryzy, która rozwiewała nasze włosy i muskała łysiny nie zapominaliśmy o naszych pacjentach. Korzystając z hotelowego WiFi jeszcze raz analizowaliśmy objawy i zastanawialiśmy się jak różnicować nasze wstępne diagnozy dotyczące 7-letniego chłopca, którego przyjęliśmy w piątek na Oddział Pediatryczny. Żółtaczka, niedokrwistość, powiększona wątroba, brązowy kolor moczu i napadowe bóle brzucha to objawy, z którymi dziecko boryka się od wczesnego dzieciństwa. Za priorytet uznaliśmy wyleczenie ciężkiego zapalenia płuc, które towarzyszyło objawom, a znalezienie przyczyny ciągłych dolegliwości za punkt honoru. Niestety ilość dostępnych badań laboratoryjnych można policzyć na palcach jednej ręki („i jeszcze zostają dwa palce do trzymania widelca” dr Korbał), więc musieliśmy się zdać na naszą inwencję. Porfirię wykluczaliśmy przez inkubowanie moczu chłopca na nasłonecznionym parapecie (w porfirii mocz pod wpływem promieni słonecznych ciemnieje). Niedobór dehydrogenazy glukozo6fosforanu został odrzucony na podstawie szczegółowego wywiadu, który odbył się za pośrednictwem tłumacza języka Mandinka (osoby z tym niedoborem, a także nosicielki mutacji nie chorują na malarię). Obecnie najbardziej się skłaniamy ku napadowej zimnej hemoglobinurii, za którą przemawia zarówno objawy jak i obraz mikroskopowy krwi, który niestety musieliśmy oceniać sami. Jesteśmy w trakcie prób wysłania krwi chłopca do bardziej specjalistycznego laboratorium w Banjulu, jednak i tam jak na razie nikt, z kim rozmawiamy nie słyszał o tej chorobie.

Poniedziałek w szpitalu jest dniem rutynowej kontroli dzieci, w szpitalnym holu kłębią się setki dzieci, na środku stoi waga i stół szczepień, a pod schodami wciśnięta jest nasza stacja. Usta-



Dominika Korbał w szpital w Gambii

nowiliśmy swój własny rekord – ponad setka przyjętych dzieci. Na całe szczęście jednego noworodka, którego pielęgniarka chciała odesłać z paracetamolem do domu, natknął się on na neonatologa krążącego w tłumie. Przyjęliśmy go z objawami ostrego brzucha i infekcją odpepkową, która nierozpoznana stanowiłaby zagrożenie życia. Z pomocą jednego z kubańskich lekarzy rozpoznaliśmy ciężą pozamaciczną w USG i pacjentka z bardzo silnym bólem brzucha została przewieziona na operację do Banjulu.

Oprócz pracy w szpitalu korzystamy z uroków naszej wioski, w której od czasu pobytu w stolicy jesteśmy szczerze zakochani – wczoraj wybraliśmy się na łódkę z miejscowym rybakim. Wierzyliśmy, że wrócimy z łowów z 50kg barakudą, jednak tylko Dominice udało się złowić rybę (pierwszy raz w życiu). Wiadomość na bloga miała być wstawiona wczoraj, jednak przerwały nam dwie Siostry, które przywiozły swoją znajomą z „raną nogi”. Noga wyglądała koszmarnie, opuchnięta i pokryta bardzo głębokimi owrzodzeniami. Dzisiaj od rana kobietą zajęli się Kubańczycy, my wybraliśmy się do okolicznej wioski przyjmować kolejne dzieci.

Odwiedziła nas tam matka, skarżąc się na brak apetytu dziecka, które wykorzystując zamieszanie panujące w gabinecie, pożarło pół swojej dokumentacji.

Do Gambii powróciły upały, więc kończymy i wracamy do naszego „klimatyzowanego apartamentu”, gdzie w trójkę będziemy wyrywać sobie jeden wiatrak, z nadzieją, że tym razem nie wyłączą nam prądu i wody, co niestety zdarza się nagminnie, głównie w godzinach największych upałów.

Po strasznej zeszłoniedzielnej burzy na kilka dni zabrakło internetu i wody – naprawa porażonej piorunem pompy (tuż za naszym domkiem) zajęła „tylko” trzy dni, a przywrócenie połączenia ze światem – siedem. W tym tygodniu opuścił nas Doktor Korbał, znowu zostaliśmy sami. Chcąc jak najlepiej wykorzystać swój ostatni weekend, narzucił dość intensywne tempo zwiedzania. Plan był następujący: wynajmujemy kierowcę i wyruszamy w głąb łądu, nocujemy w okolicach Somy (jedno z większych gambijskich miast) skąd udajemy się na safari i wycieczkę rzeką. Chociaż położony przez miejscowych „hotel” był oddalony od naszego szpitala tylko o 70

km, to przez naprawdę koszmarną nawierzchnię, a właściwie jej brak, podróż trwała wieczność. Droga ta jest karą za to, że jedna z okolicznych wiosek nie poparła prezydenta w ostatnich wyborach. Nie ma znaczenia, że to główna arteria komunikacyjna kraju, mieszkańcy muszą mieć nauczkę.

Kierowca okazał się niespełna rozumu i wraz z końcem asfaltu przyspieszył z 50 do 80 km/h. Nasze docelowe miejsce okazało się zupełną rudera, gdzie o safari nikt nigdy nie słyszał, a za wycieczkę łódką zażądano odpowiednik 1000 zł. Zniesmaczeni próbą oszustwa i cenami za stęchły pokój bez prądu i po zobaczeniu Somy – jedna uliczka z afrykańskim marketem, udaliśmy się w drogę powrotną. Na miejscu nasza „willa” wydawała nam się najprzytulniejszą na ziemi. Poniedziałek, jak co tydzień – nasze stanowisko pod schodami pękało w szwach. Największe wrażenie zrobiła na nas 4-letnia dziewczynka ze wszystkimi wykładnikami nadczynności tarczycy wraz z ogromnym wytrzeszczem i problemami z połykaniem z powodu ogromnego gruczołu. Mimo wcześniejszych wizyt, nikt nie zwrócił uwagi na problemy endokrynologiczne dziecka. Nie ma się jednak, co dziwić, ponieważ towarzysząca nam pielęgniarka odpowiedzialna za rutynową kontrolę dzieci, nie miała pojęcia o istnieniu tarczycy. Szpital nie posiada EKG, więc skierowanie do Banjulu otrzymał też mały chłopiec z zaburzeniami rytmu serca.

Z ciekawszych przypadków tego tygodnia pierwszy raz w życiu widzieliśmy robaka wędrującego pod skórą młodego chłopaka – filarioza oraz zaawansowaną słoniowaciznę. Na Oddziale Chirurgicznym odwiedzamy znajomą Siostrę z owrzodzeniem podudzia, które znacznie się polepsza, łóżko dzieli ona ze swoją 3-miesięczną córeczką. Pewnego dnia matka zszokowała nas propozycją, że jeżeli tak lubimy niemowlę mamy sobie wziąć je do domu, początkowo uznaliśmy to za żart, ale kobieta nalegała, więc od tego czasu codziennie po południu zajmujemy się małą Fatoumatą w domu.

Pod koniec tygodnia kolejny raz odwiedziliśmy lotnisko, tym razem szef szpitala z nami na pokładzie podjechał pod same drzwi, głośno krzycząc przez otwartą szybę do żołnierzy pilnujących wjazdu „ Mr. Kebba Badgie- executive chief of Sulayman Junkung General Hospital „. Te słowa działają jak „Sesamie otwórz się”, żołnierze zsalutowali i wjechaliśmy prawie na samą halę odlotów.



dr Piotr Korbał

Dodatkowo parodii całej sytuacji dodawała jadąca za nami karetka z bagażami. Szef jeszcze wiele razy wyrażał wdzięczność za przyjazd taty i czekał z nami do samego odlotu. Specjalista samolotem odleciał do Polski, dyrektor samochodem do domu, a my wyruszyliśmy karetką w podróż powrotną do naszego Bwiam.

Przed nami ostatnie dni pracy w szpitalu. Są momenty, kiedy chce się już wracać do domu, w środę dopadło nas lekkie poczucie rezygnacji. Jak co tydzień wyjechaliśmy do wioski przyjmować pacjentów. W pewnym momencie kątem oka zobaczyliśmy jak pielęgniarka, której nadaliśmy przydomek „tarczycza” (wyjaśnienie w zeszłym wpisie) po kryjomu zmienia nasz sposób dawkowania z jednej na 3 lub więcej tabletek dziennie. Uświadomiliśmy sobie, że to pewnie nie był pierwszy przypadek ingerencji w nasze leczenie i na nic nasze półtoramiesięczne wykłady. Ludzie tutaj dzielą się na garstkę takich, którzy naprawdę cenili sobie nasze rady i przychodzili do nas z prośbą o pomoc w wyborze leczenia i na sporą część, którzy zainteresowani są tylko parzeniem herbaty przed oddziałem i chociaż bylibyśmy tutaj 10 lat, oni nie nauczyliby się niczego. Na szczęście kierownik ekipy wyjazdowej należał do pierwszej z grup, „tarczycza” dostała ostrą reprimendę, ale wydaje nam się, że bezskuteczną. On sam poprosił nas o maila i zapytał o możliwość konsultacji z nami niejasnych dla niego przypadków.

Dzień ten nie poszedł jednak na marne, gdyż podejrzwany przez nas tętniak aorty brzusznej został potwierdzony kilka dni później w szpitalu, sami byliśmy

zdziwieni, że udało się nam go wyczuć w pulsacyjnym badaniu brzucha.

Z racji tego, że jedną z głównych przypadłości dzieci są rozmaite infekcje skórne, za wspomniane 100 \$ jakiś czas temu zakupiliśmy całą torbę przeróżnych maści. Już kilka razy udało się nam spotkać matkę chwalącą rezultat terapii.

Po ponad miesięcznym oczekiwaniu w końcu uczestniczyliśmy w porodzie. Szokujący był dla nas moment, w którym pielęgniarka usiadła okraciem nad głową rodzącej kobiety i z całej siły zaczęła uciskać brzuch ciężarnej. Ku naszemu zdziwieniu krótko po tym, dziecko wydostało się na zewnątrz. Cały poród przebiegł bez kropli bieżącej wody, a na koniec użyty sprzęt został wrzucony do miski z rozcieńczonym płynem do mycia narzędzi i uznany za gotowy do ponownego zastosowania. Brak wody doskwiera również nam, tym razem pęknięty zbiornik pozbawił nas tego udogodnienia na ponad tydzień.

Powoli żegnamy się z miejscowym personelem i ludźmi z wioski, zorganizowaliśmy kolacje dla Sióstr z Polski i szefa szpitala. Wieczór bardzo się udał, na koniec dyrektor wygłosił przemowę zaczynając od podziękowań Siostrom za sprowadzenie wolontariuszy, a podsumowując nasze działania rzekł, że „należymy do nielicznej na świecie grupy ludzi, którzy dają nie oczekując niczego w zamian, a pracy przez nas wykonanej nie można przeliczyć na żadne dobra materialne”.

Najtrudniej przebiegło pożegnanie z Kubańczykami, którzy w ostatni wieczór przygotowali nam tradycyjną kubańską potrawę. Bardzo zżyliśmy się z nimi przez ten czas spędzony w Bwiam.

Zrobili sobie oni kilka dni wolnego i nie zobaczymy ich już do czasu wyjazdu.

Czwarta wizyta na gambijskim lotnisku jest naszą ostatnią. Z powodu późnej godziny odlotu (2 w nocy), pożegnanie z dyrektorem szpitala przebiegło szybko. Oddał nas w ręce znajomego pracownika lotniska, przedstawiając, jako lekarzy kończących wolontariat, co spowodowało, że zostaliśmy przez obsługę potraktowani ulgowo. Nikt nie zwracał uwagi na przekroczoną wagę bagażu podręcznego czy piszczące bramki. Znaleźliśmy się na hali odlotów, wtem przez megafony słyszymy niezrozumiałe dla nas próby wypowiedzenia nazwiska „Piasecki”. Okazuje się, że wzywają mnie w związku z problemami z nadanym bagażem (bardzo duża ilość szklanych butelek).

• Co to za butelki są w pana bagażu? Proszę otworzyć, dużo tego!

• Piwo i oranżada, bardzo nam smakowało.

• Wracacie po wakacjach?

• Nie, pracowaliśmy w SJGH jako wolontariusze.

• Lekarze?! Ooo bardzo dziękujemy. Proszę zamknąć bagaż, mam nadzieję, że piwo doleci w całości!

Ostatni raz wracając myślami do Bwiam, przytoczymy przykład naszego ostatniego pacjenta, który jest potwierdzeniem naszego małego podsumowania służby zdrowia w Gambii. Razem z Kubańczykami stwierdziliśmy, że to nie jest poważna medycyna tylko „zabawa w szpital”.

Zupełnym przypadkiem ostatniego dnia zobaczyliśmy 6-letniego chłopca, którego cała skóra głowy zaatakowana była przez grzybicę. Zapytaliśmy ojca czy moglibyśmy pomóc, okazało się jednak, że od dziesięciu dni zgodnie z zalecenia-

mi miejscowego „lekarza” chłopiec trzy razy dziennie przyjmuje bardzo duże dawki paracetamolu i antybiotyku. Jak nie trudno się domysleć zmiany skórne uległy od tego czasu pogorszeniu. Szybko poleciliśmy zaprzestać terapii i przepisaliśmy leki przeciwgrzybicze.

Podsumowując, Gambia jest krajem bardzo słabo rozwiniętym, ale ludzie są przyjaźnie nastawieni do obcokrajowców. Pogoda mocno daje się we znaki - temperatura dochodzi tu do 40 stopni w cieniu, o klimatyzacji nie ma co marzyć. Pomocny jest tylko wiatrak, ale jak tu użyć wiatraka skoro do 19 nie ma prądu. Zimna kąpiel przez większość czasu też jest poza naszym zasięgiem. Dodatkowo nie mają żadnego wsparcia ze strony rządu. Prezydent dba tylko o własne dobro, obstawia się wojskiem i buduje nowe pałace, podczas gdy dobra pensja nie przekracza 200 zł. Ma się za drugiego boga, przejeżdżając przez wioski rzuca ciastkami, nagradza szkoły mające mundurki w jego kolorach (zielony) a karze wszystkie dzieci ubrane na żółto. Nie ma tu mowy o żadnym sprzeciwie, można tu podać przykład wioski, która w ostatnich wyborach nie głosowała za jego rządami i na zawsze może pożegnać się z asfaltową drogą. Na całe nieszczęście Gambijczyków wspomniana wioska znajduje się przy głównej arterii komunikacyjnej, w połowie kraju droga się urywa.

Mimo, że nieraz bywało ciężko ze względu na trudny klimat i słabe warunki mieszkaniowe bardzo cieszymy się, że mieliśmy szansę pomóc, a cały wyjazd pozostawi nam niezapomniane wrażenia. Afrykańska służba zdrowia na pewno potrzebuje wsparcia i jeżeli tylko będzie okazja chcielibyśmy kolejny raz przyłożyć do tego swoją rękę.

Po czwartym lądowaniu przesiadamy się do samochodu i wyruszamy w drogę do Polski. Na koniec chcielibyśmy bardzo podziękować Siostrom z katolickiej misji w Bwiam (siostra Irmina i Elisabeth z Polski a także Linet i Terry z Kenii), które nieraz wyciągały nas z opresji, przywożąc baniak z wodą, częstując polskimi wypiekami lub zabawiając opowieściami o Afryce. Bez tego polskiego akcentu byłoby nam o wiele trudniej. Serdecznie pozdrawiamy Siostry i naszych wszystkich czytelników.

Dominika Korbal i Piotr Piasecki

http://www.mh.cm.umk.pl/blog_gambia_2012.html



pożegnanie z Siostrami i dyrektorem szpitala...