

Alma Mater



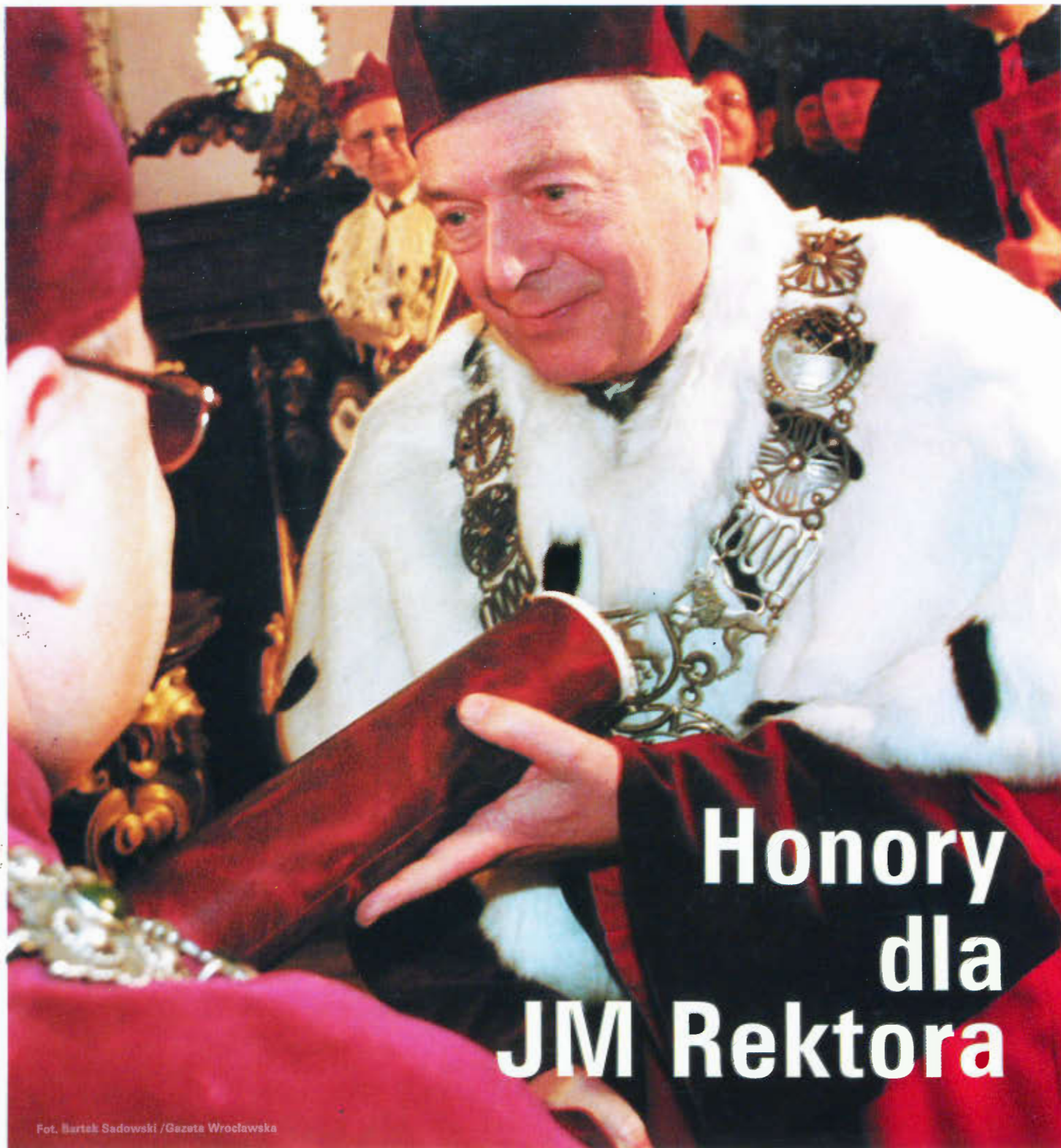
AKADEMIA MEDYCZNA IM. PROFESORA FELIKSA SKUBISZEWSKIEGO W LUBLINIE

NR 1/46

ROK XIII

ISSN 1230-0497

STYCZEŃ-MARZEC 2003



**Honory
dla
JM Rektora**

Doktorat Honoris Causa AM we Wrocławiu dla JM Rektora prof. Macieja Latałskiego





STYCZEŃ-MARZEC 2003

W numerze...

Doktorat honoris causa
JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański
Doktorem Honoris Causa
AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu . . . 22

Patron Uczelni
Patron naszej Uczelni
Profesor Feliks Skubiszewski 32
DR N. FARM. ANDRZEJ WRÓBEL

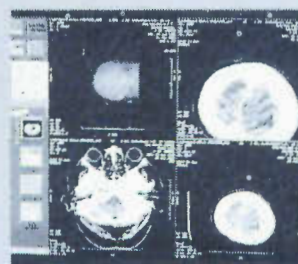
Szkice jubileuszowe
Półwiecze Mistrza 36
PROF. DR HAB. MED. GRZEGORZ WALLNER

Laury
Doktor Agata Smoleń
laureatką nagrody firmy STATSOFT 42
DR HAB. ARTUR CZEKIERDOWSKI

Lublinianie na obczyźnie
Z wizytą w Houston
u doktora Stanisława Burzyńskiego 44
PROF. DR HAB. LESZEK SZCZEPAŃSKI
DR N. MED. ANNA SZCZEPAŃSKA-SZEREJ



Patron
naszej Uczelni
str. 32



Pierwszy w Polsce
tomograf wielorzędowy
str. 96



Z wizytą u doktora
St. Burzyńskiego
str. 44



Sprawozdani naukowe

- Działalność naukowa
Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji
w roku ubiegłym 50
PROF. DR HAB. TOMASZ KARSKI
DR N. MED. MICHAŁ LATAŁSKI
LEK. MED. JAROSŁAW KAŁAKUCKI

Staż naukowy

- Rikshospitalet,
królewski szpital na peryferiach 56
LEK. MED. KRZYSZTOF BURSKI

Szkice jubileuszowe

- Jubileusz 50-lecia pracy zawodowej
wybitnych neurologów 58
DR N. MED. KRYSZYNA MITOSEK-SZEWczyk

Konferencja naukowo-szkoleniowa

- Transplantacje,
nowe wyzwania dla medycyny 60
DR N. MED. JOANNA WOJCZAL

- Postępy w diagnostyce i leczeniu
chorób układu nerwowego (cz. IV) 61
DR N. MED. MARIA PILARCZYK

- Postępy w diagnostyce i leczeniu
chorób układu nerwowego (cz. V) 64
DR N. MED. JOANNA ILZECKA

Medycyna kliniczna

- Depresja 66
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK

Zdrowie publiczne

- Polski system ochrony zdrowia
w przededniu akcesji do Unii Europejskiej .. 68
DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA
PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI
PROF. DR HAB. JOANNA WYSOKIŃSKA-MISZCZUK

- Co nas czeka w nadchodzącym półwieczu?
Zdrowie Kowalskiego dziś, jutro i pojutrze ... 76
PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI
DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA

Edukacja medyczna

- Propozycja standardu nauczania
dla studiów licencjackich
na kierunku pielęgniarstwo 84
PROF. DR HAB. IRENA WROŃSKA
DR N. MED. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS
DR N. MED. MARIA KÓZKA

- Projekt standardu nauczania
dla studiów licencjackich
na kierunku położnictwo 87
DR N. MED. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS
PROF. DR HAB. IRENA WROŃSKA
MGR AGNIESZKA BIEN

Problemy wynalazczości

- Nowe prawo własności przemysłowej ... 90
MGR ANNA BELZ

Organizacje charytatywne

- Charytatywne Stowarzyszenie
Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” .. 92
MGR MARIA MARCZYCH
MGR BARBARA MAŚLIK
MGR ARKADIUSZ SADOWSKI

Diagnostyka kliniczna

- Pierwszy w Polsce tomograf wielorzędowy
pracuje w SPSK nr 4 96
DR N. MED. ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB

Szkolenie podyplomowe

- Statystycznie rzecz biorąc... 104
ARTUR CZEKIERDOWSKI

- Zdrowe mikroby.
Zastosowanie probiotyków w profilaktyce
i leczeniu niektórych chorób 108
DR N. FARM. RENATA ŁOŚ
PROF. DR HAB. ANNA MALM

- Apoptoza
Programowana śmierć komórki (cz. I) ... 114
DR N. MED. AGATA FILIP

- Markery nowotworowe 118
LEK. MED. ANDRZEJ NOWAKOWSKI
TOMASZ DAROCHA

- Epidemiologia żywności i żywienia (cz. I) .. 122
PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI
DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA

- Higiena jamy ustnej, a choroby przyzębia .. 128
LEK. MED. EWA DYMEK

Etyka

Walka z bólem czy eutanazja? 132
MGR SOCJOL. ARTUR PIOTR TOFIL

Czyniąc ze śmierci towarzyszkę życia 136
MGR BEATA DOBROWOLSKA

Proeutanatyczne stanowiska filozofów ... 140
MGR SOCJOL. ARTUR PIOTR TOFIL

Hyde Park

Listy polecane 146

Felieton aktualny

Kto się boi Unii Europejskiej? 148
DR KRYSZYŃA PŁATAKIS

Pasje, profesje, fascynacje

Irena Głowacka
lekarka, pisarka i poetka 150
PROF. DR HAB. JAN PIETRUSKI

Bale

W karnawałowym rytmie
Bal Medyka '03 153

Łamy absolwentów

W urzędowskiej świątyni tablicę
ku czci prof. Ignacego Wośko 154
DR DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO

Medicina et pharmacia in nummis 158
PROF. DR HAB. EDWARD SOCZEWIŃSKI

Wystawa

Portret na monetach starożytnych 162
MGR FARM. MARIOLA HERBET

Wspomnienia

Czudaczka (cz. IV) 166
DR MED. SERAFINA SAWICKA
KRYSZYŃA PŁATAKIS-RYSAK

Bibliotekoznawstwo

Wskaźnik „impact factor” i punktacja KBN
w Bibliografii Publikacji
Pracowników Uczelni 174
MGR EWA BUSSE-TURCZYŃSKA

Czytelnictwo wśród studentów
lubelskiej AM (cz. I) 178
MGR JOLANTA JURKOWSKA

Sylwetki

Siłaczka lubelskiego pielęgniarstwa 190
EDYTA SŁONINA
AGNIESZKA OSZUST
MGR BEATA DOBROWOLSKA

Dr Danuta Włodarczyk-Rokicka
(1922-1993) 194
DR N. MED. CZESŁAW POPIK

Dr med. Józef Zachariasz Stawecki
(1904-1983) 196
DR N. MED. LUDWIK KOWIESKI

Dr Jerzy Drewnowski
(1893-1978) 198
DR N. MED. LUDWIK KOWIESKI

Sport akademicki

XII Mistrzostwa Polski
Szkół Wyższych w narciarstwie alpejskim
kobiet i mężczyzn 200
MONIKA TYMCZYŃNA

Nowa sekcja – piłka ręczna 201
ADAM SUPEL

Pro memoria

Profesor Michał Bokiniec 202
Profesor Dionizy Górny 204
Profesor Antoni Deryło 206
Profesor Mieczysława Trojanowska 210
Dr n. med. Małgorzata Dańko-Mrozińska . . . 209
Dr n. med. Barbara Sztembis 212

Na półkach księgarskich 214

Co piszą inni? 220

Z prac i posiedzeń Senatu

JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski otwierając III posiedzenie (18 grudnia 2002 r.) Senatu kadencji 2002/2005 serdecznie powitał zebranych, a następnie przedstawił porządek posiedzenia z wnioskiem o akceptację. Senat w głosowaniu jawnym jednomyślnie zatwierdził przedstawiony porządek posiedzenia.

■ Posiedzeniom Senatu poświęconym, zgodnie ze Statutem Uczelni, ocenie sprawozdania Rektora z rocznej działalności, przewodniczy najstarszy wiekiem Senator z grona profesorów, toteż na przewodniczącego bieżącego posiedzenia Senatu powołany został Senator Senior – **prof. dr hab. Tadeusz Krzaczek**.

Przewodniczącą posiedzenia prof. dr hab. Tadeusz Krzaczek poprosił JM Rektora o przedstawienie sprawozdania z rocznej działalności Uczelni za rok 2002.

■ Problemy występujące w działalności Uczelni w kończącym się roku – omawiane dokładnie, każdorazowo na posiedzeniach Senatu, można pogrupować wokół kilku węzłowych spraw:

Sprawa uregulowania praw własności do majątku Uczelni

1. Wszystkie nieruchomości gruntowe należące do naszej Uczelni mają założone księgi wieczyste. Jest to zasługa komórki prawnej Akademii Medycznej, a szczególnie mgr Marii Gustaw, która tymi sprawami się zajmowała. Kolegium Rektorskie stoi na stanowisku, że „nie wolno wyzbywać się ani jednego metra kwadratowego gruntu”. Jest to istotne przede wszystkim dlatego, że własność bazy naszej Uczelni stanowi podstawę dla jej działalności statutowej.

2. Łączy się z tym sprawa inwestycji Zakładów Teoretycznych. W 2002 roku wydatkowano na ten cel 8.836.629 złotych. W grudniu nadejdzie faktura na kwotę 640.289 zł, co łącznie stanowi 9.476.918 zł.

Dotacja tegoroczna ze strony Ministerstwa Zdrowia wynosiła 7.000.000 zł. W ostatnich dniach Uczelni udało się uzyskać ze strony resortu dodatkowo kwotę ok. 900.000 zł, co łącznie stanowi 7.900.000 zł. Wobec powyższego ze środków własnych Uczelni należy pokryć kwotę 1.576.918 zł. Jest szansa na odzyskanie tych pieniędzy z dotacji roku przyszłego. W ustawie budżetowej mamy przyznane 8.643.655 zł na realizację III etapu inwestycji Zakładów Teoretycznych. Z tej kwoty, do grudnia 2002 roku mamy zapłaciliśmy 4.901.034 zł. Na 2003 rok pozostaje do wydania 3.742.621 zł, co wobec przyznanej dotacji 8.700.000 zł da nam kwotę ok. 5.000.000 zł na rozpoczęcie drugiej budowy (stanowiłoby to szacunkowo ok. 50 procent potrzebnych nam środków).

■ Należy odnotować, iż rok ubiegły był bardzo owocny dla rozwoju naszej kadry naukowej. Na posiedzeniach Rad Wydziałowych rozpatrzono kilkanaście habilitacji. Do Centralnej Komisji ds. Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych złożono wnioski o nadanie pięciu osobom tytułu profesora. Stawia to naszą Uczelnię w ścisłej czołówce krajowej.



JM Rektor w gremiach naukowych

W ostatnim czasie JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski został powołany do rad naukowych dwóch instytucji o zasięgu krajowym.

Magnificencja Rektor jest członkiem Rady Naukowej Państwowego Zakładu Higieny oraz Rady Naukowej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie. Wspomniane rady mają charakter opiniodawczy dla kierownictwa obu jednostek organizacyjnych podległych resortowi zdrowia.

Prof. dr hab. Maciej Latałski uczestniczy ponadto w pracach Rady Naukowej Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, prezydium Rady Naukowej przy ministrze zdrowia, pełni również funkcję przewodniczącego Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, jest ponadto członkiem prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polski.

Ostatnio, w plebiscycie organizowanym przez gazetę „Puls Medycyny” JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski znalazł się w gronie stu najbardziej wpływowych ludzi polskiego systemu ochrony zdrowia.

(maw)

Nasi przedstawiciele w KAUM

Ukonstytuowały się władze Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych.

Na posiedzeniu KAUM w dniu 24 stycznia 2003 r. dokonany został wybór prezydium Komisji. Funkcję przewodniczącego powierzono ponownie **prof. dr hab. Maciejowi Gembickiemu** (Akademia Medyczna w Poznaniu), zaś wiceprzewodniczącą – **prof. dr hab. Jadwidze Mireckiej** (Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie), w prezydium KAUM zasiada także **prof. dr hab. Marian Wielosz** (AM w Lublinie).

Przedstawicielką lubelskiej AM jest również **prof. dr hab. Teresa Kulik** odpowiedzialna za ocenę kształcenia w zakresie zdrowia publicznego. Zadaniem Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych jest dokonywanie okresowej oceny jakości nauczania na wydziałach lekarskim, farmaceutycznym, stomatologicznym, analityki medycznej i zdrowia publicznego. Kadencja Komisji trwa trzy lata.

W.M.

Na WPiNoZ powstało Akademickie Biuro Karier

W ramach programu Aktywizacji Zawodowej Absolwentów „Pierwsza Praca” Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu powstało Akademickie Biuro Karier. Naczelnym celem ABK jest pomoc studentom i absolwentom Wydziału w efektywnym zaistnieniu na rynku pracy, zarówno w kraju jak i za granicą.

Podobne Biura Karier istnieją już od dawna w większości uczelni naszego kraju. Przygotowują studentów do skutecznego poszukiwania pracy, uczą poruszania się na rynku pracy, udzielają wskazówek co do wyboru właściwej drogi kariery zawodowej, uczą właściwej prezentacji w kontaktach z pracodawcami, aby zwiększyć konkurencyjność swoich studentów w stosunku do innych, konkurujących o dobrą pracę.

Akademickie Biuro Karier na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu postawiło sobie następujące zadania:

- gromadzenie i udostępnianie informacji o studiach podyplomowych, kursach i szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe, w tym kursach językowych;
- gromadzenie i udostępnianie ofert praktyk i stypendiów krajowych i zagranicznych;
- prowadzenie rozmów i konsultacji doradczych, które pomogą w wyborze kariery zawodowej;
- prowadzenie warsztatów z zakresu pisania listu motywacyjnego, CV, autoprezentacji, komunikacji interpersonalnej – wiedzy niezbędnej w przejściu z uczelni na rynek pracy;
- gromadzenie i udostępnianie informacji o firmach w kraju i za granicą, które oferują pracę dorywczą i stałą.

Realizując wymienione zadania zamierzamy współdziałać z władzami uczelni, Samorządem Pielęgniarek i Położnych – zarówno na szczeblu krajowym jak i wojewódzkim, z innymi organizacjami pielęgniarek i położnych, a także z Wojewódzkim Urzędem Pracy.

Propagując ideę ABK, warto podkreślić, że właściwą jego misją jest doradztwo zawodowe. Innymi słowy, chodzi o ukierunkowanie studenta, pomoc w znalezieniu właściwej dla niego drogi zawodowej, wychowanie związane z wykształceniem pozytywnej motywacji do podnoszenia własnych kompetencji, twórczej aktywności połączonej z wiarą we własne możliwości. Dlatego nie chcemy, aby kojarzono Akademickie Biuro Karier z pośrednictwem pracy. Z całą pewnością, nie należy to do głównych celów naszej działalności.

Stworzenie profesjonalnie działającego Biura Karier wymaga wyłożonej pracy oraz czasu. Wiąże się bowiem z poszukiwaniem informacji odpowiadających potrzebom studentów. W związku z tym oczekujemy na osoby chętne do współpracy.

MGR BEATA DOBROWOLSKA

Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Akademia Medyczna w Lublinie
Al. Raclawickie 1, p. 319
20 - 059 Lublin
tel.: 0(81) 532 27 47; fax: 0(81) 532 72 21
www.am.lublin.pl

akademickie
biuro
karier

Środki finansowe na badania

Środki finansowe na działalność statutową i badania własne otrzymywane z Komitetu Badań Naukowych udało się utrzymać w 2002 roku na poziomie roku ubiegłego. Należy tu wspomnieć, iż udało się to dzięki poprawie wyników w rankingu naszych jednostek, w sytuacji ograniczenia nakładów i zmniejszenia puli środków do podziału otrzymanych z KBN. Jednak należy pamiętać, o czym dyskutowano na poprzednich posiedzeniach Senatu, iż szerszy strumień środków finansowych może zapewnić udział naszych jednostek w programach europejskich, przede wszystkim w Programie Ramowym nr 6.

Zakupy aparatury

W tym roku władze Uczelni podjęły decyzję o odblokowaniu zakupów aparatury. Zrealizowane zostały praktycznie wszystkie wnioski za lata 2000, 2001, 2002. Należy stwierdzić, iż uchwała Senatu poprzedniej kadencji o „zamrożeniu” zakupów aparatury i skierowania środków na realizację inwestycji Zakładów Teoretycznych była niezbędna i celowa, ponieważ pomogła w zgromadzeniu potrzebnych środków na jej uruchomienie.

■ Wysoki Senat oklaskami wyraził aprobatę i poparcie dla podejmowanych przez JM Rektora wysiłków doradczych i długofalowych dla dobra Uczelni.

■ Wysoki Senat w głosowaniu tajnym pozytywnie zaopiniował wnioski o mianowanie na stanowisko profesora zwyczajnego: **prof. dr hab. Teresy Bachanek** – kierownika Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej, **prof. dr hab. Krystyny Lupy** z Katedry i Zakładu Fizjologii Człowieka oraz **prof. dr hab. Zbigniewa Wójtowicza** – kierownika Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka.

■ **Prof. dr hab. Kazimierz Główniak** przedstawił następnie Wysokiemu Senatowi dwa wnioski dziekana Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym, zaopiniowane pozytywnie przez Radę Wydziału na posiedzeniu w dniu 28 listopada 2002 r., po rozstrzygnięciu konkursu otwartego na stanowisko profesora nadzwyczajnego. W wyniku głosowania tajnego Wysoki Senat większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o mianowanie na stanowisko profesora nadzwyczajnego **dr hab. Lechosława Putowskiego** w II Katedrze i Klinice Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie oraz **dr hab. Wojciecha Polkowskiego** w II Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej w Lublinie.

■ Egzamin wstępny odbędzie się 1 lipca 2003 r. Nową specjalnością w ramach kierunku pielęgniarstwo jest ratownictwo medyczne – licencjat oraz dwuletnie studia magisterskie po licencjacie na kierunku pielęgniarstwo. Tu przy naborze obowiązuje konkurs dyplomów licencjata pielęgniarstwa.

■ W wyniku głosowania jawnego Senat jednomyślnie przyjął uchwałę w sprawie zasad i trybu przyjmowania na studia w Akademii Medycznej w Lublinie w roku akademickim 2003/2004 na wydziałach: Lekarskim z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym, Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej, Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Zooczym.



■ Sprawę prowizorium budżetowego na rok 2003 przedstawiła **mgr Danuta Golema** – Kwestor Akademii Medycznej. Do sporządzenia projektu (prowizorium) planu finansowego obliguje Uczelnię ustawa o finansach publicznych oraz ustawa o zamówieniach publicznych. Ponieważ Uczelnia jest jednostką sektora finansów publicznych, to dokumentem do realizacji wydatków powinien być plan finansowy. Zaciąganie zobowiązań ponad wysokość środków zabezpieczonych w budżecie stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Z uwagi na to, że informacje o wysokości dotacji na dany rok kalendarzowy na działalność dydaktyczną i fundusz pomocy materialnej dla studentów Uczelnia otrzymuje z Ministerstwa Zdrowia przeważnie w kwietniu, chociaż MZ obiecywało, że wysokość dotacji zostanie określona w lutym, a w tej chwili nie znamy wysokości dotacji, przygotowane zostało tzw. prowizorium budżetowe na 2003 rok w celu realizacji zakupów niezbędnych do działalności Uczelni oraz wynagrodzeń w 2003 roku. Senat Akademii Medycznej w Lublinie zatwierdził plan rzeczowo-finansowy Uczelni (prowizorium) na rok 2003, stanowiący załącznik do niniejszej Uchwały.

■ **Prof. dr hab. Kazimierz Głowniak** – Prorektor do spraw Nauki przedstawił wniosek, poparty przez Radę Wydziału Lekarskiego na posiedzeniu w dniu 28 listopada 2002 r., **prof. dr hab. Wiesława Gołąbka**, kierownika Katedry i Kliniki Otolaryngologii w sprawie zmiany nazwy na: Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej. Wysoki Senat jednomyślnie przyjął uchwałę w tej sprawie.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie przyjął aprobowaną uchwałę w sprawie przystąpienia Polski do Unii Europejskiej.

■ W dniu 10 grudnia 2002 roku odbyło się planowane spotkanie Prezydenta RP z Prezydium KRASP w sprawie nowej ustawy o szkolnictwie wyższym. W jego wyniku powstanie roboczy trzyosobowy zespół prawników, który na bazie istniejących już projektów i własnych propozycji, przygotowuje nowy projekt ustawy o szkolnictwie wyższym. Do dalszych prac legislacyjnych nad projektem dołączają: jeden przedstawiciel Ministerstwa Edukacji Narodowej i trzech przedstawicieli Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich. Konsultacje ze środowiskiem akademickim przewidziane są w miesiącach: kwiecień-maj. Ponieważ projekt tej ustawy stanie się inicjatywą prezydencką możliwe będzie skierowanie go na tzw. szybką ścieżkę legislacyjną w Parlamencie. Nie wiadomo jaki będzie zapis dotyczący adiunktów w nowej ustawie o szkolnictwie wyższym. Nie należy więc zwalniać adiunktów z końcem tego roku w sytuacji, gdyby za kilka miesięcy miało się okazać, że mogą nadal pracować.

■ JM Rektor przedstawił projekt uchwały w sprawie zmiany Statutu Akademii Medycznej o treści:
§ 1. W Statucie Akademii Medycznej wprowadza się następujące zmiany:
1. w § 136 ust. 5, w zdaniu drugim skreśla się słowa „14 lat” w miejsce których wpisuje się słowa „20 lat”
2. w § 139 ust. 2, zdanie pierwsze skreśla się i w to miejsce wpisuje zdanie o treści: „Adiunkci podlegają ocenie co 4 lata pracy i ocenie kwalifikacyjnej po 20 latach”.

Certyfikat akredytacyjny dla Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej

Certyfikat akredytacyjny przyznany ostatnio Klinice Hematologii i Onkologii Dziecięcej AM w Lublinie przez Europejską Grupę do spraw Przeszczepów Szpiku potwierdza wysokie kompetencje w zakresie transplantacji szpiku, placówki kierowanej przez **prof. dr hab. Jerzego Kowalczyka**.

Akredytacja dotyczy przeszczepów autologicznych, allogenicznych, pochodzących od dawców spokrewnionych, jak i niespokrewnionych. Klinika posiadająca wspomniany certyfikat jest identyfikowana w Europie jako ośrodek wiarygodny, spełniający najwyższe standardy kliniczne. Posiadanie takiego dokumentu daje gwarancję dostępu do dawców szpiku, nakłada również obowiązek utrzymania przez trzy lata najwyższego poziomu usług medycznych w zakresie przeszczepiania szpiku.

Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej lubelskiej AM jest trzecim po Poznaniu

i Wrocławiu ośrodkiem w Polsce legitymującym się tak wysokimi uprawnieniami. W Lublinie, na sześciu stanowiskach wykonuje się rocznie 30 przeszczepów pacjentom pochodzącym z kilku województw (lubelskiego, podkarpackiego mazowieckiego). Ośrodek przeszczepiania szpiku ma już swoje lata i wymaga pilnego remontu – mówi **prof. Jerzy Kowalczyk**, kierownik Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej. Dalsze jego funkcjonowanie mogą przerwać niespodziewane awarie i nieoczekiwane zagrożenia.

W. MATYSIAK

Przepraszamy

Serdecznie przepraszamy Panów **dr n. med. Janusza Klatkę** oraz **dr n. med. Henryka Siwca**, autorów artykułu pt. „Międzynarodowy mityng audiologów”, zamieszczonego w poprzednim numerze „Alma Mater” za przykrą omyłkę, której skutkiem było zamieszczenie niewłaściwych nazwisk autorów.

Red.



Nominacje profesorskie

Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył ostatnio akty nadania tytułu naukowego profesora kilkudziesięciu nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki.

Z największą radością komunikujemy, iż w gronie utytułowanych znaleźli się: **prof. dr hab. Henryk Berbeć** – pracownik naukowy Katedry i Zakładu Biochemii i Biologii Molekularnej, **prof. dr hab. Maria Majdan** – pracownik naukowy Katedry i Kliniki Nefrologii, **prof. dr hab. Krzysztof Marczewski** – kierownik Zakładu Etyki, **prof. dr hab. Tomasz Tomaszewski** – kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej, **prof. dr hab. Grzegorz Wallner** – kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, **prof. dr hab. Grażyna Wójcik** – pracownik naukowy Katedry i Zakładu Fizjologii Człowieka oraz **prof. dr hab. Andrzej Wysocki** – pracownik naukowy Katedry i Kliniki Kardiologii.

Nowo mianowanym profesorom składamy serdeczne gratulacje!



Prof. dr hab. Henryk Berbeć



Prof. dr hab. Tomasz Tomaszewski



Prof. dr hab. Maria Majdan



Prof. dr hab. Grzegorz Wallner



Prof. dr hab. Krzysztof Marczewski



Prof. dr hab. Grażyna Wójcik



Prof. dr hab. Andrzej Wysocki

Z prac i posiedzeń Senatu c.d.

- § 2. Wykonanie Uchwały powierza się Rektorowi.
 § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Ponieważ nikt z Senatorów nie zgłaszał uwag lub zastrzeżeń, JM Rektor poprosił o głosowanie jawne w tej sprawie. W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie przyjął uchwałę w sprawie zmiany Statutu Akademii Medycznej o zaproponowanej treści.

■ Mamy Patrona Uczelni

Ustawa o zmianie nazwy Akademii Medycznej w Lublinie znajduje na końcowym etapie ścieżki legislacyjnej. Senat Rzeczypospolitej Polskiej już zaakceptował projekt ustawy o nadaniu Uczelni imienia **Profesora Feliksa Skubiszewskiego**. Tak więc pozostaje już tylko oczekiwanie na podpis Prezydenta RP i opublikowanie treści ustawy w Dzienniku Ustaw. Należy dobitnie podkreślić, że nie będzie się to wiązało z dużymi kosztami, wymiana z dnia na dzień wszystkich druków, tablic, pieczętek. Ponieważ nikt z Senatorów nie zgłaszał uwag lub wniosków w ramach spraw różnych, przewodniczący posiedzenia **prof. dr hab. Tadeusz Krzaczek** dziękując wszystkim serdecznie za udział w części oficjalnej III posiedzenia Senatu kadencji 2002/2005, jednocześnie zaprosił do udziału w części nieoficjalnej przeznaczony na wzajemne życzenia Świąteczne i Noworoczne oraz opłatek.

Uchwała nr XII /2002

Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku

w sprawie zatwierdzenia składu Komisji Dyscyplinarnej dla Nauczycieli Akademickich

Na podstawie art. 48 ust. 1 pkt. 10 ustawy z dnia 12 września 1990 roku o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 65, poz. 385, z późn. zm.) oraz § 146 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 13 czerwca 2001 roku Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwała, co następuje:

§ 1.

Zatwierdza się skład Komisji Dyscyplinarnej dla Nauczycieli Akademickich w osobach:

Przewodniczący

1. prof. dr hab. Ryszard Kocjan

Zastępca przewodniczącego

2. prof. dr hab. Kazimierz Pasternak

Członkowie

3. prof. dr hab. Ryszard Maciejewski

4. prof. dr hab. Andrzej Papierkowski

5. prof. dr hab. Tomasz Paszkowski

6. prof. dr hab. Janusz Solski

7. dr Tomasz Hasiec

8. dr Zofia Siezieniewska-Skowrońska

9. dr Izabella Dunin-Wilczyńska

10. mgr Grażyna Ogródnik

Stulecie chromatografii

W dniu 21 marca 2003 roku przypadła setna rocznica odkrycia chromatografii.

Sto lat temu Michał Cwieta na zebraniu Warszawskiego Towarzystwa Przyrodników wygłosił referat, na którym przedstawił swe doświadczenia nad rozdzieleniem barwników roślinnych metodą chromatografii na kolumnie sproszkowanego węgla wapnia, wykazawszy m. in., że chlorofil nie jest jednorodną substancją, lecz stanowi mieszaninę (por. Alma Mater nr 3/36/2000, str. 44).

Z inicjatywy Komisji Analizy Chromatograficznej, Komitetu Chemii Analitycznej Polskiej Akademii Nauk i Uniwersytetu Warszawskiego zorganizowali uroczystą sesję, która odbyła się w Sali Senatu UW w Pałacu Kazimierzowskim, z udziałem JM Rektora Uniwersytetu Warszawskiego **prof. dr hab. Piotra Węgleńskiego** i dziekana Wydziału Biologii UW **prof. dr hab. Michała Kozakiewicza**. Sesji przewodniczył **prof. dr hab. Adam Hulanicki**, przewodniczący Komitetu Chemii Analitycznej PAN. Podczas Sesji wygłosili referaty: **prof. dr hab. Edward Soczewiński** (AM w Lublinie) na temat rozwoju metod chromatograficznych w epoce istnienia chromatografii i jej istotnego wpływu na ewolucję nauk przyrodniczych i biomedycznych; **prof. dr hab. Bogusław Buszewski** (były pracownik Wydziału Chemii UMCS, obecnie kierownik Zakładu Chemii Środowiska



i Ekoanalitiky Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu; **prof. dr hab. Roman Kalisz** (członek korespondent PAN, kierownik Zakładu Biotransformacji i Farmakodynamiki AM w Gdańsku) na temat zastosowań chromatografii w określaniu lipofilowości substancji biologicznie czynnych i w projektowaniu optymalnych struktur leków. Uczestnicy złożyli wiązanekę kwiatów przed tablicą pamiątkową wmurowaną w ścianę budynku tzw. Szkoły Głównej, w którym Michał Cwieta dokonał odkrycia chromatografii. Sesję zakończyło spotkanie towarzyskie sponsorowane przez firmy produkujące materiały i aparaturę chromatograficzną.

PROF. DR HAB.
EDWARD SOCZEWIŃSKI

Dzieci dzieciom...

Pod tym hasłem kryje się kolejne przedsięwzięcie studenckiego komitetu SCOPH lubelskiego oddziału IFMSA-Poland w ramach akcji „MIS”.

Tym razem, w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym dnia 1 marca 2003 r. był to koncert uczniów Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej I i II stopnia im. Karola Lipińskiego w Lublinie. Korzystając z faktu, że moja mama jest nauczycielem w szkole muzycznej zaproponowałam jej wspólną organizację koncertu. Przyjęła mój pomysł od razu i z ochotą. Nie mniejsze zaangażowanie wykazali jej uczniowie. Byli zachwyceni wizją grania dla swoich rówieśników, zdając sobie sprawę, jak dużą radość mogą im tym sprawić. Ideą całego zamierzenia było zbliżenie małych pacjentów z, tak mało popularną w tej grupie wiekowej, muzyką poważną. Pomysł był o tyle trafiony, że wykonawcy byli w wieku pacjentów, co wzbudziło większe zainteresowanie małych słuchaczy – mieli także możliwość zobaczenia z bliska i usłyszenia na żywo instrumentów muzycznych.

Jako pierwszy w repertuarze młodych wykonawców znalazł się utwór Cloude'a Debussis'a „Epigrafiy antyczne” cz. V na cztery ręce na fortepian. Z oczywistego braku tego instrumentu w szpitalu, dwie wykonawczynie zagrały utwór na specjalnie przywiezionym ze szkoły pianinie elektrycznym. Potem wystąpił duet skrzypcowy z „Menuetem” Bocceriniego. Prawdziwe zainteresowanie i podziw wzbudził Piotrek wykonujący I cz. koncertu B-dur Wacława Tucka na klarnecie. W planach był także kwintet smyczkowy i trio instrumentów dętych ale niemiłosierna grypa zmusiła młodych wykonawców do zmiany sceny na łóżko, a instrumentów na termometry. Druga zasadnicza część koncertu była poświęcona muzyce już nieco bardziej nowoczesnej. Męska część artystów zasiadła do perkusji i podłączyła gitary

– elektryczną i basową, a dziewczyny zajęły miejsce przy mikrofonach. Huku i radości było co nie miara, na sali rozbrzmiały przeboje Rynkowskiego, zespołów Perfect, Lombard oraz kompozycje własne uczniów Szkoły Muzycznej w stylu reage. Po koncercie okazało się, że na widowni znajdowały się osoby także potrafiące grać na instrumentach (i to jak!) muzykę rozrywkową. Dzięki temu koncert przedłużył się. Szczególne wyrazy uznania dla Pana Pielęgniarsza z oddziału ratunkowego, który szybko i łatwo znalazł wspólny język (a raczej rytm) z młodym zespołem grając zarówno na gitarze, perkusji jak i na pianinie. Takie muzykowanie *ad hoc* wytworzyło bardzo sympatyczną atmosferę!

Trzeba przyznać, że początkowe problemy z dowiezieniem odpowiedniego sprzętu i instrumentów muzycznych (perkusa, pianino i gitary elektryczne) zostały sprawnie rozwiązane dzięki pomocy rodziców dzieci ze Szkoły Muzycznej. Dziękujemy jeszcze raz **Panu Linkowskiemu i Panu Mazurkowi** za poświęcony czas i czynny udział w transporcie instrumentów.

Dziękujemy **Pani Ewie Jaraszkiwicz** za przygotowanie i prowadzenie koncertu. Szczególne wyrazy podziękowania kierujemy w stronę Dyrektora Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej I i II st. im. K. Lipińskiego w Lublinie, Pana **mgr Zbigniewa Trochimiuka** za życzliwość i pomoc w zorganizowaniu koncertu.

Wiemy od Pani Naczelnej Pielęgniarki, że koncert wzbudził duże emocje wśród małych pacjentów. Dlatego mamy nadzieję, że uczniowie Szkoły Muzycznej zechcą jeszcze zagrać dla chorych dzieci.

MAGDALENA JARASZKIWICZ

§ 2.

Wręczenie mandatów poszczególnym członkom Komisji powierza się Rektorowi.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem pojęcia.



Uchwała nr XIII /2002 Senatu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 20 listopada 2002 roku w sprawie powołania Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów

Na podstawie art. 48 ust. 1 pkt. 10 ustawy z dnia 12 września 1990 roku o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 65, poz. 385, z późn. zm.) oraz § 164 ust. 1 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 13 czerwca 2001 roku Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwała, co następuje:

§ 1.

Powołuje się członków Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów w osobach:

Przewodnicząca

1. Dr Anna Flieger

Zastępcy przewodniczącej

2. Prof. dr hab. Halina Szumilo

3. Prof. dr hab. Krystyna Lupa

Członkowie:

4. Prof. dr hab. Marta Stryjecka-Zimmer

5. Dr Barbara Drop

6. Dr Stefan Dyba

7. Dr Andrzej Kot

8. Dr Artur Kruk

9. Mgr Edmund Ujma

Przedstawiciele studentów:

10. Marta Węgrzyn

11. Tomasz Michniowski

12. Aneta Gąsior

13. Sławomir Roś

14. Piotr Świątlik

15. Anna Petryna

§ 2

Zgodnie z § 166 ust 4 Statutu, nauczycieli akademickich powołuje się na członków Komisji na okres kadencji organów powołujących, zaś studentów na okres 1 roku. (od 1 września do 31 sierpnia).

§ 3.

Wręczenie mandatów poszczególnym członkom Komisji powierza się Prorektorowi ds. Studenckich.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

▼

**Uchwała nr XIV /2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku
w sprawie powołania
Odwoławczej Komisji Dyscyplinarnej
dla Studentów**

Na podstawie art. 48 ust. 1 pkt. 10 ustawy z dnia 12 września 1990 roku o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 65, poz. 385, z późn. zm.) oraz § 165 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 13 czerwca 2001 roku Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwała, co następuje:

§ 1.

Powołuje się członków Odwoławczej Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów w osobach:

Przewodnicząca

1. Prof. dr hab. Maria Słomka

Zastępcy przewodniczącej

2. Prof. dr hab. Andrzej Nowakowski

3. Dr Ewa Gałkowska

Członkowie:

4. Prof. dr hab. Alicja Sawa

5. Prof. dr hab. Danuta Malec

6. Prof. dr hab. Eliaż Dacka

Przedstawiciele studentów:

7. Marcin Gruba

8. Paweł Malinowski

9. Magdalena Chmielarczyk

10. Patrycja Graszka

§ 2

Zgodnie z § 166 ust. 4 Statutu, nauczycieli akademickich powołuje się na członków Komisji na okres kadencji organów powołujących, zaś studentów na okres 1 roku (od 1 września do 31 sierpnia).

§ 3.

Wręczenie mandatów poszczególnym członkom Komisji powierza się Prorektorowi ds. Studenckich.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Kolejna darowizna dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego

W dniu 19 lutego 2003 roku, w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Lublinie odbyło się uroczyste przekazanie darowizny pieniężnej w kwocie 7,5 tys. USD przeznaczonej na zakup aparatu rentgenowskiego.

Uroczystego przekazania czeku dokonał prezes Zarządu „Grupy Ożarów” Holdingu Cementownie Polskie **Pan Declan Maquire**.

W uroczystości wzięli udział zaproszeni goście oraz kierownicy klinik, ordynatorzy, i przedstawiciele Związków Zawodowych DSK. Dyrekcja Szpitala skierowała pod adresem darczyńcy oraz do inicjatora gestu charytatywnego prezesa Zarządu Faelbud SA inż. Edwarda Sierakowskiego list okolicznościowy z gorącymi podziękowaniami.

DSK od siedmiu lat organizuje rokrocznie Akcję Charytatywną pn. „I TY MOŻESZ POMÓC CHOREMU DZIECKU”, której celem jest zbiórka

środków finansowych na zakup aparatury i sprzętu medycznego niezbędnych do diagnostyki i leczenia małych pacjentów. Przez siedem lat trwania Akcji Charytatywnej, zebrano 1,2 miliona USD w postaci sprzętu i aparatury medycznej oraz darowizn pieniężnych.

W tym roku Szpital gromadzi środki finansowe na zakup aparatu rentgenowskiego, którego wartość wynosi ok. 400 000 USD. Tegoroczna Akcja Charytatywna przyniosła już dochód w wysokości 17 500 USD.

Szlachetny gest Declana Maquire powiększył tę wartość do kwoty 25 000 USD.



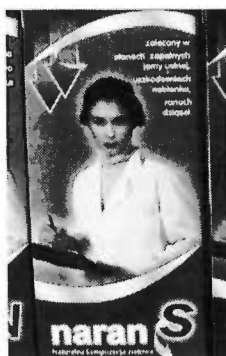
Dyrektor Naczelny Dziecięcego Szpitala Klinicznego dr n. med. Jerzy Szarecki przyjmuje od prezesa Zarządu „Grupy Ożarów” – Holdingu Cementownie Polskie Declana Maquire czek opiewający na kwotę 7,5 USD.

Nowe leki roślinne Naran N i Naran S

W Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie opracowano ostatnio dwa leki roślinne, których dystrybucję i stosowanie zatwierdził Instytut Leków a Warszawie oraz Państwowy Zakład Higieny. Producentem preparatów jest firma: DYSPAK Sp. z o. o. z Dysa k. Lublina.

Recepturę nowych mieszanek ziół leczniczych opracowała dr hab. Grażyna Matysik, prof. nadzw. AM. W działaniu terapeutycznym mogą występować efekty synergiczne między związkami czynnymi z różnych grup – flawonoidów, irydoidów, karotenoidów, fenolokwasów i pod tym kątem były dobierane składniki ziołowych mieszanek. Mieszanka ziołowa Naran N (N-naczyniowy) jest przedmiotem zgłoszenia patentowego nr P 346672 (autorzy G. Matysik,

K. Głowniak). Preparat naczyniowy stosowany w długo trwających owrzodzeniach podudzi składa się z kwiatu rumianku, liścia babki lancetowatej, ziela świetlika i kwiatu nagietka. Preparat w postaci saaszki zawierającej mieszanke ziołową zaparza się w gorącej wodzie (80°C) i po ostygnięciu sporządza kompresy lub przymoczkki, które stymulują proces gojenia, działają przeciwwrzodnie i przeciwbólowo oraz oczyszczają ranę. Działanie terapeutyczne badał dr n. med. Piotr Niedziela w Klinice Chirurgii Naczyń AM w Lublinie, stwierdzając w większości przypadków pozytywny efekt leczniczy. Naran S (S-stomatologiczny) jest analogicznie stosowany jako napar do płukania jamy ustnej lub przymoczkki w stanach zapalnych, uszkodzeniach błony śluzowej, ranach dziąseł i suchości jamy ustnej, ma nieco zmodyfikowany skład (kwiat rumianku, liść babki lancetowatej, ziele świetlika, kora dębu) i jest przedmiotem zgłoszenia patentowego P 332061 (autorzy: G. Matysik, E. Soczewiński, A. Szyszkowska). Jego skuteczne działanie wykazała



w badaniach klinicznych dr n. med. Anna Szyszkowska w Klinice Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej AM w Lublinie.

Badania podstawowe wykazały celowość uzupełnienia mieszanki dodatkowym składnikiem – kwiatem jasnoty białej (zgłoszenie dodatkowego patentu – P 358878 – autorzy: G. Matysik, E. Soczewiński), na podstawie którego jest wytwarzany aktualnie Naran S. Badania nad optymalnymi składami mieszanek ziołowych w latach 2000-2002 finansowane były z grantu Komitetu Badań Naukowych nr 4P05F032 w wysokości 120 000 zł (kierownik tematu dr hab. Grażyna Matysik, prof. nadzw. AM, wykonawcy: K. Głowniak, E. Soczewiński, A. Szyszkowska, M. Wójciak-Kosior i T. Dragan). Poza wspomnianymi badaniami klinicznymi, badania podstawowe preparatów są prowadzone w ramach dwóch prac doktorskich: mgr farm. Magdaleny Wójciak-Kosior i lek. stom. Iwony Wołoszyn (promotor: dr hab. Grażyna Matysik, prof. nadzw. AM).

PROF. DR HAB.
EDWARD SOCZEWIŃSKI

Uchwała nr XV/2002

Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku

w sprawie zmiany, w strukturze organizacyjnej
Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym
i Oddziałem Stomatologicznym,
nazwy Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyń
na Katedrę i Klinikę Chirurgii Naczyń i Angiologii

Na podstawie art. 48 ust. 1 pkt. 10 Ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 65, poz. 385 z późn. zm.) oraz § 24 ust. 2 pkt 17 i § 82 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 13 czerwca 2001 r. Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwała, co następuje:

§ 1.

W strukturze organizacyjnej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym zmienia się nazwę Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyń na Katedrę i Klinikę Chirurgii Naczyń i Angiologii.

§ 2.

W wykazie jednostek podstawowych Akademii Medycznej w Lublinie, stanowiącym Załącznik nr 2 do Statutu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 13 czerwca 2001 roku, w części dotyczącej Wydziału Lekarskiego w punkcie 23, po słowach: Katedra i Klinika Chirurgii Naczyń dodaje się słowa: „... i Angiologii”.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr XVI /2002

Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku

w sprawie uchwalenia Regulaminu działania Senackiej Komisji
Zasobów i Budżetu Akademii Medycznej w Lublinie

Na podstawie § 22 ust. 8 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 13 czerwca 2001 roku Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwała „Regulamin działania Senackiej Komisji Zasobów i Budżetu” o następującej treści:

Regulamin działania Senackiej Komisji Zasobów i Budżetu Akademii Medycznej w Lublinie

§ 1.

Do podstawowych zadań Senackiej Komisji ds. Zasobów i Budżetu w szczególności należy:

- opiniowanie projektów planów inwestycyjnych Uczelni i ocena ich wykonania,
- opiniowanie projektów rocznych i wieloletnich pla-

7. Z prac i posiedzeń Senatu A.M.

nów remontów kapitalnych budynków Uczelni i szpitali klinicznych,
 c) opiniowanie wniosków oraz inicjowanie zakupów aparatury i sprzętu do celów naukowych i dydaktycznych,
 d) opiniowanie wniosków oraz inicjowanie zakupów aparatury i sprzętu do celów diagnostyczno-leczniczych oraz ocena ich wykorzystania,
 e) inne zadania wskazane przez Senat bądź Rektora.

§ 2.

1. Posiedzenia Komisji Senackiej zwołuje i prowadzi Przewodniczący Komisji.
2. Przewodniczący zawiadamia członków Komisji o tematyce posiedzenia, dacie, godzinie i miejscu posiedzenia.
3. Członek Komisji potwierdza swój udział w posiedzeniu Komisji własnoręcznym podpisem na liście obecności.
4. W razie przeszkody uniemożliwiającej udział w posiedzeniu Komisji powinien on usprawiedliwić swoją nieobecność u Przewodniczącego Komisji najpóźniej w przeddzień posiedzenia Komisji.
5. W przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności na posiedzeniu, na liście obecności umieszcza się odpowiednią adnotację.

§ 3.

1. Komisja Senacka dla podjęcia stanowiska w określonej sprawie zapoznaje się z opiniami poszczególnych jej członków.
2. Przewodniczący udziela głosu osobom zgłaszającym się według kolejności zgłoszeń.
3. Ważne wnioski winny być protokołowane. Protokół podpisuje sekretarz i Przewodniczący Komisji.
4. Stanowisko Komisji zawierające końcowe wnioski winno być sporządzone na piśmie. W przypadku odmiennej opinii Komisji w danej sprawie, od przedstawionego przez danego członka, ma on prawo żądania za protokołowania swojego zdania odrębnego.
5. Przewodniczący Komisji może zaprosić do udziału w posiedzeniu Komisji osoby nie będące jej członkami. Osoby zaproszone do uczestniczenia w posiedzeniu Komisji mogą brać udział w dyskusji, ale nie biorą udziału w głosowaniu, o którym mowa w § 6 ust. 1-3.

§ 4.

Rozpatrywanie spraw zleconych Komisji następuje przy udziale, co najmniej 50% składu członków Komisji.

§ 5.

Rezultaty prac Komisji przedstawiane są Przewodniczącemu Senatowi w formie opinii i wniosków. Wnioskiem może być własny projekt uchwały.

§ 6.

1. Stanowisko Komisji ustalane jest w drodze głosowania jawnego, a sprawach osobowych – tajnego, zwykłą większością głosów.
2. Głosowanie jawne odbywa się przez podniesienie ręki przy jednoczesnym zarządzeniu przez Przewodniczącego obliczania głosów.
3. Głosowanie tajne odbywa się przy użyciu opieczętowanych kart do głosowania przy wykorzystaniu przygotowanej w tym celu urny. Karty do głosowania wydawane są członkom Komisji bezpośrednio przed głosowaniem.

Uczelnia na III Lubelskich Targach Edukacyjnych

W dniach 11-12 marca 2003 roku odbyły się w Lublinie III Targi Edukacyjne. W hali „Startu” przy ul. Piłsudskiego 22, młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych prezentowano ofertę kilkudziesięciu szkół wyższych, policealnych, publicznych i niepublicznych z całego regionu, w tym ofertę edukacyjną Akademii Medycznej w Lublinie na rok 2003/2004.

Osobą odpowiedzialną za organizację stoiska Uczelni była mgr Renata Birska p. o. dyrektora Biblioteki Głównej AM w Lublinie. Przedstawiciele poszczególnych Wydziałów odpowiedzialni za ofertę edukacyjną pełnili kilkugodzinne dyżury, udzielając informacji o samej Uczelni i warunkach rekrutacji w roku 2003/2004.

Przedstawiona oferta, jak co roku wzbudziła duże zainteresowanie młodzieży uczestniczącej w Targach. Należy podkreślić, iż uwagę i czynne zainteresowanie odwiedzających Targi przyciągała oferta promocyjna przygotowana przez studentów i pracowników Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie. Szczególne zainteresowanie w tym roku wzbudzał kierunek studiów pielęgniarstwo ze specjalnością fizjoterapia i ratownictwo medyczne. Ofertę przedstawioną przez AM uatrakcyjniał również stwo-

rzony w obrębie stoiska wystawienniczego punkt pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i oceny tkanki tłuszczowej. Ponadto pod kierunkiem mgr Renaty Domżał-Drzewickiej i dr Aliny Delugi studenci świadczyli różne usługi z zakresu edukacji zdrowotnej dla osób chętnych. Dużym zainteresowaniem wszystkich wystawców, organizatorów i zwiedzających cieszył się prezentowany przez studentów symulator starości. Każdy chętny mógł na własne „ryzyko” przez moment stać się osobą starą i poczuć na sobie ciężar starości już w młodym wieku. Podsumowując nasze uczestnictwo w III Targach Edukacyjnych, można śmiało powiedzieć, iż Uczelnia po raz kolejny miała okazję przedstawić w sposób profesjonalny swoją ofertę edukacyjną i zachęcić do podjęcia kształcenia na naszej Almae Matris ambitną młodzież.

MGR PIEL.
 RENATA DOMŻAŁ-DRZEWICKA



Szkolenie IFMSA

W dniach 1-2 lutego 2003 roku w Jodłowie Tucholskiej, koło Krakowa, odbyło się szkolenie studenckich Koordynatorów Lokalnych ds. Wymiany Zagranicznej (tak zwanych LEO, tzn. Local Exchange Officers) IFMSA-Poland.

Szkolenie było połączone ze spotkaniem roboczym Komitetu ds. Wymiany Zagranicznej IFMSA Poland (SCOPE, tzn. Standing Committee on Professional Exchange), które co roku odbywa się w lutym i związane jest z zakończeniem corocznej kwalifikacji na praktyki zagraniczne i przekazaniem dokumentów studentów wyjeżdżających na praktykę do Narodowego Koordynatora Wymiany Zagranicznej (NEO, tzn. National Exchange Officer).

W tym roku takie robocze spotkanie poszerzone zostało o warsztaty szkoleniowe. Warsztaty były prowadzone przez Narodowych Koordynatorów Wymiany Zagranicznej: **Magdalenę Kwiatosz** z naszej Uczelni i **Joannę Pogorzelską** z AM w Białymstoku.

Na spotkanie przyjechali lokalni koordynatorzy ze wszystkich oddziałów IFMSA Poland istniejących przy Akademii Medycznych w całej Polsce. Akademię Medyczną w Lublinie reprezentowała **Katarzyna Romanek**, będąca lubelskim Koordynatorem ds. Wymiany Zagranicznej.

Lokalni koordynatorzy, którzy dopiero rozpoczynają swoją pracę mogli zapoznać się ze strukturami IFMSA oraz międzynarodowymi i ogólnopolskimi zasadami przeprowadzania wymian studenckich. Mogli skorzystać z rad doświadczonych koordynatorów i dowiedzieć się, jak zorganizować praktykę, zakwaterowanie oraz wyżywienie dla przyjeżdżających z zagranicy studentów.

Sporo czasu poświęciliśmy dyskusji na temat jak uatrakcyjnić praktyki w Polsce, aby studenci zagraniczni chętniej do nas przyjeżdżali. Ponieważ

zdecydowana większość wyjazdów jest dwustronna, a więc na miejsce studenta, który przyjeżdża do Polski, student z naszego kraju wyjeżdża. A zatem zwiększyłyby to ilość studentów z naszych akademii, którzy mogliby pojechać na zagraniczną praktykę. Z myślą o uatrakcyjnieniu oferty naszych akademii medycznych dla studenta zagranicznego, zaplanowaliśmy zorganizowany program socjalny (turystyczno – rozrywkowy) dla studentów z zagranicy na najbliższe lato. Będą oni mogli wziąć udział w spotkaniach wszystkich studentów uczestniczących w wymianie w całej Polsce. Dyskutowaliśmy też o tym, jak poszerzyć informację o praktykach zagranicznych wśród studentów uczelni medycznych. Odbyło się także szkolenie w dziedzinie przeprowadzania wymian studenckich za pomocą internetu (tzw. e-exchange). Jest to nowy system, który wprowadzany będzie w tym roku. Lokalni Koordynatorzy będą samodzielnie obsługiwać pewną jego część. IFMSA Poland zamierza także przystąpić do tego systemu, aby nadal brać udział w wymianie studentów między krajami. Był to więc bardzo ważny punkt programu spotkania. Spotkanie to umożliwiło także wzajemne poznanie się Lokalnych Koordynatorów z różnych miast między sobą, co na pewno ułatwi w przyszłości ich wzajemną współpracę. Następne spotkanie Koordynatorów ds. Wymiany Zagranicznej odbędzie się podczas Ogólnopolskiego Zjazdu IFMSA-Poland w dniach 4-6 kwietnia 2003 roku w Warszawie.

MAGDALENA KWIAŁOSZ
KATARZYNA ROMANEK

Członkowie Komisji kolejno wrzucają swoje karty do urny. Otwarcia urny oraz obliczenia głosów dokonuje Komisja Skrutacyjna powołana przez Przewodniczącego na danym posiedzeniu w składzie minimum 3-osobowym.

4. Wyniki głosowania ogłasza Przewodniczący. Wyniki głosowania tajnego Przewodniczący ogłasza na podstawie protokołu przedstawionego przez Przewodniczącego Komisji Skrutacyjnej.

5. Wyniki głosowania są ostateczne i nie mogą podlegać dyskusji.

§ 7.

Dokumentację z prac Komisji przechowuje Przewodniczący bądź osoba przez niego upoważniona.

§ 8.

Na zakończenie kadencji Komisja sporządza sprawozdanie ze swojej działalności, które przedkłada Senatowi.

§ 9.

Zmiana postanowień Regulaminu wymaga formy właściwej dla jego uchwalenia.

§ 10.

Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

▼
**Uchwała nr XVII /2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku**

**w sprawie uchwalenia Regulaminu działania Senackiej Komisji
ds. Dydaktyki i Wychowania oraz Absolwentów**

Na podstawie § 22 ust. 8 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 13 czerwca 2001 roku Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwała „Regulamin działania Senackiej Komisji ds. Dydaktyki i Wychowania oraz Absolwentów „o następującej treści:

Regulamin działania Senackiej Komisji ds. Dydaktyki i Wychowania oraz Absolwentów

§ 1.

Do podstawowych zadań Senackiej Komisji ds. Dydaktyki i Wychowania oraz Absolwentów w szczególności należy:

- a) czuwanie nad przebiegiem procesu dydaktyczno-wychowawczego,
- b) analizowanie prawidłowości udzielania pomocy materialnej studentom,
- c) analizowanie przestrzegania regulaminu studiów,
- d) analizowanie corocznej akcji rekrutacyjnej,
- e) czuwanie na działalnością organizacji młodzieżowych i samorządu studenckiego,
- f) opiniowanie zasad przyznawania nagród dydaktyczno-wychowawczych dla nauczycieli zatrudnionych w jednostkach międzywydziałowych,
- g) opiniowanie wniosków dotyczących stosunku pracy nauczycieli akademickich zatrudnionych w jednostkach międzywydziałowych,
- h) inne zadania wskazane przez Senat lub Rektora.

Prace i posiedzenia Senatu

§ 2.

6. Posiedzenia Komisji Senackiej zwołuje i prowadzi Przewodniczący Komisji.
7. Przewodniczący zawiadamia członków Komisji o tematyce posiedzenia, dacie, godzinie i miejscu posiedzenia.
8. Członek Komisji potwierdza swój udział w posiedzeniu Komisji własnoręcznym podpisem na liście obecności.
9. W razie przeszkody uniemożliwiającej udział w posiedzeniu Komisji powinien on usprawiedliwić swoją nieobecność u Przewodniczącego Komisji najpóźniej w przeddzień posiedzenia Komisji.
10. W przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności na posiedzeniu, na liście obecności umieszcza się odpowiednią adnotację.

§ 3.

6. Komisja Senacka dla podjęcia stanowiska w określonej sprawie zapoznaje się z opiniami poszczególnych jej członków.
7. Przewodniczący udziela głosu osobom zgłaszającym się według kolejności zgłoszeń.
8. Ważne wnioski winny być protokołowane. Protokół podpisuje Sekretarz i Przewodniczący Komisji.
9. Stanowisko Komisji zawierające końcowe wnioski winno być sporządzone na piśmie. W przypadku odmiennej opinii Komisji w danej sprawie, od przedstawionego przez danego członka, ma on prawo żądania zaprotokołowania swojego zdania odrębnego.
10. Przewodniczący Komisji może zaprosić do udziału w posiedzeniu Komisji osoby nie będące jej członkami. Osoby zaproszone do uczestniczenia w posiedzeniu Komisji, mogą brać udział w dyskusji, ale nie biorą udziału w głosowaniu, o którym mowa w § 6 ust. 1-3.

§ 4.

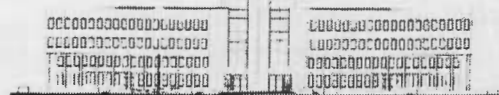
Rozpatrywanie spraw zleconych Komisji następuje przy udziale, co najmniej 50% składu członków Komisji.

§ 5.

Rezultaty prac Komisji przedstawiane są Przewodniczącemu Senatowi w formie opinii i wniosków. Wnioskiem może być własny projekt uchwały.

§ 6.

6. Stanowisko Komisji ustalane jest w drodze głosowania jawnego, a sprawach osobowych – tajnego, zwykłą większością głosów.
7. Głosowanie jawne odbywa się przez podniesienie ręki przy jednoczesnym zarządzaniu przez Przewodniczącego obliczania głosów.
8. Głosowanie tajne odbywa się przy użyciu opieczętowanych kart do głosowania przy wykorzystaniu przygotowanej w tym celu urny. Karty do głosowania wydawane są członkom Komisji bezpośrednio przed głosowaniem. Członkowie Komisji kolejno wrzucają swoje karty do urny. Otwarcia urny oraz obliczenia głosów dokonuje Komisja Skrutacyjna powołana przez Przewodniczącego na danym posiedzeniu w składzie minimum 3-osobowym.
9. Wyniki głosowania ogłasza Przewodniczący. Wyniki głosowania tajnego Przewodniczący ogłasza na podstawie protokołu przedstawionego przez Przewodniczącego Komisji Skrutacyjnej.
10. Wyniki głosowania są ostateczne i nie mogą podlegać dyskusji.



Z placu budowy Collegium Universum

Teraz już naprawdę trwa wielki finisz – mówi **mgr Wiesław Kowalczyk** – pełnomocnik JM Rektora do spraw inwestycji.

W budynku zakończono układanie gresu posadzkowego, trwa również wyściełanie zmywalnej wykładziny podłogowej. Dobiaża końca montaż stolarki wewnętrznej. Brygady murarskie „dopieszczają” tynki przylegające do futryn drzwiowych i okiennych. Tylko patrzeć, jak w budynku pojawią się malarze, którzy zakończą definitywnie prace wnętrzarskie.

W pierwszych dniach maja rozpocznie się zasiedlanie budynku przez pierwszych użytkowników. Jedno z najważniejszych zadań przed nami – konstatuje mgr W. Kowalczyk. Niedługo rozpocznie się bowiem odbiór budynku z udziałem specjalistycznych służb: Straży Pożarnej, Państwowej Inspekcji Pracy, Sanepidu, oraz nadzoru budowlanego. Jestem jednak dobrej myśli, toteż sądzę że nie będzie z tym większych problemów.

Tu i teraz, niech mi będzie wolno wyrazić pod adresem Jego Magnificencji Rektora prof. M. Latańskiego najwyższe słowa uznania, który nie szczędził czasu i trudu, aby osobiście odwiedzać, przynajmniej raz w tygodniu – początkowo plac budowy, później budynek w stanie surowym, i wreszcie ostatnio gotowy do zagospodarowania gmach Collegium Universum. Wielokrotnie toczyły się z budowlanymi trudne, lecz prowadzone w sposób taktowny rozmowy. Niezbędne były też wielokrotne narady, rozmaite uzgodnienia, interwencje. To wszystko o czym wspominam, czyli pełna osobistego zaangażowania postawa JM Rektora, złożyło się na sukces, a jest nim ukończenie cyklu inwestycyjnego w terminie. Przypomnę tylko, że budowlani weszli na plac budowy 2 stycznia 2001 roku, inwestycja trwała więc – jak zakładano dwa lata i trzy miesiące. Kto dziś w ten fakt uwierzy patrząc na wielki i okazały gmach Collegium Universum, znany również pod roboczą nazwą „Zakłady Teoretyczne I”?

WŁODZIMIERZ MATYSIAK



Z żałobnej karty

Ostatnio odeszli od nas do wieczności: prof. dr hab. **Michał Bokiniec** – emerytowany kierownik Kliniki Rozrodezości i Andrologii AM, prof. dr hab. **Antoni Deryło** – kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii, prof. dr hab. **Dyonizy Górny** – emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Patofizjologii AM, **Marian Murawski** – emerytowany pracownik Działu Technicznego, **Helena Skrzypek** – była sekretarz rektora, dr n. med. **Barbara Sztembis** – adiunkt Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego, prof. dr hab. **Mieczysława Trojanowska** – emerytowana profesor nadzwyczajna Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej.

Cześć Ich Pamięci! Pokój Ich Duszom!

§ 7.

Dokumentację z prac Komisji przechowuje Przewodniczący bądź osoba przez niego upoważniona.

§ 8.

Na zakończenie kadencji Komisja sporządza sprawozdanie ze swojej działalności, które przedkłada Senatowi.

§ 9.

Zmiana postanowień Regulaminu wymaga formy właściwej dla jego uchwalenia.

§ 10.

Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

Uchwała nr XVIII /2002

Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku

w sprawie uchwalenia Regulaminu działania Senackiej Komisji ds. Badań Naukowych i Wydawnictw

Na podstawie § 22 ust. 8 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 13 czerwca 2001 roku Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwała „Regulamin działania Komisji ds. Badań Naukowych i Wydawnictw „o następującej treści:

Regulamin działania Senackiej Komisji ds. Badań Naukowych i Wydawnictw.

§ 1.

Do podstawowych zadań Senackiej Komisji ds. Badań Naukowych i Wydawnictw w szczególności należy:

- analiza i opiniowanie spraw związanych z prowadzeniem prac naukowych finansowanych przez akademię,
- nadzorowanie współpracy z zagranicznymi szkołami wyższymi i placówkami naukowymi,
- opiniowanie ogólnych zasad przyznawania nagród naukowych,
- opiniowanie planów wydawniczych oraz czuwanie nad ich realizacją,
- opiniowanie form działalności wydawniczej,
- inne zadania wskazane przez Senat bądź Rektora.

§ 2.

- Posiedzenia Komisji Senackiej zwołuje i prowadzi Przewodniczący Komisji.
- Przewodniczący zawiadamia członków Komisji o tematyce posiedzenia, dacie, godzinie i miejscu posiedzenia.
- Członek Komisji potwierdza swój udział w posiedzeniu Komisji własnoręcznym podpisem na liście obecności.
- W razie przeszkody uniemożliwiającej udział w posiedzeniu Komisji powinien on usprawiedliwić swoją nieobecność u Przewodniczącego Komisji najpóźniej w przeddzień posiedzenia Komisji.
- W przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności na posiedzeniu na liście obecności umieszcza się odpowiednią adnotację.

§ 3.

11. Komisja Senacka dla podjęcia stanowiska w określonej sprawie zapoznaje się z opiniami poszczególnych jej członków.

12. Przewodniczący udziela głosu osobom zgłaszającym się według kolejności zgłoszeń.

13. Ważne wnioski winny być protokolowane. Protokół podpisuje Sekretarz i Przewodniczący Komisji.

14. Stanowisko Komisji zawierające końcowe wnioski winno być sporządzone na piśmie. W przypadku odmiennej opinii Komisji w danej sprawie, od przedstawionego przez danego członka, ma on prawo żądania zaprotokolowania swojego zdania odrębnego.

15. Przewodniczący Komisji może zaprosić do udziału w posiedzeniu Komisji osoby nie będące jej członkami. Osoby zaproszone do uczestniczenia w posiedzeniu Komisji, mogą brać udział w dyskusji, ale nie biorą udziału w głosowaniu, o którym mowa w § 6 ust. 1-3.

§ 4.

Rozpatrywanie spraw zleconych Komisji następuje przy udziale, co najmniej 50% składu członków Komisji.

§ 5.

Rezultaty prac Komisji przedstawiane są Przewodniczącemu Senatowi w formie opinii i wniosków. Wnioskiem może być własny projekt uchwały.

§ 6.

11. Stanowisko Komisji ustalane jest w drodze głosowania jawnego, a sprawach osobowych – tajnego, zwykłą większością głosów.

12. Głosowanie jawne odbywa się przez podniesienie ręki przy jednoczesnym zarządzeniu przez Przewodniczącego obliczenia głosów.

13. Głosowanie tajne odbywa się przy użyciu opieczętowanych kart do głosowania przy wykorzystaniu przygotowanej w tym celu urny. Karty do głosowania wydawane są członkom Komisji bezpośrednio przed głosowaniem. Członkowie Komisji kolejno wrzucają swoje karty do urny. Otwarcia urny oraz obliczenia głosów dokonuje Komisja Skrutacyjna powołana przez Przewodniczącego na danym posiedzeniu w składzie minimum 3-osobowym.

14. Wyniki głosowania ogłasza Przewodniczący. Wyniki głosowania tajnego Przewodniczący ogłasza na podstawie protokołu przedstawionego przez Przewodniczącego Komisji Skrutacyjnej.

15. Wyniki głosowania są ostateczne i nie mogą podlegać dyskusji.

§ 7.

Dokumentacja z prac Komisji przechowuje Przewodniczący bądź osoba przez niego upoważniona.

§ 8.

Na zakończenie kadencji Komisja sporządza sprawozdanie ze swojej działalności, które przedkłada Senatowi.

§ 9.

Zmiana postanowień Regulaminu wymaga formy właściwej dla jego uchwalenia.

§ 10.

Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

GRANTY Komitetu Badań Naukowych

GRANTY WŁASNE

Prof. dr hab. Tomasz Trojanowski 294 000 zł

KATEDRA I KLINIKA NEUROCHIRURGII I NEUROCHIRURGII DZIECIĘCEJ
Temozolamid w leczeniu skojarzonym chorych na niskoroznicowane glejaki mózgu. Wielośrodkowe badanie randomizowane fazy III.

Prof. dr hab. Ewa Tuskiewicz-Misztal 116 000 zł

KLINIKA CHOROŃ PŁUC I REUMATOLOGII DZIECIĘCEJ
Badania nad zachowaniem się komórek dendrytycznych w krwi i płynie stawowym u pacjentów chorych na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów.

Dr hab. Artur Czekierdowski 180 000 zł

KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII
Ocena przydatności trójwymiarowej ultrasonografii i badań immunohistochemicznych oraz nowych serologicznych markerów neoangiogenezy w diagnostyce różnicowej nowotworów jajnika.

Dr hab. Krzysztof Przesmycki 96 000 zł

II KLINIKA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ OPIEKI
Ocena zmian hemodynamicznych towarzyszących odmie otrzewnowej towarzyszących odmie otrzewnej wywołanej CO₂ lub N₂O w czasie laparoskopii ginekologicznych; badania kliniczne randomizowane u kobiet w wieku rozrodczym.

Dr n. med. Małgorzata Bartkowiak-Emeryk 180 000 zł

ZAKŁAD IMMUNOLOGII KLINICZNEJ
Wpływ immunoterapii swoistej na fenotyp immunologiczny i profil uwalnianych cytokin przez limfocyt T i komórki dendrytyczne u dzieci z astmą oskrzelową – analiza zależności od dawki i drogi podania alergenu.

Dr n. med. Marek Hus 189 400 zł

KATEDRA I KLINIKA HEMATOONKOLOGII I TRANSPLANTACJI SZPIKU
Wyniki leczenia talidomidem i lowastatyną oraz wpływ tego leczenia na ekspresję genów kodujących białka oporności wielolekowej na cytotatyki u chorych na szpiczaka plazmacytowego.

Dr n. med. Tomasz Jargiełło 194 400 zł

ZAKŁAD RADIOLOGII ZABIEGOWEJ I NEURORADIOLOGII
Ocena skuteczności diagnostycznej badań ultrasonograficznych z zastosowaniem środków wzmacniających sygnał dopplerowski w monitorowaniu chorych z tętniakiem aorty brzusznej leczonych drogą śródnaczyniową przy użyciu stent-grafów.

Dr n. med. Hanna Karakuła 129 500 zł

KATEDRA I KLINIKA PSYCHIATRII

Znaczenie predykcyno-rokownicze neuroanatomicznych i neurofizjologicznych wykładników zaburzeń przestrzenno-wzrokowych u osób chorych na schizofrenię i ich krewnych.

Dr n. med. Robert Kieszko 200 000 zł

KATEDRA I KLINIKA CHOROÓB PŁUC I GRUŻLICY

Ocena nowych genetycznych i immunologicznych czynników prognostycznych w przebiegu sarkoidozy układu oddechowego.

Dr n. med. Grzegorz Polak 180 000 zł

I KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII

Ocena ekspresji białek i genów yb1 oraz maspin u pacjentek poddanych chemioterapii z powodu raka jajnika – jako prognozowanie skuteczności leczenia.

Dr n. med. Anna Święch-Zubilewicz 172 800 zł

I KLINIKA OKULISTYKI

Badanie adhezji i migracji komórek śródbłonna naczyń naczyniówki *in vitro*: rola integryn oraz ocena mechanizmów aktywacji wewnątrzkomórkowej.

Dr n. med. Agata Niewczas 200 000 zł

KATEDRA I ZAKŁAD STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ

Urządzenie do testowania nowych materiałów stomatologicznych stosowanych do wypełnień stałych.

Dr n. med. Kamal Morshed 130 000 zł

KATEDRA I KLINIKA OTOLARYNGOLOGII

Udział wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) w etiopatogenezie nowotworów głowy i szyi oraz jego wpływ na ekspresję białek regulujących cykl komórkowy pRb, p53 i cytokiny D1.

Dr n. przyr. Piotr Koziot 20 000 zł

KATEDRA I ZAKŁAD MEDYCYNY SĄDOWEJ

Oszacowanie możliwości wnioskowania odnośnie do ojcostwa pozwanego na podstawie rezultatów badań DNA jego krewnych.

▶ GRANTY PROMOTORSKIE

Prof. dr hab. Alicja Buczek 49 200 zł

KATEDRA I ZAKŁAD BIOLOGII PARAZYTOLOGII

Zmiany w układzie pasożyt-żywiciel w czasie inwazji i reinwazji *Demacantor reticularis* (Fabricius 1794) (Acari: Ixodida: Ixodidae).

Lek. med. Krzysztof Olszewski, wykonawca

Prof. dr hab. Jerzy Kowalczyk 45 000 zł

KLINIKA HEMATOLOGII I ONKOLOGII DZIECIĘCEJ

Stężenie rozpuszczalnych cząstek adhezyjnych sICAM-1, sVCAM-1, sPECAM-1 w surowicy krwi u dzieci leczonych z powodu guzów litych.

Lek. med. Joanna Zawitkowska-Klaczynska, wykonawca

Prof. dr hab. Jacek Roliński 50 000 zł

ZAKŁAD IMMUNOLOGII KLINICZNEJ

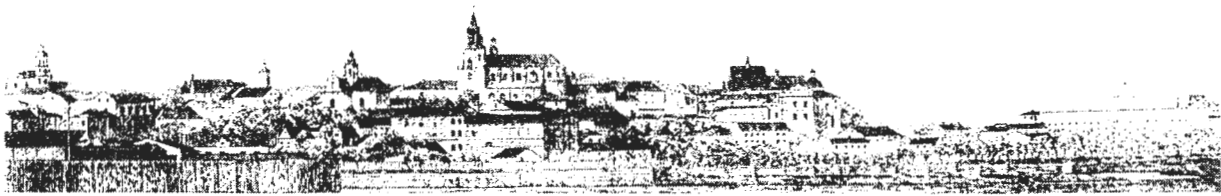
Ocena komórek dendrytycznych u chorych z nowotworowym wysiękiem w jamie płucnej. Lek. wet. Agata Surdacka, wykonawca

▶ GRANT SPECJALNY

Polsko-niemiecki projekt badawczy zamawiany w dziedzinie nauk neurologicznych zgłoszony przez **prof. dr hab. Waldemara Turskiego** (Katedra i Zakład Farmakologii i Toksykologii AM w Lublinie) oraz **prof. dr hab. Jerzego Mozrzymasa** (Katedra i Zakład Biofizyki AM we Wrocławiu) – „Leki przeciwpadaczkowe i obumieranie neuronów w rozwijającym się mózgu: patomechanizm i następstwa behawioralne”

Wyodrębniona część projektu zamawianego realizowana będzie przez **prof. dr hab. W. Turskiego**: „Następstwa behawioralne: wpływ na zachowanie, uczenie się i pamięć zwierząt laboratoryjnych”.

Ogólna suma nakładów 1 000 000 zł.



Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych

▼
Uchwała nr 14/02-05
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
z dnia 6 lutego 2003 r.

**w sprawie finansowania studiów
licencjackich**

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych stoi na stanowisku, że dalsze prowadzenie studiów licencjackich w naszych uczelniach z aktualną liczbą studiujących w tym systemie staje się praktycznie niemożliwe. Nakłady na dydaktykę w uczelniach medycznych nie ulegają widocznym zwiększeniom mimo przyjęcia przez nas obowiązków prowadzenia studiów licencjackich. Zwiększająca się liczba chętnych do odbywania tych studiów i powstające nowe specjalności stawiają każdą uczelnię wobec praktycznie nierozwiązalnych problemów.

Nie możemy pogodzić się z tym, aby nowe przekazywane nam zadanie, pociągające za sobą określone wydatki, nie znajdowały odpowiedniego pokrycia w środkach na ten cel.

Przewodniczący KRUM
Prof. dr hab. Maciej Latański

▼
Uchwała nr 15/02-05
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
z dnia 6 lutego 2003 r.

**w sprawie poparcia ustawy
o Narodowym Funduszu Zdrowia**

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych popiera rozwiązania przyjęte w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia. Jednocześnie wyrażamy nadzieję, że przepisy wykonawcze do tej ustawy zapewnią szpitalom klinicznym należne im miejsce w systemie ochrony zdrowia i stworzą warunki do właściwego ich funkcjonowania.

▼
Uchwała nr 16/02-05
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
z dnia 6 lutego 2003 r.

**w sprawie finansowania działalności
Komisji Akredytacyjnej Uczelni
Medycznych**

1. Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych zatwierdza plan pracy i plan finansowy KAUM na rok 2003.
2. Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych postanawia, że dla właściwego zapewnienia funkcjonowania KAUM i realizacji jej planu pracy w roku 2003, każda z uczelni medycznych przekaze na ten cel kwotę 5000 zł (pięć tysięcy). Wpłata winna być dokonana na konto AM w Poznaniu w terminie do dnia 15 marca 2003r.

**Stanowisko Konferencji
Rektorów Uczelni Medycznych
w sprawie podatku od nieruchomości
wyrażone w dniu 6 lutego 2003 roku**

Z dniem 1 stycznia 2003 roku nastąpiły zmiany w zapisach ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych. Włączono zwolnienia z opodatkowania podatkiem od nieruchomości wynikające z odrębnych ustaw (w tym ustawy o szkolnictwie wyższym). Zwolnienia podmiotowe z podatku określone w art. 7 odnoszą się w ust. § 2 pkt 1 tegoż artykułu do szkół wyższych.

Zapisano, iż zwalnia się z podatku „szkoły wyższe, wyższe szkoły zawodowe, wyższe szkoły wojskowe, zwolnienie nie dotyczy przedmiotów opodatkowania zajętych na działalność gospodarczą inną niż odpłatna działalność badawcza, artystyczna, sportowa i doświadczalna oraz z opłat licencyjnych”.

Przepis art. 7 pkt 1 ustawy nie wskazuje, czy wyłączenie dotyczy również przypadków, gdy działalność gospodarcza jest prowadzona przez najemców lokali uczelni. Fakt iż:

– dotychczasowe zwolnienia z opodatkowania wynikające z ustawy o szkolnictwie wyższym, obejmujące również powierzchnie nieruchomości wynajęte, zostały włączone do ustawy o podatkach i opłatach lokalnych; – art. 7 ustawy odnosi się do zwolnień podmiotowych, co

wskazuje, że również opisana działalność gospodarcza odnosi się do podmiotu tzn. szkoły wyższej skłania do rozumienia, iż nadal szkoły wyższe są obciążone podatkiem jedynie w przypadku zajęcia części nieruchomości na działalność gospodarczą szkoły.

W przeciwnym wypadku rodzą się pytania:

1. dlaczego prowadzenie działalności gospodarczej o charakterze np. artystycznym lub sportowym na terenie nieruchomości wynajętej od szkoły wyższej winno być zwolnione z podatku, podczas gdy taka sama działalność prowadzona w nieruchomości innego niż szkoła wyższa właściciela, byłaby takim podatkiem obciążona. Oznaczałoby to nierówne traktowanie podmiotów gospodarczych;

2. jeżeli intencją ustawodawcy było zwolnienie z podatku od nieruchomości tylko tej ich części, która służy działalności statutowej szkoły wyższej, to dlaczego nie zapisano tego w art. 2. ustawy odnoszącym się do zwolnień przedmiotowych, podobnie jak uczyniono dla jednostek samorządu terytorialnego.

Podstawową kwestią dla medycznych szkół wyższych jest rozstrzygnięcie czy nieruchomości będące ich własnością, użytkowane wspólnie ze szpitalami klinicznymi, winny być opodatkowane podatkiem od nieruchomości. Przekazane w użytkowanie szpitalom nieruchomości uczelni są siedzibami klinik i zakładów uczelni, na bazie których prowadzona jest działalność dydaktyczna i naukowo-badawcza szkoły, a równocześnie z mocy tegoż użyczenia są siedzibami szpitali klinicznych, w których realizuje się w powiązaniu z dydaktyką świadczenia zdrowotne. Przyjmując założenie, że przedmiotem opodatkowania są nieruchomości (budynki, budowle, grunty), a nie działalność gospodarcza np. w zakresie ochrony zdrowia, można uznać, iż nieruchomości będące własnością akademii medycznych, służące ich działalności statutowej, z mocy art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy o podatkach i opłatach lokalnych są z nich zwolnione. W związku z brakiem jednoznacznych interpretacji zapisów ustawy o podatkach i opłatach lokalnych, prosimy o wyjaśnienie rodzących się wątpliwości i ustalenie stanowiska w przedstawionych kwestiach.

Przewodniczący KRUM
Prof. dr hab. Maciej Latański



Fot. Jacek Gabież / Kurier Lubelski

Prof. I. Wrońska wśród laureatek plebiscytu na Lubliniankę Roku 2002

Prof. dr hab. Irena Wrońska – dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie, kierownik Zakładu Pedagogiki WPiNoZ, została jedną z laureatek Złotej Dziesiątki plebiscytu czytelników „Kuriera Lubelskiego” na Lubliniankę Roku 2002. W Plebiscyście zwyciężyła dr n. med. Wanda Skrzypczak – ordynator Oddziału Ginekologii Szpitala im. Jana Bożego w Lublinie, która otrzymała najwięcej głosów czytelniczych.

Profesor Irena Wrońska przygotowała i przeprowadziła reformę studiów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, dietetyka kliniczna i zasady żywienia, fizjoterapia oraz ratownictwo medyczne, zgodnie z dyrektywami Unii Europejskiej. Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu lubelskiej AM pod jej kierunkiem otrzymał nominację do tytułu „Lider promocji zdrowia w Polsce” oraz świadectwo akredytacyjne. Przewodnicząca Kolegium

Dziedzin Wydziałów Pielęgniarstwa w Polsce, przewodnicząca Krajowej Komisji Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego, wciąż walczy o ugruntowanie pozycji pielęgniarstwa wśród nauk medycznych. Wiele dobrego uczyniła dla idei promocji miasta i regionu za sprawą osobistych kontaktów międzynarodowych, prezentowania inicjatyw i pomysłów lubelskiego środowiska pielęgniarskiego, ukazywania sylwetek najznamienit-

szych przedstawicielek zawodu pochodzących z Lublina i Lubelszczyzny. Odważna w podejmowaniu nowych zadań, niezwykle konsekwentna w dążeniu do celu. Wrażliwa na piękno otaczającego świata, oraz piękno duszy otaczających ją ludzi. Wprawdzie nie posiada zbyt wiele czasu na ucztę intelektualną, wciąż łaknie jednak ukojenie codziennych trosk podczas słuchania utworów Szopena. Ma świadomość, że

życie nakłada nań coraz częściej cugle w postaci nowych zadań, obowiązków i problemów. Ostatnio koncentruje swe zainteresowania wokół systemów i struktur ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej i zastyga w bezruchu nad dziesiątkami tomów literatury fachowej. Wyrażając radość z dokonanego wyboru składamy Pani Dziekan serdeczne gratulacje.

(mat)



Gratulacje od Prezydenta Andrzeja Pruszkowskiego



JM Rektor
prof. dr hab. Maciej Latański
Doktorem Honoris Causa
AM im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

W dniu 14 marca 2003 r. w Auli Leopoldina Uniwersytetu Wrocławskiego odbyła się podniosła uroczystość nadania najwyższej godności akademickiej – zaszczytnego tytułu Doktora Honoris Causa Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, JM Rektorowi lubelskiej AM prof. dr hab. Maciejowi Latałskiemu oraz prof. dr hab. Tadeuszowi Popieli – kierownikowi I Katedry Chirurgii Ogólnej i Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Uroczystą promocję prowadził JM Rektor AM im. Piastów Śląskich prof. dr hab. Leszek Paradowski.

Red.



LAUDACJA

**na cześć doktora honoris causa
Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu,
prof. dr hab. Macieja Latałskiego,
JM Rektora AM w Lublinie,
wygłoszona przez prorektora do spraw
klinicznych wrocławskiej AM
prof. dr hab. Ryszarda Andrzejaka.**

Prof. dr hab. Maciej Latałski urodził się 9 lutego 1936 r. w Jeziórku. Po zdaniu matury w Liceum Ogólnokształcącym w Ostrowcu Świętokrzyskim w 1953 r. rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie. Dyplom lekarza uzyskał

w 1959 r., tytuł doktora nauk medycznych w 1961 r., a tytuł doktora habilitowanego w 1968 r. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymał w 1976 r., a profesora zwyczajnego – w 1988 r.

Pracę zawodową, jako nauczyciel akademicki rozpoczął już na III roku studiów w Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii, gdzie pozostał także po uzyskaniu dyplomu. W roku 1974 decyzją Ministra Zdrowia został powołany na stanowisko dyrektora Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie. Funkcję tę pełnił do roku 1991. Ten Instytut Resortowy w swych zadaniach statutowych miał zapisaną problematykę naukową i organizacyjną związaną z ochroną zdrowia ludności wiejskiej, zarówno w środowisku pracy jak i środowisku bytowania. Podjęcie tych obowiązków wymagało uzyskania właściwej specjalizacji, w tym przypadku z medycyny społecznej. Spełniając ten warunek prof. M. Latałski objął w Instytucie kierownictwo Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Ludności Wiejskiej. W tym czasie zostały opracowane m. in.:

- założenia do utworzenia sieci ośrodków zdrowia na wsi,
- program specjalizacji z zakresu medycyny ogólnej,
- szkolenia atestacyjne w tej dziedzinie.

Prof. M. Latałski kierował wówczas resortowym programem badawczym, realizowanym przez różne jednostki, także przez niektóre akademie medyczne. Instytut, pod kierownictwem prof. M. Latałskiego miał też powierzony nadzór nad podstawową opieką zdrowotną w kraju.

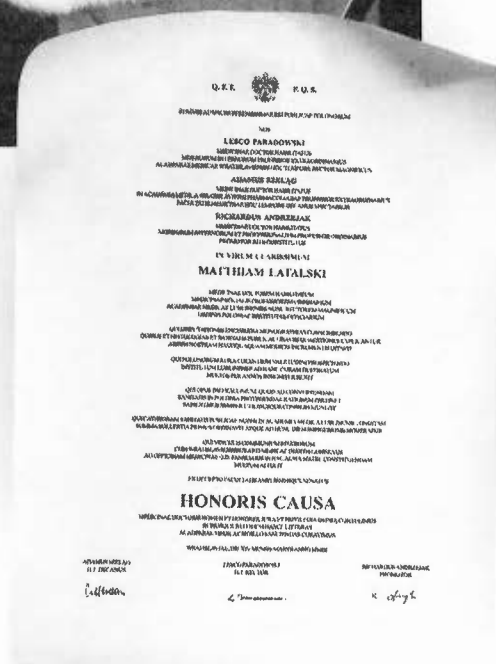
Podczas pracy w Instytucie Medycyny Wsi prof. Maciej Latałski cały czas pozostawał także pracownikiem Akademii Medycznej w Lublinie. W roku 1991 w tejże Akademii utworzono Międzywydziałową Katedrę Zdro-



wia Publicznego. Po wygraniu konkursu na funkcję kierownika tej Katedry całkowicie powrócił do pracy w Akademii Medycznej, jako głównego miejsca zatrudnienia (rezygnując z dotychczasowych stanowisk w Instytucie Medycyny Wsi). Nowo utworzoną w Uczelni jednostkę prof. Maciej Latałski organizował od początku, opracowując program naukowy i dydaktyczny oraz dobierając kadrę pomocniczych pracowników naukowo-dydaktycznych. Funkcję kierownika Międzywydziałowej Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego pełni do chwili obecnej.

Po transformacji systemowej na początku lat dziewięćdziesiątych wprowadzono w Polsce specjalizację z medycyny rodzinnej, jako jednego z elementów umacniania podstawowej opieki zdrowotnej – pierwszego ogniwa w systemie ochrony zdrowia. Powołano do życia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, którego prof. Maciej Latałski jest członkiem założycielem. W latach 1994-1998, w okresie wprowadzenia w kraju instytucji lekarza rodzinnego, prof. Maciej Latałski pełnił funkcję konsultanta krajowego w tej dziedzinie.

W Akademii Medycznej w Lublinie w latach 1996-1999 prof. Maciej Latałski piastował funkcję Prorektora do spraw Nauki, a od 1999 r. jest Rektorem tej Uczelni.



Dorobek naukowy prof. dr hab. Macieja Latałskiego obejmuje ponad 180 publikacji w pismach krajowych i zagranicznych. Początkowo były to prace z dziedziny histologii i mikroskopii elektronowej, a od ponad 25 lat z dziedziny zdrowia publicznego. Jest też współautorem



8 monografii, w tym 3 podręczników, których tematyka dotyczy warunków pracy i profilaktyki medycznej w rolnictwie, leśnictwie i przemyśle rolno-spożywczym oraz wybranych zagadnień dotyczących medycyny ogólnej, zdrowia publicznego. Prof. Maciej Latański jest też pierwszym współautorem, wydanej w 2000 r. obszernej monografii pt. „Medycyna katastrof”.

Zainteresowania naukowo-badawcze prof. Macieja Latańskiego jako histologa koncentrowały się na dwóch zagadnieniach: ultrastrukturze, fizjologii i cytochemii dodatkowych męskich gruczołów płciowych oraz badaniach układu krwiotwórczego.

Prof. Maciej Latański, jako jeden z pierwszych na świecie, wprowadził metody elektronowo-mikroskopowe do badań nad dodatkowymi męskimi gruczołami płciowymi oraz obserwował komórki wydzielnicze tych gruczołów w różnych warunkach, uwzględniając wpływ szeregu czynników egzo- i endogennych na ich metabolizm. Badał je skomplikowanymi metodami morfologicznymi oraz metodami histochemicznymi zaadaptowanymi do mikroskopii elektronowej. Były to badania wielokierunkowe i pionierskie, a pełne opracowanie ultrastruktury i cytochemii gruczołów opuszkowo-cewkowych i pęcherzyków nasiennych wniosło do wiedzy o tych gruczołach nowe elementy. Badania nad układem krwiotwórczym pozwoliły opracować ultrastrukturalny i cyto-

chemiczny model rozwijających się krwinek czerwonych, mogący być odnośnikiem dla prac eksperymentalnych prowadzonych na tej tkance, bądź też dla patologii klinicznej. W szeregu pracach prof. Maciej Latański badał reakcję układu krwiotwórczego na różne środki ochrony roślin, stwierdzając dużą wrażliwość układu krwiotwórczego na toksyczne działanie tych preparatów. Prof. Maciej Latański wraz z zespołem dokonał niezwykle cennych obserwacji dotyczących oznaczania dawek progowych oraz dynamiki cofania się zmian w granulocytach w zależności od czasu i wielkości dawek stosowanego w doświadczeniu preparatu. Ten cykl prac ma duże znaczenie praktyczne, pozwalające w znacznym stopniu ocenić szkodliwość określonych preparatów i wypracować metody profilaktyki w ich stosowaniu. Należy podkreślić, że w trakcie badań cytotoksycznych prof. Maciej Latański rozwinął wiedzę i metodykę badań cytochemicznych, dotyczącą układu krwiotwórczego zwierząt doświadczalnych.

Odrębną tematykę naukową reprezentują prace z dziedziny medycyny społecznej, początkowo skoncentrowane wokół zagadnień związanych z funkcjonowaniem służby zdrowia na wsi, ze szczególnym zwróceniem uwagi na problemy profilaktyki. Obszerny cykl prac dotyczy zagadnień pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, oceniających m. in. ich przygotowanie do pracy,

system kształcenia w tej specjalności, możliwości diagnostyczne i wyposażenie w aparaturę przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej oraz perspektywy rozwoju medycyny rodzinnej w Polsce.

Działalność naukowo-dydaktyczną prof. Maciej Latałski rozpoczął na III roku studiów w Katedrze Histologii i Embriologii podejmując obowiązki zastępcy asystenta, prowadząc kolejno ćwiczenia, seminaria i wykłady z cy-

Jest autorem kilku monografii z tej dziedziny wiedzy. Od 1991 r. prowadzi wykłady i seminaria dla studentów wszystkich wydziałów AM w Lublinie z dziedziny zdrowia publicznego.

Prof. Maciej Latałski był promotorem 26 ukończonych przewodów doktorskich i opiekunem 8 przewodów habilitacyjnych, pełniąc rolę przewodniczącego w odpowiednich komisjach Rady Wydziału Lekarskiego AM w Lubli-



tologii i ultrastruktury tkanek i narządów. W latach sześćdziesiątych prof. Maciej Latałski był współorganizatorem powstającej w lubelskiej AM Pracowni Mikroskopii Elektronowej, której od 1963 r. był kierownikiem. W czasie pracy w Instytucie Medycyny Wsi koncentrował się na udziale w szkoleniu podyplomowym, organizując seminaria i kursy z zakresu medycyny społecznej i pełniąc funkcję kierownika naukowego tych kursów. Był także przewodniczącym komisji egzaminacyjnych na kursach atestacyjnych.

Od 1991 r. jest kierownikiem Międzywydziałowej Katedry Zdrowia Publicznego, którą to jednostkę organizował od początku – opracowano programy naukowe i dydaktyczne oraz dobrano kadre pomocniczych pracowników naukowo-dydaktycznych. Po utworzeniu specjalizacji z medycyny rodzinnej współpracowywał systemy kształcenia lekarzy rodzinnych i zakres ich kompetencji.

nie. Recenzował 44 rozprawy doktorskie i 12 habilitacyjnych oraz 8 wniosków o tytuł naukowy profesora.

Działalność organizacyjna – od 1974 r. do 1991 r. decyzją Ministra Zdrowia prof. Maciej Latałski kierował Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie, wydatnie przyczyniając się do utworzenia sieci ośrodków zdrowia na wsi, opracowania programu specjalizacji z zakresu medycyny ogólnej i wprowadzenia szkoleń atestacyjnych w tej dziedzinie. Prof. Maciej Latałski, jako dyrektor Instytutu, miał też powierzony nadzór nad podstawową opieką zdrowotną w kraju. Od 1991 r. po wygraniu konkursu, kieruje Międzyzakładową Katedrą i Zakładem Zdrowia Publicznego AM w Lublinie, organizując tę jednostkę od podstaw, tzn. opracowując programy: naukowe i dydaktyczne, dobierając kadre naukowo-dydaktyczną. Jak wspomniano wcześniej, prof. Maciej Latałski jest członkiem założycielem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce,

a w latach 1994-1998, pełnił funkcję konsultanta krajowego w tej dziedzinie. W tym czasie opracowane zostały:

- system kształcenia lekarzy rodzinnych,
- programy specjalizacji w kilku wariantach,
- zakres kompetencji lekarzy rodzinnych.

Za powyższe zasługi w 2001 roku przyznano prof. Maciejowi Latałskiemu tytuł Honorowego Członka Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Prof. Maciej Latałski uczestniczy w pracach kolegiów redakcyjnych 5 czasopism medycznych polskich i 1 zagranicznego); jest członkiem Rad Naukowych w Głównej Bibliotece Lekarskiej, Państwowym Zakładzie Higieny, Instytucie Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu oraz członkiem Prezydium Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, gdzie przewodniczy Zespołowi do spraw Kształtowania Polityki Zdrowotnej. W Polskim Towarzystwie Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego prof. Maciej Latałski jest członkiem Prezydium Zarządu Głównego, a także członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Ogólnej i Rodzinnej. Jest też członkiem Komitetu Epidemiologii i Zdrowia Publicznego PAN.

Przewodniczący Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych w Polsce oraz członek Prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich.

Prof. Maciej Latałski trzykrotnie otrzymywał nagrodę I stopnia Ministra Zdrowia za osiągnięcia w pracy naukowej i organizacyjnej. Posiada też kilka odznaczeń samorządowych, resortowych i państwowych, w tym Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski.

Współpraca prof. Macieja Latałskiego z AM we Wrocławiu, a w szczególności z Kliniką Chorób Wewnętrznych i Zawodowych, datuje się od ponad 25 lat, kiedy to prof. Maciej Latałski wspólnie z prof. Romanem Smolikiem i jego zespołem organizował konferencje i zjazdy naukowe dotyczące zagadnień medycyny pracy i medycyny społecznej, będąc aktywnym ich uczestnikiem oraz propagatorem współpracy międzyuczelnianej w tej dziedzinie. Konsekwencją tych działań były także Karkonoskie Dni Medycyny Społecznej pt. „Ekologia Środowiskowa a Zdrowie” organizowane wspólnie z prof. Józefem Barancewiczem, długoletnim kierownikiem Studium Wojskowego przy AM we Wrocławiu i kierownikiem Ośrodka Naukowego Medycyny Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Jeleniej Górze.

Niezaprzeczalną zasługą prof. Macieja Latałskiego, jako konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, była aktywna i bardzo cenna pomoc przy tworzeniu od podstaw (wspólnie z prof. Andrzejem Steciwko) struktur Zakładu Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu i rozwoju medycyny rodzinnej na Dolnym Śląsku.

W ostatnich latach, dzięki staraniom prof. M. Latałskiego, jako recenzenta wieloletniego programu rządowego „Środowisko a zdrowie” – pięć jednostek Akademii Medycznej we Wrocławiu, tj. Katedra i Klinika Gastrologii, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra i Zakład Higieny oraz Za-

kład Bromatologii, zostało włączonych w realizację tego programu rządowego.

Podkreślić również należy bezsprzeczne zasługi prof. Macieja Latałskiego dla różnorodnych prac legislacyjnych nad ustawami regulującymi działalność ochrony zdrowia w okresie transformacji ustrojowej. Swoją ciężką i często niedocenianą pracą przyczynił się m. in. do uchwalenia Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej i Ustawy o Służbie Medycyny Pracy.

Prof. Maciej Latałski jako Rektor AM w Lublinie współ z władzami naszej i innych uczelni medycznych w Polsce aktywnie starał się o przywrócenie odpowiedniego statusu akademiom medycznym i włączenie w ich struktury szpitali klinicznych, co zaowocowało odpowiednią nowelizacją Ustawy o Szkolnictwie Wyższym, z mocą wykonawczą od 21 października 2001 r.



WYSTĄPIENIE OKOLICZNOŚCIOWE
prof. dr hab. dr Macieja Latałskiego
– Doktora Honoris Causa Akademii Medycznej
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Magnificencjo,
Wysoki Senacie,
Dostojni Profesorowie,
Szanowni Państwo

Serdecznie dziękuję za tak ogromne wyróżnienie honorowym tytułem doktora. To wielki dla mnie zaszczyt, że poprzez ten fakt staję się członkiem społeczności akademickiej tak wspaniałej uczelni, jaką jest Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

To, że dostałem tego zaszczytu, jest zasługą także wspaniałych osób, które spotkałem na swej drodze życiowej i zawodowej.



Równy przed pięćdziesięciu laty rozpocząłem studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie. Był rok 1953 – ledwie osiem lat od zakończenia wojny. Lublin nie miał tradycji nauczania medycyny. Region był ubogi w kadrę medyczną jeszcze w okresie przedwojennym. (r. 1938). W tamtych latach w Polsce było 12 917 lekarzy, co w odniesieniu do liczby ludności dawało wskaźnik 3,7 lekarza na 10 tys. mieszkańców. W woj. lubelskim ten wskaźnik był jeszcze o połowę niższy niż średnio w kraju i wynosił 1,8 lekarza na 10 tys. mieszkańców. W wyniku zagłady ludności polskiej w latach 1939-1944/45 ten stan rzeczy uległ dalszemu pogorszeniu.

W tej sytuacji powołany Wydział Lekarski Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej był tworzony przez postacie z dziedziny nauk medycznych, wywodzące się z innych ośrodków.

Był wśród nich profesor Stanisław Grzycki, Lwowianin, uczeń prof. Szymonowicza z Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Na wojennej drodze zatrzymał się w Lublinie wraz z kilkoma innymi Lwowiakami: fizjologiem Wiesławem Hołobutem, chirurgiem Tadeuszem Jacyną-Onyszkiewiczem, czy okulistą Tadeuszem Krwawiczem.

Inni poszli za frontem dalej, w większości osiedlając się tutaj, we Wrocławiu. To właśnie prof. Stanisław Grzycki przyjął mnie w roku 1956 do pracy w swojej Ka-

tedrze Histologii i Embriologii – studenta III roku studiów lekarskich. Nie był to ewenement. Studenci wyższych lat studiów podejmowali pracę w jednostkach uczelnianych, prowadząc zajęcia z młodszymi kolegami. Pracowaliśmy jako tzw. zastępcy asystenta.

Zainteresowałem się histologią i to zainteresowanie prócz motywów ekonomicznych było przyczyną szukania zatrudnienia właśnie w tym Zakładzie. Histologia jest nauką barwną w przenośni i dosłownie. Oglądane pod mikroskopem żywo barwione tkanki często przypominają obrazy największych mistrzów malarstwa dekoracyjnego i abstrakcyjnego.

Prof. Stanisław Grzycki umiał rozwinąć moje zainteresowania do tego stopnia, że po ukończeniu studiów pozostałem w tym Zakładzie. Nauczył mnie poruszania się w piśmiennictwie naukowym, nauczył planowania i prowadzenia badań, formułowania wniosków. Ukształtował mnie jako pracownika naukowo-dydaktycznego. Tutaj uzyskałem doktorat i habilitację. Pracowałem do roku 1974, zajmując kolejne szczeble w systemie stanowisk akademickich.

Przyszedł rok 1974. Na początku tegoż to roku otrzymałem – jak to się mówi potocznie – „propozycję nie do odrzucenia” ze strony Ministerstwa Zdrowia. Przeszedłem do Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi zosta-

jąc z woli ówczesnego ministra, dyrektorem tej resortowej placówki.

Nie zerwałem jednak formalnych związków z macierzystą Uczelnią. Miałem duże obawy przed tym, dla mnie nowym wyzwaniem, głównie z powodu braku wiedzy w tych zagadnieniach, ale odmowa w tamtych czasach nie wchodziła w rachubę.

Stanąłem przed koniecznością nauczenia się dwóch dziedzin: medycyny pracy i organizacji ochrony zdrowia.

I tutaj wymieniam kolejne nazwiska tych, których wiedza, umiejętności i życzliwość miały dla mnie olbrzymie znaczenie.

Medycyna pracy – to głównie prof. Roman Smolik z tutejszej Akademii Medycznej. Kontakty osobiste, udział w zjazdach, sympozjach, a nawet zwykłych naradach pozwoliły mi na odebranie od Pana Profesora podstawowej edukacji z tego działu medycyny. Prof. R. Smolik brał pośredni udział w badaniach populacji prowadzonych na terenie Lubelszczyzny. Dobór metod badawczych, wybór najistotniejszych czynników ryzyka w zakresie ich wpływu na stan zdrowia badanych – jego doświadczenia w tym względzie były tutaj podstawą, a Instytut w tych badaniach szeroko uczestniczył.

Organizacja ochrony zdrowia – to druga dziedzina, jaką musiałem poznać. Tutaj istotną rolę w moim zawodowym życiu odegrał prof. Janusz Indulski z Łodzi. Zgłębianie tej wiedzy zaowocowało specjalizacją z medycyny społecznej – dziś odpowiednio zdrowia publicznego. Z tej dziedziny przyszło mi zajmować się głównie problemami podstawowej opieki zdrowotnej. Przebijać się trzeba było z uznaniem należnego miejsca tego ogniska w systemie ochrony zdrowia, zdobywaniem prawa obywatelstwa najpierw dla medycyny ogólnej, a następnie medycyny rodzinnej, co czyniliśmy m. in. z obecnym Ministrem Zdrowia doktorem Markiem Balickim, również członkiem założycielem Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

Formalne kwalifikacje i zdobyte w Instytucie doświadczenia dały mi legitymację do ubiegania się w drodze konkursu o stanowisko kierownika Międzywydziałowej Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego, które objąłem w 1991 r.

Wymieniłem tylko bardzo wąskie grono osób, którym naprawdę dużo zawdzięczam. Takich ludzi było znacznie więcej, ale nie sposób wymienić wszystkich.

Mam tę satysfakcję, że moja praca na ogół przynosiła efekty, co jest jakąś formą spłaty długu wdzięczności z mojej strony dla tych ludzi.

Na zakończenie proszę mi pozwolić na wątek osobisty. Nie byłoby tych efektów, a także dzisiejszego zaszczytu odbioru dyplomu doktora honoris causa Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdyby nie to, że w dotychczasowym życiu w zdecydowanym stopniu mogłem się skupić na pracy zawodowej, niezależnie od tego, jaki ona miała czy ma obecnie charakter. A to zawdzięczam mojej żonie, która wzięła na siebie ciężar obowiązków domowych, godząc je umiejętnie z wykonywaniem zawodu, kosztem jednak dużego wysiłku.

Dziękuję bardzo.

Godności doktora honoris causa nadane dotychczas pracownikom AM w Lublinie w innych uczelniach

Prof. zw. dr hab. dr h. c. Stanisław Grzycki
■ Śląska Akademia Medyczna w Katowicach – 1975 r.

Prof. zw. dr hab. dr h. c. Mieczysław Kędra
■ Wojskowa Akademia Medyczna w Łodzi – 1975 r.

Prof. zw. dr hab. dr h. c. Tadeusz Krwawicz
■ Uniwersytet im. I. P. Semmelweisa w Budapeszcie
– 1976 r.

**Prof. zw. dr hab. dr h. c. mult.
Zdzisław Kleinrok**
■ Uniwersytet w Tartu – 1991 r.
■ Śląska Akademia Medyczna w Katowicach – 1996 r.
■ Otwarty Instytut Medycyny Komplementarnej
w Monachium – 1999 r.

Prof. zw. dr dr h. c. Józef Parnas
■ Akademia Weterynaryjna w Brnie – 1949 r.

Prof. zw. dr hab. dr h. c. mult. Radziszław Sikorski
■ Uniwersytet im. O. O. Bohomolca w Kijowie – 1998 r.
■ Uniwersytet w Odessie – 1999 r.
■ Uniwersytet w Ługańsku – 2000 r.


Fotografowali:

**Paweł Golusik/AM we Wrocławiu
Bartek Sadowski/Gazeta Wrocławska**



W imieniu społeczności akademickiej, licznego grona czytelników oraz własnym, składamy z tej okazji Jego Magnificencji Rektorowi prof. dr hab. dr h. c. Maciejowi Latałskiemu najserdeczniejsze gratulacje i życzenia zdrowia, szczęścia oraz wszelkiej pomyślności, jak również wielu lat dalszej, owocnej działalności dla dobra Uczelni, medycyny akademickiej i polskiego systemu ochrony zdrowia.

Red.


MINISTER ZDROWIA
 NS-ED/DH/003

Warszawa, dnia 12.03.2003 r.

Pan
 Prof. dr hab. Maciej Latański
 Rektor
 Akademii Medycznej
 w Lublinie

Wenero, Pani Rektoro,

Z okazji nadania Panu Profesorowi przez Akademię Medyczną we Wrocławiu tytułu Doktora Honoris Causa, bardzo proszę o przyjęcie serdecznych gratulacji, wyrazów szacunku i uznania.

Wielki dorobek naukowy i dydaktyczny ale także organizacyjny Pana Profesora, czego dowodem jest ponowny wybór na Rektora Akademii Medycznej w Lublinie jak również wybór w roku ubiegłym na Przewodniczącego Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych w Polsce, przyczynił się do uznania autorytetu Pana Profesora w środowisku medycznym.


Jest dla nas wszystkich wielką satysfakcją, że wśród czołowych postaci polskiej medycyny, są ludzie tacy jak Pan Profesor – naukowiec, organizator i lekarz reżujący zdrowie i życie człowieka.

Jestem głęboko przekonany, że uczniowie, którym Pan Profesor przekazuje wiedzę i humanistyczne ideały zawodu lekarza, dołożą wszelkich starań aby być godnymi swego Nauczyciela.

Reż jeszcze składam Panu Profesorowi serdeczne gratulacje i sadzę, że nadal będzie Pan służyć medycynie i społeczeństwu swoją wiedzą i doświadczeniem

z
pani rektor

 Marek Białek


REKTOR AKADEMII MEDYCZNEJ
 w Warszawie

Warszawa, 05.03.2003 r.

Jego Magnificencja Rektor
 Akademii Medycznej w Lublinie
 prof. dr hab. Maciej LATAŃSKI

Magnificencjo,
 Wielce Szanowny Panie Profesorze,

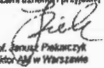
Uprzejmie proszę o przyjęcie następujących gratulacji Senatu, Społeczności Akademii Medycznej w Warszawie oraz moich własnych, z okazji nadania Panu zaszczytnego tytułu Doktora Honoris Causa - Akademii Medycznej we Wrocławiu.


Z wielką radością i osobistą satysfakcją przyjęłam Pana Profesorowi wyraz najwyższego uznania w związku z uhonorowaniem Pana tym wspaniałym tytułem, będącym zwieńczeniem wybitnych osiągnięć, które stały się Pana udziałem w medycynie.

Jest Pan Profesor uznany i niezwykle cenionym autorytetem w dziedzinie zdrowia publicznego, medycyny rodzinnej oraz chorób cywilizacyjnych, z Polskiej wiedzy i doświadczenia, bezpodważnie i pogawędzanie Pana publikacje naukowe, czcenią kolejnych pokoleń studentów, młodych lekarzy i naukowców.

Będąc - drugą już kadencją - Rektorem Akademii Medycznej w Lublinie, jest Pan Profesor Przewodzącym Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, w której mam wielką przyjemność i przyjemność z Panem współpracować. Są to spójne do tego przynależności i aktywne udział Pana Profesora w wielu organizacjach i stowarzyszeniach o charakterze naukowym oraz społecznym - uzyskujemy pewne wyobrażenie o skali Pana twórczego potencjału, którym tak szczerze chce i potrafi się Pan dzielić.

Doktorat Honoris Causa nadany przez Akademię Medyczną we Wrocławiu - to wielki sukces osobisty Pana Profesora, to również splendor dla Pana młodszej Uczelni - Akademii Medycznej w Lublinie, z którą jest Pan związany od początku swojej drogi zawodowej i naukowej. Życzymy Panu Profesorowi wielu znakomych sukcesów oraz radości spełnienia we wszystkich dziedzinach aktywności naukowej, dydaktycznej i społecznej, które są i jeszcze będą Pana udziałem.

Z wyrazami uznania i przyjaźni,

 prof. Janusz Polakowicz
 Rektor UAM w Warszawie


WOJEWODA LUBELSKI
 Andrzej Kurowski

Jego Magnificencja
 prof. dr hab. Maciej Latański
 Rektor
 Akademii Medycznej w Lublinie

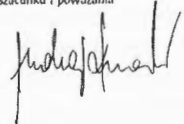
Magnificencjo, Szanowny Panie Rektorze,

proszę przyjąć wyrazy serdecznych gratulacji i wielkiego uznania z okazji nadania Panu Profesorowi tytułu doktora honoris causa przez Akademię Medyczną we Wrocławiu.


Z ogromną satysfakcją przyjmuję fakt uhonorowania Pana Profesora tą najwyższą godnością akademicką. To piękny obyczaj, kiedy po latach pracy, doświadczeń i zmagania na polu nauki spotykają się ludzie, których łączą wspólne zainteresowania i cele, kiedy oddając należne wyrazy uznania, podkreślają swoją łączność ze swoim Mistrzem, Nauczycielem i Wychowawcą.

Ten Dzień i zaszczytny tytuł doktora honoris causa, nadany przez Uczelnię, z którą współpracuje Pan Profesor od ponad czterdziestu lat, jest wyrazem zasług Pana Profesora dla rozwoju nauk medycznych, a zwłaszcza organizacji opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego.

Gratulując też jeszcze godności, którą został Pan Profesor uhonorowany, składam najserdeczniej życzenia dalszych osiągnięć naukowych i dydaktycznych, pomnażania prac naukowych oraz dalszego rozwoju kierowanej przez Pana Profesora Akademii Medycznej w Lublinie. Proszę też przyjąć serdeczne życzenia zdrowia i wszelkiej osobistej pomyślności.

Z wyrazami szacunku i powzania


Lublin, dnia 14 marca 2003 r.


 REKTOR
 UNIVERSITATIS IAGELLONICAE
 CRACOVENSIS



Kraków, 14 marca 2003 roku

Wielce Szanowny Panie Profesorze,

Z wielką radością przyjęłam wiadomość o decyzji Senatu Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu przyznającej Panu Profesorowi godność Doktora Honoris Causa.

To najwyższe akademickie wyróżnienie przyznano znakomitemu Uczonowi, Specjaliście w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych, zachowaniu zdrowotnych dzieci i młodzieży oraz medycznego i społecznego wymiaru urazów. Idzie ono również w ślad za zasługami Pana Profesora dla procesu dydaktycznego, który pozwolił wykształcić kolejne pokolenia medycznej kadry naukowej.

W imieniu własnym oraz całej Wspólnoty Akademickiej Uniwersytetu Jagiellońskiego pragnę przekazać na ręce Pana Profesora następujące gratulacje oraz życzenia zdrowia i pomyślności w spełnianiu wszelkich planów.

Z wyrazami szacunku


 Prof. dr hab. Przemysław Zieliński

Szanowny Pan
 Prof. dr hab. Maciej Latański
 Doktor Honoris Causa
 Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu



Warszawa, 2003-03-13

Jego Magnificencja Rektor
Prof. Maciej Latański
Akademia Medyczna
w Lublinie

Magnificencjo,

W związku z nadaniem Waszej Magnificencji zaszczytnego tytułu doktora honoris causa przez Akademię Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z przyjemnością przesyłam - w imieniu Komitetu Badań Naukowych i własnym - bardzo serdeczne gratulacje i wyrazy uznania.

Cieszymy się, że to najwyższe wyróżnienie akademickie zostało przyznane Panu, jako wybitnemu polskiemu uczonemu i lekarzowi, wielo-założonemu dla rozwoju nauki i medycyny, w szczególności w zakresie histologii, medycyny społecznej i ochrony zdrowia publicznego.

Proszę przyjąć najlepsze życzenia wielu dalszych sukcesów, dobrego zdrowia i wszelkiej pomyślności.

Ogromnie żałuję, że nie będę mógł uczestniczyć w uroczystości promocyjnej we Wrocławiu.

Z pozdrowieniami i wyrazami głębokiego szacunku

LUBELSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE
Societas Scientiarum Lublinensis
- F R E Z E S -



Lublin, dn. 14 marca 2003 r.
Plac Lotników, 2 20-040 LUBLIN
Tel./fax (081) 532-13 00

JM
Prof. dr hab. n. med. Leszek Paradowski
Rektor
Akademii Medycznej
we Wrocławiu

JM Rektorze oraz Wysoki Senacie
Wrocławskiej Uczelni Medycznej

W imieniu lubelskiego gremium akademickiego pozwalamy sobie przekazać słowa niemałej satysfakcji w związku z nadaniem zaszczytnego tytułu doktora honoris causa - wybitnemu profesorowi i wyróżniającemu się członkowi naszej społeczności - prof. dr. hab. n. med. Maciejowi Latańskiemu.

To piękny tytuł, przekazany profesorowi o godnym charakterze i wyróżniającej się akademickiej działalności.

Z wyrazami szacunku

Sekretarz Generalny

prof. dr hab. Marian Wielosz

prof. dr hab. Edmund K. Prost

00 - 000 224

141 PINKSI 1 - 042 22 427 7925 . 2 7547 . 0002 10 00 000 1



Warszawa, dnia 14 marca 2003 r.

Komisja Zdrowia

Pan
Prof. dr hab. n. med. Maciej Latański

Wielce Szanowny Panie Profesorze
Czcigodny Doktorze Honoris Causa!

Z okazji uzyskania zaszczytnego tytułu Doktora Honoris Causa składam Panu Profesorowi serdeczne gratulacje.

Cieszą się wraz z Panem i Panią Bliskimi, a także Pana uznaniami, tak znaczącym uwieńczeniem zawodowych, dydaktycznych i naukowych dokonań Pana Profesora. Działania Pana Przewodniczącego na rzecz zdrowia publicznego oraz medycyny rodzinnej budzą powszechny szacunek.

Niech mi wolno będzie do gratulacji dołączyć serdeczne życzenia wszelkiego powodzenia i pomyślności nie tylko w działalności zawodowej, ale także w życiu osobistym.

Przewodnicząca Komisji

Barbara Błotnicka-Fajrowska



REKTOR
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO

Znak: RKR-041-51/03

Lublin, dnia 14 marca 2003 r.

Magnificencjo
Wielce Szanowny Panie Rektorze,

Z dzisiejszych doniesień prasowych dowiedziałem się o uhonorowaniu Pana Rektora przez Akademię Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaszczytnym tytułem doktora honoris causa tej Uczelni. Spieszę zatem, by w imieniu Senatu Akademickiego, całej społeczności uniwersyteckiej KUL oraz swoim własnym złotym Magnificencji najserdeczniejsze gratulacje. Pragnę zapewnić, że dzielimy z Panem Rektorem radość z nadania tej najwyższej godności akademickiej, która jest wyrazem uznania dla naukowych osiągnięć i zasług Pana Profesora w dziedzinie nauk medycznych. Z całego serca życzę by dalsze lata były bogate w twórcze dokonania i przyniosły Panu Rektorowi wiele satysfakcji.

Z wyrazami głębokiego szacunku
i przyjacielskim pozdrowieniem

Rektor

Ks. prof. dr hab. Andrzej Szostek

Jego Magnificencja
Prof. Dr hab. Maciej Latański
DOKTOR HONORIS CAUSA
Akademii Medycznej
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

AL. RACIAŃSKIE 14, 20-040 LUBLIN, SKR. POCHT. 129, TEL. +48 81 4454120, 4454131, FAX +48 81 4454124

Profesor Feliks Skubiszewski

Patron naszej Uczelni

**Wiedza oraz zdolności
manualne ułatwiały Mu
wykonywanie licznych operacji
i to w przypadkach dla innych
beznadziejnych. Dokonał wielu
udanych zabiegów
operacyjnych, zyskawszy sławę
wybitnego chirurga.
Odznaczał się niezwykle
pracowitością i rzetelnością.
W każdym zamiarze cechowały
Go zapał i poświęcenie.**

DR N. FARM. ANDRZEJ WRÓBEL
MIĘDZYWYDZIAŁOWY ZAKŁAD HISTORII NAUK MEDYCZNYCH
AM W LUBLINIE

Wiedza oraz zdolności manualne ułatwiały Mu wykonywanie licznych operacji i to w przypadkach dla innych beznadziejnych. Dokonał wielu udanych zabiegów operacyjnych, zyskawszy sławę wybitnego chirurga. Odznaczał się niezwykle pracowitością i rzetelnością. W każdym uczynku cechowały Go zapał i poświęcenie. Wielką zasługą Profesora, znakomitego chirurga i klinicysty, świetnego organizatora, jest postawienie na wysokim poziomie lecznictwa chirurgicznego na Lubelszczyźnie. W okresie wieloletniej pracy, wychował liczne grono znakomitych wykształconych chirurgów. Kilku z nich kieruje klinikami, jak również oddziałami chirurgicznymi wielu szpitali. Był wychowawcą kilku pokoleń młodzieży akademickiej.

Feliks Skubiszewski urodził się 15 maja 1895 r. w Czemiernikach, w powiecie lubartowskim na Lubelszczyźnie. Ojciec – Marcin Skubiszewski, był przedwojennym działaczem w Czemiernikach. Matka – Józefa z Kowalskich,



Patron Uczelni

Prof. dr hab. dr h. c. Feliks Skubiszewski

Pierwszy Rektor lubelskiej Akademii Medycznej w latach 1950-1954

proceeding jointly with her husband a three-hectare farm. Feliks grew up with his family in a three-story house, under the supervision of his parents.

Starszy brat – Ludwik Skubiszewski, był doktorem medycyny i późniejszym profesorem (do 1939 r.) w Katedrze Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Poznańskiego. Po wysiedleniu z Poznania, podczas okupacji prof. Ludwik Skubiszewski przebywał z rodziną w Międzyrzeczu Podlaskim, sprawując tam urząd dyrektora szpitala miejskiego i praktykując jednocześnie jako lekarz internista.

Siostra Janina, po mężu Gorzowska, lekarz stomatologii i doktor medycyny, pracowała do 1939 r. w Poznaniu. W okresie okupacji przebywała w domu rodzinnym Skubiszewskich w Czemiernikach i tam praktykowała. Po wyzwoleniu powróciła do Poznania, podobnie jak brat Ludwik, gdzie oboje pracowali aż do wybuchu wojny. Druga siostra – Cecylia, po mężu Abramowicz, prowadziła wraz z rodzicami gospodarstwo rolne w Czemiernikach.

Wczesne dzieciństwo oraz lata szkoły powszechnej spędził dorastający Feliks w domu rodzinnym, pomagając rodzicom w prowadzeniu gospodarstwa. Świadectwo dojrzałości uzyskał w czerwcu 1914 r. w Lublinie. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim w Moskwie. Miał tam krewnych, którzy pomagali Mu w okresie studiów, lecz podstawą Jego utrzymania były wówczas udzielane korepetycje. Na ostatnim roku medycyny studiował w Kijowie, gdzie w 1919 r. uzyskał dyplom lekarski. Po powrocie do kraju, w czerwcu 1920 r., nostryfikował dyplom w Uniwersytecie Warszawskim.

Pracę zawodową rozpoczął jeszcze przed nostryfikacją dyplomu, w maju 1920 r., jako elew w I Klinice Chirurgii Operacyjnej Uniwersytetu Warszawskiego, kierowanej przez prof. dr Leona Kryńskiego (1866-1931). Jednocześnie do końca 1920 r. był młodszym ordynatorem Oddziału Chirurgicznego Szpitala Czerwonego Krzyża nr 3 w Warszawie. W tym czasie pełnił także obowiązki lekarza w V Stacji Opieki Społecznej oraz lekarza w żłobku dla dzieci. W 1921 r. był demonstratorem w Katedrze Anatomii Topograficznej i Chirurgii Operacyjnej, kierowanej przez wspomnianego prof. L. Kryńskiego. Dodatkowo pracował w Katedrze Anatomii Patologicznej UW, pod kierunkiem prof. dr Józefa Hornowskiego (1874-1923). W roku akademickim 1921/1922 był starszym asystentem w Katedrze Anatomii Opisowej Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie.

Od listopada 1921 r. do końca 1924 r., był starszym asystentem Kliniki Chorób Nerwowych UW, kierowanej przez prof. Kazimierza Orzechowskiego (1878-1942). W tym czasie, po raz pierwszy ogłosił kilka prac z zakresu neurologii, z których dwie zostały opublikowane w Paryżu: „O przysadce mózgowej”, („Revue neurologique”, T I, nr 4, 1924), oraz „O polineurytach ciężowych”, (op. cit., T II, nr 3, 1925). W 1922 r. został członkiem Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Dotychczasowy okres pracy zawodowej i naukowej został uwieczniony obroną dysertacji doktorskiej. Dyplom

doctoris medicinae universae odebrał 18 października 1924 r. z rąk rektora UW prof. Franciszka Krzysztalowicza (1868-1931).

W styczniu 1925 r. został wybrany na czynnego członka Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. W tym samym roku otrzymał propozycję pracy od znakomitego chirurga, prof. Antoniego Tomasza Aleksandra Jurasza 1939 r., którą to propozycję natychmiast przyjął. W związku z tym, przeniósł się do Poznania i rozpoczął pracę jako starszy asystent w Klinice Chirurgii Uniwersytetu Poznańskiego, kierowanej przez A. T. A. Jurasza.

7 lipca 1931 roku Senat Uniwersytetu Poznańskiego przyjął uchwałę, na mocy której dr Feliks Skubiszewski został habilitowany jako docent chirurgii Wydziału Lekarskiego UP. Tematem rozprawy habilitacyjnej były „Późne zmiany anatomopatologiczne trzustki w następstwie

Szanował współpracowników, umiał okazać im wdzięczność za wspólnie wykonywaną pracę. Stwarzał wokół siebie atmosferę życzliwości i spokoju, będąc jednocześnie szefem nadzwyczaj wymagającym

jej martwicy. Odnowa wysepek Langerhansa”. W 1931 roku został także wybrany na członka Towarzystwa Chirurgów Polskich (w latach późniejszych został członkiem honorowym). Po wybuchu II Wojny Światowej pracował w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie.

Lata okupacji (1940-1944) spędził w Puławach, gdzie pracował jako chirurg i jednocześnie dyrektor Szpitala Powiatowego św. Karola. Pierwszą operację wykonał w tym szpitalu 23 stycznia 1940 r. W tym okresie, narażając własne życie, nieustraszenie i niestrudzenie ratował je innym, najbardziej potrzebującym – rannym partyzantom. We wrześniu 1944 r. wstąpił do Wojska Polskiego, w stopniu majora. Do końca lipca 1945 r. pełnił kolejno funkcje: chirurga Departamentu Służby Zdrowia, głównego chirurga w 64 Szpitalu Ewakuacyjnym i od jesieni 1944 r. – kierownika Oddziału Chirurgicznego Szpitala Okręgowego nr 2 w Lublinie.

23 października 1944 r. powołany został do życia Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie. W organizowanie nowo utworzonego Wydziału Lekarskiego, a w je-

go ramach II Kliniki Chirurgicznej aktywnie włączył się były docent Uniwersytetu Poznańskiego – Feliks Skubiszewski. Klinika Chirurgiczna była organizowana na bazie Szpitala św. Wincentego á Paulo, przy ul. Staszica 16 w Lublinie. Została otwarta 1 listopada 1944 r., i od tego momentu aż do 30 września 1965 r. (do przejścia Profesora na emeryturę) kierował nią osobiście. Po zorganizowaniu Wydziału Lekarskiego UMCS, Profesor rozpoczął wykłady kliniczne z chirurgii.

1 listopada 1944 r. został mianowany profesorem nadzwyczajnym Katedry Chirurgii Wydziału Lekarskiego. W roku akademickim 1945/1946 był dziekanem tegoż wydziału, zaś w latach 1947/1948 prorektorem UMCS. 24 sierpnia 1948 r. został mianowany profesorem zwyczajnym.

25 maja 1948 r. wstąpił w szeregi PPS, a od 2 czerwca 1949 roku (po Zjeździe Zjednoczeniowym) – był członkiem PZPR.

Aktywną działalność naukowo-lekarską w Lublinie rozpoczął w 1945 r. od członkostwa w Lubelskim Towarzystwie Lekarskim. Na posiedzeniach Towarzystwa wygłaszał liczne odczyty i demonstrował ciekawe przypadki kliniczne. W latach 1944-1946 był wiceprezesem, a w latach 1947-1948 – prezesem LTL. Za wkład w rozwój i działalność naukową oraz organizacyjną Towarzystwa, został w 1950 r. jego członkiem honorowym.

W latach 1946-1947 był członkiem Państwowej Rady Zdrowia oraz członkiem Wydziału Szpitalnictwa Ministerstwa Zdrowia, a także długoletnim przewodniczącym Komisji Socjalnej i Zdrowia KW PZPR w Lublinie.

W listopadzie 1949 r. został powołany na współpracownika Komisji Klinicznej i Doświadczalnej Polskiej Akademii Umiejętności. Z dniem 1 stycznia 1950 r. został mianowany pierwszym rektorem nowo utworzonej szkoły wyższej w Lublinie – Akademii Lekarskiej, przemianowanej następnie z dniem 3 marca 1959 r. na Akademię Medyczną (powstała z Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego UMCS). Urząd rektora sprawował do 30 września 1954 r.

W tym czasie zawarł związek małżeński z Wandą Średnicką urodzoną w Poznaniu 30 listopada 1910 r. Żona posiadała wykształcenie ogólne (szkoła żeńska). Znała biegle język niemiecki słabo francuski. Zmarła 6 sierpnia 1991 r., w 10 lat po śmierci Profesora.

Profesor Feliks Skubiszewski, poza pracą w Akademii, pełnił dodatkowo szereg funkcji związanych z wykonywanym zawodem. Mianowany został m. in. specjalistą wojewódzkim w zakresie chirurgii dla województwa lubelskiego (od 1947 r. do maja 1974 r.). W dniu 5 kwietnia 1974 r. otrzymał podziękowanie z rąk wiceministra zdrowia doc. dr hab. Józefa Grendy, za wkład pracy wniesiony w usprawnianie organizacji i podnoszenie poziomu fachowego leczenia chirurgicznego. Otrzymał również podziękowanie od wojewody lubelskiego mgr Ryszarda Wójcika, za pracę na stanowisku konsultanta wojewódzkiego (17 kwietnia 1974 r.).

W latach 1956-1962 pełnił funkcję prezesa Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Został obdarzony godnością członka honorowego Towarzystwa Chirurgów Polskich i Lubelskiego Towarzystwa Naukowego. Należał również do zagranicznych towarzystw

naukowych: Société Internationale de Chirurgie oraz Membre emérite Société Internationale de Chirurgie.

Po zorganizowaniu Przychodni Chirurgicznej przy Szpitalu Klinicznym, pracował w niej przez trzy godziny dziennie (również po przejściu na emeryturę) do 1 grudnia 1967 r.

Pismem ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 4 sierpnia 1965 r. rozwiązano z Profesorem stosunek służbowy o pracę z dniem 30 września 1965 r. Dnia 1 października 1965 r. przeszedł na emeryturę i odpowiednim pismem ministra otrzymał z tytułu zasług rentę specjalną. Był wybitnym chirurgiem. Położył wielkie zasługi w wychowywaniu i kształceniu nowych kadr naukowych. Pod jego kierunkiem doktoryzowało się 12 osób, z tej grupy 2 osoby uzyskawszy habilitację zostały samodzielnymi pracownikami naukowymi, natomiast 30 lekarzy uzyskało specjalizację z zakresu chirurgii.

Za całokształt pracy oraz za działalność społeczną, udekorowany został licznymi odznaczeniami. Dwukrotnie odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi. Ponadto otrzymał: Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Medal X-lecia Polski Ludowej, Odznakę „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1959), Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, Order Sztandaru Pracy I klasy, Odznakę „Zasłużonemu dla Lubelszczyzny”.

Dnia 22 maja 1975 r. podczas uroczystego posiedzenia Senatu Akademii Medycznej w Lublinie, wieńczącego obchody 30-lecia powołania Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego – nadano Profesorowi zaszczytny tytuł doktora honoris causa.

Miał szerokie wykształcenie humanistyczne; interesował się literaturą, historią literatury, filozofią (studiował dzieła T. Tatarkiewicza). Biegle posługiwał się dwoma językami: rosyjskim i francuskim, słabiej znał niemiecki i angielski. Lubił muzykę; bywał na koncertach w Filharmonii Lubelskiej. Zimą wyjeżdżał w góry, do Zakopanego, a latem nad morze – w okolice Trójmiasta.

Był człowiekiem niezwykle dowcipnym, ciekawym świata i ludzi. Lubił przebywać w dobrym towarzystwie – niemal codziennie zapraszał asystentów na domowy obiad lub kolację. Na zjazdy naukowe wyjeżdżał zawsze w towarzystwie asystentów, wtedy to jeden dzień należał zawsze do Profesora – zapraszał współpracowników do najlepszej restauracji na obiad, kawę, ciastka, słodczyce... Szanował współpracowników, umiał okazać im wdzięczność za wspólnie wykonaną pracę. Zawsze był gotowy do niesienia pomocy innym. Stwarzał wokół siebie atmosferę życzliwości i spokoju, będąc jednocześnie szefem nadzwyczaj wymagającym.

Był przede wszystkim lekarzem praktykiem, toteż Jego badania naukowe miały również walory wybitnie praktyczne (chirurgia tarczycy, żołądka, woreczka żółciowego, trzustki).

Zmarł 17 maja 1981 r. w Lublinie, przeżywszy 86 lat. Zgodnie z wolą Zmarłego, Jego ciało spoczęło na cmentarzu w rodzinnych Czemiernikach.

Więcej materiałów, poświęconych Osobie Patrona Uczelni Profesora Feliksa Skubiszewskiego, zamieścimy w kolejnym numerze „Alma Mater”

Półwiecze Mistrza

Jak zwykle, okazją do oceny dokonań zawodowych, analizy czy podsumowań działalności naukowej są w życiu wybitnych indywidualności okrągłe daty dokumentujące ważne etapy ich aktywności.

W mojej opinii do takich postaci należy Profesor Paweł Misiuna, którego całe życie zawodowe jako chirurga, naukowca, dydaktyka związane jest nierozdzielnie z historią Akademii Medycznej w Lublinie.

PROF. DR HAB. MED. GRZEGORZ WALLNER

II KATEDRA I KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ
AM W LUBLINIE

Okazją do próby przybliżenia czytelnikom Alma Mater sylwetki profesora Pawła Misiuny jest jego spotkanie benefisowe, z udziałem Rodziny profesora, członków Towarzystwa Chirurgów Polskich, przyjaciół i współpracowników profesora w Lubelskim Towarzystwie Naukowym, poświęcone jubileuszowi 50-lecia Jego pracy zawodowej w Akademii Medycznej w Lublinie. Dokładnie w dniu 28 lutego 2003 roku, w którym odbyło się posiedzenie Lubelskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich upłynęło pół wieku od podjęcia przez prof. P. Misiunę, wtedy jeszcze studenta czwartego roku, pracy w Klinice Chirurgii Ogólnej.

Prof. Paweł Misiuna urodził się 15 stycznia 1928 roku w Tajkourach na Wołyniu. Wojenne losy sprawiły, że wraz z rodziną jako 15-letni chłopiec musiał uciekać z rodzinnej miejscowości. Od 1945 roku mieszkał w Chełmie, tam też w 1949 roku uzyskał świadectwo dojrzałości w Liceum Ogólnokształcącym im. Stefana Czarnieckiego. Również w 1949 roku rozpoczął studia medyczne na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Poczynając od drugiego roku studiów prof. P. Misiuna jako wolontariusz aktywnie włączył się w pracę dydaktyczną w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka.

W 1954 roku uzyskał dyplom lekarza medycyny i już jako absolwent Akademii Medycznej w Lublinie całkowicie poświęcił się pracy chirurga w II Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, kierowanej wtedy przez pierwszego rektora Akademii Medycznej w Lublinie, prof. dr hab. Feliksa Skubiszewskiego. Kolejne etapy rozwoju zawodowe-



Prof. zw. dr hab. n. med. Paweł Misiuna



go, jako chirurg prof. P. Misiuna dokumentuje uzyskaniem I stopnia specjalizacji z chirurgii ogólnej w 1957 roku, a następnie II stopnia z chirurgii ogólnej w 1962 roku.

Z osobą profesora F. Skubiszewskiego związany był także szybki rozwój naukowy prof. P. Misiuny. W 1963 roku



na podstawie rozprawy doktorskiej „Badania nad procesem wgnijania się protez naczyniowych” prof. F. Skubiszewski promował prof. P. Misiunę na stopień doktora nauk medycznych. Tematyka naczyniowa była również podstawą rozprawy habilitacyjnej prof. P. Misiuny. W 1969 roku na podstawie całego dorobku naukowego i rozprawy „Odtworzenie szyjnego odcinka przełyku za pomocą protez i wolnych przeszczepów jelitowych” Rada Wydziału Lekarskiego nadała mu stopień doktora habilitowanego w zakresie medycyny. Problematyka naczyniowa wytycza-



ła Jego aktywność zawodową przez następne lata. Jako docent objął w 1971 roku kierownictwo nowo utworzonej Kliniki Chirurgii Naczyń. Prof. Paweł Misiuna był jej organizatorem, animatorem aktywnego rozwoju naukowego nowej specjalności klinicznej, a także twórcą uznanej, lubelskiej szkoły chirurgów naczyniowych.

Profesor P. Misiuna w tym czasie aktywnie uczestniczył także w działalności administracyjnej Akademii Medycznej w Lublinie. W latach 1971-1980 był zastępcą dyrektora Instytutu Chirurgii. Natomiast w latach 1975-1977 pełnił funkcję prorektora ds. szkolenia podyplomowego AM w Lublinie.

W 1980 roku rozpoczął się kolejny etap kariery zawodowej profesora P. Misiuny. Po przejściu na emeryturę prof. Mieczysława Zakrysia, w wyniku postępowania konkursowego, po dziesięciu latach nieobecności prof. Paweł Misiuna powrócił do II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej obejmując z dniem 15 października kierownictwo tej jednostki organizacyjnej Uczelni, aż do czasu przejścia na emeryturę w dniu 30 września 1998 roku. Jest to okres dalszej intensyfikacji aktywności zawodowej profesora Pawła Misiuny. Obok stale bliskiej profesorowi problematyki naczyniowej, powracają zainteresowania naukowe chirurgią przelyku. Szybki rozwój medycyny, technik chirurgicznych, stwarza pole do rozwoju nowych kierunków zainteresowań naukowych prof. Misiuny, między innymi skojarzonego leczenia nowotworów przewodu pokarmowego, endoskopii, chirurgii minimalnie inwazyjnej, zakażeń chirurgicznych, zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego, a w końcu możliwości wykorzystania nauk podstawowych, biologii molekularnej w procesie karcinogenezy w nowotworach przewodu pokarmowego. Publikacje z tego zakresu stanowią oryginalny, często pionierski dorobek naukowy zespołów kierowanych przez prof. Misiunę.

Wraz z objęciem kierownictwa II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej rozpoczął się aktywny proces tworzenia nowego zespołu od podstaw. Prof. Misiuna jasno określił cele oraz zadania działalności klinicznej i naukowej, a także dokładnie sprecyzował plany rozwoju zawodowego poszczególnych pracowników Kliniki. Realizacja indywidualnych planów asystentów łączyła się z rozszerzaniem naukowej aktywności Kliniki. Jej wynikiem były kolejne stopnie specjalizacji w zakresie chirurgii, stopnie doktora nauk medycznych, zdobywane kolejno przez asystentów, stale wzrastająca liczba publikacji oraz coraz wyższa pozycja Kliniki w polskim środowisku chirurgicznym. Wyrazem uznania dla całokształtu dokonań naukowych profesora Misiuny było nadanie Mu w 1982 roku przez Radę Państwa tytułu naukowego profesora nauk medycznych. Był to również okres gruntownego remontu i reorganizacji strukturalnej Kliniki, zakończony w 1992 roku. Dzięki wysiłkom i zaangażowaniu prof. Misiuny, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej zyskała opinię jednej z najlepiej funkcjonujących jednostek akademickich w kraju, ze świetnie rozbudowanym zapleczem lokalowym, aparaturowym, diagnostycznym.

Dowodem dużego potencjału intelektualnego i wzrastającej pozycji Kliniki był udział jej w realizacji wielu

zespołowych i indywidualnych projektów badawczych Komitetu Badań Naukowych, grantów międzynarodowych, w tym grantów Unii Europejskiej oraz liczne kontakty naukowe z ośrodkami w Anglii, Francji, Holandii, Niemczech i Japonii.

Obok wręcz gigantycznej pracy klinicznej (około 400-500 operacji rocznie) prof. Paweł Misiuna brał również aktywny udział w działalności wielu innych gremiów zawodowych, naukowych, a także organizacji społecznych; m. in. wchodził w skład Rady Szkolnictwa Wyższego przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, był członkiem Rady Naukowej Polskiego Przeglądu Chirurgicznego, członkiem Zarządu Głównego TChP. Przez wiele lat pełnił funkcje Specjalisty Wojewódzkiego, Konsultanta Regionalnego ds. Chirurgii.

Wyrazem najwyższego uznania środowiska zawodowego było powierzenie prof. P. Misiunie funkcji prezesa Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Łączyło się to z obowiązkiem zorganizowania pamiątkowego, 53 Zjazdu TChP w opinii wielu uczestników jednego ze zjazdów o najwyższym poziomie naukowym.

Jak sam profesor mawiał, był to czas ukoronowania, wtedy Jego 40-lecie pracy zawodowej. Jednak okres „po zjeździe” wcale nie oznaczał zmniejszenia aktywności prof. Misiuny. Wielu czasem wręcz złośliwie zastanawiało się jak długo można wytrzymać takie tempo pracy. Aktywności tej nie ograniczył też groźny wypadek samochodowy. W opinii profesora Pawła Misiuny bezpośrednie zagrożenie życia pozwoliło Mu na dokonanie podsumowań i przewartościowanie rzeczy najistotniejszych w życiu. Było też bezpośrednim bodźcem dla realizacji planów, które miały stanowić ukoronowanie Jego dokonań jako chirurga, naukowca, dydaktyka, a w mojej opinii również jako wychowawcy chirurgów, którzy mieli szczęście z Nim współpracować. Profesor nadal dużo operował, dalej aktywnie uczestniczył w pracach Zarządu Głównego TChP, przewodniczył Radzie Fundacji „Polski Przegląd Chirurgiczny”, był prezesem Fundacji Wspierania Chirurgii im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego. Przede wszystkim dopinguował nas do wzmożonej aktywności naukowej, która wielu z Jego wychowanków pozwoliła na osiągnięcie samodzielności zawodowej – uzyskanie kolejnych stopni i tytułów naukowych, objęcie stanowisk kierownika kliniki czy ordynatora oddziału chirurgicznego. Był to nadal w życiu profesora P. Misiuny okres intensywnych kontaktów naukowych, uczestniczenia w wielu kongresach naukowych, odbywających się we wszystkich zakątkach świata.

Również przejście profesora Pawła Misiuny na emeryturę tylko nieznacznie wpłynęło na Jego aktywność zawodową. Stopniowo ograniczywszy liczbę wykonywanych operacji, nadal służył swoim olbrzymim doświadczeniem konsultując najbardziej skomplikowane przypadki. Przekazując mnie 1 października 1998 roku symbolicznie władzę powiedział mi „gratuluje ci, ale i współczuję”. Wtedy nie miałem świadomości, co profesor Misiuna próbuje mi uświadomić. Pozostawiona spuścizna – świetnie wyszkolony, solidarny i rozumiejący się zespół chirurgów, sprawnie działająca klinika, duży potencjał intelektualny ze-



Małżonka, córka i wnuczka Profesora

społu stanowiły dla mnie wyzwanie do utrzymania wysokiego, profesjonalnego poziomu, który był dziełem profesora Misiuny. Wspomniane walory są również przesłaniem dla dalszego rozwoju II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej. Mijający już, blisko pięcioletni okres czasu kierowania przeze mnie II Katedrą i Kliniką Chirurgii Ogólnej tylko powiększył mój szacunek i najwyższe uznanie dla dokonań profesora Pawła Misiuny. Ja miałem wiele rzeczy danych i perfekcyjnie zorganizowanych przez profesora P. Misiunę, do których On musiał sam dochodzić.

Jak wcześniej wspomniałem, okres półwiecza pracy zawodowej jest okazją do podsumowań i uogólnień. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że osobę profesora Misiuny można wpisać na listę najwybitniejszych postaci nie tylko lubelskiego środowiska chirurgicznego. O roli, jaką prof. Misiuna odgrywa w Polsce świadczy nadal Jego aktywny udział w najważniejszych wydarzeniach zawodowych, kongresach naukowych. Szacunek, jakim darzy profesora środowisko chirurgiczne, znalazł wyraz w nadaniu mu godności Członka Honorowego Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Wielu z nas ma osobiste powody do szacunku i traktowania profesora P. Misiuny jako nauczyciela, wręcz jak „ojca”, który ukształtował nas zawodowo. Stale pozostaje dla nas wychowawcą, autorytetem, osobą godną najwyższego zaufania. Analizując tylko dokonania zawodowe na szczególne wyrazy uznania zasługuje dorobek naukowy prof. Misiuny, który jest autorem bądź współautorem 227 publikacji oryginalnych, w większości zamieszczanych w recenzowanych czasopismach krajowych i zagranicznych

oraz 11 publikacji książkowych. Był także promotorem 19 rozpraw doktorskich. Pod jego kierunkiem 5 chirurgów uzyskało stopień doktora habilitowanego nauk medycznych. Dwóch z nich, prof. Jerzy Michalak i autor uzyskało tytuł profesora nauk medycznych.

Prof. Misiuna kształtował nie tylko osoby bezpośrednio z nim współpracujące w Klinice. Swoje piętno zawodowe jako chirurg odcisnął także na wielu lekarzach tylko czasowo mających z Nim kontakt. Śmiało można powiedzieć, że był współtwórcą, zapoczątkowanej przez prof. F. Skubiszewskiego, a następnie kontynuowanej przez prof. M. Zakrysia cenionej w Polsce szkoły chirurgów, związanej z II Katedrą i Kliniką Chirurgii Akademii Medycznej w Lublinie. Prof. P. Misiuna był kierownikiem specjalizacji na I stopień dla 23 chirurgów. Pod Jego kierunkiem 21 chirurgów uzyskało również II stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. Uczniowie i współpracownicy profesora P. Misiuny kontynuując Jego dzieło kierują dwoma klinikami i czterema oddziałami chirurgicznymi na terenie województwa lubelskiego.

Obserwując w sposób dość krytyczny gwałtowny rozwój medycyny prof. P. Misiuna mawiał, że Jego marzeniem jest, „aby w poczuciu dobrze spełnionego obowiązku następcy, który przejmie po Nim klinikę przerósł nauczyciela”. Nigdy nie dał nam odczuć, że Jego intencje są inne. Mając w świadomości podziw dla dokonań, a także poczucie dumy z przynależności do grona współpracowników prof. Pawła Misiuny, mam także cichą nadzieję, że uda nam się spełnić wszelkie Jego oczekiwania.

Półwiecze pracy zawodowej Prof. Pawła Misiuny



Profesor Paweł Misiuna aktywnie uczestniczył w działalności administracyjnej uczelni. W latach 1971-1980 był zastępcą dyrektora Instytutu Chirurgii. Natomiast w latach 1975-1977 pełnił funkcję prorektora ds. szkolenia podyplomowego AM w Lublinie



Z osobą profesora Feliksa Skubiszewskiego związany był także szybki rozwój naukowy prof. Pawła Misiuny. W 1963 roku, na podstawie rozprawy doktorskiej „Badania nad procesem wgajania się protez naczyniowych” prof. F. Skubiszewski promował prof. P. Misiunę na stopień doktora nauk medycznych.



Przejęcie profesora Pawła Misiuny na emeryturę tylko nieznacznie wpłynęło na Jego aktywność zawodową. Stopniowo ograniczywszy liczbę wykonywanych operacji, nadal służył swoim olbrzymim doświadczeniem konsultując najbardziej skomplikowane przypadki. Przekazując 1 października 1998 roku symbolicznie władzę powiedział mi „-Gratuluję ci, ale i współczuję”.



Wyrazem najwyższego uznania środowiska zawodowego było powierzenie prof. Pawłowi Misiunie funkcji prezesa Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Łączyło się to z obowiązkiem zorganizowania pamiętnego, 53 Zjazdu TChP, w opinii wielu uczestników jednego ze zjazdów o najwyższym poziomie naukowym

Doktor Agata Smoleń laureatką nagrody firmy STATSOFT

W konkursie na najlepszą pracę magisterską i doktorską w 2002 roku, którą wykonano przy wykorzystaniu programów z rodziny STATISTICA pierwszą nagrodę zdobyła praca dr n. med. Agaty Smoleń z Zakładu Matematyki i Biostatystyki AM w Lublinie.

DR HAB. ARTUR CZEKIERDOWSKI

I KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII
AM W LUBLINIE

Rozprawa doktorska pt. „Zastosowanie zaawansowanych metod modelowania statystycznego w ocenie prawdopodobieństwa istnienia raka jajnika u kobiet z guzami przydatkowymi” autorstwa **Agaty Smoleń** dotyczy ważnego i trudnego problemu z zakresu onkologii ginekologicznej. Wybór tematu został dokonany ze względu na fakt, że rak jajnika, nazywany „cichym zabójcą”, jest niezwykle trudny do wykrycia we wczesnej fazie rozwoju, a umieralność z jego powodu pozostaje od lat bardzo wysoka. Powszechnie znane trudności diagnostyczne spowodowane są głównie tym, że najczęściej nie ma charakterystycznych dolegliwości, albo są one słabo wyrażone i przez długi czas nie

wzbudzają niepokoju. Odsetek 5-letnich przeżyć wynosi tylko około 30-37% i nawet w krajach rozwiniętych nie zwiększył się istotnie od ponad 30 lat.

Dr n. med. Agata Smoleń wykorzystując fachowo dobrane i najnowsze piśmiennictwo zaproponowała skonstruowanie nowych, generowanych komputerowo modeli prognostycznych przydatnych w analizie różnych danych klinicznych chorych z guzami przydatkowymi. Do wykonania obliczeń w pracy wykorzystano przede wszystkim dwa programy firmy Statsoft: Statistica i Statistica Neural Networks. Obliczenia zostały wykonane niezwykle starannie, porównano nie tylko wartości pojedynczych testów ultrasonograficznych, ale też kilka tysięcy generowanych sieci i modele regresji logistycznej w analizie danych klinicznych przydatnych w prognozowaniu istnienia raka jajnika. Warto podkreślić, że do tej pory w literatu-

rze światowej opublikowano jedynie trzy artykuły naukowe na temat bezpośrednio poruszany w omawianej rozprawie doktorskiej, przy czym wszystkie doniesienia dotyczyły znacznie mniejszych grup chorych.

Aby lepiej zrozumieć znaczenie wyników przeprowadzonych przez dr Agatę Smoleń badań warto przytoczyć kilka znanych i mniej znanych faktów. Wartość oceny poszczególnych danych klinicznych, takich jak wiek chorej, palenie tytoniu lub obciążenie rodzinne nowotworem nie budzi zwykle wątpliwości. Doświadczenie lekarskie niezbędne do prawidłowego postawienia diagnozy zawsze wymaga wielu lat pracy, obserwacji chorych i umiejętnego wyciągania wniosków. Wiemy jednak, że w trudnych klinicznie sytuacjach, kiedy rozważane jest zlecenie wykonania badań inwazyjnych lub nawet zabiegu operacyjnego nawet znajomość obszernej wiedzy może być niewystarczająca. U kobiet z małymi, często bezobjawowymi guzami sutka lub jajnika niezwykle ważne jest podjęcie decyzji czy operować, czy leczyć zachowawczo, a jeżeli operować to jaką metodą i w jakim szpitalu. W tych sytuacjach pomocne może być zastosowanie modeli prognostycznych wykorzystujących zaawansowane metody analizy dostępnych danych w celu poprawnego przewidywania rozpo-

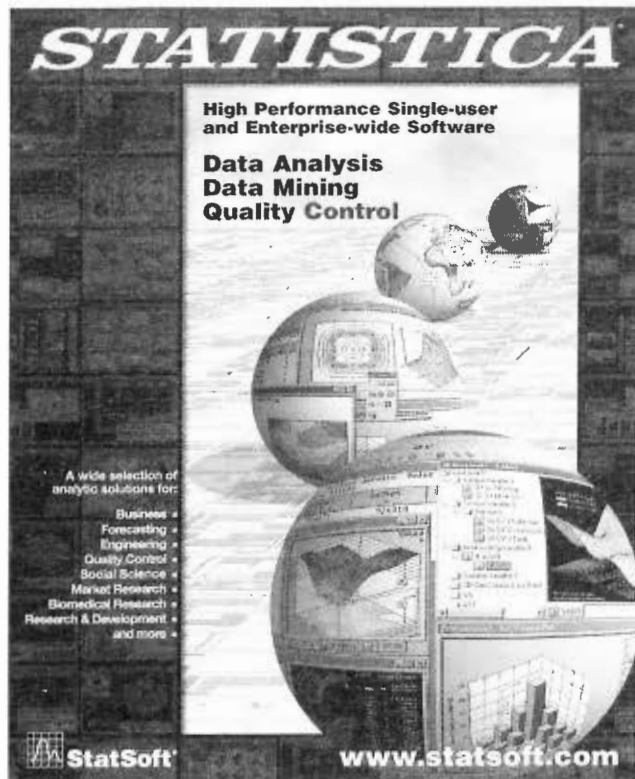


Dr n. med. Agata Smoleń

znania. Poprzez słowo „zaawansowane” można określić takie obliczenia, które nie mogą być wykonane za pomocą zwykłego kalkulatora.

Autorka rozprawy udowodniła, że trudności klasyfikacyjne prostych metod analizy statystycznej obliczających typowe wartości predykcyjne testu wynikają między innymi z tego, że większość złożonych zjawisk biologicznych takich jak czynniki warunkujące zachorowania na nowotwory złośliwe jest nieliniowa w swej naturze. Z tego względu znalezienie jednej funkcji liniowej, która klasyfikowałaby badane kobiety na grupy „chorych” i „zdrowych” najczęściej wymaga innych, zwykle znacznie bardziej skomplikowanych modeli matematycznych. Tym „inteligentnym” narzędziem okazały się sztuczne sieci neuronowe, czyli programy komputerowe oparte na teoretycznych modelach symulujących procesy klasyfikacyjne zachodzące w układzie nerwowym organizmów biologicznych.

Odpowiedź na pytanie, jak zwiększyć skuteczność stosowanych obecnie metod analizy tych danych jest niezwykle istotna, gdyż wyleczenie, jest możliwe aż u 80-95% pacjentek z chorobą ograniczoną tylko do jajników. Niezwykle interesujące wyniki obliczeń wykonanych przez dr A. Smoleń za pomocą sieci neuronowych generowanych przez program Statistica



Do wykonania obliczeń wykorzystano w pracy dwa programy firmy Statsoft: Statistica i Statistica Neural Networks

Neural Networks firmy Statsoft są w moim przekonaniu istotnym elementem przybliżającym nas do tego celu. Wiadomo bowiem, że umieralność kobiet mogłaby zostać obniżona o połowę, jeżeli udałoby się zwiększyć z 20% do 80% odsetek wykrywanych raków jajnika w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego. Brak precyzyjnej oceny indywidualnego ryzyka raka i w konsekwencji błędne rozpoznanie zbyt często jeszcze powoduje, że pierwotny zabieg wykonywany u pacjentek z zaawansowanym nowotworem jajnika, nie tylko w Polsce, może być nieadekwatny do rozległości choroby. Operujący może nie posiadać dostatecznych umiejętności i doświadczenia do radykalnego usunięcia guza. Można przyjąć, że utrzymywanie się niskich wskaźników przeżywalności operowanych kobiet jest więc też częściowo spowodowane nieodpowiednim pierwotnym zabiegiem chirurgicznym.

Uzyskany w wyniku obliczeń model sieci neuronowej może być nowym

i ważnym elementem w procesie diagnostycznym guzów jajnika. Co więcej, model ten może zostać w dalszym ciągu udoskonalony po testowaniu na większej liczbie chorych z guzami jajnika. W niedalekiej przyszłości algorytm diagnostyczny może być też udostępniony w sieci internet. Narzędzie to może pomóc lekarzom, nie tylko ginekologom, w lepszej klasyfikacji wykrytych guzów jajnika. Precyzyjna ocena prawdopodobieństwa istnienia lub braku guza złośliwego umożliwi przekazanie chorej z powrotem do lekarza kierującego, jeżeli zmiana nie będzie wymagać operacji albo – w przypadku silnego podejrzenia istnienia raka jajnika – pozostawienie pacjentki w wyspecjalizowanym w ginekologii onkologicznej ośrodku. Może się to przyczynić do zwiększenia długości przeżycia chorych na raka jajnika.

Rozprawa doktorska dr Agaty Smoleń stanowi nowy, oryginalny wkład statystyki w rozwój diagnostyki onkologicznej.

Z wizytą w Houston u doktora Stanisława Burzyńskiego

**Stanisław Rajmund Burzyński, z pokoleń
Lublinianin, absolwent Gimnazjum im. Jana
Hetmana Zamoyskiego i Wydziału
Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie.
Lekarz i człowiek, wobec którego nikt kto go
poznał nie pozostaje obojętny**

**PROF. DR HAB.
LESZEK SZCZEPAŃSKI
DR N. MED. ANNA
SZCZEPAŃSKA-SZEREJ**

Wzbudza podziw, szacunek, uwielbienie, ale także odruchy niechęci i ostrą krytykę. Uważany za wybitnego naukowca, autor ponad dwustu oryginalnych prac naukowych, twórca nowego spojrzenia na patomechanizm i wzrastanie nowotworów, dla rzeszy chorych, którzy nie mają wątpliwości, że zawdzięczają mu zdrowie oraz życie jest wybawicielem i sprawcą cudu ich życia. Od niektórych innych, głównie ze środowiska le-

karskiego można usłyszeć o nim wzgardliwy epitet „hochsztapler”.

Dyrektor, twórca i współzałożyciel największych zakładów farmaceutycznych w Houston oraz kliniki – dużego ośrodka terapii nowotworów. Multimilioner mieszczący się w pierwszej dziesiątce najzamożniejszych Polaków i Amerykanów polskiego pochodzenia zamieszkałych w USA. Posiadał ogromnej ilości dyplomów i przekazywanych mu słów uznania od najwybitniejszych postaci życia politycznego i artystycznego naszych czasów, w tym od prezydentów USA. Człowiek, który u początku swojej działalności doczekał się dwóch biografii w języku polskim i angielskim.

Szczególnie głośno było w Polsce o doktorze Stanisławie Burzyńskim w połowie lat dziewięćdziesiątych, kiedy bronił się przed zarzutami postawionymi przez sąd Stanów Zjednoczonych. Niemal cała Polska mogła zobaczyć wtedy obrazki z pochodów przed Białym Domem w obronie jego praw do leczenia własnymi metodami. Stronie przeciwnej, która na adwokatów wydała podobno około 15.000.000 dolarów, nie udało się wygrać procesu, a cała sprawa wzmocniła pozycję dr Burzyńskiego.

Najczęstsze pytanie, z jakim spotykam się od osób, które wiedzą, że ostatnio odwiedziłem dr Burzyńskiego w Houston brzmi: „Co sądzisz o metodach zaproponowanych przez dr Burzyńskiego do leczenia nowotworów? Czy antyneoplastony to rewelacyjne odkrycie, czy też jeszcze jedna uludna propozycja w rodzaju preparatu Profesora Tołpy?”

Nie mnie oceniać wartość tego leczenia. Nie jestem onkologiem ani biochemikiem czy immunologiem zajmującym się nowotworami. Nie mam żadnego doświadczenia w leczeniu antyneoplastonami. Zresztą ocena warto-

ści leczenia jeszcze trwa – dr Burzyński prowadzi zgodne z zaleceniami i przy akceptacji Food and Drugs Administration (FDA) wieloośrodkowe badania kliniczne według 78 różnych protokołów badań, z których dopiero jedno zostało zakończone. Trzymając się ostrych reguł oceny wartości naukowej metody, należałoby poczekać do uznania wyników badań za pewne dowody naukowe na wartość leczenia oraz zaakceptowania przez FDA metody jako standard leczniczy. Wszyscy, którzy zajmują się badaniami klinicznymi wiedzą jak jest to trudne, długotrwałe i kosztowne zadanie.

Znając jednak drogę życiową i zawodową dr Burzyńskiego, jego dokonania, stosunek do ludzi, cechy charakteru i predyspozycje intelektualne łatwiej jest pokusić się o ocenę jego sylwetki, a pośrednio wyrobić sobie własny, subiektywny stosunek do jego sposobów leczenia i działalności.

W szkole średniej stał się fanatykiem chemii. Zapisał się na studia medyczne, bowiem chciał zostać bioche-



**Przed Kliniką
doktora
Stanisława
Burzyńskiego;
pierwszy z lewej
autor**

**Drapacze
chmur
w centrum
Houston**

mikiem i poznać lepiej tajniki chemii życia. Wraz ze swoim bliskim kolegą **Zbigniewem Czernickim** (obecnie profesor, kierownik Kliniki Neurochirurgii PAN w Warszawie) zaraz po pierwszym roku studiów dostał propozycję od kierownika Zakładu Chemii Ogólnej, **dr Ireny Krzeczowskiej**, objęcia etatu zastępcy asystenta w tym zakładzie. Stasio i Zbyszek szybko stali się pupilkami dr I. Krzeczowskiej, którą zadziwili wiedzą, pracowitością i liczbą publikowanych za granicą (jeszcze w okresie studiów) prac naukowych. Obaj bardzo zdolni, obaj pracowici, ale szczególnym uporem i zaciętością w badaniach naukowych odznaczał się Stasio. Kiedyś Zbyszek opo-



wiadał mi, jak to Stasio zamykał się z nim w laboratorium, chował klucz i obaj musieli pracować tak długo w nocy aż próba doświadczalna została zakończona. Zbyszkowi czasem trudno było zaakceptować takie poświęcenie.

■
Ze Stasiem Burzyńskim i Zbyszkiem Czernickim po raz pierwszy spotkałem się, kiedy, jako studenci IV roku studiów zgłosili się do mnie na przedterminowe kolokwium z chorób płuc, alergologii i antybiotykoterapii. Szybko zorientowałem się, że studenci nie tylko doskonale znają cały materiał, ale operują liczbami i stwierdzeniami, których sam nie byłem pewien. Przypomniały mi się reakcje **Prof. Michała Voita** na podawanie mu przez studentów podczas egzaminu zbyt wielu szczegółów: „-Co to moje dziecko – starego Voita chcesz uczyć?” Kiedy Stasio Burzyński opisał bezbłędnie różnice w wymianie gazowej w niewydolności typu zaburzeń wentylacji, perfuzji i bloku pęcherzykowo-włośnicz-

kowego, przykłady kliniczne tego bloku z chorobą Hammana-Rich'a i proteinozą pęcherzykowo-płucną włącznie, złośliwie zapytałem: „-U kogo, wśród dorosłych opisywano częste przypadki proteinozy?”. Nie mógł tego wiedzieć, ponieważ informacja pochodziła z ostatniego numeru „Polskiego Tygodnika Lekarskiego”. „-U drwali kanadyjskich” – wyjaśniłem kończąc kolokwium. Wtedy po raz pierwszy postawiłem stopnie celujące, a **prof. Alfreda Tuszkiewicza** poinformowałem o wybitnie zdolnych studentach. Ambitny Stasio Burzyński nie mógł mi jednak zapomnieć zakończenia tego kolokwium i kiedy później w okresie współpracy mieliśmy odmienne zdania rzucał kąśliwą uwagę: „-Bo szef jest specjalistą od drwali kanadyjskich”.

■
Stasio Burzyński kończy studia na Wydziale Lekarskim z samymi stopniami bardzo dobrymi i celującymi. Zbyszek Czernicki ma podobne oce-

ny. Obaj odbywają staż podyplomowy u nas – w II Klinice Chorób Wewnętrznych i obaj w tym czasie, jeszcze przed otrzymaniem prawa wykonywania zawodu lekarza, bronią swoich wielostronowych, godnych habilitacji, rozpraw doktorskich mając w dorobku naukowym po kilkanaście prac naukowych, z których większość opublikowano w prestiżowych czasopismach, zagranicznych. O tak szybkiej karierze naukowej nie słyszałem nigdy przedtem ani nigdy potem.

■
Po stażu Stasio Burzyński dostaje etat szpitalny w naszej klinice. Zbyszek Czernicki też myśli tutaj pracować, ale nie ma dla niego etatu. Stasio ma piętnaście łóżek do opisywania, ale zalecą tą pracę jest, że ma do dyspozycji laboratorium, gdzie na swoich trzech kolumnach przeprowadza badania chromatograficzne polipeptydów. Właśnie tutaj, badając moc chorych na białaczki wykrywa, że nie zawiera on pewnych polipeptydów. Wysuwa wniosek, że polipeptydy te mogą pełnić rolę ochronną przed procesem nowotworowym. Wróci po latach do tej koncepcji nazywając te polipeptydy **anty-neoplastonami** i przeprowadzając pierwsze próby leczenia nimi.

Z tego okresu pamiętam go jak śpieszy się z pracą kliniczną, by jak najszybciej znaleźć się w laboratorium. Myliłby się jednak ktoś, kto sądziłby, że poza pracą naukową nic go więcej nie zajmowało. Jeździł motocyklem, uprawiał narciarstwo biegowe, chodziliśmy razem na pływalnię, gdzie demonstrował poprawnego cawla.

■
Niemał od początku pracy w II Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Lublinie Stasio Burzyński nękanym jest powoływaniami na odbycie dwuletniej służby wojskowej. Nie mieściło to się w jego planach życiowych. Ma przed sobą plany badań naukowych, ceni każdą chwilę życia, a służbę wojskową uważa za czas stracony. Przed komisją rektorską przedstawia swoją sytuację jasno: „jestem naukowcem i nie mam czasu do stracenia w wojsku”. Na poparcie swego stanowiska stawia na stole worek mówiąc: „-Wa-



Doktor Stanisław Burzyński przed bramą wejściową do własnej rezydencji



Doktor Stanisław Burzyński w gabinecie

ży 4 kg, w środku są same karty pocztowe z prośbami o odbitki moich prac naukowych ze wszystkich krajów świata”. Tym gestem nie uzyskuje zmiany decyzji. Jednocześnie przewodniczący komisji poczuwa się obrażony. Stasio jednak walczy dalej – toczy sobie takie ilości krwi, że doprowadza się do ciężkiej anemii. Krew używa do własnych badań. W szpitalu rozpoznają mu krwawiący wrzód żołądka i uzyskuje krótkie odroczenie od służby wojskowej.

■
Wiosną 1970 roku wpadł mi w ręce artykuł zamieszczony w nieistniejącym już tygodniku „Kulisy – Express Wieczorny”, w którym autor przedstawił przeszkody kariery naukowej młodych, zdolnych absolwentów wyższych uczelni Polsce. Możliwości ich przebiccia i przyszłości rysował w czarnych barwach i porównywał z możliwościami, jakie mają absolwenci w krajach lepiej rozwiniętych. Przekazałem ten

artykuł dr Stanisławowi Burzyńskiemu ze słowami: „Panie Stasiu, to o panu”. Kiedy po miesiącach dostałem od niego kartkę z Nowego Jorku, w której przeczytałem, że częściowo mnie zawdzięcza, że znalazł się w USA, nie skojarzyłem tej uwagi ze sprawą tego artykułu. Po latach dowiedziałem się, że treść artykułu na tyle go poruszyła, iż poprzez redakcję dotarł do autora, którym okazał się młody wówczas docent socjologii Uniwersytetu Warszawskiego **Mazur**. Dzięki doc. Mazurowi udało się zaplanować i zrealizować wyjazd do USA.

■
W USA na początku na ogół nikomu nie jest lekko. Dr Stanisław R. Burzyński zaczyna swoją pracę zarobkową od ślusarstwa. Podejmuje się wraz z kolegą wywiercania iluś tam dziur w grubych blachach zarabiając łącznie około 100 000 dolarów. Później przychodzi współpraca naukowa nad polipeptydami z **Prof. Ungerem**, a gdy

plany naukowe zostają wykonane powraca koncepcja antyneoplastonów. Ponieważ już po trzech miesiącach pobytu w USA uzyskuje prawo wykonywania zawodu lekarza nostryfikując swój lubelski dyplom, może otworzyć wkrótce praktykę lekarską rozpoczynając jednocześnie próby użytkowania antyneoplastonów początkowo z moczu, później syntetycznie. Z czasem tworzy duży zakład leczniczy i zakłady farmaceutyczne.

■
Wyjeżdżamy na kongres do Nowego Orleanu. Z tego miasta odległość do Houston jak na USA niewielka – kilkaset kilometrów, postanawiamy więc odwiedzić dr Stanisława Burzyńskiego. Mieszka w zachodniej dzielnicy miasta. Jadąc od wschodu przejeżdżamy obok imponującego centrum Houston. Wjeżdżamy wypożyczonym samochodem w cichą pełną zieleni ulicę. Trafić łatwo – w konstrukcję żelaznej, wysokiej bramy wkomponowany



W zakładach farmaceutycznych doktora Stanisława Burzyńskiego. Z lewej: szef produkcji inż. Wiśniewski, prof. Leszek Szczepański, dr Barbara Burzyńska i prof. E. Sierakowski

jest duży monogram: SRB. Wewnątrz, na terenie czterohektarowego ogrodu, trzy budynki mieszkalne, składające się na rezydencję. Dr Burzyński nosi się z zamiarem wybudowania czwartego, największego, z dużą salą balową, odpowiadającego jego pozycji społecznej. Ogród utrzymywany stale przez czterech pracowników ma piękne okazy zieleni, fontannę, dwa baseny, w tym jeden ze stale podgrzewaną wodą. Jest koniec października, ale w Teksasie wszystko jest zielone, kwiaty kwitną, w basenie można się kąpać, można się opalać.

Gospodarze – Stasio i jego żona Basia przyjmują nas nad wyraz serdecznie. Okazuje się, że przyjmowanie gości najczęściej z Polski, to ich specjalność. Niektórzy spędzają tu długie tygodnie. Nasza wizyta zaplanowana jest na tylko półtorej doby. Omawiamy plan tego pobytu, chcemy zobaczyć

jak najwięcej. Po przygotowanej przez kucharza Domingo kolacji nocujemy w luksusowych wnętrzach jednego z budynków. W ciągu następnego dnia zwiedzamy obie instytucje założone i prowadzone przez Stasia. Pracuje w nich łącznie blisko 150 osób, w tym około 40 procent Polaków. Burzyńscy nie oszczędzą nam czasu oprowadzając po zakładach i klinice.

Jeśli w Polsce pada nazwisko: dr Burzyński, słuchać najczęściej uwagi: to ten, który produkuje leki z moczu i zarabia lecząc nimi chorych na nowotwory, a władze USA zabraniają mu praktyki. Są to mity. Od blisko 18 lat jedynym sposobem pozyskiwania antyneoplastonów jest synteza tych związków. W klinice dr Burzyńskiego leczy się głównie metodami konwencjonalnymi, a głównym źródłem dochodu są kontakty z towarzystwami ubezpieczeniowymi – odpowiednikami naszych

kas chorych. Głównym produktem farmaceutycznym produkowanym i sprzedawanym jest „Aminocare”, preparat złożony z aminokwasów.

Dr Burzyński twierdzi, cytując źródła naukowe, że posiadają one pewne działanie przeciwnowotworowe, szczególnie jeśli podawane są w zaproponowanym zestawieniu. Wśród nich, w niewielkiej dawce znajduje się jeden antyneoplaston – A10. Preparat został dopuszczony do obrotu w kapsułkach i maściach jako lek uzupełniający. W klinice dr Burzyńskiego leczy się tylko te przypadki nowotworów, w których odstąpiono od leczenia chirurgicznego. Część chorych, z własnej woli, chce i jest leczona antyneoplastonami najczęściej w postaci wlewów dożylnych. W klinice wyposaża się tych chorych w osobiste aparaty do wlewów i uczy się ich obsługi. Wielu chorych stanowi materiał badań laboratoryjnych i leczenie ich jest bezpłatne.

Zwiedzamy zakłady farmaceutyczne („Burzyński Research Institute”). Długi, jednokondygnacyjny budynek z zewnątrz na tle innych wygląda niezbyt imponująco, ale przejście po wszystkich pomieszczeniach zajmuje dużo czasu. Wita nas wicedyrektor zakładów, profesor, który przeszedł z Bethesda, z Instytutu Onkologii do pracy z dr Stanisławem Burzyńskim. Jest entuzjastą tej pracy. Cytuje dane: „Leczymy chorych, którym odmówiono wszelkiej nadziei. Po 4 latach przy życiu zostaliby najwyżej 20 procent. Ten okres przeżywa ponad 40 procent leczonych u nas pacjentów. U części proces nowotworowy ustępuje”.

Po zakładach oprowadza nas szef produkcji, inż. **Wiśniewski**. Mówi: „*To wszystko co tutaj widzicie powstało od zera. Tu były tylko ściany po magazynie. Początkowo nikt nie chciał udzielić kredytu, ponieważ nikt nie wierzył w powodzenie przedsięwzięcia. Dr Burzyński sam to wszystko sfinansował i sam zaplanował. Ściągnął swego brata, inżyniera i sam narysował plan urządzeń. – Tu ma być taka pompa, tu taki przepływ. To wszystko dziś świetnie funkcjonuje, choć nikt go wcześniej tego nie uczył.*”

Zakłady robią wrażenie. Liczne rury i wielkie pojemniki. Skomplikowane systemy komputerowego sterowania. Sterylność produkcji wielokrotnie lepsza od dopuszczalnych norm. Duży oddział zajmujący się wyłącznie badaniami naukowymi.

Klinika dr Stanisława Burzyńskiego zajmuje większą część okazałego budynku, całego pod szkłem. Jest to klinika w rozumieniu amerykańskim, a nie polskim – nie ma tu łóżek szpitalnych, jest zespół gabinetów lekarskich i towarzyszących urządzeń. Nieliczni chorzy, którzy wymagają hospitalizacji, są kierowani do kooperującego oddziału szpitalnego. W klinice zatrudnionych jest kilkunastu lekarzy różnych specjalności, w tym kilku Polaków. Po klinice oprowadza nas dr Burzyński. Duża część kliniki przeznaczona jest na prace naukowe, z których część wykracza poza problemy



onkologiczne. Wszystkie informacje naukowe z badań klinicznych dokumentowane są podwójnie – komputerowo i na kartach obserwacji pacjenta. O wynikach badań laboratoryjnych lekarze dowiadują się błyskawicznie. Wysoko postawiona jest diagnostyka oparta na obrazowaniu procesów nowotworowych.

Na ścianach pokoju rejestracyjnego kliniki wiszą liczne zdjęcia – pamiątki po niedawno hucznie obchodzonym dwudziestolecu kliniki. Zjechało się kilkaset osób z całego świata, które przed laty szukały ostatniej deski ratunku w dr Burzyńskim, a które dziś żyją i funkcjonują w poczuciu pełnego zdrowia. Na ścianach innych gabinetów wiszą dokumentacje niektórych szczególnych leczonych przypadków. Część tej kazuistyki jest bardzo sugestywna: na pierwszym tomografii mózgu małego dziecka widzimy guz nowotworowy zajmujący przy najmniej połowę czaszki, po kilku miesiącach guz jest znacznie mniejszy, po dalszych – ledwie widoczny. Na kolej-

nych zdjęciach widzimy prawidłowe już obrazy tomograficzne, wreszcie pacjenta odbierającego dyplom ukończenia college'u.

Po kolacji, w wytwornej restauracji na szczycie najwyższego wieżowca Houston i „rodzinnym” śniadaniu żegnamy gościnnych gospodarzy. Odjeżdżamy w poczuciu, że było nam dane poznać życie i pracę ludzi prawdziwego sukcesu, silnie związanych z krajem i Lublinem. Ludzi prowadzących szeroko zakrojoną działalność charytatywną wśród Polaków, którzy na każdym kroku podkreślają swój silny związek z Polską i swoim miastem.

W niespokojnym umyśle dr Burzyńskiego powstała całkiem niedawno nowa wielka idea – wybudowania w Lublinie lub pod Lublinem dużych zakładów farmaceutycznych. Pierwsze kroki zostały już poczynione, są też już pierwsze akceptacje. Sądząc po dotychczasowych jego dokonaniach, pomysły wygląda na całkiem realny.

Działalność naukowa Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji w roku ubiegłym

**Tradycyjnie, podobnie jak w latach
poprzednich Zespół Kliniki Ortopedii
Dziecięcej i Rehabilitacji AM rozpoczął rok
2002 wyjazdem na Międzynarodowy Kongres
Ortopedów w Bratysławie na Słowacji.**

**PROF. DR HAB. TOMASZ KARSKI
DR N. MED. MICHAŁ LATAŁSKI
LEK. MED. JAROSŁAW KAŁAKUCKI**

KATEDRA I KLINIKA
ORTOPEDII DZIECIĘCEJ I REHABILITACJI
AM W LUBLINIE

Był to „22-nd Cervenansky Days” w dniach 24-25 stycznia 2002. Warte podkreślenia jest, że współpraca z kolegami z Bratysławy rozpoczęła się przeszło czterdzieści lat temu, gdy obecny kierownik lubelskiej Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Re-

habilitacji prof. Tomasz Karski jako młody lekarz odbywał w Bratysławie swój pierwszy staż podyplomowy. Profesor Cevenansky, na cześć którego już od 22 lat nieprzerwanie organizowane są kongresy w Bratysławie, był wówczas kierownikiem największej Kliniki Ortopedycznej w Czechosłowacji. W czasie Kongresu zaprezentowano pracę autorów: Tomasz Karski, Maria Irelek-Karska, Jacek Karski, Jacek Madej, Jarosław Kałakucki pod tytułem: „Functional or real abduction contracture of the right hip originating from the „syndrome of contrac-

tures” at newborns and babies as the causative factor of the so-called idiopathic scoliosis. Two groups of development of scoliosis”. Została ona przyjęta z ogromnym zainteresowaniem, gdyż prof. T. Karski po raz pierwszy przedstawił w niej nowy podział skolioz tzw. idiopatycznych na dwie grupy etiopatogenetyczne. Podział ten jest kluczowy dla określenia zagrożenia progresją deformacji.

W dniu 22 marca 2002 r., na zaproszenie Oddziału Białostockiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, prof. Tomasz Karski i dr Jarosław Kałakucki brali udział w posiedzeniu naukowo-szkoleniowym. Wygłoszono pracę autorów: Tomasz Karski, Jacek Karski, Marta Tarczyńska, Jarosław Kałakucki pod tytułem „Taktyka bezoperacyjnego leczenia wrodzonej dysplazji, podwichnięcia i zwichnięcia biodra. Czas i technika wyciągu „over-head”. Zabieg tzw. doreponowania”.

Niezwykle istotny był udział prof. Tomasza Karskiego w Kongresie International Research Society for Spinal Disorders (IRSSD) w Atenach w dniach 22-25 maja 2002 r. Na Kongresie tym w swojej pracy pt.: „Etiology of the so-called „idiopathic scoliosis”. The biomechanical causes in the development of the spine deformity” prof. T. Karski przedstawił specjalistom z Europy, Ameryki, Australii i Azji zajmującym się deformacjami kręgosłupa założenia swojej biomechanicznej teorii rozwoju skolioz. Referat został wysłuchany z niezwykle uważną uwagą, gdyż przedstawiał nie tylko główne założenia dotyczące etiologii skolioz tzw. idiopatycznych, ale również zasady nowej rehabilitacji ortopedycznej. W pracy tej zostały również podane podstawy wczesnego wykrywania deformacji kręgosłupa i założenia umożliwiające nową, wczesną profilaktykę. Udział w Kongresie IRSSD zaowocował publikacją wspomnianej pracy w pozycji o międzynarodowym zasięgu pt.: Research into Spinal



Kongres Ortopedyczny Słowackiego Towarzystwa Ortopedycznego w Presovie. Od lewej: dr Keith Holley (USA), prof. Tomasz Karski, doc. Lubos Rehak (Słowacja).



Spotkanie towarzyskie podczas Kongresu Słowackiego Towarzystwa Ortopedycznego w Presovie. Od lewej: dr Jarosław Kalakucki, dr n. med. Jacek Karski, prof. Tomasz Karski, prof. Josef Lakatos (Węgry), pani Vizkelety (Węgry), prof. Tibor Vizkelety (Węgry).



XXXIV Zjazd Naukowy PTOiTr w Bydgoszczy. Od lewej: doc. Jarosław Czubak (Poznań/Warszawa), prof. Andrzej Pucher (Poznań), dr n. med. Andrzej Łepicki (Poznań), prof. Andrzej Szulc (Poznań), doc. Małgorzata Wierusz-Kozłowska (Poznań), prof. Tomasz Karski, dr n. med. Stanisław Junk (Bydgoszcz), dr Jarosław Kalakucki



Międzynarodowy Kongres Osteosynthese International w Rethymno na Krecie. Od lewej stoją: dr n. med. Tomasz Raganowicz, prof. Andrzej Gregosiewicz, dr n. med. Michał Latański

Deformities 4, Studies in Technology and Informatics [Vol. 91., IOS Press 2002, str. 37-46].

W dniach 6-8 czerwca 2002 r. w Nałęczowie odbyło się XII Sympozjum Sekcji Ortopedii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii (PTOiTr) pod tytułem: „Wrodzona (rozwojowa) dysplazja stawu biodrowego do 2 roku życia z uwzględnieniem potrzeb operacyjnych (bez omawiania wyników odległych)”, którego organizatorem była nasza Klinika (Alma Mater nr 2/43 str. 116-119). W obradach Sympozjum w Nałęczowie uczestniczyło ponad 250 osób, w tym Goście zagraniczni z Izraela, Niemiec, Węgier i Słowacji. Obrady Sympozjum trwały 3 dni, zaś łącznie w siedmiu sesjach tematycznych wygłoszono 48 referatów. Tematy poruszone na XII Sympozjum Sekcji Ortopedii Dziecięcej PTOiTr pozwoliły uczestnikom usystematyzować wiedzę i ustanowić standardy postępowania w profilaktyce, diagnostyce oraz w leczeniu bezoperacyjnym i operacyjnym dzieci z wrodzoną dysplazją

stawu biodrowego. Z licznych przychylnych opinii i gratulacji, które otrzymaliśmy po Sympozjum możemy podsumować, że było to jedno z najlepiej zorganizowanych merytorycznie i technicznie sympozjów ortopedii dziecięcej w kraju.

W okresie wakacyjnym stałym punktem działalności Kliniki stał się udział w konsultacjach pacjentów w czasie obozu szkoleniowego dla studentów lubelskiej Akademii Medycznej w Woli Uhruskiej. Ortopedzi z naszej Kliniki przebadali ponad 100 pacjentów, którzy zgłosili się w czasie trwania obozu w dniach 8-26 lipca 2002 r. Przez cały okres trzech tygodni do pracy w Woli Uhruskiej oddelegowany był dr Michał Latański, zaś dodatkowo na konsultacje dojeżdżali: prof. T. Karski, doc. G. Kandziński, dr med. J. Karski, dr M. Okoński, dr M. Długosz i dr J. Kałakucki.

Niezwykle pracowity i owocny był udział zespołu z Lublina w składzie prof. Andrzej Gregosiewicz, dr Tomasz Raganowicz i dr Michał Latański w Międzynarodowym Kongresie Osteosynthese International w dniach 12-14 września 2002 r. w Rethymno na Krecie (Grecja). Kongres ten poświęcony był najnowszym technikom osteosyn-tezy i zespołom śródstypkowych. Bardzo wymowny jest fakt, że w czasie Kongresu lubelski Zespół przedstawił aż pięć prac (dwa referaty i trzy prezentacje plakatowe). Były to prace poświęcone monitorowaniu osteogenezy dystrykcyjnej za pomocą sonografii Dopplerowskiej, przebudowie bliższego końca kości udowej po leczeniu operacyjnym młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej oraz możliwościom oceny angiogenezy w czasie procesu wydłużania kończyny. Zespoły z Lublina i z Łodzi jako jedyne reprezentowały Polskę na wspomnianym Kongresie.

XXXIV Zjazd Naukowy PTOiTr w Bydgoszczy, który odbył się w dniach 18-21 września 2002 r., był okazją do wymiany doświadczeń i możliwością zaprezentowania lubelskich metod leczenia ortopedycznego dzieci szerokiemu gremium polskich ortopedów. W Zjeździe wziął udział zespół z Lublina w składzie: prof. Tomasz Karski, dr hab. Grzegorz Kandziński, dr Mar-

ta Tarczyńska, dr Mariusz Długosz, dr Jacek Madej i dr Jarosław Kałakucki. Przedstawiono dwa referaty: 1. Tomasz Karski, Jacek Karski, Krzysztof Wójtowicz, Jarosław Kałakucki – „Minimalne zaburzenia zwartości i kongruencji biodra u osób z wyleczoną dysplazją – przyczynek do wiedzy o koksartrozie”, oraz 2. Grzegorz Kandziński, Tomasz Karski, Jarosław Kałakucki, Marek Okoński, Kamil Torres – „Niezborność stawu biodrowego u dzieci z chorobą Perthesa”. Dodatkowo przygotowano 6 plakatów: M. Okoński, P. Wieczorek, T. Karski, G. Kandziński, J. Kałakucki: „Trójwymiarowa ocena zborności stawów biodrowych u dzieci z mózgowym porażeniem”, Z. Drabik, J. Ostrowski, J. Karski, M. Długosz, K. Kalita, T. Karski – „Zasady leczenia bezoperacyjnego wrodzonych stóp końsko-szpotałych”, J. Karski, A. Gregosiewicz, J. Madej, M. Długosz – „Obrazy rentgenowskie kolana w nawykowym zwichnięciu rzepki i tzw. koślawości idiopatycznej”, J. Ostrowski, T. Karski, Z. Drabik, A. Bacher – „Wytyczne lubelskiej Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji AM w leczeniu operacyjnym wrodzonej stopy końsko-szpotałej”, J. Madej, T. Karski, J. Karski, M. Latański – „Wyniki w dotychczasowym programie profilaktyki skolioz tzw. idiopatycznych. Wykrywanie zagrożeń i skolioz początkowych w nowej ocenie skriningowej”, M. Tarczyńska, J. Karski, J. Kałakucki, T. Karski – „Zagrożenia dla dziecka związane z tzw. „nowoczesnym leczeniem” okołopodrodowego uszkodzenia splotu ramiennego”.

W IX Kursie Instruktażowym organizowanym w dniach 24-26 października 2002 r. w Krakowie przez Europejską Federację Narodowych Towarzystw Ortopedycznych – EFORT wziął udział dr Tomasz Raganowicz, który przedstawił pracę autorów T. Raganowicz, A. Gregosiewicz pt.: „Late results of minimal damages of epiphyseal cartilage in slipped capital femoral epiphysis”.

Kolejnym punktem naukowego programu Kliniki był udział w Kongresie Naukowym SOTS z międzynarodowym udziałem (Slovak Orthopaedic and Traumatologic Society) w dniach

26-27 września 2002 r. w Presovie. Dodatkowym wydarzeniem były towarzyszące Zjazdowi obchody 60 rocznicy powstania tamtejszego Oddziału Ortopedycznego. Zespół – prof. Tomasz Karski, dr Jacek Karski, dr Jarosław Kałakucki przedstawił referat pt.: „Syndrome of contractures of newborns and babies”. Secondary disorders of movement apparatus including so-called idiopathic scoliosis. Explanation of etiology of scoliosis. New screening tests for scoliosis”.

Opisana już poprzednio współpraca z Kliniką Ortopedyczną w Bratysławie zaowocowała tygodniowym pobytem na stażu szkoleniowym, w dniach 29 września – 6 października 2002 r., dwóch kolegów z Kliniki – dr Jacka Madeja i dr Michała Latańskiego.

Wydziały Pedagogiki KUL i UMCS po raz kolejny zaprosiły prof. Tomasz Karskiego do udziału w Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej – „Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji”. Konferencja miała miejsce w Kazimierzu Dolnym w dniu 17 października 2002 r. Przedstawiono na niej pracę autorów: Tomasz Karski, Grzegorz Kandziński, Justyna Cwalina, Jacek Karski, Jarosław Kałakucki, Katarzyna Danieluk pt.: Działania ortopedyczno-rehabilitacyjne jako ważny element terapii w systemie wsparcia społecznego rodziny dziecka niepełnosprawnego.

W ramach szkolenia do specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu (AM/CMKP) Klinika Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji AM zorganizowała jak co roku kurs pt.: „Mózgowe porażenie dziecięce (Paresis cerebialis infantum); wczesna diagnostyka kliniczna i radiologiczna; testy rozpoznawcze; leczenie bezoperacyjne i operacyjne metodą RAO”. Odbył się on w Lublinie w dniach 4-8 listopada 2002 r. Był skierowany do specjalistów i specjalizujących się w ortopedii i rehabilitacji. Wzięło w nim udział 12 osób z całej Polski.

Tradycją stał się również udział zespołu z lubelskiej Kliniki w Sympozjum Ortopedyczno-Radiologicznym „Diagnostyka Obrazowa w Ortopedii” organizowanym przez Oddział Pomorski PTOiTr. W tym roku we Wdzydzach Kiszewskich w dniach 7-9 listopada



Kongres International Research Society for Spinal Disorders (IRSSD) w Atenach w dniach 22-25 maja 2002 r.
Od lewej: prof. Peter Dangerfield (Liverpool – Anglia), prof. Tomasz Karski, prof. Geoffrey Burwell (Nottingham – Anglia)

2002 r. prezentowano trzy prace: Grzegorz Kandzierski, Tomasz Karski, Jarosław Kałakucki, Jacek Karski, Marek Okoński, Wojciech Krzyżanowski „Obrazowanie podgłowej chrząstki nasadowej kości udowej. Badania doświadczalne. Przykłady kliniczne”, Jacek Karski, Tomasz Karski, Grzegorz Kandzierski, Marek Okoński, Jarosław Kałakucki „Dysplazja wrodzona biodra „niema” klinicznie – rola USG. Dysplazja wrodzona biodra „niema” sonograficznie – rola oceny klinicznej”; Marek Okoński, Tomasz Karski, Grzegorz Kandzierski, Jacek Karski, Jarosław Kałakucki „Trójwymiarowa ocena biodra spastycznego z rozpoznaniem zaawansowanej dyslokacji”.

Na zaproszenie Kliniki Ortopedii w Debreczynie na Węgrzech, w dniach 9-15 listopada 2002 r., prof. Tomasz Karski wygłosił dwa referaty: 1. „Geburtstraumatische Plexusläsion – Gefahren der so genannten „modernen” Therapie” i 2. „Persönliche Überlegungen zur Ätiologie der idiopathischen Skoliosen. Praktische Hinweise zur Ent-



Zespół Kliniki podczas spotkania z okazji obchodów XXXII rocznicy powstania Kliniki Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji AM w Lublinie

deckung beginnender Skoliosen. Prinzipien der neuen Übungstherapie. Möglichkeiten der Prophylaxe”.

W ramach wzajemnej współpracy i wymiany asystentów dr Marta Tarczyńska w dniach 23-30 listopada 2002 r. przebywała na tygodniowym stażu szkoleniowym w Klinice Ortopedii i Traumatologii w Budapeszcie, gdzie prezentowała pracę: „Pre- i postnatal factors in the development of the congenital dysplasia of the hip”.

Wydarzeniem podsumowującym rok 2002 było Posiedzenie Oddziału Lubelskiego PTOiTr w dniu 29 listopada 2002 r., gdzie przedstawiono dwie prace: Grzegorz Kandzierski, Tomasz Karski, Jarosław Kałakucki, Ewa Dybiec: „Zaburzenia zborności stawu biodrowego w przebiegu choroby Perthesa” i Mariusz Długosz, Tomasz Karski, Jacek Karski, Jacek Madej, Grzegorz Kandzierski: „Aktualne sposoby bezoperacyjnego leczenia dzieci z chorobą Perthesa. Rola laseroterapii. Wyniki leczenia”.

W roku 2002 zespół Kliniki przeprowadzał również pionierskie badania skryningowe pod kątem wykrywania skolioz i zagrożeń skoliozami u dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Badania takie odbyły się między innymi w Warszawie, Białymstoku, Lubinie, Lublinie, Urzędowie. Łącznie przebadano ponad 500 dzieci wykazując ścisłą zależność między przykurczem odwiedzeniowym rejonu prawego biodra i dużą różnicą addukcji obu bioder, a wczesnym pojawianiem się symptomów skolioz. Badania te potwierdzają najnowsze spostrzeżenia prof. T. Karskiego dotyczących etiologii skolioz tzw. idiopatycznych i dwóch grup etiopatogenetycznych powstawania wady. Szczegółowe informacje odnośnie nowego spojrzenia na profilaktykę i leczenie skolioz można znaleźć w książce prof. T. Karskiego wydanej w roku 2002 pt.: „Skoliozy tzw. idiopatyczne – etiologia rozpoznawanie zagrożeń, nowe leczenie rehabilitacyjne, profilaktyka. The etiology of the so-called idiopathic scoliosis. The new rehabilitation treatment. Prophylactics”. W badaniach skryningowych prowadzonych przez prof. Tomasz Karskiego brali również udział: dr med. Wojciech Konera, dr Leszek Gil, dr Ja-

cek Madej, dr med. Marta Tarczyńska, dr Michał Latałski, dr Adnan Bacher i dr Jarosław Kałakucki.

Studenckie Koło Naukowe działające przy Klinice Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji AM pod kierunkiem dr hab. Grzegorza Kandzierskiego, dr Marka Okońskiego i dr Jarosława Kałakuckiego przygotowało w roku 2002 dziesięć wystąpień zjazdowych. Były to: 3 referaty na EMSA International Workshop in Orthopaedics w dniach 22-24 marca 2002 r.; 1 plakat na XL Ogólnopolskiej i VI Międzynarodowej Konferencji Studentów Medycyny 12-14 kwietnia 2002 r. w Krakowie, który otrzymał I Nagrodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1 referat na Ogólnopolskiej Konferen-

kie Koło Naukowe zamknęło liczbą 12 prac wydrukowanych w literaturze medycznej.

Rok 2002 obfitował również w wydarzenia dotyczące stopni i tytułów naukowych oraz prestiżowych nagród. I tak, prof. Tomasz Karski – został mianowany członkiem SICOT (Société International de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie) – elitarnego Towarzystwa ortopedów i traumatologów, skupiającego wybitnych specjalistów w tej dziedzinie z wielu krajów świata. Prof. T. Karski w dniu 23 września 2002 r. otrzymał wyróżnienie Światowego Związku Karate i Polskiego Związku Olimpijskiego (Alma Mater nr 4/45, str. 62-63) za zasługi na rzecz propagowania karate w leczeniu wad

W roku 2002 zespół Kliniki przeprowadzał również pionierskie badania skryningowe zmierzające do wykrywania skolioz i zagrożeń skoliozami u dzieci w wieku wczesnoszkolnym

cji Naukowej Młodych Medyków, Warszawa 12-13 kwietnia 2002 r.; 2 referaty na 10th International Students Scientific Conference, 9-11 maja 2002 r. w Gdańsku; 1 referat na International Congress of Medical Doctors and Young Doctors – Poznań w dniach 19-21 maja 2002 r.; 2 referaty – XL Sympozjum Studenckich Kół Naukowych AM w Lublinie w dniu 7 grudnia 2002 r., z których jeden otrzymał wyróżnienie w sesji klinicznej w języku angielskim. Problematyka poruszana przez Koło Naukowe to obraz bliższego końca kości udowej w chorobie Perthesa i młodzieńczym złuszczeniu głowy kości udowej przedstawionych za pomocą technik komputerowych; dominacja czynności kończyn dolnych, górnych i oczu a strona występowania młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej i choroby Legg-Calvé-Perthesa; rola czynnika urazowego w etiologii tych chorób; epidemiologia i czynniki środowiskowe w mózgowym porażeniu dziecięcym i epidemiologia choroby Perthesa. Rok 2002 Studenc-

postawy u dzieci, w tym szczególnie u dzieci zagrożonych skoliozami tzw. idiopatycznymi i u dzieci w fazie początkowej deformacji. Został również powołany z dniem 16 grudnia 2002 r. na członka rzeczywistego Lubelskiego Towarzystwa Naukowego. W roku 2002 dwóch kolegów otrzymało stopnie naukowe doktora nauk medycznych: dr Jerzy Ostrowski i dr Michał Latałski. Dr Leszek Gil i dr Tomasz Raganowicz uzyskali drugi stopień specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu, zaś dr Marta Tarczyńska i dr Jacek Madej uzyskali pierwszy stopień specjalizacji w tej dziedzinie.

W roku 2003 cały Zespół Kliniki ma przed sobą wiele Kongresów Sympozjów i Zjazdów w Kraju i za granicą (Słowacja, Włochy, Niemcy, Węgry, Egipt). Sukcesy zespołu Kliniki są możliwe dzięki wielkiej pomocy władz Uczelni, wielkiej życzliwości naszych przyjaciół, lecz także dzięki wielkiej pracowitości, zaangażowaniu i zapale naukowemu całego zespołu.

Rikshospitalet, królewski szpital na peryferiach

**Królewski Szpital Uniwersytecki w Oslo
został założony w 1826 roku.**

**Obecna, bardzo nowoczesna siedziba szpitala
została ukończona w roku 2002 i zajmuje
130 tys. metrów kwadratowych na północno-
zachodnim krańcu norweskiej stolicy.**

LEK. MED. KRZYSZTOF BURSKI

Budynki szpitala wznoszą się na cztery piętra i są znakomicie wkomponowane w okoliczny teren, las i przepływający w pobliżu niewielki strumień. Obecnie szpital posiada 580 łóżek, rocznie hospitalizowanych jest 33 tys. pacjentów, w ramach polikliniki udzielanych jest 136 tys. porad. W strukturze norweskiego systemu opieki zdrowotnej Rikshospitalet zajmuje najwyższy – czwarty poziom referencyjny. Poszczególne kliniki szpitala prowadzą również ściśle współpracę z innymi szpitalami w Skandynawii, jak również ośrodkami medycznymi w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Belgii, Australii i USA. W przypadku Polski, wymiernym wynikiem tej współpracy było podpisa-

nie umowy bilateralnej z Akademią Medyczną w Lublinie w ramach Programu Wspólnot Europejskich Leonardo da Vinci. Zadaniem programu jest współfinansowanie projektów stażu i wymiany w celu podnoszenia poziomu umiejętności zawodowych pracowników: lekarzy i pielęgniarek. W 2002 roku miałem również przyjemność być jego beneficjentem.

W Rikshospitalet zatrudnionych jest około 350 lekarzy, w tym wielu obcokrajowców, głównie z Danii, Szwecji, Niemiec, Islandii, Finlandii, Wielkiej Brytanii, USA, jak również 4 lekarzy z Polski. Większość lekarzy obcokrajowców przybyła do Norwegii w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, kiedy występował w tym kraju duży niedobór specjalistów. Obecnie zapotrzebowanie na lekarzy uległo znacznemu zmniejszeniu i począwszy od 2002 roku obserwuje się ich

nadprodukcję, spowodowaną między innymi napływem norweskich studentów studiujących w Polsce, Republice Czeskiej i na Węgrzech. Oficjalnie, dostępne w internecie prognozy Norweskiej Rady Lekarskiej podają, że liczba lekarzy w Norwegii w roku 2010 ponad dwukrotnie przekroczy zapotrzebowanie. W chwili obecnej, w celu pełnej nostryfikacji polskiego dyplomu lekarza medycyny należy zdać egzamin z języka norweskiego – trzeci stopień, odbyć kurs z medycznej terminologii norweskiej, następnie zdać pisemny egzamin nostryfikacyjny po norwesku obejmujący pytania z zakresu chorób wewnętrznych, chirurgii, psychiatrii, pediatrii, neurologii, ginekologii i położnictwa oraz farmakologii klinicznej, odbyć półroczny staż w szpitalu norweskim, ukończyć kurs z medycyny społecznej, medycyny sądowej, orzecznictwa, epidemiologii, zdrowia publicznego, psychiatrii sądowej i antybiotykoterapii zakończony egzaminem i na zakończenie odbyć półtoraroczny staż w szpitalu rejonowym oraz w praktyce lekarza rodzinnego. Cała ta żmudna procedura trwa około trzech lat i wymaga niestety sporych nakładów finansowych.

Norweski system podyplomowego kształcenia lekarzy różni się dość istotnie od polskiego między innymi tym, że staż podyplomowy, jak i specjalizacje podstawowe można zdobywać jedynie poza ośrodkami akademickimi, do których powraca się dopiero w celu zdobycia podspecjalizacji, lub prowadzenia badań naukowych. W związku z tym normą są częste zmiany miejsca zatrudnienia, a co za tym idzie również miejsca zamieszkania lekarzy i członków ich rodzin. W okresie mojego 3-letniego zatrudnienia w jednej z klinik Rikshospitalet, nastąpiła stuprocentowa wymiana kadry lekarskiej. Pracę lekarza w Norwegii cechuje duża samodzielność. Normą jest, że po godzinie dwudziestej lekarze stażyści dyżurują samodzielnie na oddziale. Jednymi z podstawowych narzędzi pracy lekarza są dyktafon, komputer z elektroniczną historią choroby DocuLive, system elektronicznej rekwizycji i odbioru badań laboratoryjnych i obrazowych EROS, elektroniczny system identyfikacji danych pacjenta PIMS, oraz oczywiście pager. Wszechobecny jest podpis elektroniczny, który również występuje na elektronicznej recepcie.

Jak sama nazwa wskazuje, Rikshospitalet pełni też rolę Szpitala Królewskiego i ma za zadanie świadczyć usługi medyczne na rzecz Norweskiego Dworu Panującego. W Rikshospitalet przyszli na świat zarówno obecnie panujący król Norwegii, Jego Wysokość Harald V, jak również następca tronu Książę Haakon i jego siostra Księżniczka Martha Louise. Jak przystało na prawdziwą monarchię socjalistyczną, członkom rodziny panującej nie przysługują specjalne pomieszczenia i nawet zdarzyło mi się osobiście przyjąć na nocnym dyżurze księżniczkę i położyć ją na „zwykłej” jednoosobowej sali. Szef kliniki chorób wewnętrznych pełni jednocześnie funkcję lekarza rodzinnego Rodziny Królewskiej i musi zostać w każdym takim przypadku niezwłocznie powiadomiony. Do niewątpliwych plusów tej sytuacji należy też fakt, że oprócz częstych wizyt Pary Królewskiej, dwór pamięta też o personelu szpitala przy okazji większych uroczystości rodzinnych i przesyła z Pałacu tort, np. ostat-



Rikshospitalet
Universitetsklinikk

Tlf faksiden
Om oss
Publikasjoner
Kontakt oss
Kurs
Eksterne ressurser
Senterets diagnose:
Alagille
Alport
Amniotresi
Blaerelestrofi
Fabry sykdom
Fenyketonuri / Føllings sykdom (PKU)
Galaktosemi
Gallegangstresi
Genitale anomalier
Huntingtons sykdom
LCAT-mangel
Laurence-Moon-Bardet-Biedl syndrom (LMBB)
Maple Syrup Urine Disease
Medfødt immunsviktsykdommer
Øsøfagusstresi
Aagenses syndrom

Andre diagnoseer
Oransivering av hjelpetilak
English version

Kontakt oss

Telefon:
23 07 53 40

Telefaks:
23 07 53 50

E-post: Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SmC-gruppesenteret)
E-post direkte til ENKELTPERSONER

Postadresse:
Senter for sjeldne sykdommer og syndromer - SmC-gruppesenteret
Rikshospitalet
0027 Oslo

Besøksadresse:
Forskingsveien 2b (Rettvis i vis Rikshospitalet, over Ringveien)
D Rikshospitalet, Nettsideksjonen.

KURSSTAP KUNSTSTILLING MEDISINSK

W Rikshospitalet zatrudnionych jest około 350 lekarzy, w tym wielu obcokrajowców, głównie z Danii, Szwecji, Niemiec, Islandii, Finlandii, Wielkiej Brytanii, USA, jak również 4 lekarzy z Polski.

nio z okazji zaślubin Księżniczki Marthy Luisy. Niestety, jako jedyny z mojej kliniki zaproszenie na tę podniosłą uroczystość otrzymał mój szef. Oprócz podstawowej działalności leczniczej, szpital prowadzi też bogatą działalność naukową, jest między innymi wiodącym europejskim centrum transplantacji serca, nerek, trzustki i wątroby. Podczas mojego dotychczasowego pobytu w Rikshospitalet, miałem możliwość uczestnictwa w kilku ciekawych projektach badawczych w ramach programów, z Norweskiego Komitetu Badań Naukowych. Za swój największy dotychczasowy sukces uważam fakt opublikowania w „The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism” pierwszego na świecie opisu współistnienia gruczolaka przytarczyc i FHH jako wyniku mutacji genu receptora wapniowego z jednoczesną

propozycją leczenia. Niewątpliwym zaszczytem było też dla mnie otrzymanie członkostwa w Norweskim Towarzystwie Endokrynologicznym i Skandynawskim Towarzystwie Badań nad Cukrzycą z możliwością uczestnictwa w dorocznych kongresach obu tych szacownych organizacji, a także rozpoczęcie studiów doktoranckich na Wydziale Medycznym Uniwersytetu w Oslo.

Na zakończenie chciałbym złożyć serdeczne podziękowania na ręce mgr Marii Grudzińskiej z Prorektoratu ds. Nauki AM w Lublinie – koordynatorce Programu Leonardo da Vinci, za pomoc i osobiste zaangażowanie w realizację programu, oraz mojemu promotorowi, prof. dr hab. Ryszardowi Maciejewskiemu za wszystkie rady, cierpliwość i nieustanne podtrzymywanie na duchu w chwilach wątplenia naukowego.

Jubileusz 50-lecia pracy zawodowej wybitnych neurologów

W dniu 7 marca 2003 roku odbyła się uroczystość jubileuszu 50-lecia pracy zawodowej trzech wybitnych przedstawicieli neurologii polskiej **prof. dr hab. dr h. c. Antoniego Prusińskiego, prof. dr hab. Teofana Marii Domżała oraz gen. prof. dr hab. Henryka Chmielewskiego.**

DR N. MED.
KRYSTYNA MITOSEK-SZEWCZYK
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Uroczysta Sesja poświęcona jubileuszowi została zorganizowana przez Zarząd Oddziału Regionu Łódzkiego PTNeurol i Zarząd Główny PTNeurol, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Bólu Głowy, Sekcję Badań nad Migreną PTNeurol oraz Sekcję Historii Neurologii PTNeurol. Sesja odbyła się w przepięknych salach Muzeum Miasta Łodzi w Pałacu rodziny Poznańskich przy ulicy Ogrodowej 15, zaś swoją obecnością zaszczyteli ją m. in. Minister Zdrowia **dr n. med. Marek Balicki**, przedstawiciele władz miasta Łodzi i wielu szacownych gości.

Sesję rozpoczął Przewodniczący Zarządu Oddziału Łódzkiego PTNeurol **dr Aleksander Newodniczy** od przywitania wszystkich przybyłych na tą uroczystość gości. Następnie powitał wszystkich obecnych w imieniu Zarządu Głównego PTNeurol Przewodniczący Zarządu Głównego **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak** oraz Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Bólu Głowy **prof. dr hab. Adam Stępień**.

Sylwetkę Wielce Szacownego Jubilata, świetnego neurologa, wieloletniego kierownika Kliniki Neurologii AM w Łodzi **profesora Antoniego Prusińskiego** przybliżył dr Aleksander Newodniczy. Profesor jest postacią niezwykłą zarówno jako lekarz, nauczyciel, jak i autor kilkudziesięciu podręczników i monografii, na których kształciło się i nadal kształci ogromna rzesza polskich lekarzy. Od

lat głównym motywem działalności Profesora stała się walka z bólami głowy. Jako kontynuator pracy Edwarda Flataua i Eufemiusza Hermana, Profesor Antoni Prusiński stworzył w Łodzi Sekcję Badań nad Migreną przy Polskim Towarzystwie Neurologicznym. Z Jego inicjatywy Powstało Polskie Towarzystwo Bólu Głowy, którego był pierwszym Prezesem, a obecnie jest Honorowym Prezesem. Stworzył również pismo „Migrena”, w którym po dzisiejszy dzień pełni funkcję redaktora naczelnego.

Sylwetkę znakomitego neurologa, twórcy i wieloletniego kierownika Kliniki Neurologii CSK WAM w Warszawie **prof. Teofana Marii Domżała** przedstawił **prof. Jerzy Kotowicz**. Dorobek naukowy Profesora obejmuje liczne opracowania monograficzne, prace oryginalne oraz publikacje pogładowe. Działalność Profesora w dużej mierze zogniskowana jest wokół problematyki bólu, w tym także bólu głowy. Profesor jest członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Bólu Głowy i byłym Wiceprezesem, a obecnie członkiem Zarządu tego Towarzystwa. Zyskał uznanie jako znakomity klinicysta i dydaktyk, człowiek o rozległej wiedzy i szerokich zainteresowaniach.

Bardzo ciepło przedstawił dr n. med. Wiesław Chudzik postać generała brygady w stanie spoczynku profesora Henryka Chmielewskiego, kierownika Kliniki Neurologicznej WAM w Łodzi. Profesor jest doskonałym nauczycielem akademickim, uczonym, świetnym lekarzem, a zarazem wybitnym organizatorem wojskowej służby zdrowia i członkiem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Ma znaczący dorobek naukowy i jest wybitnym specjalistą w zakresie terapii manualnej.

W trakcie spotkania Zarząd Sekcji nad Miękną przeprowadził zebranie sprawozdawczo-wyborcze, rozpoczęte sprawozdaniem Przewodniczącego Sekcji prof. Antoniego Prusińskiego, które zostało jednogłośnie przyjęte. Następnie przeprowadzono wybory nowego Zarządu Sekcji. Postawiony wniosek przez Prezesa Zarządu Głównego prof. Zbigniewa Stelmasiaka, aby zarząd nadal funkcjonował w niezmiennym składzie został przyjęty jednogłośnie w jawnym głosowaniu. Przewodniczącym został prof. Antoni Prusiński, wiceprzewodniczącym dr n. med. Krystyna Mitoś-Szewczyk i skarbnikiem doc. Jacek Rożniecki.

Na zakończenie Sesji główny sponsor łódzkiego spotkania, firma Polpharma, przedsta-

Profesor A. Prusiński jest postacią niezwykle zarówno jako lekarz, nauczyciel, jak i autor kilkudziesięciu podręczników oraz monografii, na podstawie których kształciła się i nadal kształci ogromna rzesza polskich lekarzy.

wiła film poświęcony swemu powstaniu i obecnej działalności, a tuż po projekcji wystąpił zespół muzyczny. Sesja odbyła się w ramach obchodów 70-lecia powstania Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, co miało miejsce 14 września 1933 roku.

**Od lewej:
gen. prof. dr hab. Henryk Chmielewski,
prof. dr hab. Teofan Maria Domżał,
prof. dr hab. Irena Hausmanowa-Petrusewicz,
prof. dr hab. dr h. c. Antoni Prusiński,
Minister Zdrowia dr n. med. Marek Balicki, prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak**



Transplantacje, nowe wyzwania dla medycyny

Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego (cz. III)

W dniu 12 grudnia 2002 r. w sali wykładowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa z cyklu „Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego, część III”.

DR N. MED. JOANNA WOJCZAL
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Konferencja była poświęcona zagadnieniom związanym z transplantacją i stwierdzeniem śmierci osobniczej, zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Neurologii AM w Lublinie oraz Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej AM w Lublinie. Zagadnienie to jest nadal tematem szeroko zakrojonych dyskusji na międzynarodowym forum medycznym.

Konferencji przewodniczył kierownik Katedry i Kliniki Neurologii w Lublinie, **prof. dr hab. n. med. Zbigniew Stelmasiak**, a moderatorem była **dr n. med. Anna Szczapańska-Szerej**, sekre-

tarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i wiceprezes Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. W pierwszym wykładzie **dr hab. Sławomir Rudzki**, Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej omówił problemy moralno-etyczne w transplantologii, ze zwróceniem uwagi na filozoficzno-antropologiczne i medyczne aspekty definicji śmierci osobniczej. **Dr n. med. Joanna Wojczal** przedstawiła obowiązujące w Polsce kryteria stwierdzania śmierci pnia mózgu i omówiła protokół postępowania w przypadku podejrzenia śmierci pnia mózgu. W ostatnim wykładzie **dr n. med. Andrzej Pożarowski** przedstawił zagadnienia związane z pozyskiwaniem dawców narządów w województwie lubelskim na tle sytuacji w tej dziedzinie w Polsce. Po części referatowej odbyła się ożywiona dyskusja.



Moderatorką konferencji była dr n. med. Anna Szczapańska-Szerej

W konferencji uczestniczyli bardzo licznie neurologicy z całego województwa lubelskiego oraz liczni studenci medycyny, zainteresowani tą problematyką. Konferencja została zorganizowana przy współudziale firmy Boehringer Ingelheim.

Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego (cz. IV)

DR N. MED. MARIA PILARCZYK
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Moderatorem konferencji był prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie, Przewodniczący Lubelskiego Oddziału PTNeurol, Prezes Zarządu Głównego PTNeurol.

Pierwszy wykład pt.: „Choroba Alzheimera i otępienie naczyniopochodne: jak rozległe jest pogranicze wygłosiła doc. dr hab. Iwona Kłoszewska, Kierownik Kliniki Psychiatrii UM w Łodzi. Najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera (AD). Otępienie o podłożu naczyniowym (VaD) występuje o wiele rzadziej. Charakterystyczny, stosunkowo łatwy do rozpo-

znania obraz występuje w otępieniu wieloudarowym. Składają się na niego: jednostronne objawy sensomotoryczne. Gwałtowny początek objawów, upośledzenie funkcji wykonawczych, schodkowe narastanie zaburzeń funkcji poznawczych oraz ich fluktuacja. Natomiast inne postacie otępienia naczyniopochodnego mają obraz zależny od lokalizacji (zawały strategiczne) lub związany z uszkodzeniem połączeń przedczołowo – podkorowych. Ten ostatni cechują: zaburzenia pa-

mięci o niewielkim nasileniu, zaburzenia osobowości, chwiejność emocjonalna, depresja, zaś dynamika rozwoju objawów może przypominać przebieg AD. Czynniki ryzyka otępienia naczyniopochodnego są powszechnie znane – należą do nich: nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, palenie tytoniu, cukrzyca, choroby serca (zawał, migotanie przedsionków), nadmierne spożycie alkoholu i czynniki genetyczne. Duże badania epidemiologiczne wykazały, że są to też czynniki ryzyka AD.



Prof. dr hab. Andrzej Szczudlik



Dr n. med. Tadeusz Parnowski

W licznej grupie otępień stwierdzono współistnienie zarówno cech patologicznych, jak i klinicznych, typowych dla postaci naczyniowej i AD. Są to tzw. otępienia mieszane. Zależność między Vad i AD nie została do końca wyjaśniona. Istnieje możliwość, że jest to proste współwystępowanie dwóch procesów chorobowych lub, że rozwój jednej patologii sprzyja powstawaniu drugiej. W przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych badaniu Nun Study wykazano, że kliniczne zaawansowanie otępienia u osób o podobnym stopniu nasilenia zmian patologicznych typowych dla AD zależy od obecności zmian naczyniowych. Obecnie uważa się, że istnieje szerokie spektrum form przejściowych między „czystymi” formami demencji, AD i VaD.

Prof. dr hab. Andrzej Szczudlik, kierownik Kliniki Neurologii CM UJ w Krakowie przedstawił wykład na temat: „Donepezil w długoterminowym leczeniu chorób otępiennych”. W wielu przeprowadzonych dotychczas badaniach kontrolowanych wykazano, że pacjenci z chorobą Alzheimera leczeni inhibitorami cholinesterazy są sprawniejsi i bardziej aktywni w codziennym życiu niż chorzy przyjmujący placebo. Terapia lekami z tej grupy jest również bezpieczna, jeśli zwiększanie dawki leku nie jest zbyt szybkie. Występowanie działań niepożądanych o nasileniu zmuszającym do przerwania terapii w tych warunkach obserwuje się rzadko. Odpowiedź na pytanie, jak długo należy kontynuować leczenie inhibitorami cholinesterazy, przynoszą niedawno opublikowane wyniki długoterminowych badań otwartych i kontrolowanych. W najdłuższym, prawie pięcioletnim badaniu otwartym, stanowiącym kontynuację badań II fazy, wykazano, że u chorych leczonych donepezilem przez cały czas terapii zaburzenia funkcji poznawczych były mniej nasilone niż u chorych otrzymujących placebo. W grupie leczonej donepezilem poważne działania niepożądane (czyli takie, które powodowały przerwanie terapii) występowały tylko u 19% leczonych. Znacznie częściej obserwowano izolowane, łagodne działania niepożądane. W badanej grupie nie stwierdzono również istotnych zmian

w badaniach laboratoryjnych. Przeprowadzono szereg innych długoterminowych badań. Podsumowując ich wyniki, należy stwierdzić, że potwierdzają one skuteczność terapii donepezilem w zakresie poprawy funkcji poznawczych, codziennej aktywności i ogólnej sprawności chorych. Prawdopodobieństwo wystąpienia w ciągu roku istotnego klinicznie pogorszenia wśród chorych leczonych donepezilem jest istotnie mniejsze niż w grupie otrzymującej placebo. Koszt długotrwałego leczenia donepezilem stanowi nikły odsetek całkowitych kosztów leczenia, zaś aktywna terapia istotnie je obniża.

Następny wykład pt.: „Zaburzenia zachowania w zespołach otępiennych” przedstawił **Dr n. med. Tadeusz Parnowski** z Oddziału Psychogeriatrycznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne obserwowane w otępieniu wiążą się z pogorszeniem percepcji, treści myślenia i nastroju. Częstość objawów psychotycznych w zespołach otępiennych kształtuje się następująco: urojenia: 10-73%, omamy: 12-49%, zespół błędnego rozpoznania: 6,6-7,5%, depresja: 40-5%. Wyodrębniono pięć zespołów objawów w otępieniu: pobudzenie psychomotoryczne, psychoza, depresja, apatia i agresja. Podział ten uwzględnia przybliżoną lokalizację uszkodzenia w ośrodkowym układzie nerwowym i pozwala na zastosowanie specyficznych oddziaływań i form terapii.

Doc. dr hab. Alina Borkowska, kierownik Zakładu Neuropsychologii Klinicznej AM w Bydgoszczy przedstawiła wykład na temat: „Fakty wynikające z badań porównawczych inhibitorów cholinesterazy”. W Polsce zarejestrowane są trzy leki z grupy inhibitorów cholinesterazy: donepezil (Aricept), riwastygmina (Exelon) i galantamina (Reminyl), wykorzystywane w leczeniu choroby Alzheimera. Inne wskazania do stosowania tych preparatów stanowią: otępienie mieszane, otępienie naczyni pochodne. Wilkinson i wsp. porównywali wpływ donepezilu (w dawce 10 mg) i riwastygminy (w dawce 12 mg) na objawy kliniczne i funkcje poznawcze w chorobie Alzheimera. W 12-tygodniowym bada-



Prof. dr hab. Maria Barcikowska



Doc. dr hab. Iwona Kłoszewska

niu tolerancja donepezylu była lepsza – aż 89% leczonych chorych ukończyło badanie, nie przerywając przyjmowania leku (w porównaniu z 69% chorych przyjmujących riwastygminę). Wśród chorych leczonych donepezilem, który wywoływał mniej działań niepożądanych, rzadziej zachodziła potrzeba odstawienia leku. W trakcie terapii donepezilem chorzy 4-krotnie rzadziej zgłaszali nudności i 3-krotnie rzadziej wymioty niż pacjenci otrzymujący riwastygminę. W 12-tygodniowym badaniu head – to – hesa przedstawionym na konferencji *Inteventions, Innovations, Implications* w Sztokholmie w czerwcu 2002 roku, porównującym wpływ donepezylu i galantaminy na deficyty poznawcze w chorobie Alzheimera, stwierdzono poprawę wyników, jakie uzyskali chorzy w 11-punktowej skali ADAS – cog po leczeniu donepezilem i galantaminą. U chorych leczonych donepezilem uzyskano istotnie większą poprawę w zakresie funkcji poznawczych w porównaniu z chorymi leczonymi galantaminą, zwłaszcza w czwartym i ósmym tygodniu terapii. Natomiast w ocenie według skali DAD (*Depression in Alzheimer Disease*, oceniającej nasilenie otępienia) pacjenci leczeni donepezilem uzyskali istotną poprawę wyników, która utrzymywała się od chwili rozpoczęcia leczenia przez 12 tygodni, podczas gdy u chorych leczonych galantaminą wyniki pogorszyły się. Podsumowując wyniki powyższych badań, należy stwierdzić, że tolerancja leczenia donepezilem była lepsza niż tolerancja terapii riwastygminą i galantaminą.

Prof. dr hab. Maria Barcikowska, kierownik Kliniki Neurologii Szpitala MSWiA w Warszawie przedstawiła interesujący wykład pt.: „Opiekun, a farmakoterapia choroby Alzheimera”. Z powodu otępienia w Polsce cierpi około 800000 osób. Połowę stanowią chorzy (200000 to pacjenci z chorobą Alzheimera), zaś kolejne 400000 to tak zwani „ukryci pacjenci”, czyli osoby, które sprawują bezpośrednią opiekę nad chorymi. Z przeprowadzonych przez Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera badań wynika, że najczęściej opiekunami są współmałżonkowie (70%)

i dzieci (24%). Inne osoby, w tym dalsi krewni, osoby spoza rodziny z profesjonalnym przygotowaniem lub bez niego, stanowią tylko 6%. Lekarze sprawujący opiekę nad chorymi na otępienie powinni pamiętać, że ich opiekunowie żyją w ciągłym stresie, często są pozbawieni możliwości odpoczynku. Na podstawie wyników badań stwierdzono, że są oni bardziej podatni na depresję, mniej zadowoleni z życia, niekorzystnie oceniają stan swojego zdrowia psychicznego i obserwują jego pogarszanie się w czasie w większym stopniu niż osoby nie będące opiekunami. Dowiedziono również, że osoby sprawujące opiekę nad chorymi z otępieniem mają mniej wydolny układ odpornościowy, częściej zapadają na choroby układu krążenia, choroby zwyrodnieniowe układu kostnego, osteoporozę oraz ulegają udarom mózgu. Skuteczne leczenie otępienia ma ogromne znaczenie zarówno dla chorego, jak i dla jego opiekuna. Zaburzenia zachowania i nastroju osoby z chorobą Alzheimera powodują u opiekuna ciągły stres i poczucie skrajnej niesprawiedliwości. Z czasem dochodzi do społecznej izolacji opiekuna, który wstydi się objawów choroby osoby bliskiej. Wyniki badań wskazują, że donepezyl (*Aricept*) poprzez poprawę zdolności poznawczych przedłuża okres względnej wydolności chorego i pozwala, średnio o jedną godzinę na dobę, skrócić czas opieki nad chorym. Prowadzi to do znacznej poprawy jakości życia opiekuna. Leczenie inhibitorami cholinesterazy powoduje zatrzymanie lub spowolnienie progresji choroby. *Aricept* jest lekiem o łatwym dawkowaniu – podaje się go jeden raz na dobę.

Przedstawione wykłady cieszyły się ogromnym zainteresowaniem 130 obecnych na konferencji lekarzy neurologów, specjalizujących się w tej specjalności oraz lekarzy rezydentów, co miało wyraz w ożywionej dyskusji, której przewodniczył moderator konferencji prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak. Wszyscy uczestnicy spotkania naukowego otrzymali punkty edukacyjne przyznane przez Komisję ds. Kształcenia Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego (cz. V)

W dniu 14 marca 2003 roku, w Janowie koło Chełma miała miejsce kolejna, piąta część konferencji naukowo – szkoleniowej pt. „Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego”.

DR N. MED. JOANNA IŁŻECKA
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Konferencja została zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Neurologii AM w Lublinie, Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Oddział Neurologiczny Szpitala SP ZOZ w Chełmie oraz firmę farmaceutyczną Gedeon Richter Ltd. Moderatorem konferencji był **prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak** – Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i kierownik Katedry i Kliniki Neurologii AM w Lublinie. Program spotkania obejmował

również otwarcie Oddziału Udarowego w Oddziale Neurologii Szpitala SP ZOZ w Chełmie. W uroczystości otwarcia uczestniczyła **lek. med. Teresa Serwacka** – ordynator Oddziału Neurologii oraz licznie zaproszeni goście. Uroczystość rozpoczęła się przemówieniami okolicznościowymi wygłoszonymi przez Panią ordynator oraz Pana Profesora Zbigniewa Stelmasiaka. Towarzyszący występ zespołu muzycznego oraz smacznie przygotowany poczęstunek, były miłym jej uzupełnieniem.

Po części oficjalnej nastąpiło otwarcie konferencji z zajeździe „Trzy Dęby” w Janowie koło Chełma. Program konferencji składał się z trzech wykładów. **Dr n. med. J. Iłżeczka** przedstawi-

ła klasyfikację udarów mózgu, **dr n. med. A. Fidor** przybliżył obecnym zagadnienie wtórnej profilaktyki udarów mózgu, natomiast **mgr T. Kazalska** omówiła neuropsychologiczne aspekty naczyniowych uszkodzeń mózgu.

Jak wiadomo, najczęściej występującą postacią udaru mózgowego jest zawał mózgu, stanowiący 80% wszystkich udarów. Postacie ostrego naczyniowego uszkodzenia mózgu dzielą się w zależności od etiologii, w zależności od obszaru w zakresie poszczególnych tętnic mózgu, w którym doszło do udaru, a także ze względu na czas trwania i dynamikę objawów. Praktycznie najbardziej przydatną wydaje się być klasyfikacja oksfordzka, uwzględniająca różne struktury anatomiczne oraz towarzyszące ich uszkodzeniu objawy kliniczne. W piśmiennictwie podkreśla się znaczenie powyższej klasyfikacji w ocenie powikłań poudarowych i rokowania, a także jej rolę w obiektywizacji terapeutycznych prób klinicznych prowadzonych w tej chorobie.

W drugim wykładzie, poświęconym wtórnej profilaktyce udarów mózgu,

zwrócono uwagę na fakt, że udar mózgu stanowi trzecią co do częstości przyczynę zgonów na świecie i główną przyczynę trwałego inwalidztwa. Wynika z tego ogromne znaczenie profilaktyki tej choroby, obejmującej modyfikowanie czynników ryzyka udaru, takich jak: nadciśnienie tętnicze krwi, migotanie przedsionków, hipercholesterolemia, a także styl życia. Obecnie wiadomo, że redukcja ciśnienia tętniczego krwi istotnie zmniejsza zarówno zachorowalność na udar, jak i śmiertelność w przebiegu tej choroby. Czynniki zmniejszającymi ryzyko udaru są także: właściwa dieta, zaprzestanie palenia tytoniu, zwiększona aktywność fizyczna. Poruszono również problematykę właściwego leczenia farmakologicznego osób z czynnikami ryzyka udaru mózgu. I tak, u wszystkich chorych z migotaniem przedsionków należy prowadzić przewlekłe leczenie doustnym antykoagulantem, a u chorych bez innych chorób układu sercowo-naczyniowego oraz u osób nie mogących przyjmować antykoagulantów, należy stosować leczenie przeciwplatek. Wiadomo również, że leczenie statynami zmniejsza ryzyko zachorowania na udar mózgu o około 29-32%. Objawowe zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej większe niż 70% stanowi wskazanie do endarterektomii lub angioplastyki, których skuteczność wydaje się być porównywalna.

W trzecim wykładzie zwrócono uwagę na zaburzenia funkcji psychicznych u pacjentów z objawami prodromalnymi, w ostrym okresie udaru mózgu, oraz na neuropsychologiczne następstwa udaru mózgu. Najczęstsze objawy prodromalne to: zespół rzekomonerwicowy, zaburzenia neurodynamiczne, obniżenie sprawności w zakresie różnych funkcji poznawczych, głównie pamięci. W zespole ostrego przemijającego niedokrwienia mózgu występują przemijające zaburzenia ogólnomózgowe i ogniskowe zaburzenia funkcji psychicznych. Ostrej fazie udaru mózgu mogą towarzyszyć zaburzenia świadomości oraz zaburzenia psychiczne w postaci ostrych stanów pobudzenia, czy psychozy Korsakowa. Ważne wydają się być neuropsychologiczne następstwa udarów mózgu, takie jak: uogólnione upośledzenie



Od lewej:
dr n. med. Maria Pilarczyk – sekretarz Oddziału Lubelskiego PTNeuroł
i prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak – prezes Zarządu Głównego PTNeuroł



Podczas dyskusji głos zabrał dr n. med. Marek Kamiński

sprawności intelektualnej, zaburzenia stanu emocjonalnego, czy zaburzenia mowy o charakterze afazji. Neuropsychologiczne objawy ubytkowe istotnie zwiększają inwalidztwo chorych z udarem mózgu.

Przedstawionym wykładom towarzyszyła dyskusja, świadcząca o dużym zainteresowaniu poruszonymi problemami. W następnej części konferencji zabrał głos przedstawiciel firmy Ge-

deon Richter prezentując lek Mydo-calm. Po konferencji uczestnicy wysłuchali znakomitego koncertu zespołu „Gospel Rain”, a następnie uczestniczyli w bankiecie stanowiącym zakończenie spotkania. Ogromna liczba osób przybyłych na konferencję mimo niesprzyjającej pogody, świadczy o dużym zainteresowaniu problematyką udarów mózgu i potrzebie kontynuowania takich spotkań.

Depresja

Niedziela 23 lutego 2003 r. została ogłoszona w tym roku Ogólnopolskim Dniem Walki z Depresją. Pracownicy Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie pod kierunkiem prof. dra hab. Marka Masiaka wychodząc naprzeciw oczekiwaniom społecznym, udzielali tego dnia specjalistycznych porad w budynku Collegium Novum przy Al. Raławickich.

LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK

KATEDRA I KLINIKA PSYCHIATRII
AM W LUBLINIE

Zarówno pacjenci jak i zdrowi ludzie przychodzili, aby porozmawiać ze specjalistami i dowiedzieć się czegoś więcej o depresji i jej skutkach. Akcja spotkała się z zainteresowaniem ze strony mediów, można była usłyszeć o niej zarówno w telewizji, jak i w radio. Mniej miejsc poświęciły akcji na swoich łamach lubelskie dzienniki, ale także nie przeszła ona zupełnie bez echa.

W języku potocznym depresja jest przejściowym i przemijającym pogorszeniem nastroju. Znaczenie medyczne jest szersze i określa ramy czasowe na długi czas (tygodnie, miesiące), z towarzyszącą dezorganizacją aktywności człowieka, niejednokrotnie przy zachowanym poczuciu choroby. Pa-

cjent cierpi z powodu smutku, niedostatku energii, czy zmniejszenia aktywności. Zakres zainteresowań i koncentracja uwagi są obniżone, zmęczenie pojawia się nawet po małym wysiłku, towarzyszy mu *anhedonia* czyli niemożność przeżywania przyjemności.

Do objawów podstawowych zespołów endogennych należy zaliczyć: obniżenie podstawowego nastroju przeżywane przez chorych jako stan smutku, przygnębienia, niemożność przeżywania szczęścia i radości czy zadowolenia z wykonywania czynności które kiedyś sprawiały radość; obniżenie tempa procesów psychicznych i ruchu przejawiające się spowolnieniem tempa myślenia, osłabieniem pamięci, poczuciem pogorszenia sprawności intelektualnej, spowolnieniem ruchowym osiagającym niekiedy poziom zahamowania ruchowego. U niektórych chorych w miejsce spowolnienia ruchowego pojawia się niepokój ru-

chowy; zaburzenie rytmów biologicznych, zwłaszcza zaburzenie rytmu snu i czuwania, które występuje w dwóch podstawowych wariantach: zwiększonej potrzeby snu lub znacznie zmniejszonej ilości snu nocnego z jego splyceniem, częstym budzeniem się, wczesnym porannym budzeniem się i występowaniem koszmarów nocnych. Przejawem zaburzeń rytmów biologicznych są dobowe wahania nastroju z najgorszym samopoczuciem w godzinach rannych i zmniejszeniem nasilenia objawów wieczorem oraz występujące często u kobiet zaburzenia miesiączkowania; lęk występuje typowo jako tzw. lęk wolnopłynący, wykazuje falujące nasilenie, często lokalizowany przez chorych w okolicy przedsercowej lub w nadbrzuszu;

Stany depresyjne, według prof. Stanisława Pużyńskiego, można podzielić na trzy duże grupy: stany depresyjne występujące w przebiegu chorób afektywnych (dawna nazwa depresja endogenna, psychoza maniakalno-depresyjna); przyczyny tej grupy depresji nie są dostatecznie poznane, związane z hipotetycznym czynnikiem en-

dogennym; grupę depresji występujących w przebiegu różnych schorzeń somatycznych, związanych ze stosowaniem leków i innych substancji, w przebiegu zatruc, uzależnień, w chorobach organicznych mózgu (zwane są one również depresjami somatogennymi, depresjami objawowymi, czy depresjami organicznymi); depresje psychogenne, których występowanie związane jest z różnorodnymi urazami psychicznymi i emocjonalnymi.

Granice pomiędzy tymi trzema kategoriami nie są ostre, u części chorych można stwierdzić współwystępowanie dwóch, a nawet trzech grup czynników przyczynowych.

W obecnym postrzeganiu psychiatrycznym depresja nie stanowi jednostki chorobowej, a jedynie grupę zaburzeń o różnej etiologii, co znalazło odzwierciedlenie w najnowszej klasyfikacji ICD 10, gdzie klasyfikowana jest jako: epizod depresyjny – odnosi się wyłącznie do pojedynczego (pierwszego) epizodu depresyjnego; epizod depresyjny w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych; epizod depresyjny w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (jeżeli oprócz zespołów depresyjnych występują zespoły maniakalne).

W praktyce lekarskiej depresja należy do najczęściej spotykanych schorzeń. Z niektórych badań wynika, że występuje ona u 20-30% chorych zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu. Badania epidemiologiczne wskazują, że objawy depresyjne stwierdza się u 20-22% pacjentów leczonych w szpitalach ogólnych. Niestety nie rozpoznaje się depresji w około połowie z tych przypadków. Większa wiedza o depresji, a także gotowość do jej dostrzegania u pacjentów zgłaszających się z innymi dolegliwościami może ułatwić niesienie skutecznej pomocy. Warto także pamiętać, że występuje ona 2-3 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.

Właściwej diagnostyce i leczeniu pacjentów cierpiących na depresję, a także podniesieniu poziomu społecznej świadomości na temat tego jakże popularnego schorzenia służą właśnie takie akcje jak „dzień walki z depresją”.



W praktyce lekarskiej depresja należy do najczęściej spotykanych schorzeń. Z niektórych badań wynika, że występuje ona u 20-30% chorych zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu.

Warto także pamiętać, że występuje ona 2-3 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn

Polski system ochrony zdrowia w przededniu akcesji do Unii Europejskiej

- ▶ integracja i tożsamość
- ▶ blaski i cienie

Dla ułatwienia i rozumienia polityki zdrowotnej w Unii Europejskiej, przedstawiamy przyjęte w omawianiu ochrony zdrowia populacji pojęcia oraz ich zakresy. Niekiedy dość znacznie różnią się one od naszych polskich, tradycyjnie przyjętych pojęć, co może wywoływać wątpliwości i nieporozumienia, tak w dyskusjach, jak i w legislaturze.

*emerytowany profesor zwyczajny epidemiologii AM w Lublinie

**DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA
PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI***

KATEDRA I ZAKŁAD EPIDEMIOLOGII
AM W LUBLINIE

PROF. DR HAB. JOANNA WYSOKIŃSKA-MISZCZUK

ZAKŁAD PERIODONTOLOGII
KATEDRA STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ
AM W LUBLINIE

Podstawą integracji Unii Europejskiej są ustalone tzw. cztery swobody. Dotyczą one także całokształtu problemów zdrowia populacji. W zasadach tych tkwi dużo korzystnych dla nas możliwości, a także szereg utrudnień.

Schemat nr 1 przedstawia podział obszarów zdrowia, według specjalistów Unii Europejskiej. Są to pojęcia: zdrowia, ochrony zdrowia publicznego, polityki lekowej, opieki zdrowotnej, kadr ochrony zdrowia, badań naukowych w zakresie medycyny. Dość szczegółowo określono cele i zadania dla poszczególnych obszarów oraz wykonawców. W dokumentach nie używa się pojęcia „sz służba zdrowia”. Nie używa się zamiennie, jako równoznacznych pojęć „ochrona zdrowia” (w sensie administracyjnym) i „opieka zdrowotna” (w sensie leczenia chorych), co u nas jest źródłem nieporozumień.

Zdrowie. Aktualna definicja, godząca liczne poglądy brzmi: „Zdrowie to zdolność i gotowość każdej części or-



**„Nikt nie jest na tyle
dobrym człowie-
kiem, aby decydować
o losie innych ludzi
bez ich zgody”**

THOMAS JEFFERSON (1743-1826)

ganizmu człowieka do podjęcia w normalnych warunkach mikro- i makrośrodowiska wszystkich typowych czynności z wystarczającą wydolnością”¹. Wynika z tego, że niezależnie od przebytych uprzednio chorób, urazów i zakresu inwalidztwa, organizm wykona „przeciętnie przewidywane czynności z przeciętną, zadowalającą wydolnością i skutecznością”. Dbałość o utrzymywanie i ulepszanie zdrowia jednostek i społeczeństwa, według założeń unijnych, ma należeć do wszystkich ogniw administracji oraz do wszystkich jednostek populacji, a nie tylko do ochrony i opieki zdrowotnej. Z tego powodu te bardzo szerokie zagadnienia nie wchodzą w zakres negocjacji tylko pionów administracji zdrowia.

Schemat 1.

Podziały obszaru zdrowia według Unii Europejskiej

Obszar 1 (KRAJE) ZDROWIE

(wszystkie działy administracji państwowej i samorządowej)

- 1) Zdrowie jednostki – promocja.
- 2) Poprawa zdrowia – wspieranie.
- 3) Zasada „pomocniczości”.

Obszar 2 (UE) OCHRONA ZDROWIA (jednakowa w całej Unii)

- 1) Zdrowie publiczne.
- 2) Polityka produkcji, dystrybucji i handlu lekami.

Obszar 3 (Poszczególne kraje) OPIEKA ZDROWOTNA

(SZPITALA, PRZYCHODNIE, GABINETY, SANATORIA, INNE JEDNOSTKI)

- 1) Profilaktyka.
- 2) Leczenie.
- 3) Rehabilitacja.
- 4) Dystrybucja leków i aparatury.
- 5) Współpraca z systemem pomocy społecznej.

Obszar 4 (UE oraz poszczególne kraje) KADRY

(ochrony i opieki zdrowotnej)

- 1) Ujednolicanie wykształcenia – przed- i podyplomowego wyższego.
- 2) Ujednolicanie doskonalenia zawodowego – certyfikaty.
 - a) Jakość opieki zdrowotnej,
 - b) BHP w opiece zdrowotnej,
 - c) Legislacja – ujednolicanie uprawnień.

Obszar 5 (UE) BADANIA NAUKOWE W MEDYCYNIE

- 1) Badania doświadczalne – biologia molekularna, nowe leki.
- 2) Badania populacji – zdrowie populacji.
- 3) Badania patologii w populacji – m. in. epidemiologia chorób, niepełnosprawności, nałogów.

¹ Boorse C.: Health as theoretical concept. Philosophy of Science 1977, 44, 542.

PRZEMIESZCZANIA**ZWIĄZKI Z OPIEKĄ ZDROWOTNĄ**

Przemieszczanie się ludzi	Pacjenci i kadra opieki zdrowotnej
Przemieszczanie towarów – handel	Leki i sprzęt medyczny
Przemieszczanie świadczeń (usług)	Łącznie z opieką zdrowotną i ubezpieczeniami
Przemieszczanie kapitału międzynarodowego	Wraz z Euro i przejrzystością cen Budowa szpitali i in. jednostek prywatnych.

Tabela 1. Opieka zdrowotna, a rynek europejski „cztery swobody” przemieszczania.

Ochrona zdrowia, (za granicą „public health”), oprócz znajomości problemów medycznych, obejmuje duży zakres umiejętności administracji, ekonomii, psychologii pracy, geografii epidemiologicznej, organizacji i planowania działań oraz gospodarki fi-

nansami. Ocena jakości pracy ochrony zdrowia należy do organów kontrolnych państwa i samorządów.

Opieka zdrowotna (tzw. medycyna naprawcza) to diagnostyka chorób, leczenie i rehabilitacja chorych w szpitalach (różnych typów i poziomów),

w przychodniach, gabinetach prywatnych i w warunkach domowych. Analizy epidemiologiczne wskazują aktualne i przyszłościowe potrzeby w zakresie leczenia i profilaktyki, np. w kierunku geriatry, w kierunku urazów i wypadków. Ocena jakości opieki medycznej w populacji mieści się w obojętności epidemiologii, statystyki medycznej i nadzoru specjalistycznego oraz administracji samorządowej.

Wprowadzenie

Wejście Polski w ściślejsze związki z narodami Europy, bardzo zróżnicowanych, głównie pod względem historycznym, prawnym, ekonomicznym i gospodarczym, a także pod względem organizacji działań ochrony zdrowia, stawia przed administracją ogólną i administracją ochrony zdrowia w naszym kraju dalsze trudne, ale konieczne do realizacji zadania. Nikt niczego nam nie narzuca. Sprawy zdrowia populacji, a szczególnie trudności w opiece zdrowotnej, będziemy rozwiązywać za pomocą własnych środków organizacyjnych i finansowych. W dokumentach (o których będzie jeszcze mowa) administracja UE zwraca uwagę i wskazuje na największe, niekorzystne różnice w poszczególnych obszarach systemów ochrony zdrowia, poszczególnych krajów kandydujących do Unii, po to tylko, by te dziedziny można ulepszać w pierwszej kolejności.

Działajmy nadal i pamiętajmy, po pierwsze, że po wejściu do UE nikt, tzn. ani przepisy prawne, ani urzędnicy Unii, nie ulepszy i nie zafatwi za nas, reorganizacji ochrony zdrowia zgodnej z potrzebami i możliwościami finansowymi polskiego społeczeństwa. Ponadto, warto wiedzieć, że zdrowie i pomoc zdrowotna w poszczególnych krajach członkowskich nie podlega jakimś specjalnym, ujednoczonym przepisom. Sprawy zdrowia omawiane są w różnych aktach negocjacyjnych. Wytyczne dotyczące ochrony zdrowia publicznego są ogólne i możliwe do szeroko pojętej interpretacji prawnej i organizacyjnej, dostosowanej do potrzeb danej populacji i danego państwa. Bez naszego aktywnego udziału nie będzie nagłych, czarodziejskich zmian na lepsze.

Kraje europejskie – pozycja względem Unii Europejskiej

KRAJE w UNII EUROPEJSKIEJ	KRAJE kandydujące do UNII EUROPEJSKIEJ	KRAJE kandydujące do UNII EUROPEJSKIEJ po 2005 r.
AUSTRIA	CYPR	BUŁGARIA
BELGIA	CZECHY	RUMUNIA
DANIA	ESTONIA	TURCJA
FINLANDIA	LITWA	–
FRANCJA	ŁOTWA	–
GRECJA	MALTA	–
HOLANDIA	POLSKA	–
HISZPANIA	SŁOWACJA	–
IRLANDIA	SŁOWENIA	–
LUKSEMBURG	WĘGRY	–
NIEMCY	–	–
PORTUGALIA	–	–
SZWECJA	–	–
WŁOCHY	–	–
WIELKA BRYTANIA	–	–

Tabela 2.

Kraje europejskie – wybrane dane demograficzne i ekonomiczne

KRAJ	Liczba ludności (w mil.)	Osób na 1 km ²	Średnia długość życia M/K	Przyrost naturalny w %	% usługi	% przemysł	% rolnictwo	Bezrobocie w %
Austria	8,17	97,26	75/81	0,23	69	29	2	4,8
Belgia	10,3	337,7	75/81	0,15	74,6	24	1,4	6,8
Cypr (k)	0,77	72,8	75/79	0,57	75,5	20	4,5	3,0
Czechy (k)	10,25	127,9	71/79	-0,07	54,0	41	5	8,5
Dania	5,37	124,9	74/80	0,29	75,0	22	3	5,3
Estonia (k)	1,41	311,9	64/76	-0,52	66,0	28	6	12,4
Finlandia	5,18	15,4	74/81	0,14	69,0	28	3	9,4
Francja	59,77	109,27	75/83	0,35	71,0	25,7	3,3	8,9
Grecja	10,64	80,01	76/81	0,2	64,4	27,3	8,3	11,0
Hiszpania	39,3	79,5	75/82	0,09	68,0	28,0	4,0	13,0
Holandia	16,07	387,5	76/81	0,53	70,4	26,3	3,3	2,4
Irlandia	3,88	55,4	74/80	0,29	75,0	22	3	5,3
Litwa (k)	3,6	55,2	63/76	-0,25	59,0	32	9	12,5
Luksemburg	0,45	55,1	74/81	1,25	69,0	30	1	2,4
Łotwa (k)	2,36	36,2	63/75	-0,77	71,0	24	5	7,6
Malta (k)	0,77	82,8	75/79	0,57	75,5	20	4,5	3,0
Niemcy	83,25	233,2	74/81	0,26	71,0	28	1	9,4
POLSKA (k)	38,62	123,8	69/78	-0,02	64,0	32	4	18,0
Portugalia	10,08	109,6	73/80	0,18	65,7	30,5	3,8	4,4
Słowacja (k)	5,42	109,9	70/78	0,14	64,0	32,0	4,0	19,8
Słowenia(k)	1,9	96,6	71/79	0,14	61,0	35,0	4,0	11,5
Węgry (k)	10,07		67/76	-0,3	60,0	34	6,0	6,5

k = kandydat

¹ - według CIA, TheWorld Factbook 2002.

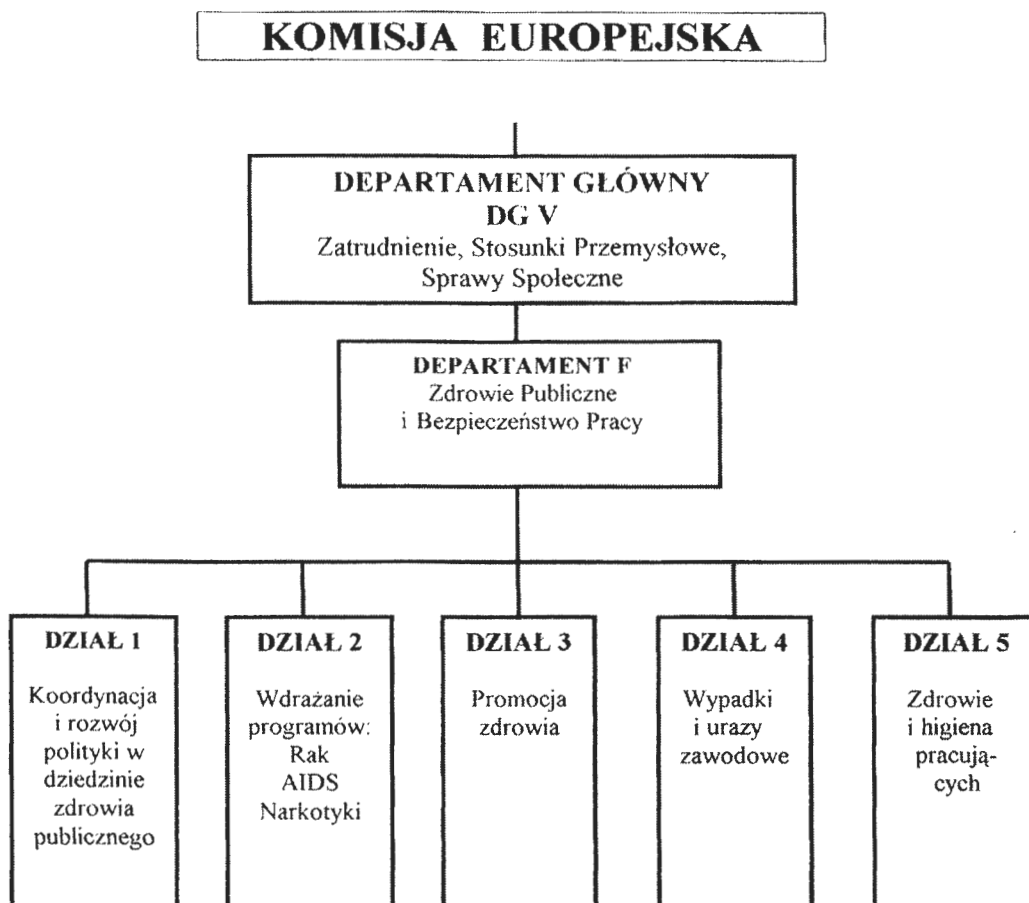
**„Zdrowie to zdolność i gotowość
każdej części organizmu człowieka
do podjęcia w normalnych warunkach
mikro- i makrośrodowiska
wszystkich typowych czynności
z wystarczającą wydolnością”**

**Z tabeli wynika, że należymy do
grupy państw biedniejszych, m. in.
o 18% bezrobociu i braku
przyrostu naturalnego**

Jako naród i państwo europejskie, często nękanie lub okupowane przez zachodnich i wschodnich sąsiadów, zachowaliśmy naszą tożsamość narodową, tj. język, kulturę, tradycję, postęp cywilizacyjny i poczucie wyższych wartości i godności, nazywanych patriotyzmem. Od narodzin chrześcijańskiego Państwa Polskiego (Mieszko I)

Schemat 2.

Struktura organizacyjna ochrony zdrowia w Unii Europejskiej



aż do chwili obecnej, za te cechy wszyscy Polscy, od królów poczynając, przez szlachtę, mieszczaństwo i robotników a na najemnych chłopach (fornalach) kończąc, płacili wysoką cenę cierpień i życia za to „aby Polska była Polską”. Z tego powodu należy prowadzić mądrą i przewidującą politykę.

Obecnie bierze się pod uwagę dłu-goletnie trendy polityczne i ekono-miczne w rozwoju cywilizacji na świecie, a te wskazują, że korzystna będzie dla nas, dla Polski integracja z państwami europejskimi, ponieważ Europa w świecie nie jest największym

kontynentem, posiadającym najwięcej bogactw naturalnych i ludności. Poważne więc znaczenie w świecie może mieć tylko Europa zjednoczona, w tym paneuropeizmie liczy się także waga i znaczenie każdego państwa. Bolesne wspomnienia z historii Polski wskazują, że uzasadnione faktami interesów z sąsiadami ze wschodu, budziły i budzą mniej zaufania niż współpraca z dalej położonymi państwami zachodnimi. Tu też możemy mieć zastrzeżenia (rozbiory, II wojna światowa, Jalta i Poczdam). Stąd bie-

rze się nie tylko ostrożność, ale nawet nieufność do integracji i unifikacji z państwami rozwiniętej Europy.

Polacy są przekorni. W państwo-wych sprawach wewnętrznych, społecznych i politycznych, w przeszłości dalecy byliśmy od tego, by nie wyglądać i nierzadko nie realizować skrajnych poglądów ustrojowych. Nadal jesteśmy przekorni, ale obecnie z dużą dawką mądrości. Wnioski z tysiącletniej historii Polski wskazują, że w obecnych układach politycznych i ekono-micznych na świecie, w przyszłości możemy, jako naród, nadal istnieć

w warunkach pokojowych, po umiejętnym zjednoczeniu z innymi, bliskimi nam narodami, a ściślej państwami. Takie są naturalne prawa i potrzeby rozwoju cywilizacji, w tym szczególnie interesów demograficznych, i związanych z nimi interesów ekonomicznych państw na różnych kontynentach.

Aktualna sytuacja społeczna i ekonomiczna naszego kraju w porównaniu z krajami europejskimi jest częściowo przedstawiona w tabeli 2. Z tabeli wynika, że należymy do grupy państw biedniejszych, m. in. o 18% bezrobociu i braku przyrostu naturalnego.

Problemy zdrowia społeczeństw europejskich były od dawna jednym z kilku najważniejszych priorytetów rozpatrywanych w obecnym kształcie oraz w strategii przyszłościowej. Zgodnie z obowiązkami i uprawnieniami przydzielonymi przez ONZ, Światową Organizację Zdrowia (WHO), a szczególnie jej agendy europejskie, analizując sytuację zdrowotną państw Europy, współdziałały z urzędami unijnymi i ustalały (zalecały) strategiczne kierunki organizacji, przepisów prawnych i działań w zakresie zdrowia, w poszczególnych państwach członkowskich.

W oparciu o przepisy artykułu 129 Traktatu z Maastricht, poszerzonego jako artykuł 152 w Traktacie z Amsterdamu, opracowano nowy, bardzo ważny dokument „Agenda 2000”.

W tych dokumentach ważne są następujące ustalenia:

1. Należy zwrócić uwagę na fakt, że liczne organizacje międzynarodowe, od ONZ i WHO poczynając, poprzez różne europejskie organizacje ekonomiczne, starają się wpływać na sprawy zdrowia, tak by to było korzystne dla różnych układów i opcji politycznych oraz interesów. Nie ułatwia to wstępnej unifikacji problemów zdrowotnych w Unii Europejskiej, zwłaszcza co do przyszłości krajów akcesyjnych. Na przykład międzynarodowe organizacje handlowe w zakresie produkcji i dystrybucji żywności, starają się prawie bezceremonialnie likwidować niektóre przepisy z zakresu globalnej i europejskiej ochrony zdrowia populacji, a inne wprowadzać („żywność ulepszana”, ograniczanie wytwarzania żywności w krajach poakcesyjnych), tak by były one zyskowne.

2. Ogromne różnice poziomów („przepaść”) ochrony i usług w obszarze zdrowia pomiędzy UE (Unią Europejską), a krajami akcesyjnymi, czyli wstępującymi do UE, nie mogą być wyrównane tylko dużą ilością pieniędzy, bowiem równie ważne jest dostosowanie się i przyjęcie wspólnych wartości także w tym zakresie. WHO już w 1988 r. za pośrednictwem własnych agend i specjalistów wskazywała na sześć ważnych problemów w zakresie zdrowia publicznego państw Europy. Większość tych wskazań (w miarę naszych możliwości) jest realizowana.

3. Obszar zdrowia nie był i nie jest przedmiotem negocjacji UE, m. in. z Polską, a sprawy zdrowia omawiane są w różnych aktach negocjacyjnych. W związku z tymi ustaleniami UE nie wprowadza wspólnego ustawodawstwa o zdrowiu, ponieważ problemy zdrowia zatracają powoli charakter narodowy i są podobne w całej Unii. Stanowisko to wywołuje pytania i niepokój obu stron, tj. UE i krajów akcesyjnych. „Kto, komu będzie przekazywał finanse na leczenie i profilaktykę?” Odpowiedź na to pytanie odłożono na następne lata.

4. Na poziom zdrowia populacji ludzkiej ujemnie wpłynął i wpływa proces transformacji społecznej w krajach dawnej Europy wschodniej (państw byłego bloku wschodniego), a szczególnie zaburzenia produkcyjne i ekonomiczne oraz narastające nierówności społeczne, duża rozpiętość dochodów w różnych warstwach (grupach) ludności, kryzys systemu podatkowego, wzrost przestępczości (zorganizowanej), wzrost liczby osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu. Wskutek tego ciężar wyrównywania błędów i zabezpieczenia stałych potrzeb społecznych w tych państwach spadł głównie na ochronę zdrowia, przez zmniejszenie jej finansowania i przesunięcie pieniędzy do innych działów gospodarki.

Ten niewątpliwie fakt, boleśnie odczuwany w naszym kraju powodując, że niejako automatycznie, w zakresie zdrowia przesuwają się prawie całkowicie pieniądze z promocji i profilak-

tyki w sposób doraźny, na medycynę naprawczą (leczenie), wprawdzie i w tym zakresie są duże trudności, jak choćby nie załatwiona sprawa leków „za złotówkę”.

4. Zaniepokojenie państw Unii, w stosunku do krajów kandydujących, budzą ewentualne zagrożenia zdrowia, wynikające ze swobodnego przemieszczania się ludzi (brak granic). W krajach kandydujących są dużo wyższe wskaźniki zachorowań i chorobowości na choroby zakaźne, np. takie jak: gruźlica, wirusowe zapalenia wątroby, choroby weneryczne, choroby pasożytnicze (inwazyjne). Podobne zastrzeżenia budzą też polskie nalogi i używki, głównie alkoholizm, narkomania (handel narkotykami) oraz braki w nawykach i czynnościach higienicznych ludności w krajach akcesyjnych.

5. Obie strony mają liczne obawy dotyczące kadr lekarskich i pielęgniarskich. Należy tu podkreślić, że Unia Europejska ma małe doświadczenie w zakresie eksportu i importu przez dawne granice szeroko pojętych usług medycznych. W związku z tym ich kadry obawiają się konkurencji, czyli tzw. nadpodaży lekarzy i pielęgniarek z krajów akcesyjnych.

Wynika to z obliczeń finansowych, mianowicie w licznych specjalnościach lekarze (a także pielęgniarki, np. geriatryczne) zarabiają około 50 razy więcej niż w krajach akcesyjnych. Wiadomo więc jakie będą kierunki migracyjne kadr medycznych, przynajmniej w pierwszych pięciu latach po zjednoczeniu.

Podziały organizacyjne

Podobnie jak w normalnych warunkach życia krajów europejskich, tak i w UE, także oprócz piątego, inne departamenty bardziej lub mniej związane są ze zdrowiem populacji, zarówno w sensie bezpieczeństwa jak i organizacji ochrony. Przykłady to: departament III – przemysł, BHP pracowników różnych zawodów, zanieczyszczenia środowiska, sztuczne ulepszanie żywności, opakowania żywności, standaryzacja leków i aparatury medycznej, zabezpieczenia substancji szkodliwych, departament VI – rolnictwo, czyli jakość, bezpieczeństwo



i higiena produktów spożywczych pochodzenia zwierzęcego i roślinnego, dalej departament VIII – rozwój, tj. wspieranie rozwoju zdrowia, wspieranie reform systemu opieki zdrowotnej; następny przykład to departament XI – środowisko, bezpieczeństwo nuklearne, ochrona ludności cywilnej, np. przed bioterroryzmem.

Osobny dział to tzw. Eurostat (statystyka), gdzie, w wymiarach epidemiologicznych, analizuje się zgony i umieralność, ich przyczyny populacyjne i środowiskowe oraz opracowuje się zalecenia profilaktyczne.

Należy podkreślić, że w głównym (dla zdrowia) V departamencie są dalsze podjednostki (oznaczone dużymi literami alfabety), jak np. pokazany na schemacie departament F, zasadniczo działa w zakresie:

a) promocji zdrowia, informacji zdrowotnej, szkolenia i permanentnego dokształcania, walki z chorobami nowotworowymi,

b) przeciwdziałania narkomanii i monitorowania (śledzenia trendów) stanu zdrowia populacji,

c) prewencji AIDS i wybranych (zagrożających w Europie) chorób zakaźnych.

Po załatwieniu spadkowych, zdrowotnych spraw akcesyjnych, przewi-

duje się rozszerzenie monitorowania i analiz na: a) wypadki, urazy i zatrucia (ratownictwo medyczne), b) rzadkie choroby (genetyczne) poważnie obciążające (diagnostyka i leczenie) budżet, c) choroby (nowe, np. alergie) związane z cywilizacyjnym zanieczyszczeniem środowiska.

Oczekiwania

Oczekiwania polskie i unijne są dość zróżnicowane. Związane są z obawami wynikającymi z możliwości swobodnego przepływu lekarzy i równie swobodnego przepływu pacjentów na skutek nierówności ekonomicznych, tj. płacy za pracę i odpłatności za usługi (leczenie, rehabilitację). W wypowiedziach lekarzy niektórych specjalności w państwach Unii są przejawy niepokoju o konkurencję, co nazwano *turystyką medyczną pacjentów*. U nas obawiamy się nagłego odpływu (i braku) niektórych specjalistów, na co w Unii już wprowadza się certyfikaty (utrudnienia) wiarygodności naszych dyplomów. Można powiedzieć, że dziwnie tłumaczy się to koniecznością kilkuletniego przyzwyczajania się unijnych urzędników do wyglądu dyplomów lekarskich (i innych) wydawanych w państwach akcesyjnych. Znane są też unijne wątpliwości zwią-

zane z uznawaniem (i wycofywaniem się z tych ustaleń) licznych specjalizacji lekarskich i wykształceniem stomatologów (dentystów). Nie są to sprawy zamknięte i możliwe do dyskusji po przystąpieniu do Unii ustalenia warunków satysfakcjonujących wszystkich zainteresowanych. Niewątpliwie, że tak jak w innych dziedzinach, tak i w szerokim obszarze problemów zdrowia, ochrony zdrowia i pomocy zdrowotnej, będziemy twardo stać na pozycji współpartnerstwa i równości. Przykładem może być sprawa kształcenia i uprawnień stomatologów.

Koordinacja w ochronie zdrowia populacji

Od 1 stycznia 2003 roku realizowany jest program działań w zakresie zdrowia publicznego, we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Program ten został uchwalony i przekazany do realizacji przez Parlament i Radę Europejską w dniu 22 września 2002 r. Zawarte są w nim trzy cele: 1) Rozbudowa baz danych po to, by poprawić stan wiedzy i przepływ informacji; 2) Zwiększenie możliwości szybszego i koordynowanego reagowania przez wszystkie państwa na zagrożenia zdrowotne; 3) Promocja i profilaktyka dotycząca zdrowia we wszystkich zakresach i działaniach Wspólnoty.

Dalsze części tego dokumentu są podobnie ogólne, a dotyczą, tzw. priorytetów w działaniu oraz priorytetów w zatwierdzaniu i przyznawaniu środków finansowych. Wymagana szczerowość i uwarunkowania zawarte w dokumentacji umożliwiają, naszym zdaniem, dość dowolną ocenę, a więc i odpowiednio sterowane finansowanie działań, czyli zabezpieczanie określonych interesów, co może być utrudnieniem w naszych staraniach.

Co wymaga szczególnej uwagi z naszej strony?

Czas przystosowania. W zakresie medycyny powinniśmy zwracać uwagę na zakamuflowane, w przepisach prawnych UE i w obietnicach, zaplanowane na długie lata, czynności konkurencyjne, w których dla nas działanie bardzo niekorzystne mieć będzie czas. Gdy my musimy poświęcić rok

do pięciu lat na przystosowywanie się do wymogów Unii to odpowiednio wykształcone europejskie kadry medyczne, menadżerskie i lobbistyczne, z zakresu leczenia i produkcji i obrotu lekami, mogą i z pewnością na drugi dzień (tj. po 1 maja 2004 r.) zacząć w Polsce legalnie i energicznie działać w majestacie prawa europejskiego. Formalnie będą nas zapewne wyprzedzać w niektórych dziedzinach działalności usługowej i produkcyjnej, a więc i handlowej.

Stomatolodzy. Zagadnienie ilości, a szczególnie jakości, tj. zakresu wiedzy medycznej, w kształceniu stomatologów w Polsce jest ciągle dyskutowane w różnych gremiach polsko-europejskich. Kwestionowano zbyt szeroki zakres wiedzy aplikowanej naszym stomatologom w czasie studiów. O szczegółach informuje prasa lekarska. Jako przykład można podać nazwę, u nas stomatolog (szersza wiedza medyczna), a według norm europejskich dentysta, co w znacznym zakresie przedstawia istotę problemu i kierunek wymagań, przy czym to my jesteśmy w korzystniejszej sytuacji. Jak zostanie rozwiązany ten problem? Z ostatnich ustaleń wynika, że korzystnie dla nas.

Drugim zagadnieniem związanym z wykształceniem kadr jest **sprawa jakości wykształcenia polskich pielęgniarzek**. Otóż, zgodnie z wymaganiami unijnymi zawodowa pielęgniarka powinna mieć wyższe wykształcenie akademickie. Nie są przyjmowane, na rzeczywiste stanowiska pielęgniarek, osoby ze średnim lub pomaturalnym wykształceniem, mimo, że posiadają kilku – lub kilkunastoletnią praktykę. W Polsce od ponad 30 lat w akademiach medycznych kształcone są pielęgniarki ze stopniem magistra. Jednak stanowią one niewielki odsetek wśród pielęgniarek. Już od ponad dwu lat kształcimy pielęgniarki na trzyletnich studiach kończących się uzyskaniem stopnia licencjata. Jest to zgodne z wymaganiami Unii. Celem umożliwienia uzupełnienia wiedzy przez pielęgniarki, po średnim lub pomaturalnym wykształceniu, wprowadzane są różne warianty studiów uzupełniających, których dyplomy będą równoznaczne licencjatom.

Superspecjalizacje. W niektórych państwach europejskich i w niektórych ośrodkach naukowych, nierzadko zdarzają się wypowiedzi o tym, że w polskiej ochronie zdrowia, zorganizowano zbyt dużo i zbyt kosztownych ośrodków kardiologii, neurochirurgii ze specjalizacjami (np. operowania tętniaków w OUN), ośrodków leczenia pierwotnej niepłodności małżeńskiej, przeszczepów narządów i tkanek, w tym szczególnie nerek i szpiku kostnego. Zrozumiałe jest, że po ewentualnej likwidacji takich (choćby niektórych) ośrodków, chętnie przejęto by chorych do ośrodków w innych państwach (ponieważ dżentelmeni o pieniądzach nie mówią, więc niejako automatycznie rozumiemy, że po uiszczaniu solidnej opłaty).

Zatrudnianie polskiego personelu medycznego poza Polską napotyka i będzie napotykało na najłatwiejsze do stawiania, przez konkurentów, dwie bariery: językową i prawną. W zakresie języka zawsze można mieć wymagania trudne do przewyżczenia nawet przez wykształconego cudzoziemca. Wiemy o tym z własnego doświadczenia.

Co do przepisów prawnych (a także nawyków obyczajowych) jeszcze długo będą istniały różnice w farmakopeach, wytwarzaniu oraz stosowaniu leków i metod leczenia. Przestawianie się w tym zakresie z wyuczonych w Polsce na zagraniczne (i odwrotnie) przepisy nie będzie ułatwiało podejmowania pracy, zwłaszcza na lepszych (nie podrzędnych) stanowiskach. Powyższe obawy dotyczą lekarzy, pielęgniarek i innych zbliżonych zawodów.

Wyceny

Drugą, poza brakiem pieniędzy na leczenie, podstawą trudności, nieporozumień i kłopotów w polskiej opiece zdrowotnej (diagnoza, leczenie, rehabilitacja) jest niezbyt zrozumiały dla większości obywateli brak wyceny kosztów leczenia. Schematyczne wyceny kosztów leczenia – procedur i prostych czynności medycznych – w domu (lekarz rodzinny), w przychodniach, laboratoriach i szpitalach ułatwiłyby porozumienie i zrozumienie między personelem medycznym a pacjentami i w szerszym zakresie całą

ludnością, no i oczywiście z urzędnikami Unii.

Główne (popularne) pytania przeciętnych ludzi to:

1. Co i w jakim zakresie należy się choremu w danym szpitalu? Na przykład trzy czy pięć posiłków?, jedna pielęgniarka na trzech czy na dziesięciu chorych?, zmiana bielizny osobistej i pościelowej raz na trzy dni, czy na dwa tygodnie?

2. Co należy się pacjentowi w przychodni (gabiniecie)?

3. Co, komu należy się w aptece?

4. Także w innych jednostkach pomocy zdrowotnej?

W Polsce i na świecie istnieją różne szpitale, różna jest też jakość specjalizacji personelu i związane z tym różnie trudne problemy diagnostyczne, terapeutyczne i profilaktyczne. W krajach Unii Europejskiej ich usługi i możliwości ocenia się często i wystawia tzw. certyfikaty jakości. W Polsce rozpoczęto już podobne działania. Należy jednak pamiętać, że po przystąpieniu do UE wymagania w tym zakresie zostaną znacznie podwyższone.

Mimo panujących w kraju trudności będzie konieczna wycena podstawowych usług specjalistycznych, lekarskich, pielęgniarzkich oraz innych pomocniczych (badania aparaturowe i laboratoryjne), jak również podanie tego do publicznej wiadomości, poinformowanie każdego pacjenta.

W referendum nt. przystąpienia do Unii Europejskiej personel polskiej ochrony zdrowia i opieki medycznej, mimo pewnej liczby zastrzeżeń i niepewności co do szczegółów integracji dotyczącej zdrowia, powinien udzielić poparcia tej inicjatywie. Na korzyści takiego rozwiązania wskazuje sytuacja w zakresie zdrowia w krajach, które przystąpiły swego czasu do UE „w drugiej kolejności”.

Po przeczytaniu tego opracowania Szanowny Czytelnik będzie odczuwał pewien niedosyt informacyjny, co do szczegółowych sytuacji. Część spraw jest ujęta w przewidywanych przepisach, ale dość dużo ustaleń trzeba będzie negocjować i uzgadniać po przystąpieniu Polski do Wspólnoty Europejskiej.

Piśmiennictwo u autorów

Co nas czeka w nadchodzącym półwieczu?

Zdrowie Kowalskiego dziś, jutro i pojutrze

PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI*
DR N. MED. ANNA
JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA
KATEDRA I ZAKŁAD EPIDEMIOLOGII
AM W LUBLINIE

Prezentowane poniżej prognozy oparte są na wynikach monitoringu zdrowia narodu, niepełnosprawności i zapadalności oraz zgónów ludności polskiej populacji. Ana-

liza dotychczasowych zjawisk demograficznych, zdrowotnych i ekonomicznych, opisanych oraz ujętych liczbowo w kolejnych rocznikach statystycznych, w rocznikach ochrony zdrowia oraz specjalistycznych opracowaniach naukowych wskazuje aktualne i perspektywiczne problemy, które będą rozwiązywane przez szeroko rozumiany państwowy oraz samorządowy system ochrony zdrowia, określane obecnie mianem zdrowia publicznego.

Opracowania futurologiczne, obejmujące liczne kraje i regiony geograficzne, które dotyczą związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy zdrowiem oraz licznymi zjawiskami i zmianami w środowiskach życia ludzi, wskazują, że wszystkie kraje czekają podobne problemy zdrowotne.

Pełny profil polskiej ochrony zdrowia w najbliższej przyszłości, do 2050

* emerytowany profesor zwyczajny epidemiologii AM w Lublinie



Tabela 1.
Populacja emerytów – powyżej 60 roku życia
w Polsce (stan w dniu 1 stycznia 2001 r.)

Wiek	Liczba dożywających		Przeciętne dalsze trwanie życia	
	M	K	M	K
60 – 64	369,380	444,455	15,45	19,87
65 – 69	250,095	418,401	12,51	15,93
70 – 74	255,764	378,089	9,94	12,33
75 – 79	185,597	316,761	7,75	9,19
80 – 84	116,144	230,437	5,94	6,66
85 – 89	58,758	268,110	4,48	4,70
90 – 94	21,998	54,706	5,0	3,25
95 – 99	5,396	13,037	2,47	2,23
100 lat	307	633	2,06	1,78
RAZEM	1263439	2124629		
OGÓŁEM	3388068			

roku można przedstawić w zakresie ośmiu narastających problemów demograficznych, ekonomicznych, zdrowotnych i społecznych, przy założeniu, że na świecie nie będzie maso-

wych ataków terrorystycznych, wojen z użyciem broni masowego rażenia, klęsk żywiołowych jak powodzie, huragany, susze, zamieszek społecznych i wojen wewnętrznych.

Aktualnie obserwuje się narastające, podstawowe problemy zdrowotne:

1. **Narastająca liczebność populacji poprodukcyjnej**, tj. osób powyżej 65 roku życia, konieczność leczenia ich i sprawowania nad nimi opieki.

2. **Narastająca liczba ludzi niepełnosprawnych**, zarówno ze względów zawodowych jak i biologicznych, oraz konieczność zapewnienia środków utrzymania (rent) i rehabilitacji tych osób.

3. Nie notowany w dotychczasowej historii Polski spadek przyrostu naturalnego, tak znaczący, że aktualnie w ciągu roku więcej osób umiera niż się rodzi. Będzie to miało poważne następstwa nie tylko zdrowotne, ale i polityczne.

4. Systematycznie narastające problemy cywilizacyjne, zagrażające zdrowiu, a w szczególności takie nałogi jak: nikotynizm, alkoholizm, lekomania, w tym narkomania, a także bezrobocie i związane z tym patologie społeczne (m. in. prostytutka) oraz spadek poziomu życia (deficyt żywieniowy) znacznej części populacji.

5. Nadal problemem będą aktualnie utrzymujące się, główne przyczyny zgonów, takie jak: choroby układu krążenia (miażdżycy), choroby nowotworowe i szybko rosnąca liczba wypadków, urazów i zatruc, wymagają

Tabela 2.
Prognoza ludności w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym (w tys.)

Wyszczególnienie	1995	2000	2005	2010	2015	2020
	W tysiącach					
OGÓŁEM	38609	38854	39491	40185	40603	40695
W wieku przedprodukcyjnym (0 – 17 lat)						
RAZEM	10645	9630	9112	9289	9706	9616
W wieku produkcyjnym (mężczyźni 18-64 lata; kobiety 18-59 lat)						
RAZEM	22647	23609	24678	24806	23923	23178
W wieku poprodukcyjnym (mężczyźni 65 lat i więcej; kobiety 60 lat i więcej)						
RAZEM	5317	5615	5701	6090	6974	7901

Tabela 3.
Populacja ludności wszystkich krajów świata,
przewidywane przyrosty liczby ludności

	Populacja (w milionach)	Wzrost (w %)	Roczny przyrost (w milionach)
1950	2,555,078,074	1.47	37,783,610
1960	3,039,332,401	1.33	40,781,960
1970	3,707,610,112	2.07	77,580,647
1980	4,456,705,217	1.70	76,259,715
1990	5,283,755,345	1.56	83,182,744
2000	6,080,141,683	1.26	77,258,877
2005	6,460,553,564	1.14	73,759,794
2010	6,823,634,553	1.03	70,770,206
2020	7,518,010,600	0.88	66,371,114
2030	8,140,344,240	0.70	57,189,977
2040	8,668,391,454	0.55	47,462,555
2050	9,104,205,830	0.52	43,581,437

i będą wymagały kosztownego leczenia i rehabilitacji oraz zastosowania szeroko pojętych środków profilaktycznych w całej populacji.

6. Brak ruchu i zajęć, zwanych fizycznymi, u około 75% osób populacji, zaburza narządy ewolucyjnie przystosowane do działania i wysiłków organizmu, co w następstwie powoduje wzrost

liczby chorób układu krążenia, układu oddechowego i narządów ruchu.

7. Przy ogromnych możliwościach światowej turystyki, handlu i przewozu towarów, istnieją już i będą nadal istniały problemy ze zdrowotnym, szczególnie sanitarnym i przeciwepidemicznym zabezpieczeniem granic i ruchów ludności.

8. Za ósmy problem można uznać nie zadowalający poziom wiedzy decydentów o zdrowiu społeczeństwa i brak związanych z tym decyzji. Jak dotychczas, dużym problemem ochrony zdrowia jest przybliżenie i wpojenie decydentom, tj. politykom, ekonomistom i administratorom, filozofii zdrowia. Filozofie zdrowia i stan zdrowia społeczeństwa można krótko przedstawić w tezach:

a. Zdrowie człowieka uważa się za jeden z najważniejszych zasobów określający rozwój społeczny, ekonomiczny i polityczny kraju.

b. Zdrowie człowieka i populacji traktuje się jako wysoko cenioną przez poszczególnych obywateli wartość postrzeganą społecznie w podstawowych prawach bezpieczeństwa społecznego i warunków dobrobytu. Jest to podstawowa zasada ustroju demokratycznego.

Od pełnego rozumienia tych dwóch praw zależy podejście do ochrony zdrowia, tj. zrozumienie jej potrzeb ekonomicznych i finansowych. Dla przykładu, w 95% uczelni państwowych i prywatnych, na wydziałach prawa, ekonomii i administracji nie ma nawet fakultatywnych wykładów z nauki o zdrowiu społeczeństwa (sanologii). Absolwenci tych wydziałów pracują na wszystkich szczeblach administracji. Nie można się więc dziwić, że liczne akty prawne i decyzje ekonomiczne, podejmowane przez tych absolwentów, dotyczące ochrony zdrowia

Tabela 4. Niepełnosprawni w Polsce

Lata	Odsetek
1978	ok. 12% (wg samooceny – Narodowy Spis Powszechny)
1988	ok. 14% (wg samooceny – Narodowy Spis. Powszechny)
Na wsi w 1990 r.	ok. 22% (badanie ogólnopolskie – IMW)
1996	ok. 16, 2% (badanie - GUS)
1999	ok. 17, 4% (dane szacunkowe)
Spis powszechny –2002	brak danych
Przewiduje się na 2015 rok	ok. 22 – 25% ogółu społeczeństwa

Dane ze spisów ludności wg GUS i badań naukowych



Należy zacząć od kształcenia i doksztalcenia w zakresie wiedzy o zdrowiu społeczeństwa na wszystkich poziomach władzy

(np. działalność kas chorych) często budzą nasze, medyków, zdziwienie. Poniżej, w skróconej wersji, kolejno przedstawiamy wymienione problemy zdrowotne i społeczne

Starzenie się populacji

Problem ten dobrze ilustrują tabele 1 i 2. W tabeli 1 widoczne jest wyraźne narastanie i stan aktualny ludności w zakresie powyżej 60 roku, do 100 lat. Jest to około 3 milionów 500 tysięcy osób. W grudniu 2001 roku liczba ta sięgała 4 milionów 748 tysięcy osób. Ta liczba osób podlega opiece rodzinnej, medycznej i społecznej. Wielkość populacji poprodukcyjnej będzie się stale zwiększać.

Wobec tych faktów konieczne staje się nasilenie restrukturyzacji szpitali z funkcji typowo leczniczych na funkcje opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze. W 1999 r. mieliśmy w Polsce 715 szpitali, z około 217 tys. łóżek, w tym szpitali opiekuńczo-leczniczych – 95, z 8521 łózkami i szpitali pielęgnacyjno-opiekuńczych – 20, z 861 łózkami. Widoczna jest tu wyraźna i ogromna dysproporcja liczby odpowiednich łóżek do liczebności i potrzeb zdrowotnych poszczególnych części populacji.

W tabeli 2 zaprezentowano aktualny i przewidywany skład populacji ludności Polski oraz zakres jej możliwości produkcyjnych. Powyższe przewidywania można porównać z opra-

cowaniami dla ludności wszystkich krajów i kontynentów, które są podobne, lecz nie równe pod względem rozkładu geograficznego i państwowego na globie ziemskim. W państwach trzeciego świata przewidywane są duże przyrosty, przy braku lub małych przyrostach ludności w krajach rozwiniętych ekonomicznie.

Następnymi problemami są i będą, mniej więcej o jednakowym nasileniu w najbliższych latach, niepełnosprawność i niesprawność o etiologii nabytej, jak również wrodzonej, genetycznej lub uwarunkowanej nieprawidłowym przebiegiem ciąży. Aktualne dane liczbowe oraz prognozowane przedstawiono w tabeli 4. Podobnie jak w danych demograficznych tak

Tabela 5.
Struktura populacji niepełnosprawnych według płci i miejsca zamieszkania w lutym 1999 roku (dane BAEL – GUS)

W:	Ogółem			Miasta			Wieś		
	O	M	K	O	M	K	O	M	K
Tys.:	4460	2136	2324	2644	1224	1420	1816	912	904
%	100	47,9	52,1	59,3	46,2	53,8	40,7	50,3	49,7

Tabela 6.
Ruch naturalny w Polsce w latach 1975-1999

Wskaźnik na 1000 mieszkańców

Rok	Urodzenia żywe			Zgony			Przyrost naturalny		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
1975	18,9	17,3	21,1	8,7	8,2	9,4	10,2	9,1	11,7
1980	19,5	18,4	21,0	9,9	9,2	10,7	9,6	9,2	10,3
1985	18,2	16,9	20,2	10,2	9,7	11,1	8,0	7,2	9,1
1990	14,3	12,6	17,1	10,2	9,6	11,1	4,1	3,0	6,0
1995	11,2	9,8	13,5	10,0	9,4	11,0	1,2	0,4	2,0
2000	9,8	8,8	11,4	9,5	9,2	10,1	0,3	-0,4	1,33

Tabela 7.
50-letni trend w zakresie przyrostu naturalnego polskiej populacji

LATA	Liczba ludności	Przyrost naturalny na 1000 osób	Zgony na 1000 osób
1950	25 035 000	19,1	11,6
1960	29 795 000	15,0	7,6
1970	32 650 000	8,5	8,5
1980	35 735 000	9,6	9,9
1990	38 183 000	4,1	10,2
1996	38 639 000	1,1	10,0
2000	38 830 000	0,6	9,9

i w tabeli 4 nie dostrzega się geograficznego oraz wewnątrzpopulacyjnego rozkładu tych uszkodzeń.

Na terenach wiejskich, w populacji przeważają ludzie starsi, a więc i nasilenie niepełnosprawności jest większe mimo, że w miastach odnotowuje się więcej osób niepełnospraw-

nych, proporcjonalnie do wielkości populacji.

W opracowaniach szczegółowych widoczne są wyraźne tendencje do wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym oraz inwalidów biologicznych (wzrost liczby wad genetycznych w populacji) – są

i nasila się problemy leczenia, opieki i utrzymania (finansowego) tej grupy ludności. W poszczególnych województwach konieczne jest zwrócenie uwagi na trudną sytuację osób niepełnosprawnych i niesprawnych. Zalecane jest nasilenie organizacji gminnych domów pobytu dziennego dla osób nie-



Opracowania futurologiczne, obejmujące liczne kraje i regiony geograficzne, które dotyczą związków przyczynowo-skutkowych między zdrowiem oraz licznymi zjawiskami i zmianami w środowiskach życia ludzi, wskazują, że wszystkie kraje czekają podobne problemy zdrowotne.

pełnosprawnych i starszych, a także innych ośrodków wsparcia społecznego.

W tabeli 6 przedstawiono ruch naturalny ludności w ostatnim ćwierćwieczu. Dane liczbowe, wskazujące ciągły, spadkowy trend, budzą poważny niepokój i troskę o losy państwa. Porównanie tych danych z tendencjami dużego wzrostu przyrostu naturalnego w krajach trzeciego świata wskazuje, że za pięćdziesiąt lat populacja polska, przy utrzymaniu niskiego tempa przyrostu naturalnego, rozplynie się w ludności świata.

W tabelach 2, 6 i 7 widoczny jest największy w historii naszego kraju spadek rodności kobiet oraz przyrostu naturalnego, toteż będą zarysowywać się problemy z odtwarzaniem populacji, pośrednio zaistnieją też problemy ekonomiczne i organizacyjne. Nowa jakościowo sytuacja demograficzna wymaga współdziałania władz wojewódzkich, powiatowych i gminnych, oraz podejmowania prób rozwiązania tychże problemów w skali ogólnopolskiej.

Roczniki urodzone w latach ujętych w tabeli 8, zmniejszając się liczebnie, będą zmuszone utrzymać dużą populację poprodukcyjną, a szerzej nie-

produkcyjną, co może rodzić różnorodne niedogodności i konflikty.

Istniejące ciągle patologie społeczne, jak nikotynizm i alkoholizm, oraz

patologie nasilające się, jak lekomania, narkomania, prostytucja oraz zwiększająca się liczba samobójstw wymagają szczególnego wysiłku profilaktycz-

Tabela 9.
Patologie społeczne (według GUS)

Rodzaj używki	Odsetek z całej populacji	Z tego % populacji mężczyzn
Alkohol: (wódka)	69,8 14,4	81,5 15,9
Palenie tytoniu: (codziennie)	35 30	47 41
Leki nie przepisane: - w tym silnie działające	46,7 0,11	20,1 0,7

Tabela 8. Prognoza ludności w wieku przedprodukcyjnym

WYSZCZEGÓLNIENIE	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Ogółem w tys.	38649	38634	38788	39000	39003	38657	38025
W wieku przedprodukcyjnym:							
mężczyźni	4767	4097	3819	3859	3960	3866	3542
kobiety.....	4538	3888	3621	3657	3754	3664	3356

Tabela 10. Liczba zgonów w polskiej populacji według przyczyn

Lata	Ogółem (osób)	Na 1 tys. ludności	W tym na 100 tys. ludności			
			Choroby układu krążenia	Nowotwory	Urazy, zatrucia	Choroby zakaźne
1950	288.685	11,2	*	*	*	*
1960	224.167	7,52	180,4	97,2	43,0	52,5
1970	266.799	8,17	309,3	141,8	59,9	30,7
1980	350.203	9,85	474,4	171,3	75,9	14,9
1990	388.440	10,2	534,2	191,3	78,2	8,1
1995	386.084	10,0	504,6	202,4	74,6	6,4
1999	381.400	9,9	469,5	216,1	70,8	5,9

* - brak wiarygodnych danych

Tabela 11. Kultura fizyczna – wybrane obiekty sportowe w 1998 roku

WYSZCZEGÓLNIENIE	Liczby bezwzględne	Na 1 milion ludności	Ludności/ jednostkę
Stadiony	1.709	45	22.220
Wielkie boiska - głównie piłka nożna	5.098	134,1	7.451,1
Duże hale sportowe	794	19,7	50.761,4
Korty tenisowe	2.860	75,3	13.280,2
Lodowiska	84	0,9	1.111.111
Pływalnie kryte	519	13,7	37.883
Pływalnie otwarte	565	14,9	37.919
Sale gimnastyczne	11.157	293,7	37.998

nego. Dane liczbowe, przedstawione w tabeli 9, dają asumpt do poważnego potraktowania wspomnianych zagrożeń. W związku z tym będą istniały nadal problemy z kierowaniem i gromadzeniem sił oraz środków na zwalczanie niektórych zgubnych następstw cywilizacji. Konieczna zatem staje się mobilizacja systemu ochrony zdrowia, edukacji oraz wszystkich służb administracyjnych na profilaktykę wymienionych zjawisk. Konieczne jest również powszechne nasilenie promocji zdrowia oraz informacji o szkodliwości używek dla zdrowia.

W tabeli 10 przedstawiono liczbę zgonów i dynamikę nasilania się wybranych chorób w ubiegłym pięćdziesięcioleciu. W Polsce liczba zgonów mieści się w granicach charakterystycznych dla wolno starzejącej się populacji, podobnie jak w pozostałych krajach europejskich. Widać powolny, ale wyraźny wzrost liczby chorób układu krążenia, nowotworów oraz urazów i zatruc.

O poziomie ochrony zdrowia oraz skuteczności działania służb sanitarnych dobrze świadczy tendencja spadkowa w zakresie umieralności na choroby zakaźne. Jednakże należy pamiętać, że ogólna zapadalność na choroby zakaźne, szczególnie wirusowe, jest bardzo wysoka i ujemnie wpływa na zdrowotność populacji. Aktualne problemy zdrowotne – wysokie odsetki w strukturze umieralności z powodu takich chorób jak choroby układu krążenia, choroby nowotworowe i urazy, wypadki, i zatrucia – stanowią i będą stanowiły w najbliższej przyszłości główne problemy zdrowotne, wymagające nie tylko rozpoznawania i leczenia, lecz także profilaktyki i promocji zdrowia. Oprócz podejmowanych na terenie poszczególnych województw ściśle medycznych działań profilaktycznych w zakresie chorób układu krążenia, konieczne jest nasilenie akcji promocyjnych, jak m. in. szerzenie informacji o prozdrowotnym trybie życia, dokształcanie zdrowotne, szczególnie w zakresie żywności i żywienia. Konieczna jest dalsza walka o utrzymanie naturalnego środowiska życia.

Do poważnych negatywnych problemów zdrowotnych zalicza się także zbyt duże zaniedbania i ograniczenie rozwoju fizycznego populacji, zaniedbania w wychowaniu fizycznym dzieci i młodzieży, jak też brak nawyków uprawiania codziennej gimnastyki i intensywnych spacerów oraz brak dostępu do innych powszechnych form wypoczynku fizycznego (oprócz mieszkańców wsi). Problem ten wymaga dalszych działań promocyjnych, rozpracowania organizacyjnego i psychologicznego.

O więcej niż skromnym zabezpieczeniu możliwości masowego uprawiania sportów i dowolnie dobieranych zajęć fizycznych świadczą dane statystyczne zawarte w tabeli 11. Wyszczególnione w tabeli obiekty sportowe służą dziś głównie do organizowania komercyjnych imprez rozrywkowych.

Konieczna zatem staje się mobilizacja systemu ochrony zdrowia, edukacji oraz wszystkich służb administracyjnych w celu profilaktyki wymienionych zjawisk

Liczby podane w tabeli 11 wskazują przeciętne dane dla całej populacji w kraju. Jednakże przestrzenne rozmieszczenie tych obiektów, na przykład w dużych miastach, w dużych aglomeracjach i zagęszczeniach ludności, np. województwo katowickie, powoduje, że duże obszary kraju stanowią pod tym względem białe plamy.

Logistyka administracyjna

O tym jak skutecznie, szybko i w miarę tanio będzie można rozwiązywać powyższe problemy w znacznym zakresie zdecydować będzie nie tylko ochrona zdrowia, lecz także cała administracja państwowa i samorządowa. Poważny problem organizacyjny wiąże się z wpływem reformy administracji państwowej i samorządowej oraz reformy ochrony zdrowia na sterowanie zdrowiem społeczeństwa polskiego. W początkowych fazach tych reform, wpływ ten jest mało korzystny, szczególnie z punktu widzenia przeciętnego pacjenta. Wymaga to szczególnej uwagi wszystkich szczebli władzy (gmina, powiat, województwo) i ulepszania ochrony zdrowia społeczeństwa. Należy zacząć od kształcenia i dokształcania na wszystkich poziomach władzy.

Na zakończenie stwierdzamy, że nie jesteśmy pesymistami. Przedstawiamy w sposób realny aktualną sytuację, zgodnie z metodologią naukową. Jeśli w opracowaniu jest zbyt wiele niepokoju o zdrowie Polaków, a to w przyszłości (choćby częściowo) się nie sprawdzi, jeśli będzie lepiej i mniej problemów, to tym przyjemniej będą nas wspominać nasze dzieci i nasze wnuki.

Piśmiennictwo

1. Roczniki statystyczne GUS 1960-2001. Wyd. GUS, Warszawa.
2. Roczniki statystyczne ochrony zdrowia 1990-1997. Roczniki branżowe. GUS, Warszawa 1991 i 1998.
3. Mówią liczby. GUS, Warszawa 1988.
4. Opracowania statystyczne rządu Stanów Zjednoczonych (internet).

Propozycja standardu nauczania dla studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo

Współczesne pielęgniarstwo w Polsce, jako podsystem w systemie ochrony zdrowia musi przyjąć zadania z zakresu promocji zdrowia, a także rozwijać inne formy opieki pielęgniarzkiej takie jak: hospicja, domy dla osób niepełnosprawnych i długotrwale unieruchomionych oraz zapewnić stałą opiekę pielęgniarzką w miejscu zamieszkania, nauki i pracy.

Projekt standardu został przekazany do zatwierdzenia przez Radę Główną Szkolnictwa Wyższego.

PROF. DR HAB. IRENA WROŃSKA

KATEDRA I ZAKŁAD PEDAGOGIKI
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU

DR N. MED. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS

SAMODZIELNA PRACOWNIA UMIEJĘTNOŚCI POŁOŻNICZYCH
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

DR N. MED. MARIA KÓZKA

ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA KLINICZNEGO INSTYTUTU PIELĘGNIARSTWA
WYDZIAŁU OCHRONY ZDROWIA COLLEGIUM MEDICUM
UJ W KRAKOWIE

To właśnie wobec stale rosnącego znaczenia roli pielęgniarstwa i pielęgniarek uznano za niezbędne podwyższenie jakości kształcenia oraz rangi i pozycji społecznej zawodu pielęgniarzki poprzez stworzenie możliwości uzyskania wyższego wykształcenia zawodowego umożliwiającego dalsze kształcenie w ramach studiów magisterskich.

Przyjęte cele i kierunki działań Światowej Organizacji Zdrowia określone w dokumencie programowym „Zarys Polityki dla regionu Europejskiego WHO, Zdrowie 21 – Zdrowie dla każdego w XXI wieku”, jak też przygotowany program transformacji kształcenia pielęgniarek i położnych skłoniły Ministerstwo Zdrowia – Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego do powołania Komisji ds. opracowania standardu nauczania dla studiów licencjackich i magisterskich na kierunku pielęgniarstwo i kierunku położnictwo.

W pracach wspomnianej Komisji, pod kierunkiem zastępcy dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, aktywnie uczestniczyły autorki niniejszej pracy: dr hab. n. hum. Irena Wrońska – prof. nadzw. AM, Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie, dr n. med. Maria Kózka – Zastępca Dyrektora Instytutu Pielęgniarstwa Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus – Kierownik Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych AM w Lublinie.

Istotną regulacją dotyczącą kształcenia pielęgniarek jest europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek w Strasburgu w 1967 (Dz. U. nr 83, poz. 384, 385) oraz zobowiązania wynikające z procesu integracyjnego z krajami Unii Europejskiej tj. obowiązujące Dyrektywy Rady Wspólnot Europejskich nr 77/453/EWG o koordynacji postanowień ustawowych, przepisów i działań administracyjnych dotyczących wykonywania czynności pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną oraz dyrektywa nr 77/452/EWG o wzajemnym uznawaniu przez państwa członkowskie dyplomów, świadectw i innych dowodów formalnych kwalifikacji pielęgniarek.

Wdrażanie nowego kształcenia pielęgniarek przyniesie wymierne korzyści dla studentów, jakimi będą:

- **uzyskanie wyższego wykształcenia zawodowego na porównywalnym poziomie jak w innych krajach europejskich**
- **umożliwienie absolwentom rozpoczęcia studiów magisterskich i studiów doktoranckich**

Standard nauczania dla studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo

WYMAGANIA OGÓLNE

Studia zawodowe na kierunku pielęgniarstwo trwają co najmniej 3 lata (6 semestrów).

Łączna liczba godzin zajęć wynosi 4600 godzin. W tym 3840 godzin określonych w standardach nauczania, z których 2300 godzin przeznaczono na kształcenie praktyczne.

SYLWETKA ABSOLWENTA

Absolwent studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo uzyskuje tytuł licencjata pielęgniarstwa.

Absolwent powinien być przygotowany do samodzielnego pełnienia roli zawodowej. Rolę pielęgniarki wyznaczają funkcje, w ramach których absolwent powinien być przygotowany do:

Świadczenia opieki zdrowotnej oraz zarządzania nią:

1. Rozpoznawania potrzeb jednostki, grupy lub zbiorowości oraz określenia zasobów niezbędnych i dostępnych do ich zaspokojenia.
2. Planowania i realizowania opieki pielęgniarstwa z uwzględnieniem metody procesu pielęgnowania i priorytetów opieki.
3. Wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

4. Pomocy jednostce, rodzinie w osiągnięciu zdrowia i niezależności w chorobie lub niepełnosprawności przez zapewnienie udziału we wszystkich formach opieki i samoopieki.

5. Przestrzegania zasad etyki zawodowej.

6. Współpracy z profesjonalistami dla zapewnienia całościowej opieki jednostce i rodzinie.

7. Organizowania i podtrzymywania bezpiecznego środowiska opieki.

8. Dokumentowania wszystkich etapów procesu pielęgnowania i wykorzystywanie tych informacji do oceny świadczonej opieki.

Promocji i edukacji zdrowotnej:

1. Oceny indywidualnej wiedzy i umiejętności niezbędnych do zachowania i przywracania zdrowia.

2. Wspierania jednostki, rodziny i grupy społecznej w prowadzeniu zdrowego stylu życia.

3. Uczenia jednostki, rodziny, grupy społecznej zachowania i przywracania zdrowia.

4. Uczestniczenia w zdrowotnych kampaniach edukacyjnych.

Działania w roli uczestnika zespołu opieki zdrowotnej:

1. Współpracy z jednostką, rodziną i innymi uczestnikami zespołu w planowaniu i realizowaniu usług zdrowotnych.

2. Współpracy z innymi uczestnikami zespołu na rzecz zachowania bezpiecznego środowiska opieki i pracy zespołowej.

3. Komunikowania się z pacjentem, jego rodziną oraz z innymi uczestnikami zespołu.

Rozwoju praktyki pielęgniarstwa, krytycznego myślenia i badań naukowych:

1. Stosowania w praktyce aktualnej wiedzy z zakresu nauk medycznych, społecznych, teorii pielęgniarstwa, regulacji prawnych zawodu i opieki zdrowotnej.

2. Wdrażania uznanych wyników badań naukowych do opieki pielęgniarstwa.

3. Uczestniczenia w badaniach naukowych w celu poszerzenia wiedzy pielęgniarstwa.

GRUPY PRZEDMIOTÓW I WYMIAR GODZIN

A. Przedmioty kształcenia ogólnego	240
B. Przedmioty podstawowe	570
C. Przedmioty kierunkowe w tym:	3030
1. Zajęcia teoretyczne	730
2. Zajęcia praktyczne	2300
D. Przedmioty specjalizacyjne i specjalnościowe	760
RAZEM	4600

PRAKTYKI

Czas trwania – 30 tygodni x 40 godzin = 1200 godzin.

Praktyki odbywają się w zakładach opieki zdrowotnej i obejmują doskonalenie umiejętności zawodowych.

A. PRZEDMIOTY KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO

240 godzin

1. Filozofia i podstawy etyki zawodu	30 godzin
2. Przedmiot do wyboru	30 godzin
3. Wychowanie fizyczne	60 godzin
4. Język obcy	120 godzin

C. PRZEDMIOTY KIERUNKOWE 3030 godzin

Lp.	Nazwa przedmiotu	Zajęcia teoretyczne	Zajęcia praktyczne	Praktyki zawodowe
1.	Podstawy pielęgniarstwa	225	80	120/ 3 tyg.
2.	Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna	30	40	80/ 2 tyg.
3.	Podstawowa opieka zdrowotna:	30	120	240/ 6 tyg.
	– Opieka domowa,			
	– Pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne			
4.	Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo-ginekologiczne	30	80	80/ 2 tyg.
5.	Pediatryka i pielęgniarstwo pediatryczne	45	120	120/ 3 tyg.
6.	Interna i pielęgniarstwo internistyczne	45	120	120/ 3 tyg.
7.	Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne	45	120	120/ 3 tyg.
8.	Rehabilitacja i pielęgniarstwo niepełnosprawnych	30	80	80/ 2 tyg.
9.	Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne	30	80	80/ 2 tyg.
10.	Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne	45	80	80/ 2 tyg.
11.	Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne	45	80	80/ 2 tyg.
12.	Anestezjologia i intensywne leczenie i pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece medycznej	45	40	40/ 1 tydz.
13.	Opieka paliatywna	15	40	40/ 1 tydz.
14.	Dietetyka	15	20	
15.	Metodologia i seminarium licencjackie	55		
	RAZEM	720	1100	1200/ 30 tyg.

B. PRZEDMIOTY PODSTAWOWE 570 godzin

1. Anatomia	60 godzin
2. Fizjologia	60 godzin
3. Biochemia z biofizyką	15 godzin
4. Genetyka	15 godzin
5. Patologia	45 godzin
6. Mikrobiologia z podstawami parazytologii	30 godzin
7. Radiologia	15 godzin
8. Zdrowie publiczne	105 godzin
9. Farmakologia	45 godzin
10. Psychologia	60 godzin
11. Socjologia	30 godzin
12. Pedagogika	45 godzin
13. Zagadnienia prawne	15 godzin
14. Badanie fizykalne	30 godzin

D. PRZEDMIOTY SPECJALIZACYJNE I SPECJALNOŚCIOWE

– 760 godzin realizowanych w formie samokształcenia

Projekt standardu nauczania dla studiów licencjackich na kierunku położnictwo

W związku z szybkim rozwojem nauk medycznych, humanistycznych i społecznych jak również przekształceniami społeczno-gospodarczymi i demograficznym kraju, położna, w tych dynamicznie zmieniających się warunkach, powinna być przygotowana w jak największym zakresie do realizacji funkcji zawodowych wobec kobiety i jej rodziny oraz całego społeczeństwa.

Projekt standardu został przekazany do zatwierdzenia przez Radę Główną Szkolnictwa Wyższego.

DR N. MED. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS
SAMODZIELNA PRACOWNIA UMIEJĘTNOŚCI POŁOŻNICZYCH
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU

PROF. DR HAB. IRENA WROŃSKA
KATEDRA I ZAKŁAD PEDAGOGIKI
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

MGR AGNIESZKA BIEŃ
SAMODZIELNA PRACOWNIA UMIEJĘTNOŚCI POŁOŻNICZYCH
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU

Dlatego też uznano za niezbędne podwyższenie jakości kształcenia oraz rangi i pozycji społecznej zawodu położnej poprzez stworzenie możliwości uzyskania wyższego wykształcenia zawodowego umożliwiającego dalsze kształcenie w ramach studiów magisterskich. Taki system kształcenia ma przygotowywać położne, które będą potrafiły działać kompetentnie, bezpiecznie, profesjonalnie już od momentu uzyskania prawa wykonywania zawodu, lecz będą także potrafiły uczyć się i dostosowywać do zmian zachodzących w ich otoczeniu – zdobywając wiedzę potrzebną do wykonywania określonej praktyki specjalistycznej, bądź też pogłębiać posiadaną wiedzę w dziedzinie związanej z aktualnie wykonywaną praktyką.

Ponadto, kierując się koniecznością dostosowania systemu kształcenia położnych w Polsce do standardów eu-

ropejskich szczegółowo określonych w obowiązujących w tym zakresie Dyrektywach Rady Wspólnot Europejskich – Dyrektywie Rady nr 80/155/EEC dotyczącej koordynacji postanowień prawa, przepisów i działań administracyjnych w odniesieniu do podejmowania i wykonywania czynności położnych oraz Dyrektywie Rady nr 80/154/EEC dotyczącej wzajemnego uznawania dyplomów, certyfikatów i innych dowodów formalnych kwalifikacji położnych, obejmującej środki ułatwiające skuteczną egzekucję prawa do uznania kwalifikacji oraz swobody świadczenia usług, Komisja Ministerstwa Zdrowia (Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego) ds. opracowania Standardu nauczania dla studiów licencjackich na kierunku położnictwo (w której uczestniczyły autorki niniejszej pracy) opracowała przedstawiony poniżej standard.

Standard nauczania dla studiów licencjackich na kierunku położnictwo

WYMAGANIA OGÓLNE

Studia zawodowe na kierunku położnictwo trwają co najmniej 3 lata (6 semestrów).

Łączna liczba godzin zajęć wynosi 4600. W tym 3840 określonych w standardach nauczania, z których 2300 przeznaczono na kształcenie praktyczne.

SYLWETKA ABSOLWENTA

Absolwent studiów zawodowych na kierunku położnictwo uzyskuje tytuł licencjata położnictwa.

Absolwent powinien być przygotowany do samodzielnego pełnienia roli zawodowej położnej i powinien posiadać:

– wiedzę w zakresie nauk medycznych, w szczególności medycyny perinatalnej, neonatologii i ginekologii, nauk humanistycznych, społecznych i pielęgniarstwach;

– umiejętność wykonywania świadczeń zdrowotnych wobec kobiety i jej rodziny, kobiety ciężarnej, rodzącej,

położnicy i noworodka w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, profesjonalnej opieki położniczo ginekologicznej tj. przedkoncepcyjnej, prenatalnej, perinatalnej, w okresie przekwitania i *senium*;

– umiejętność współdziałania w zespole interdyscyplinarnym w zakresie profilaktyki oraz w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji w odniesieniu do wymienionych kategorii odbiorców;

– umiejętność rozpoznawania i monitorowania ciąży prawidłowej, samodzielnego przyjęcia porodu siłami natury oraz wykrywania stanów odbiegających od normy u matki i jej dziecka w okresie ciąży, porodu i połogu;

– umiejętność prowadzenia edukacji na temat rozrodu i metod planowania rodziny, w okresie dojrzewania, przedkoncepcyjnym, w aspekcie biologicznym, wychowawczym i społecznym oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa;

– umiejętność inicjowania i wspierania działań kobiety i jej rodziny na rzecz promowania zdrowia i podnoszenia poziomu zdrowotności społeczeństwa;

– umiejętność podejmowania działań ratowniczych w sytuacjach nagłych, dokonując wyboru właściwych form udzielania pierwszej pomocy położniczej, mieszczących się w zakresie kwalifikacji i kompetencji zawodowych położnej;

– umiejętność działania zgodnie z zasadami etyki ogólnej i zawodowej, z poszanowaniem i respektowaniem praw pacjenta oraz holistycznego podejścia do podmiotu opieki.

ZALECENIA

Przez przedmioty specjalizacyjne należy rozumieć dodatkowe przedmioty przygotowujące do wykonywania zawodu położnej; przez przedmioty specjalnościowe – przedmioty pogłębiające wykształcenie kierunkowe w zakresie wiedzy położniczej, neonatologicznej i ginekologicznej.

Absolwent studiów zawodowych na kierunku położnictwo zobowiązany jest do zdania egzaminu dyplomowego składającego się z części teoretycznej i praktycznej.

Zgodnie z Dyrektywami Unii Europejskiej, w ramach praktyk student powinien:

– prowadzić poradnictwo dla kobiet ciężarnych, łącznie z przeprowadzeniem co najmniej 100 badań prenatalnych;

– sprawować nadzór i opiekę nad co najmniej 40 rodzącymi;

– przyjąć 40 porodów, a w przypadku gdy liczba rodzących jest mniejsza – co najmniej 30 porodów pod warunkiem aktywnego udziału w 20 innych porodach;

– brać aktywny udział w porodzie z położenia miednicowego a w przypadku gdy jest to niemożliwe asystować w warunkach symulowanych;

– wykonać nacięcia krocza i zakładanie szwów;

– prowadzić kontrolę i opiekę nad 40 kobietami u których mogą wystąpić powikłania w trakcie ciąży, porodu i połogu;

– sprawować nadzór i opiekę nad co najmniej 40 ciężarnymi;

– sprawować nadzór i opiekę łącznie z przeprowadzeniem badań nad 100 położnicami i zdrowymi noworodkami;

– prowadzić obserwację i sprawować opiekę nad noworodkami niedonoszonymi, przenoszonymi, z niską masą urodzeniową oraz chorymi;

– sprawować opiekę nad kobietami z objawami patologicznymi – ginekologicznymi i położniczymi.

Na zakończenie należy podkreślić, że transformacja systemu kształcenia położnych oparta na realizacji powyższego standardu nauczania umożliwi upowszechnianie wykształcenia wyższego i zapewni drożność kształcenia pomiędzy poszczególnymi poziomami studiów licencjackich, magisterskich i doktoranckich oraz przyczyni się do rozwoju nauki i prac badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa, opieki położniczej, podwyższając tym samym status zawodowy.

GRUPY PRZEDMIOTÓW
I WYMIAR GODZIN**A. PRZEDMIOTY KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO**

210 godzin

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| 1. Filozofia i podstawy etyki | 30 |
| 2. Wychowanie fizyczne | 60 |
| 3. Język obcy | 120 |

B. PRZEDMIOTY PODSTAWOWE 480 godzin

- | | |
|---|----|
| 1. Anatomia | 60 |
| 2. Fizjologia | 60 |
| 3. Embriologia i rozwój człowieka | 30 |
| 4. Genetyka i embriopatie | 30 |
| 5. Biochemia z biofizyką | 15 |
| 6. Patomorfologia i patofizjologia | 30 |
| 7. Mikrobiologia z podstawami parazytologii | 30 |
| 8. Zdrowie publiczne | 45 |
| 9. Farmakologia | 30 |
| 10. Psychologia | 45 |
| 11. Socjologia | 30 |
| 12. Pedagogika | 30 |
| 13. Zagadnienia prawne | 15 |
| 14. Badanie fizykalne | 30 |

C. PRZEDMIOTY KIERUNKOWE 3030 godzin

Lp.	Nazwa przedmiotu	Zajęcia teoretyczne	Zajęcia praktyczne	Praktyki zawodowe
1.	Podstawy opieki położniczej	225	280	—
2.	Poród w doświadczeniu kobiety	145	360	320/8 tyg.
3.	Promocja zdrowia	30	15	40/1 tydz.
4.	Metody diagnostyczne w położnictwie i ginekologii	15	15	40/1 tydz.
5.	Planowanie rodziny i seksuologia	15	15	40/1 tydz.
6.	Anestezjologia i intensywna terapia medyczna	15	30	40/1 tydz.
7.	Położnictwo i pielęgniarstwo położnicze	75	90	160/4 tyg.
8.	Zdrowie noworodka	45	45	80/2 tyg.
9.	Zdrowie niemowlęcia	30	45	40/1 tydz.
10.	Zdrowie życia płciowego i rozrodu	45	75	80/2 tyg.
11.	Onkologia ginekologiczna	15	15	40/1 tydz.
12.	Podstawy interny	30	30	40/1 tydz.
13.	Podstawy chirurgii	30	30	40/1 tydz.
14.	Podstawy psychiatrii	15	15	40/1 tydz.
15.	Podstawowa opieka zdrowotna	30	45	80/2 tyg.
16.	Rehabilitacja w położnictwie, neonatologii i ginekologii	15	30	40/1 tydz.
17.	Choroby zakaźne w położnictwie	15	15	—
18.	Żywnienie i dietetyka	15	15	—
19.	Historia zawodu położnej	15	15	—
20.	Metodologia badań naukowych i seminarium licencjackie	30	—	—
	RAZEM	850	1180	1120/ 28 tyg.

W wyniku realizacji treści programowych przedmiotów kierunkowych student studiów położniczych na poziomie licencjatu uzyskuje umiejętności intelektualne i praktyczne w zakresie: sprawowania opieki nad kobietą (i jej rodziną) w przebiegu ciąży fizjologicznej, prowadzenia prawidłowego porodu i porodu, opieki nad noworodkiem; sprawowania opieki nad kobietą zdrową, zagrożoną chorobą (grupy specjalnej troski), kobietą chorą ginekologicznie oraz opieki terminalnej; współpracy w zespole interdyscyplinarnym w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Umiejętności te obejmują świadczenia zdrowotne udzielane w zakładach opieki zdrowotnej i środowisku wobec odbiorców usług w różnych okresach ich życia w stanie zdrowia, choroby i niepełnosprawności.

D. PRZEDMIOTY SPECJALIZACYJNE I SPECJALNOŚCIOWE

(realizowane w formie samokształcenia) 760 godzin.

PRAKTYKI

Czas trwania – 28 tygodni x 40 godzin = 1120 godzin.

Praktyki odbywają się w zakładach opieki zdrowotnej i obejmują praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych, uzyskanych w toku realizacji przedmiotów kierunkowych. Miejscem praktyk powinny być szczególnie: sala porodowa, oddziały położnicze, noworodkowe (położniczo-noworodkowe), patologii ciąży, ginekologii, internistyczne, pediatryczne (niemowlęcy, patologii noworodka) w szpitalach klinicznych, jednostkach badawczo-rozwojowych lub wieloprofilowych szpitalach o zasięgu regionalnym oraz ośrodki położniczej i pielęgniarstwa opieki domowej, środowiskowej i szkoły rodzenia.

Nowe prawo własności przemysłowej

**Ubieganie się o członkostwo w Unii
Europejskiej nałożyło na Polskę obowiązek
zharmonizowania prawa krajowego,
w dziedzinie własności przemysłowej,
z prawem wspólnotowym.**

MGR ANNA BĘŁZ
RZECZNIK PATENTOWY
AM W LUBLINIE

W maju 2001 roku w Dzienniku Ustaw nr 49 ukazała się nowa ustawa „Prawo własności przemysłowej”, która weszła w życie 21 sierpnia tegoż roku. Ustawa kodyfikuje w jednym akcie prawnym większość dotychczasowych przepisów. W kolejnych częściach zawiera przepisy dotyczące: wynalazków, wzorów użytkowych, wzorów przemysłowych (zamiast dotychczasowych wzorów zdobniczych), znaków towarowych i topografii układów scalonych, a ponadto wprowadza jako nowe przedmioty ochrony oznaczenia geograficzne i nazwy handlowe.

Nowa ustawa zawiera szereg zmian podyktowanych koniecznością zbliżenia polskiej regulacji prawnej w dziedzinie wynalazczości do systemu eu-

ropejskiego. Do istotnych zmian w zakresie wynalazków i wzorów użytkowych należy rozszerzenie zakresu patentowania na wynalazki dotyczące nowego zastosowania substancji stanowiącej część stanu techniki lub użycia takiej substancji do uzyskania wytworu mającego nowe zastosowanie. Chodzi tu o możliwość patentowania znanej substancji poprzez jej nowe zastosowanie. Dotychczasowe przepisy nie dopuszczały takiej kategorii wynalazku. Przedmiotem patentu mogły być tylko dwa rodzaje rozwiązań: wynalazki dotyczące produktu i wynalazki dotyczące sposobu. Nowe zastosowanie znanej substancji mogło być chronione jedynie przez sposób, zgłoszenie zatem musiało być tak sformułowane, aby patent udzielony był na sposób postępowania wykorzystujący daną substancję.

Taka praktyka Urzędu Patentowego była szczególnie uciążliwa w dziedzinie wynalazków medycznych, tj.

związanych z metodami leczenia i diagnostyki ludzi i zwierząt, w tym zwłaszcza wynalazków farmaceutycznych. Wiele przecież osiągnięć w tej dziedzinie dotyczy wykorzystania dla celów medycznych nowych możliwości substancji już znanych, należących do stanu techniki.

Na uwagę, z naukowego punktu widzenia, zasługują również wyłączenia z naruszenia patentu. Nie narusza się patentu przez: stosowanie wynalazku do celów badawczych i doświadczalnych, dla dokonania jego oceny, analizy albo w celach nauczania, jak również w zakresie niezbędnym do wykonania czynności dla uzyskania rejestracji bądź zezwolenia, które stanowią warunek dopuszczenia do obrotu niektórych wytworów zwłaszcza środków farmaceutycznych. Należy również wspomnieć, że w miejsce wzorów zdobniczych pojawiły się wzory przemysłowe. Czas trwania ich ochrony wynosi 25 lat od daty dokonania zgłoszenia w Urzędzie Patentowym RP.

Ponadto, pojawił się nowy rodzaj ochrony w postaci oznaczeń geograficznych, które odnoszą się bezpośrednio lub pośrednio do nazwy miejsca, miejscowości, regionu lub kraju, które identyfikują towary pochodzące z tego terenu, jeśli te towary zawdzię-

czają swe szczególne właściwości pochodzeniu geograficznemu. Mogą być one również stosowane dla towarów, które są wytworzone z surowców lub półproduktów pochodzących z określonego regionu, jeśli są przygotowywane w szczególnych i podlegających kontroli warunkach.

Przytoczone treści zmian nowej ustawy mają charakter przełomowy w dziedzinie własności przemysłowej. Wprowadzają nieznane dotąd regulacje, dając tym samym twórcom szersze możliwości ochrony.

Należy wspomnieć, że Polska przygotowuje się do przystąpienia do Konwencji o udzielaniu patentów europejskich (data przystąpienia przewidziana jest na czerwiec 2003 roku). Wniosek o przyjęcie Polska złożyła w listopadzie 1996 roku, a w styczniu 1999 roku Rada Administracyjna Europejskiej Organizacji Patentowej podjęła decyzję o wystosowaniu pod adresem Polski zaproszenia do przystąpienia.

Konwencja z dnia 5 października 1973 roku wprowadziła system uzyskiwania, na podstawie jednego europejskiego zgłoszenia patentowego, tytułu ochronnego na wynalazek w postaci patentu europejskiego. Patent europejski daje możliwość uzyskania ochrony w dowolnie wybranej przez zgłaszającego liczbie państw (aktualnie 20) będących sygnatariuszami Konwencji. Dogodność patentu europejskiego polega na tym, że zgłaszający w celu uzyskania ochrony patentowej w państwach stronach Konwencji, nie wszczyna postępowania przed krajowymi urzędami patentowymi, lecz może uzyskać patent europejski w jednym postępowaniu przed powołanym Europejskim Urzędem Patentowym.

O udzielenie patentu europejskiego może ubiegać się każda osoba fizyczna lub prawna, uznana za taką na podstawie prawa, któremu podlega. Jest to więc system otwarty, dostępny również dla podmiotów pochodzących z krajów nie związanych z Konwencją.

Sygnatariuszami Konwencji są: Austria, Belgia, Cypr, Dania, Francja, Finlandia, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Luksemburg, Lichtenstein, Monako, Portugalia, Niemcy, Szwajcaria, Szwecja, Turcja, Włochy i Wielka Brytania.

Wynalazcy i wynalazki w Uczelni

Lubelska AM zgłasza do Urzędu Patentowego RP rocznie około 10 projektów wynalazczych.

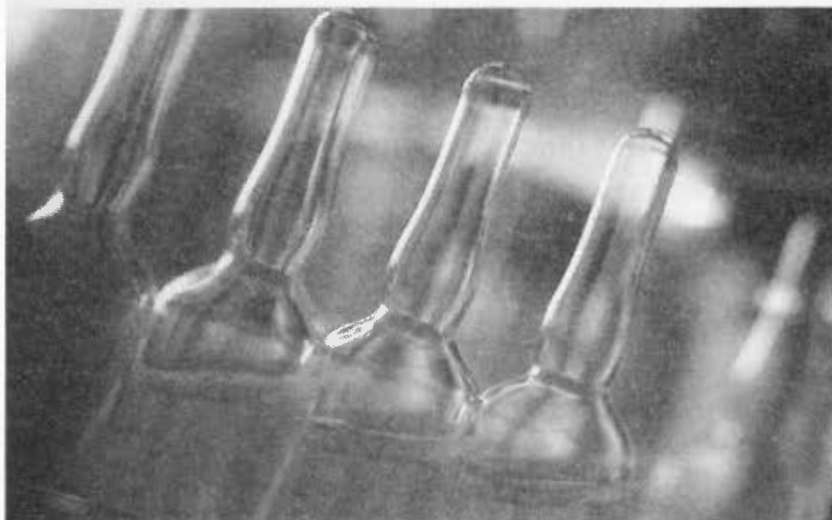
Twórcami projektów są głównie pracownicy naukowcy Wydziału Farmaceutycznego: pracownicy Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej (prof. E. Soczewiński, dr Tadeusz Dzido, dr hab. G. Matysik, prof. W. Gołkiewicz, dr A. Rompała), Katedry i Zakładu Chemii Organicznej (prof. M. Dobosz, dr hab. B. Modzelewska-Banachiewicz, dr Anna Pachuta-Stec), Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej (prof. W. Czarnecki, dr hab. Anna Kosior, dr Regina Kasperek) Katedry i Zakładu Farmakognozji (prof. T. Wolski, prof. K. Głowniak). Twórcami niektórych wynalazków i wzorów użytkowych są też pracownicy Zakładów Ortopedycznych i Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji.

Wynalazki często dotyczą nowych związków posiadających aktywność farmakologiczną bowiem jedynie takie mogą być przedmiotem ochrony patentowej i sposobów ich otrzymywania. Przedmiotem patentów jest również aparatura naukowa w postaci komór

chromatograficznych, których głównym autorem jest dr Tadeusz Dzido (AM zawarła umowy licencyjne na stosowanie komór). Do Urzędu zgłaszane są również nowe postacie leków opracowywane w Katedrze i Zakładzie Farmacji Stosowanej.

W ostatnich latach, w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej opracowano mieszanki ziołowe o działaniu synergicznym stosowane w leczeniu stanów zapalnych jamy ustnej, narządów rodnych i powierzchniowych ran naczyń i naczyń. Kompozycje zostały poddane badaniom klinicznym, które potwierdziły ich właściwości lecznicze. Na mieszanki te udzielono licencji.

Akademia Medyczna jest w posiadaniu polskich i zagranicznych baz patentowych. Bazy te obsługuje rzecznik patentowy w Prorektoraacie ds. Nauki. Zawierają one skróty polskich i zagranicznych patentów, jak również przyjętych zgłoszeń, przy czym zgłoszenia ukazują się w bazach po upływie 18 miesięcy od momentu złożenia w Urzędach Patentowych.



Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia”

Charytatywne Stowarzyszenie
Niesienia Pomocy Chorym
„Misericordia” powstało
z inicjatywy ks. Tadeusza
Pajurka, który od 1990 r.
pracował jako kapelan
w Psychiatrycznym
Specjalistycznym Zespole
Opieki Zdrowotnej w Lublinie
(dziś Szpital Neuropsychia-
tryczny im. prof. M.
Kaczyńskiego).

MGR MARIA MARCYCH
MGR BARBARA MAŚLIK
MGR ARKADIUSZ SADOWSKI
CHARYTATYWNE STOWARZYSZENIE
NIESIENIA POMOCY CHORYM „MISERICORDIA”
W LUBLINIE

Wpracy z osobami cierpiącymi na różnego typu zaburzenia psychiczne zauważył pewne niezaspokojone potrzeby natury duchowej, psychologicznej, społecznej i materialnej. Widząc trudną sytuację tych osób podczas ich pobytu w szpitalu, jak również po jego opuszczeniu, ks. **T. Pajurek** wspólnie z personelem medycznym szpitala powołał do istnienia 23 stycznia 1991 r. Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia”.

Celem stowarzyszenia stało się szeroko pojęte wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi, a w szczególności:

- niesienie pomocy duchowej pacjentom szpitala psychiatrycznego,
- podejmowanie inicjatyw służących poprawie funkcjonowania i jakości życia osób chorych psychicznie,
- pomoc socjalna dla najuboższych,
- propagowanie problemów psychiatrii w społeczeństwie poprzez organizację seminariów, konferencji oraz spotkań,
- współpraca z podobnymi placówkami zagranicznymi, głównie z klinikami niemieckimi,
- skupianie wolontariuszy do niesienia pomocy chorym psychicznie.



Ksiądz Prałat mgr lic. Tadeusz Pajurek
prezes Stowarzyszenia „Misericordia”, dyrektor
ekonomiczny Archidiecezji Lubelskiej, duszpasterz
pracowników pomocy społecznej, rektor kościoła pw.
Św. Judy Tadeusza przy ul. Abramowickiej 2. W latach
1987-1990 sprawował posługę kapelana PSK nr 1 przy
ul. Staszica 16, zaś w latach 1987-1997 archidiecezjal-
nego duszpasterza służby zdrowia.



Ośrodek Rehabilitacji Osób
z Zaburzeniami Psychicznymi
wzniesiony przez Stowarzyszenie „Misericordia”

Działalność stowarzyszenia od początku miała charakter integracyjny i przejawiała się w organizowaniu turnusów rehabilitacyjnych (m. in. w Łabuniach, Celejowie, Motyczu, Wąwolnicy, Firleju, Dąbrowicy, Wadowicach, Pizunach, Okunince), wyjazdów rekreacyjnych (na Festiwal Zespołów Artystycznych do Dąbrowy Górniczej, Jedlicz k/Łodzi, Okuninki, Kazimierza, Gdańska, na Roztocze i do Kalwarii Paclawskiej), imprez wspólnotowych (wycieczki do Krakowa, Częstochowy, Nałęczowa, Kazimierza, Kozłówki i Wadowic), spotkań okolicznościowych („Mikołajki”, „Andrzejki”, spotkania opłatkowe dla osób niepełnosprawnych w Dąbrowicy, coroczne obchody Światowego Dnia Chorego i rozstrzygnięcie konkursu literacko-poetyckiego pt. „Miłosierdzie”) oraz rekolekcji adwentowych i wielkopostnych dla pacjentów szpitala.

Z idei, które przyświecały Charytatywnemu Stowarzyszeniu Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” zrodziła się inicjatywa utworzenia Ośrodka Profilaktyki i Rehabilitacji Osób z Zaburzeniami Psychicznymi. Z pomocy tego ośrodka miałyby korzystać osoby, które po zakończonej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym podjęłyby terapię oraz różnorodne formy rehabilitacji. Ośrodek miał prowadzić specjalistyczne zajęcia, które w sposób zintegrowany oddziaływałyby na osoby z zaburzeniami psychicznymi zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną i doświadczeniami w zakresie profilaktyki i rehabilitacji tych zaburzeń.

Zakładając, że z ośrodka miałyby korzystać osoby wierzące w obrębie budynku umiejscowiono kaplicę jako miejsce życia sakralnego i życia duchowego.

Projekt i program ośrodka przyjęło entuzjastycznie środowisko szpitala, w tym chorzy i personel, oraz zaakceptowały jako niezwykle potrzebny i użyteczny władze miasta Lublina, Kuria Biskupia, lekarz wojewódzki. Budowa tego ośrodka wymagała znacznych nakładów finansowych. Jednak dzięki staraniom i wysiłkom ks. prezesa T. Pajurka pozyskane zostały środki finansowe od wielu sponsorów z kraju i zagranicy. Wśród nich największy wkład mają: Fundacja Współpracy Polsko – Niemieckiej, Fundacja Niemiecka Renovabis, Fundacja Holenderska Samenverkende Fondsen Midden-en, Ost-Europa, Kuria Metropolitalna w Lublinie, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Urząd Miasta Lublina, Urząd Wojewódzki.

W tym samym czasie rozwój psychiatrii środowiskowej w Polsce wypromował formę rehabilitacji przywracającą chorym psychicz-

nie możliwości egzystencji we własnym środowisku rodzinnym i społecznym. Dzięki staraniom środowiska zajmującego się psychiatrią i rehabilitacją osób zaburzonych psychicznie została wprowadzona forma środowiskowego domu samopomocy jako miejsca szeroko pojętego wsparcia społecznego. Zostało to uregulowane prawnie w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i znowelizowanej ustawie o pomocy społecznej oraz przekazane do wykonania jako zadanie państwa zlecone samorządom lokalnym. W tę inicjatywę wpisało się Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” przyjmując na siebie zadanie utworzenia Środowiskowego Domu Samopomocy „Misericordia” w budynku Ośrodka Profilaktyki i Rehabilitacji Osób z Zaburzeniami Psychicznymi.

W lipcu 1998 r., po podpisaniu umowy między stowarzyszeniem oraz Wojewódzkim Zespołem Pomocy Społecznej, reprezentującym Wojewodę Lubelskiego, ośrodek został przekazany na działalność Środowiskowego Domu Samopomocy „Misericordia” (ŚDS).

ŚDS przeznaczony jest dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które nie wymagają opieki szpitalnej oraz mają zapewnioną właściwą opiekę domową ze strony najbliższej rodziny. Jest placówką zapewniającą kompleksową terapię i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w kierunku poprawy ich codziennego funkcjonowania i jakości życia oraz readaptacji do życia społecznego.

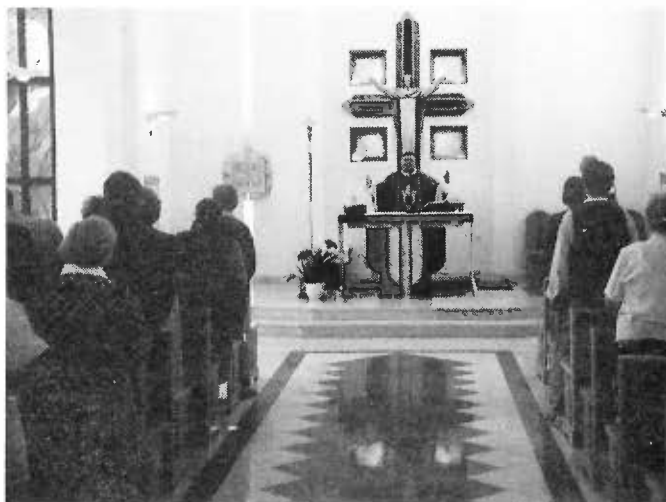
Celem działalności Domu jest wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin oraz kompensowanie skutków niepełnosprawności w sferze zdrowia psychicznego, a także propagowanie modelu zdrowej rodziny, poprzez:

- podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego i aktywnego życia;
- zapewnienie dziennego miejsca pobytu oraz dwóch posiłków dziennie: śniadanie i obiad;
- wsparcie psychologiczne (psychoterapia, psychoedukacja);
- zajęcia terapeutyczne w specjalistycznych pracowniach: ceramiczna, plastyczna, teatralna, dekoratorska, muzyczna, komputerowa, stolarska, kulinarna;
- opiekę lekarską i pielęgniarską
- rehabilitację ruchową;
- rehabilitację społeczną;
- dążenie do aktywizacji zawodowej i społecznej;
- stymulowanie osobistego rozwoju z uwzględnieniem możliwości psychofizycznych osób oraz ich potrzeb, oczekiwań i zainteresowań;
- zaspokajanie w miarę posiadanych możliwości potrzeb, które wpływają w dużym stopniu na rozwój psychiczny: bezpieczeństwa, godności osobistej, przyjaźni, miłości, samoakceptacji, niezależności, sensu życia;
- współpracę z placówkami służby zdrowia w celu tworzenia grupy wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz promocję zdrowia psychicznego;
- rozwijanie współpracy z organizacjami społecznymi, stowarzyszeniami, fundacjami, kościołem, placówkami

oświatowymi, kulturalnymi, samorządem lokalnym w celu integracji osób chorych i ich rodzin ze środowiskiem;

- kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji;

- tworzenie i popieranie rozwoju różnych grup wsparcia i samopomocowych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;



Kaplica w Ośrodku Rehabilitacji



**Wigilia dla samotnych i bezdomnych
- podopiecznych Stowarzyszenia „Misericordia”**

- współpraca z rodzinami osób korzystających ze świadczeń Domu poprzez poradnictwo, wsparcie i pomoc w rozwiązywaniu trudnych problemów życiowych;

- aktywizacja środowiska (szczególnie przez współpracę z lokalnymi mediami) na rzecz propagowania i ochrony zdrowia psychicznego.

Działania podejmowane w Środowiskowym Domu Samopomocy „Misericordia” zorientowane są na konkretną

osobę, jej rozwój, autoakceptację i integrację w społeczeństwie.

Kolejną inicjatywą podjętą przez Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” było utworzenie w 2000 r. Środowiskowej Grupy Wsparcia pod nazwą Klub „Misericordia” dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich bliskich (rodzin i przyjaciół). Głównym celem działalności klubu jest promocja zdrowia psychicznego, a w szczególności kształtowanie zachowań i modelu życia korzystnego dla zdrowia psychicznego oraz organizowanie i wspieranie różnych form oparcia społecznego.

Podstawowym celem działalności jest tworzenie poprzez szeroko rozumianą arteterapię środowiska osób dotkniętych chorobą psychiczną i ich rodzin (uczestników Środowiskowych Domów Samopomocy, pacjentów Szpitala Neuropsychiatrycznego, pacjentów Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Lublinie, pacjentów leczonych ambulatoryjnie zamieszkałych w woj. lubelskim). Celem zajęć terapeutycznych jest nabywanie i rozwijanie umiejętności, przelamywanie ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością, zapobieganie uwstecznianiu się, możliwość spotkania z ludźmi o podobnych problemach, niwelowanie poczucia wyizolowania i odrzucenia, odkrywanie zdolności twórczych, dochodzenie do zdrowia psychicznego poprzez stosowanie różnych form arteterapii – kulturoterapii. Cel ten jest realizowany przez:

- zaspokajanie potrzeb, które wpływają na rozwój psychiczny (potrzebach, godności, sensu życia, bezpieczeństwa, przynależności, a także rozwoju kulturalnego, towarzyskiego, odpoczynku oraz podnoszenie jakości życia;
- tworzenie warunków do rozwoju osobistego i twórczej aktywności;
- stworzenie możliwości spotkania osób dotkniętych podobnymi problemami i powstawania samopomocowych grup wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi;
- współpraca z innymi placówkami działającymi na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zajęcia klubowe prowadzone są trzy razy w tygodniu (poniedziałek, środa, piątek) w godz. popołudniowych, podczas których uczestnicy mają możliwość brania udziału w organizowanych cyklicznie zajęciach dla grup zainteresowań (plastycznej, muzycznej, poetycko-recytatorskiej, dyskusyjnej, językowej, rekreacyjno-ruchowej). W ramach Klubu odbywa się poradnictwo psychologiczne i psychiatryczne (środy), zajęcia indywidualne i grupowe z zakresu rękodziela artystycznego (piątek), teatroterapii (środa, piątek), muzykoterapii i zajęć z ludoterapii (poniedziałek). Ponadto biorą udział w organizowaniu imprez o charakterze integracyjnym oraz wystaw, kiermaszy promujących aktywność osób z zaburzeniami psychicznymi w różnych dziedzinach życia.

Klub „Misericordia” pełni rolę „bezpiecznego miejsca” pobytu uczestników i jest miejscem odbudowywania i nabywania więzi społecznych.

Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” od 2002 r. prowadzi „Centrum Słucha-

nia”. Bezpośrednią inspiracją do powstania „Centrum Słuchania” (C. S.) stało się przesłanie listu apostołskiego Jana Pawła II, w którym zachęca do szukania nowych form pomocy ludziom ubogim. Odpowiedź na wezwanie Papieża skonkretyzowała się w grudniu 1997 roku. Podjęto wtedy decyzję o przeznaczeniu do realizacji tego zamierzenia w domu wspomnianego Instytutu, przy ul. Podwale 3 w Lublinie. Nazwa Centrum Słuchania podkreśla znaczenie „słuchania” człowieka. Jest to nowe podejście w służbie ludziom potrzebującym. Jednocześnie stanowi niezbędny warunek do udzielania pomocy.

Od początku swojej działalności C. S. wypracowało specyficzny styl pomocy ludziom ubogim, który polega na takim towarzyszeniu człowiekowi w trudnej sytuacji życiowej, aby mógł samodzielnie rozwiązywać swoje problemy.

Posługa aktywnego słuchania ludzi wymaga spełnienia następujących warunków:

- poznanie i zrozumienie problemów ludzi, określenie ich istoty i rozeznanie przyczyny;
- poszukiwanie rozwiązań w trudnych sytuacjach, zachęcenie do podejmowania przemian w życiu;
- ofiarowanie wsparcia w przezwyciężaniu trudności;
- skierowanie do odpowiednich instytucji, które mogą udzielić stosownej pomocy;
- podejmowanie działań w sytuacjach koniecznych np. poprzez zapewnienie noclegu, wyżywienia, odzieży itp.;

Powyższe zadania Centrum wypełnia, współpracując z różnymi instytucjami działającymi na terenie miasta Lublina i województwa. Są to m. in. MOPR, miejskie i wojewódzkie poradnie odwykowe, poradnie zdrowia psychicznego, środki terapeutyczne oraz duszpasterstwa specjalistyczne Archidiecezji Lubelskiej. C. S. udziela również wsparcia poprzez poszukiwanie nowych form i możliwości rozwiązywania ludzkich problemów, niejednokrotnie bardzo skomplikowanych.

Centrum może prowadzić swoją działalność dzięki ofiar-nemu zainteresowaniu wolontariuszy. Są wśród nich psychologowie, pedagodzy, prawnicy, lekarze, pracownicy społeczni inni. Chcą oni służyć innym swoją wiedzą, ofiarować bezcenny czas, pomnożyć otrzymane talenty, kierując się ewangelicznym przesłaniem „Darmo otrzymaliście, darmo dawajcie”. Tak rozumiana służba nie jest możliwa bez pogłębiania osobistej refleksji na temat celu i motywacji swojego zaangażowania w pracę społeczną.

Aktualnie Centrum służy pomocą przez pięć dni w tygodniu. W pracach Centrum jest zaangażowanych 20 wolontariuszy. Z prowadzonej systematycznie dokumentacji wynika, że w roku 2002 do C. S. zgłosiło się ponad 1 000 osób. Osoby te wiedzą, że mogą znaleźć tutaj konkretną pomoc w rozwiązywaniu własnych problemów. Zaufanie wzbudza postawa bezinteresowności oraz zapewnienie dyskrecji. Można zatem stwierdzić z pełnym przekonaniem, że słuchanie brata lub siostry jest dziełem bożym.

W najbliższym czasie Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” planuje poszerzyć swoją działalność o inne niezbędne formy pomocy takie jak: hostel, mieszkania chronione.

Pierwszy w Polsce tomograf wielorzędowy pracuje w SPSK nr 4

W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 odbyła się 15 stycznia 2003 roku dawno oczekiwana uroczystość. Dokonano oficjalnego otwarcia i poświęcenia nowego wielorzędowego tomografu komputerowego zainstalowanego w I Zakładzie Radiologii Lekarskiej AM w Lublinie. Równolegle została zorganizowana konferencja naukowa, która miała przybliżyć zaproszonym gościom nowe możliwości, które daje ten światowej klasy aparat diagnostyczny.

DR N. MED. ELŻBIETA CZEKAJSKA-CHEHAB
I ZAKŁAD RADIOLOGII LEKARSKIEJ
AM W LUBLINIE

Gospodarzem oficjalnej części spotkania był dyrektor naczelny SPSK nr 4 **dr n. med. Marian Przylepa**, natomiast część naukową zorganizował i prowadził kierownik I Zakładu Radiologii Lekarskiej **prof. dr hab. Andrzej Drop**. W przygotowaniach oraz w przebiegu uroczystego otwarcia wzięli udział dyrektorzy oraz przedstawiciele polskiego oddziału amerykańskiej firmy General Electric – producenta tomografu Light Speed Ultra.

Uczelnię reprezentowali Prorektor ds. Nauki **prof. dr hab. Kazimierz Głowniak**, Dziekan Wydziału Lekarskiego **prof. dr hab. Marian Wieleś** i liczni kierownicy klinik i zakładów Uczelni. Uroczystość otwarcia uświetnili zaproszeni goście: Arcybiskup Metropolita Lubelski **ks. prof. dr hab. Józef Życiński**, prezydent Lublina **Andrzej Pruszkowski**, przedstawiciel Wojewody Lubelskiego Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej **mgr Stanisław Dąbrowski** oraz przedstawiciele Kas Chorych wicedyrektor Lubelskiej Regionalnej Kasy Chorych – **dr Bożenna Zasada** i dyrektor Branżowej Kasy Cho-

rych dr Teresa Kardyni-Wiejak. Pojawiło się także wielu kolegów radiologów, a także klinicystów, którzy na co dzień korzystają z badań wykonywanych w pracowni tomografii komputerowej SPSK nr 4.

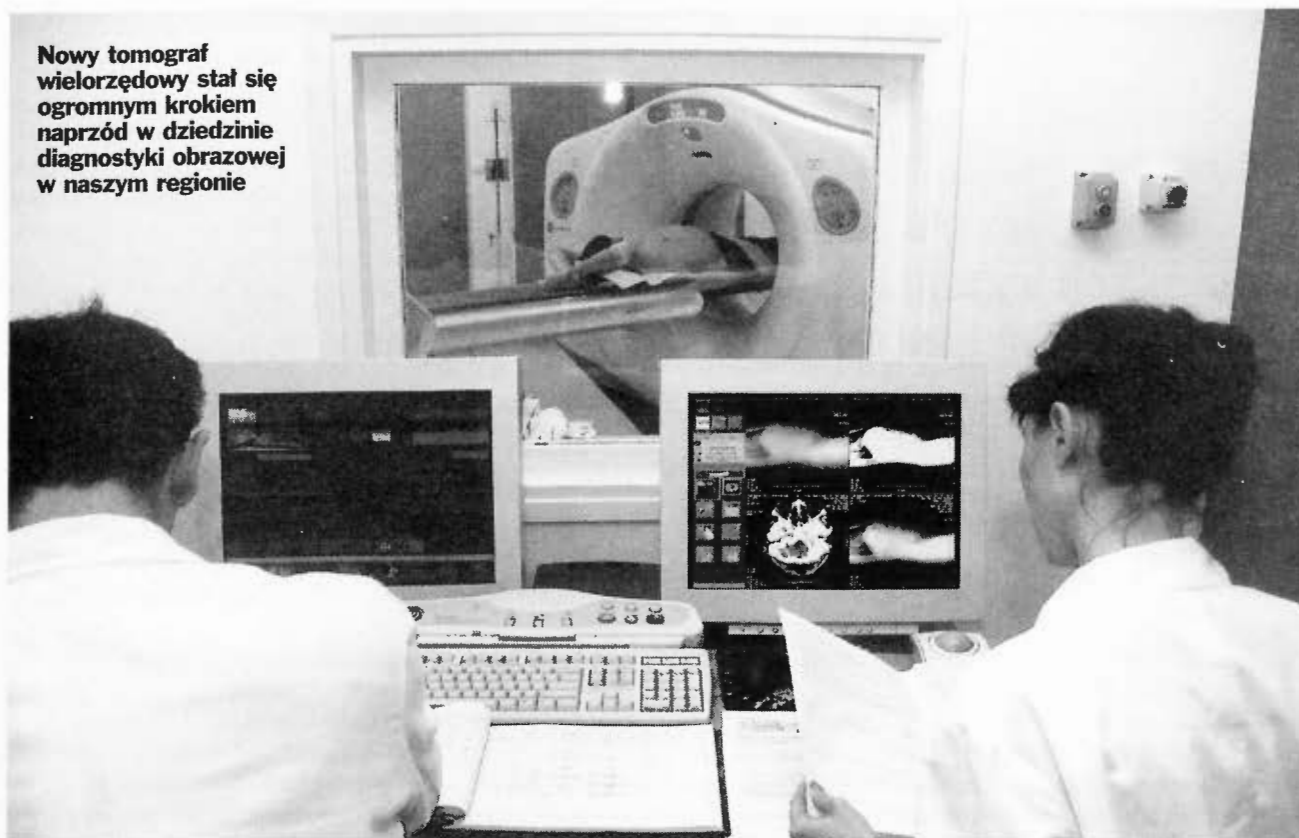
Ogromną radość sprawiła prof. dr hab. Andrzejowi Dropowi obecność

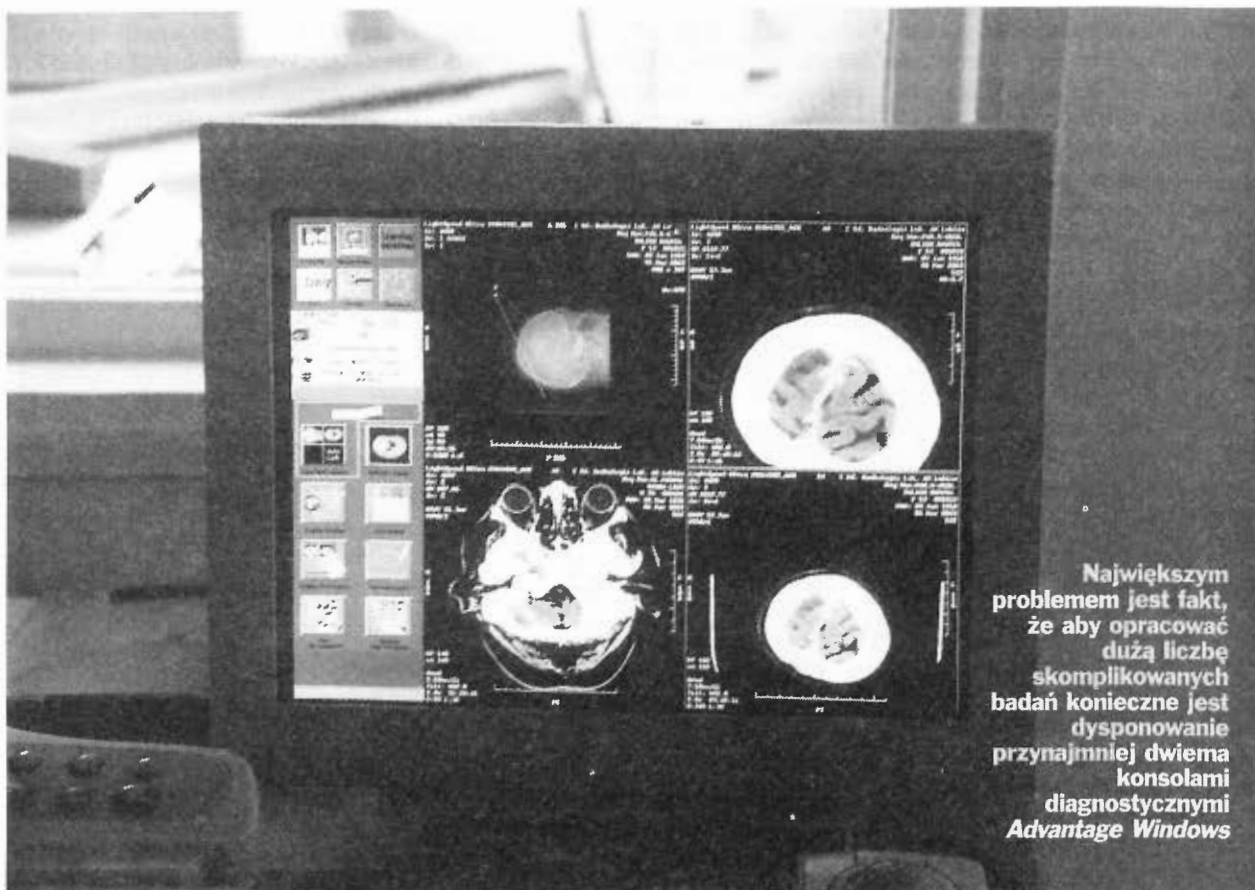
wszystkich lubelskich profesorów – radiologów, w tym ogromnie zasłużonych dla polskiej radiologii – uznanych mistrzów tej dziedziny, współtwórców podwalin radiologii w naszym regionie: prof. dr hab. Ludwika Smajkiewicza, prof. dr hab. Mariana Klamuta, prof. dr hab. Zofii Bieganowskiej-

-Klamut, prof. dr hab. Stanisława Bryca oraz prof. dr hab. Kazimierza Pietronia i wielu dzisiejszych kierowników zakładów radiologii Lublina i regionu, z piastującą zaszczytną funkcję Przewodniczącej Zarządu Głównego Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, prof. dr hab. Małgo-



Uroczystość otwarcia zmodernizowanej Pracowni Tomografii Komputerowej SPSK nr 4.





Największym problemem jest fakt, że aby opracować dużą liczbę skomplikowanych badań konieczne jest dysponowanie przynajmniej dwiema konsolami diagnostycznymi *Advantage Windows*

Od momentu instalacji nowego tomografu do chwili jego uroczystej prezentacji wykonaliśmy ponad cztery tysiące badań (poprzednio cztery tys. rocznie). Liczbę tę można uznać za rekordową nie tylko w skali regionu czy kraju, ale i naszej części Europy.

rzatą Szczerbo-Trojanowską na czele. Nie można nie wspomnieć o bardzo ważnym dla losów nowego zakupu gościu – przedstawicielu Zarządu Banku Pekao SA, który pomagał przy uzyskaniu częściowego kredytu potrzebnego do sfinalizowania tej kosztownej, ale jakże potrzebnej, inwestycji.

Konferencję naukową otworzył prof. dr hab. Andrzej Drop przedstawiający ze swadą, a momentami także ze wzruszeniem, historię tomografii komputerowej w naszym regionie oraz wkład pracy i zaangażowanie ludzi z nią związanych, przebieg starań o zakup nowego sprzętu oraz nadzieje na przyszłość.

Na program konferencji naukowej złożyły się referaty przygotowane w I Zakładzie Radiologii Lekarskiej AM dotyczące podstaw technicznych działania tomografii wielorządowej oraz kolonoskopii wirtualnej (A. Popiołek), nowych możliwości zastosowań, w tym do diagnostyki serca i naczyń wieńcowych oraz układu tętniczego (A. Drop, E. Czekajska-Chehab), zaawansowanych technik rekonstrukcyjnych i wolumetrycznych w ocenie guzów płuc (I. Kołodziej) oraz opeji stosowanych w obrazowaniu struktur głowy i szyi (A. Trojanowska).

Uroczyste otwarcie, które odbyło się w I Zakładzie Radiologii Lekarskiej, rozpoczęło się od przemówienia Dyrektora Naczelnego SPSK nr 4 dr n. med. Mariana Przyłępy. Wyrażając ogromną radość i dumę ze zdobycia dla szpitala tak wspaniałego aparatu przedstawił on długą, pełną determinacji i niezwykle trudną historię starań o środki na jego zakup. Na

Tomograf numer 1

Archiwalne zdjęcia wykonane przez red. Jana Trembeckiego – fotografa Kuriera Lubelskiego, ukazujące dostawę oraz montaż pierwszego tomografu komputerowego, pochodzą z 1986 roku

Historia tomografii komputerowej

liczy prawie trzydzieści lat, rozpoczynając się w chwili, gdy późniejsi laureaci nagrody Nobla Hounsfield i Cormack wykonali w 1974 roku pierwszy eksperymentalny skan mózgu. W następnych latach powstały pierwsze tomografy przeznaczone jedynie do wykonywania badań głowy.

W Polsce, nieco już bardziej zaawansowane technologicznie pojedyncze aparaty zainstalowano w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych. W 1987 roku rozpoczęła działalność pierwsza po wschodniej stronie Wisły pracownia tomografii w I Zakładzie Radiologii Lekarskiej kierowanym wówczas przez prof. dr hab. Ludwika Smajkiewicza. Aparat Somatom DRH firmy Siemens posiadał na tamte czasy najwyższą światową klasę, podobnie jak to ma miejsce w przypadku obecnego tomografu. Jego koszt w tzw. środkach dewizowych sprawił, że poza funduszami ministerialnymi musiały częściowo finansować go wielkie zakłady pracy Lubelszczyzny. Niektóre z nich zniknęły z mapy makroregionu za przyczyną transformacji gospodarczej, natomiast lubelski „stary” tomograf wykonał 76 tysięcy badań i wiernie służył pacjentom aż do dnia demontażu.

Kiedy zostało zrobione ostatnie badanie, i ostatnie pamiątkowe zdjęcie z naszym „staruszkim”, wielu lekarzy i techników nie mogło ukryć wzruszenia.



Fot. Jan Trembecki



Fot. Jan Trembecki



Fot. Jan Trembecki





koniec nastąpiły serdeczne podziękowania dla wszystkich ludzi dobrej woli, którzy wnieśli swój wkład we wspólny cel. Temat ten wraz z krótką prezentacją, nieosiągalnych dotychczas opcji diagnostycznych tomografii komputerowej, kontynuował prof. dr hab. Andrzej Drop. Podkreślił, że zakup tej klasy tomografu nie byłby możliwy bez starań i zapobiegliwości wielu osób, przede wszystkim JM Rektora AM prof. Macieja Latałskiego i Dyrektora Naczelnego SPSK nr 4 dr n. med. Mariana Przylepy. Z kolejnych wystąpień – przedstawicieli władz Akademii Medycznej, wojewody lubelskiego i LRKCh oraz BKCh przebijała duma, że to właśnie w Lublinie, w niedofinansowanej wschodniej Polsce stanął najlepszy w kraju tomograf komputerowy.

W pamięci słuchaczy pozostanie na pewno pełne humoru przemówienie Arcybiskupa prof. Józefa Życińskiego oraz posiadające niezaprzeczalne walory artystyczne wystąpienie prezydenta Miasta Lublina Andrzeja Prusz-

kowskiego, który mówiąc o budźcie miasta i służby zdrowia zaśpiewał na nutę znanej wszystkim koledzy: „Oj, maluśki, maluśki...”

Następnie nasz dostojny Gość, Arcybiskup Józef Życiński uroczyście poświęcił nowy aparat i pobłogosławił pracowników oraz wszystkich zebranych. Podczas dalszej, mniej formalnej części spotkania, oglądano tomograf i wyremontowane pomieszczenia pracowni oraz przy smakolykach sponsorowanych przez firmę GE dzielono

się wrażeniami, zadając pracownikom Zakładu Radiologii i przedstawicielom producenta liczne, szczegółowe pytania.

Starania o wymianę dotychczasowego tomografu na spiralny trwały kilka lat. Tylko ci, którzy o niego walczyli wiedzą, ile przeżywali nadziei i rozczarowań, a niekiedy doświadczyli przykrości i poczucia bezsilności. My, obserwowawszy te działania na co dzień patrzyliśmy z niedowierzaniem, że nasz Profesor nie poddaje się zwąt-

W I Zakładzie Radiologii Lekarskiej, w systemie dwuzmianowym wraz z całodobowym dyżurem, codziennie wykonuje się około 40 badań

pieniu i podejmuje kolejną próbę pozyskania tomografu. Gdy sprawa zakupu nabrała realnych kształtów zaczęliśmy wierzyć, że tym razem się uda. Kiedy ważyły się decyzje, co do wyboru marki oraz generacji tomografu wiedzieliśmy, że zawarta umowa zadecyduje na lata o poziomie diagnostyki radiologicznej w naszym ośrodku. W tym momencie bardzo ważne było głębokie przekonanie o celowości zakupu aparatu najwyższej klasy, ze strony JM Rektora Akademii Medycznej i kierowników innych jednostek AM, m. in. neurochirurgii, kardiologii, neurologii, nefrologii, dostrzegających perspektywę najnowocześniejszej diagnostyki dla potrzeb szpitali klinicznych i regionu.

Wreszcie decyzja została powzięta! Zdecydowano o zakupie tomografu wielorzędowego i w krótkim czasie, po przeprowadzeniu przetargu, zaakceptowano ofertę firmy General Electric.

Gwiazdka 2001 w I Zakładzie Radiologii Lekarskiej AM

Kiedy 24 grudnia 2001 roku wszyscy pracownicy SPSK nr 4 spieszyli do domów na wieczerzę wigilijną, przed szpital zajechał potężny TIR wypełniony ogromnymi skrzyniami zawierającymi elementy nowego tomografu. Do późnego popołudnia lekarz dyżurny Zakładu obserwował z radością skomplikowaną akcję przenoszenia sprzętu na teren szpitala kierowaną przez Dyrektora ds. Technicznych inż. Kazimierza Starownika.

Po świętach rozpoczęły się prace nad przygotowaniem dokumentacji technicznej instalacji, i po niedługim czasie rozpoczęto kolejne procedury przetargowe. Przygotowanie do instalacji nowego aparatu wymagało bardzo wielu kosztownych i długotrwałych prac adaptacyjno-montażowych polegających na podłączeniu nowego systemu zasilania, wymiany powietrza i klimatyzacji oraz dostosowaniu parametrów pomieszczeń drobniogłównie określonych przez producenta sprzętu.

Remont, wprowadzanie aparatu poprzez specjalnie zaadaptowane otwory okienne oraz montaż i testy tomografu zakończyły się w czerwcu 2002 r.

Pierwsze badania

Z początkiem lipca 2002 roku pod baczny nadzorem inżyniera serwisowego firmy GE wykonano pierwsze badania. Szkolenie prowadził specjalista z jednego z przodujących w świecie ośrodków diagnostyki we Francji oraz doświadczeni szkoleniowcy firmy dr E. Mrazowa i dr Jacek Brzeziński. Doświadczenia dotyczące protokołów badań i ich opracowywania użytkiwane były także podczas kilku wizyt lubelskich radiologów w Centrum Diagnostyki Obrazowej Szpitala Charite w Berlinie.

Tomograf ośmiorzędowy Light Speed Ultra od początku pracował na pełnych obrotach. Nie było czasu na powolne poznawanie jego możliwości i przyzwyczajanie się do nowej procedury przeprowadzania badań – takie były potrzeby ze strony klinik i oczekiwania lekarzy i pacjentów.

Dla techników elektroradiologii i lekarzy radiologów oznaczało to prawdziwe wyzwanie, ale często i konieczność rezygnowania z zaplanowanych urlopów, szybkiego opanowania obsługi zaawansowanego systemu komputerowego wykonywania badań, rekonstrukcji uzyskiwanych obrazów oraz ich archiwizacji.

Naszą pracę obserwowali z ciekawością klinicyści, często pojawiający się w pracowni, aby zapoznać się z możliwościami nowego aparatu.

Nowe możliwości diagnostyczne tomografii wielorzędowej

Tomograf wielorzędowy jest udoskonaloną odmianą tomografu spiralnego, w którym następuje akwizycja danych nie z jednego, ale z 2-16 detektorów jednocześnie, obejmujących konkretną wielkość badanego obszaru. Wprowadzenie większej liczby rzędów detektorów daje następujące korzyści:

► Możliwość rutynowego uzyskiwania cienkich, częściowo nakładających się warstw np. szerokości 1,25 lub 2,5 mm w krótkim czasie i w zakresie dużego obszaru ciała na jednym zatrzymanym oddechu – np. w naszym tomografie można wykonać skanowanie całej klatki piersiowej w warstwach rekonstruowanych co 1,2 mm, a nawet 0,6 mm z szybkością przesuwu stołu 27 mm/s, co daje czas skaningu ok. 10 s – nawet pacjenci z dusznością mogą zatrzymać oddech na tak krótki okres. Okazuje się to bardzo ważne przy rozpoznawaniu zatorowości płucnej, gdzie oceniane jest światło



Dla zespołu I Zakładu Radiologii Lekarskiej AM w Lublinie korzystanie z nowego sprzętu, chociaż wymagające ciągłej nauki i zwiększonego wysiłku, oznacza możliwość dynamicznego rozwoju

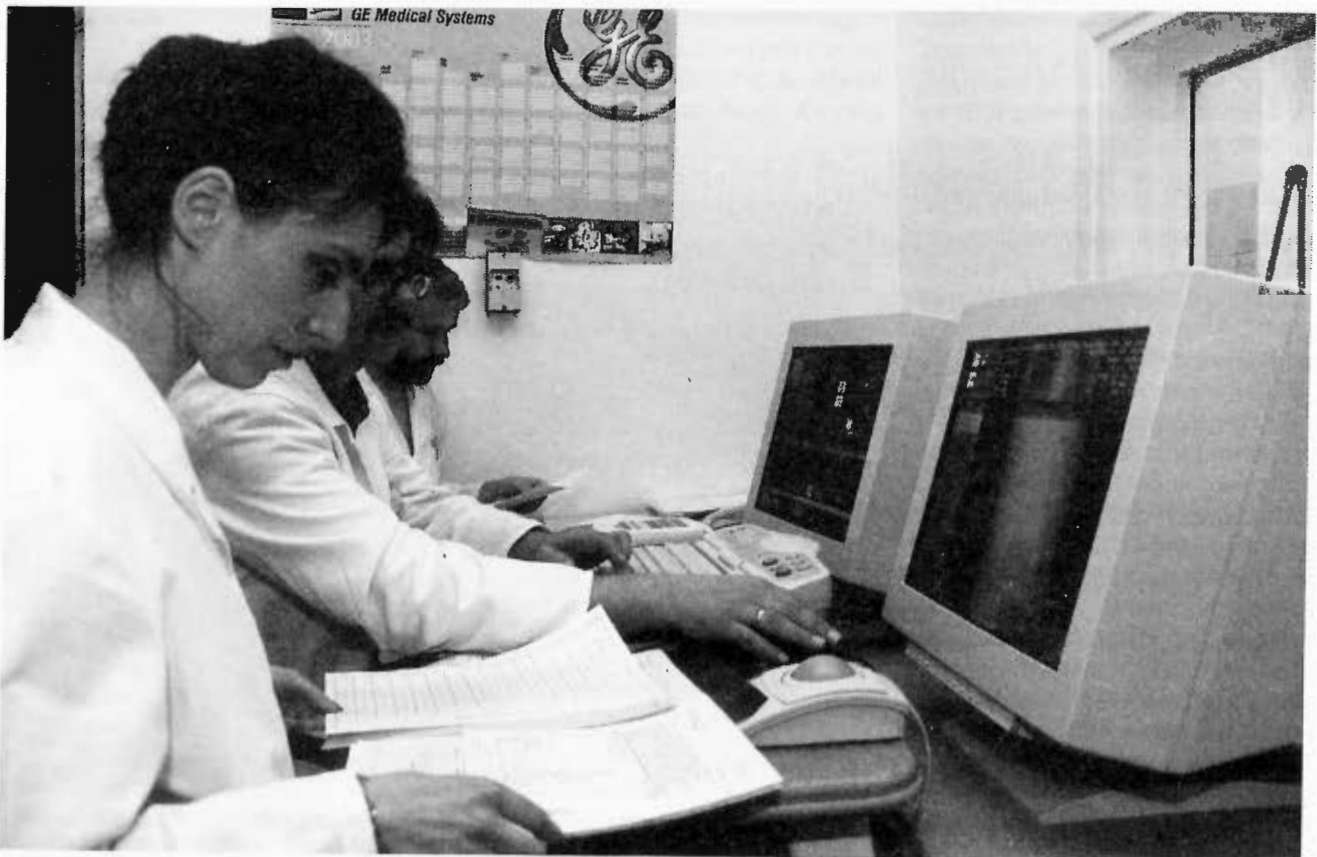
to naczyń subsegmentalnych lub nawet mniejszego kalibru. Podobnie możliwa jest akwizycja danych na jednym oddechu do oceny całej aorty i jej głównych gałęzi (tętniaki rozwarstwiające, ostre zatory). W angiografii CT środek cieniujący podawany jest strzykawką automatyczną. Zwykle konieczne są dawki nieco większe niż przy tradycyjnych badaniach, co wpływa niestety na koszty badania. Opcje z zastosowaniem kolimacji jedno- lub submilimetrowej są także podstawą wykonywania serii skanów służących do uzyskiwania efektów trójwymiarowej oceny światła narządów (wirtualna bronchoskopia, kolonoskopia, angioscopia i inne).

► Bramkowanie akwizycji danych za pomocą EKG pozwala na wykonywanie badania serca i naczyń wieńcowych – metoda opiera się na wykorzystaniu danych tylko z wybranego, wynoszącego często tylko kilkadziesiąt milisekund, cyklu pracy serca podczas każdego kolejnego skurezu (zwykle w fazie późnorozkurczowej). W ten

sposób zostaje wyeliminowana większość artefaktów związanych z ruchem serca – badanie może być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych, trwa ok. 20 minut, w tym właściwy ska-

ning. 25-30 sekund. Choć w oprogramowaniu przewidziano trzy opcje w zależności od częstości rytmu serca, ze względu na jakość obrazowania, należy dążyć do farmakologicznego uzyska-

**Tomograf ośmiorzędowy
Light Speed Ultra od początku
pracował na pełnych obrotach.
Nie było czasu na powolne
poznawanie jego możliwości
i przyzwyczajanie się do nowej
procedury przeprowadzania badań
– takie były potrzeby ze strony
klinik oraz oczekiwania lekarzy
i pacjentów.**



nia akcji serca o częstotści ok. 60/min. Metoda angiografii KT naczyń wieńcowych nie sprawdza się niestety w przypadku migotania przedsionków.

Najważniejsze z punktu widzenia klinicznego możliwości diagnostyki serca to:

► obrazowanie naczyń wieńcowych i ocena zmian miażdżycowych, w tym charakteru blaszki pod kątem jej stabilności,

► wykonanie kolorowych rekonstrukcji trójwymiarowych całego serca lub jego części do oceny np. wad wrodzonych, guzów serca,

► wykonanie sekwencji przekrojów jam serca w osi długiej lub krótkiej oraz MPR (tętniaki pozawałowe, zwapnienia osierdzia, wady zastawkowe),

► ocena drożności pomostów naczyń wieńcowych,

► ocena wskaźnika uwapnienia tętnic wieńcowych (tzw. calcium scoring) w przewidywaniu ryzyka choroby niedokrwiennej (badanie bez kontrastu może być stosowane jako skriningowe).

► Obszar badania KT może jednorazowo wynosić aż 130 mm – np. możliwe jest uwidocznienie po jednym podaniu środka cieniującego obszaru naczyń od podziału aorty brzusznej do tętnic stóp oraz rekonstrukcja obrazów w cienkich warstwach, co daje jakość porównywalną z angiografią kończynową, a jest metodą bezpieczniejszą i nieinwazyjną. Tomograf spiralny jednorzędowy potrzebowałby do uzyskania tego samego efektu 2-3 dawki środka cieniującego i nie byłoby wówczas możliwości wykonania rekonstrukcji i zobrazowania wszystkich rozgałęzień tętniczych jednocześnie);

► Badania wielofazowe (dynamiczne) np. wątroby, trzustki, nerek, malformacji naczyniowych – ze względu na krótki czas badania można powtarzać obserwacje danego obszaru w różnych fazach naczyniowych aby ocenić typ guza, lub ukrwienie narządu;

► Badanie perfuzji – stosowane najczęściej do oceny, czy zmiany w tkance mózgowej w udarze niedokrwinnym są odwracalne – uzyskuje się kolorowe mapy przepływu, objętości krwi w danym obszarze mózgu i tzw. czasu przejścia kontrastu – metoda ta pozwala wykryć zmiany w ciągu kilku pierwszych godzin udaru, kiedy obraz

zwykłej tomografii jest jeszcze prawidłowy i zastosować leczenie trombolityczne lub angioplastykę

► Wyposażenie w bardzo rozbudowane oprogramowanie komputerowe w konsoli Advantage Window połączonej sieciowo z tomografem pozwala w krótkim czasie uzyskać różnego typu rekonstrukcje obrazów:

► Wielopłaszczyznowe (MPR) – w płaszczyźnie czołowej, strzałkowej, w dowolnych płaszczyznach skośnych z jakością podobną do skanów poprzecznych,

► Trójwymiarowe (3D) w skali szarości i kolorowe z tzw. opcją volume rendering opartą na różnicy gęstości tkanek (stosuje się głównie do angiografii CT) oraz do oceny kości i stawów,

► Projekcje maksymalnej intensywności (MIP) – stosowane do bardzo szczegółowej oceny przebiegu naczyń, zwężeń, tętniaków (obraz analogiczny do angiografii),

► Projekcje minimalnej intensywności – stosowane do oceny tkanek o bardzo niskich gęstościach np. w diagnostyce rozedmy płuc,

► Wirtualna endoskopia (np. kolonoskopia, bronchoskopia, cystoskopia, badanie jamy bębenkowej, światła kanału kręgowego) oraz angioskopia – uzyskuje się obraz widziany od wewnątrz np. w świetle aorty, tętnicy szyjnej czy tętnicy wieńcowej lub w drzewie oskrzelowym,

► Programy zaawansowanej oceny naczyń pozwalają wykonać rekonstrukcję konkretnego naczynia oraz dokonać różnego typu pomiarów (średnica i powierzchnia światła w danym miejscu, nasilenie stenozy (w procentach powierzchni przekroju), obliczenia kątów i objętości).

Wszystkie badania mogą być przesyłane siecią oraz archiwizowane na nośnikach elektronicznych co istotnie zmniejsza koszty.

Spostrzeżenia po półrocznej pracy nowego aparatu

Od momentu instalacji nowego tomografu do chwili jego uroczystej prezentacji wykonaliśmy ponad cztery tysiące badań (poprzednio cztery tys. rocznie). Liczbę tę można uznać za rekordową nie tylko w skali regionu czy

kraju, ale i naszej części Europy. W naszym zakładzie w systemie dwuzmianowym wraz z całodobowym dyżurem, codziennie odbywa się około 40 badań, często nawet 50! Należy dodać, że ma to miejsce w jednostce, która wykonuje rocznie ponad 80 tysięcy różnych procedur diagnostycznych. Dodatkowo specyfika szpitala klinicznego sprawia, że zdecydowanie dominują zaawansowane wielofazowe protokoły badań KT naczyń, klatki piersiowej i jamy brzusznej podczas których z badanej objętości ciała pacjenta rekonstruujemy zwykle kilkadziesiąt skanów będących podstawą do dalszej obróbki komputerowej (w badaniach serca lub naczyń obwodowych średnio 1200 pojedynczych obrazów). Pomimo naszych wysiłków nie udało się zlikwidować kolejki na badania planowe. Okazało się, że nowy tomograf to nie tylko wielka radość dla całego zespołu, ale i bardzo ciężka praca. Największym problemem jest fakt, że aby opracować tak dużą liczbę skomplikowanych badań konieczne jest dysponowanie przynajmniej dwiema konsolami diagnostycznymi Advantage Windows. W naszym przypadku opracowywanie danych i interpretacja obrazów najbardziej skomplikowanych procedur diagnostycznych odbywa się często wieczorową porą i w weekendy, kiedy spotyka się w zakładzie wielu lekarzy „walczących ze sobą” o dostęp do konsoli, aby móc opisać wykonane badania.

Podsumowując należy podkreślić, że nowy tomograf wielorzędowy stał się ogromnym krokiem naprzód w dziedzinie diagnostyki obrazowej w naszym regionie. Dla pacjentów zwiększył się dostęp do specjalistycznej diagnostyki na światowym poziomie, możliwe było zrezygnowanie z wielu procedur inwazyjnych, w wielu przypadkach skrócił się czas pobytu w szpitalu.

Dla zespołu I Zakładu Radiologii Lekarskiej AM w Lublinie korzystanie z nowego sprzętu, chociaż wymagające ciągłej nauki i zwiększonego wysiłku, oznacza możliwość dynamicznego rozwoju – podnoszenia kwalifikacji fachowych, prowadzenia badań i realizowania programów naukowych.

Statystycznie rzecz biorąc...

W dniu 11 grudnia 2002 r. odbyła się w Uczelni obrona rozprawy doktorskiej mgr Agaty Smoleń z Zakładu Matematyki i Biostatystyki AM w Lublinie. Dysertacja, jako pierwsza w Polsce, dotyczyła kompleksowego wykorzystania zaawansowanych metod analizy statystycznej w prognozowaniu prawdopodobieństwa istnienia raka jajnika w badanych ultrasonograficznie guzach przydatkowych u kobiet.

Jej promotorem był dr hab. Artur Czekierdowski, a recenzentami rektorzy: AGH w Krakowie – prof. dr hab. Ryszard Tadeusiewicz i AM w Poznaniu – prof. dr hab. Grzegorz Bręborowicz. Wśród członków komisji, podczas obrony pracy obecny był także JM Rektor AM w Lublinie prof. dr hab. Maciej Latański. Na wniosek recenzentów rozprawa została wyróżniona, a Rada Wydziału AM w Lublinie nadała mgr Agacie Smoleń stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej.

Z tej okazji prof. dr hab. Ryszard Tadeusiewicz – JM Rektor Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie, kierownik Katedry Automatyki i Pracowni Biocybernetyki – wybitny uczony, ekspert w dziedzinie zastosowań cybernetyki oraz statystyki w medycynie udzielił nam wywiadu.



Doktorantka mgr Agata Smoleń przyjmuje gratulacje (pierwszy z prawej promotor dr hab. Artur Czekierdowski)

– Wiele pozycji w Pana bogatym dorobku naukowym dotyczy badań z zakresu analizy danych oraz medycyny. Jak można określić relacje pomiędzy matematyką i medycyną?

– Wydaje mi się, że matematyka ma znacznie więcej do zaoferowania medycynie, niż się powszechnie sądzi i praktykuje. Typowe medyczne zastosowania matematyki to dzisiaj głównie statystyka. Za jej pomocą zmagamy się (skutecznie!) z trudnościami, jakie stawia przed nami niepewtarzalność, zmienność i nieprzewidywalność zjawisk biologicznych. To bardzo dobrze, ponieważ bez użycia statystyki bezowocne byłyby wszelkie nasze próby precyzyjnego wnioskowania medycznego, oparte na nieprecyzyjnych faktach empirycznych, pochodzących z badań biologicznych i obserwacji klinicznych. Statystyka jest więc narzędziem matematycznym stosowanym w medycynie z wyboru. Współczesna matematyka oferuje jednak medycynie ogromną liczbę różnych możliwości, z których katalogu rzeczona nauka prędzej czy później będzie mogła w pełni skorzystać.

– Jakie to możliwości?

– Głównie dotyczą one modelowania matematycznego i symulacji komputerowej. Współczesne metody modelowania złożonych systemów dostarczają narzędzi matematycznych, pozwalających zbudować opis podwozia pędzącego samochodu, startującej rakiety, opanowanej gorączką spekulacyjną giełdy – ale także organizmu pacjenta opanowanego przez infekcję. Jeśli projektant samochodu może dzięki komputerom dobrać parametry zawieszenia zapewniające bezpieczną i wygodną jazdę zanim jeszcze pierwszy prototyp nowego wozu wyjedzie na tor prób, jeśli zaprojektowana komputerowo rakietka kosmiczna dociera do powierzchni odległej planety dokładnie w wyznaczonym punkcie i w ściśle określonym czasie, jeśli bank potrafi pomnażać swoje zyski korzystając z symulacji komputerowych – to możemy i powinniśmy dążyć do tego, by podobne techniki po-

zwoliły na optymalizację medycznej diagnostyki i terapii.

– W jaki sposób można to osiągnąć?

– Przy obecnym stanie wiedzy możliwe jest budowanie matematycznych modeli opisujących funkcjonowanie pewnego narządu (sam doktoryzowałem się tworząc komputerowy model ucha i niższych pięter drogi nerwowej systemu słuchowego), albo na przykład biologiczne działanie określonego związku chemicznego. Taki model może pomóc w precyzyjnym dobraniu składu chemicznego i struktury przestrzennej molekuly przyszłego leku, z uwzględnieniem zarówno jej przewidywanych działań terapeutycznych jak i precyzyjnie kontrolowanych efektów ubocznych. Być może już wkrótce model wirtualnego pacjenta, mający na przykład formę specjalistycznego programu udostępnionego w internecie, pomoże nefrologowi w doborze optymalnej dializoterapii, przy czym terapia ta będzie mogła być indywidualnie dobrana dla każdego pacjenta i każdego stadium jego choroby. Za pomocą modeli odwołujących się do wirtualnej rzeczywistości można będzie już w niedługiej przyszłości trenować chirurgów oraz symulacyjnie wybierać najkorzystniejszy wariant określonego zabiegu – wykonując go na komputerowym fantomie wiele razy na różne sposoby, zanim chirurg weźmie po raz pierwszy skalpel do ręki. Takie przykłady można by mnożyć. Ich „wspólnym mianownikiem” jest wykorzystywanie matematyki i tworzonych przez nią modeli jako narzędzia wspomagającego działania medyczne, najczęściej metodą predykcji: matematyka pozwala przewidzieć przyszłe zjawiska lub procesy, gdy już one wystąpią możemy wówczas być lepiej przygotowani na ich przyjęcie.

– Zawsze wydawało mi się, że to komputery dają wszechstronną możliwość budowania naukowych prognoz.

– Wprawdzie tworzenie modeli systemów biologicznych wymaga

głównie twórczej pracy ludzi biegle posługujących się matematyką, to jednak komputery są w tej sprawie także bardzo ważne, bowiem wielkość modeli matematycznych wymaga gigantycznej liczby obliczeń dla uzyskania jakiegokolwiek użytecznego rezultatu, czy chociażby tylko wyniku możliwego do interpretacji.

Gdybyśmy nie mieli tych mądrych i sprawnych maszyn, to matematyk mógłby nam pokazać jakiś skomplikowany układ równań różniczkowych i mógłby powiedzieć: oto jest model krążenia krwi. Inny matematyk mógłby zbadać ten model od strony jego budowy formalnej i udowodnić tuzin towarzyszących tematów oraz co najmniej dwa duże twierdzenia. Natomiast kardiolog mógłby najwyżej spojrzeć na te wszystkie matematyczne formuły i stwierdzić: *–No tak, zawsze wiedziałem, że to jest bardzo skomplikowane – ale pożytek byłby z tego żaden.*

Tymczasem komputer daje możliwość użycia takiego modelu do symulacji. Komputer bierze te wszystkie skomplikowane równania i oblicza, co z nich wynika przy określonych założeniach. Robi to szybko, sprawnie, bezbłędnie – i w dodatku może dostarczyć wynik w postaci łatwej do interpretacji, na przykład w formie wykresu czy nawet animowanego filmu prezentującego rozwój sytuacji w symulowanej rzeczywistości. Teraz kardiolog może zapytać: *–Jakie będzie obwodowe ciśnienie krwi kiedy już zoperujemy tę tetralogię Falota?* Komputer przeliczy wszystkie równania modelu i poda konkretne liczby, obrazy, wykresy, animacje, a kardiolog na tej podstawie oceni, czy zabieg w tej postaci jest dla pacjenta korzystny, czy nie. Jeśli wynik symulacji okaże się niekorzystny dla pacjenta, to można będzie zadać następne pytanie, dotyczące innej możliwej formy terapii, a komputer używając modelu (zbudowanego za pomocą matematyki!) przeliczy i pokaże wszystkie konsekwencje tej nowej koncepcji terapeutycznej.

**– Czy nie przeceniamy dziś zbyt-
nio możliwości komputerów?**

– To zależy od jakości modelu, zbudowanego przez matematyka. Jeśli model dokładnie i wiernie odwzorowuje morfologiczne i fizjologiczne uwarunkowania funkcjonowania określonych narządów i toczących się w nich procesów – to szanse na dużą dokładność komputerowej prognozy są duże. Jakość uzyskanych wyników zależy wtedy głównie od tego, na ile dokładnie uda się nam „dostroić” uniwersalny model (opisujący jakiś abstrakcyjny system, na przykład „typowy układ krążenia”) do danych i parametrów konkretnego pacjenta. W praktyce klinicznej nie mamy bowiem do czynienia z abstrakcyjnym „typowym układem” tylko mamy konkretnego pacjenta z jego unikatową budową ciała, z jego jedynym i niepowtarzalnym metabolizmem, z jego aktualnym stanem, będącym wynikiem przeżytych wydarzeń, przebytych chorób, nałogów i nawyków żywieniowych itd. Dopiero wtedy, kiedy model zdoła zawrzeć w sobie obok wiedzy ogólnej, dotyczącej natury i mechanizmów biochemicznych i biofizycznych dotyczących rozważanego narządu i rozważanej patologii, także wszystkie te szczegółowe uwarunkowania i dane dotyczące konkretnego pacjenta – dopiero wtedy możemy się spodziewać, że odpowie nam na szczegółowe pytania dotyczące tego oto właśnie pacjenta. A przecież tylko taka odpowiedź będzie użyteczna dla lekarza, bo ogólne zależności i relacje można opisać w książce i nawet uzyskać za nie habilitację, ale to nie uleczy konkretnego przypadku, konkretnej choroby.

– Mimo wszystko brzmi to optymistycznie. Jeśli do modelu matematycznego podstawimy dane konkretnego pacjenta to będziemy mogli przewidzieć, co się z nim stanie...

– To niezupełnie tak. Przede wszystkim, naprawdę trudno jest dokładnie i wiernie odwzorować w modelu dane rzeczywistego pacjenta i całą jego patologię. Żeby pokazać, jak bardzo to jest trudne, powołam się na przykład jednego z najdoskonalszych modeli matema-

tycznych ostatnich lat, zbudowanego przez De Schuttera modelu komórki Purkinjego z kory mózdzku.

De Schutter osiągnął swój sukces za cenę ogromnego uproszczenia zadania, zbudował mianowicie model tylko jednej komórki. Jednak nawet ten uproszczony model wymagał bardzo złożonego aparatu matematycznego. Wystarczy wspomnieć, że do budowy wspomnianego modelu użyto 32 000 równań różniczkowych oraz zastosowano 19 200 parametrów (koniecznych do oszacowania przy ostatecznym dostrajaniu modelu do konkretnego biologicznego obiektu). Gdy uświadomimy sobie, że sam mózg zawiera sto miliardów komórek, to możemy stwierdzić, jak ambitnym i jak trudnym zadaniem jest budowanie matematycznych modeli i symulacyjnych programów komputerowych dla współczesnej medycyny.

– Może więc nie warto tego robić, skoro to takie trudne?

– Przeciwnie, jestem zdania, że w modelowaniu cybernetycznym systemów biologicznych tkwi ogromny potencjał, który może i powinien być uruchomiony. Jeśli uda się nam zbudować dobre modele matematyczne systemów biologicznych, to za ich pomocą będziemy mogli używać rozwiązania wielu zagadnień praktycznych bez konieczności odwoływania się do bezpośrednich doświadczeń na materiale żywym. Metodologicznie zaczynamy dojrzewać do tego, by obok dobrze znanych technik eksperymentalnych zwanych *experiment in vitro* (na preparatach tkankowych) oraz *experiment in vivo* (badanie prowadzone na żywych organizmach, głównie na zwierzętach, ale w ograniczonym zakresie i pod staranną kontrolą także na ludziach) – uznać możliwość odwoływania się do techniki *experiment in computo* – doświadczeń dokonywanych wyłącznie na drodze obliczeniowej (komputerowo), przy użyciu stosownie udoskonalonych modeli matematycznych.

– Czy to jest osiągalne?

– W ograniczonym zakresie zdecy-

dowanie tak! Dla niektórych prostych obiektów biologicznych, a także dla niektórych zjawisk i procesów mamy już dostatecznie dobre modele matematyczne. Dla większości złożonych problemów medycznych jeszcze nie. Ale podkreślam: jeszcze nie, bowiem generalnie postęp w tej dziedzinie jest niesłychanie szybki, więc być może za kilka lat taniej (po prostu taniej) będzie badać oddziaływanie nowego leku na symulowaną komputerowo wątrobę, niż na zwierzęta doświadczalne czy na pacjentów.

– Cóż zatem pozostaje nam czynić dzisiaj?

– To, co wszyscy robimy w ramach wykorzystania matematyki w medycynie, czyli statystyka.

Trzeba jednak podkreślić dwa fakty. Po pierwsze – statystyki można używać dobrze albo źle. Niestety ciągle jest bardzo wielu lekarzy oraz zbyt wielu matematyków, którzy niewłaściwie lub źle posługują się biostatystyką. A po drugie – trzeba więc korzystać z każdej okazji, żeby szerzyć wiedzę o metodach dobrego stosowania statystyki w medycynie, a także upowszechniać przykłady właściwych zastosowań statystyki w medycynie. Nie tak skutecznie nie podnosi poziomu prac naukowych, jak pokazanie tych dobrych, godnych naśladowania wzorów.

– A co z piętnowaniem błędów?

– Przy korygowaniu błędów warto unikać zacierzowania, które niekiedy takim sporom towarzyszy. Ogromnie ważne jest, żeby zwalczać błędny pogląd, a nie osobę, która go głosi. Recenzent nie może tolerować błędu, musi więc go wytknąć w swojej opinii. Niekiedy błąd jest tak poważny, że ostateczny werdykt recenzji nie może być inny, niż tylko negatywny. Powtórzę więc stanowczo: tocząc naukowy spór z poglądami innego badacza nie można kierować ataków *ad personam* ponieważ każda osoba podejmująca pracę naukową zasługuje na szczególny szacunek, usiłuje bowiem – zwykle z nakładem wielkiego wysiłku i ambicji – dać ludzkości najcenniejszy dar;

jaki może istnieć: kolejny okrucuch odkrytej prawdy naukowej.

– Mylić się jest rzeczą ludzką, lecz przyzna Pan Profesor, że każdy błąd staje się zawsze szkodliwy!

– Błąd jest szkodliwy, jeśli nie zostanie wykryty i skorygowany. Błąd umiejscowiony jest już jednak niegroźny, łatwo jest bowiem uwolnić się od jego skutków. Chciałbym wskazać na dwie ważne okoliczności, która powodują, że wykrywając błędy w pracach medycznych odwołujących się do statystyki – jestem zwykle dosyć wyrozumiały. Pierwszą okolicznością staje się fakt, że perfekcyjne stosowanie statystyki jest – wbrew pozorom – bardzo trudne. Na pozór sprawa prosta: każdy potrafi obliczyć średnią, odchylenie standardowe, korelację, użyć testu chi-kwadrat albo analizy wariancji. Współczesne programy komputerowe wykonują wszystkie działania szybko, sprawnie, przy minimum wysiłku ze strony osoby zlecającej odpowiednią analizę. Jednak to tylko pozory. Statystyka ma to do siebie, że za jej pomocą równie łatwo można odkryć prawdę, jak również ostatecznie ją zaprzepaścić. Żeby dobrze użyć statystyki należy wiedzieć, jak sformułować pytanie, jakiego narzędzia użyć przy poszukiwaniu odpowiedzi, a także jak zrozumieć odpowiedź, gdy się ją uzyska. To naprawdę nie jest łatwe. Znany brytyjski specjalista, Julian L. Simon w swojej publikacji „The Philosophy and Practice of Resampling Statistics” podaje, że dokonał analizy pięćdziesięciu artykułów w prestiżowym czasopiśmie New England Journal of Medicine, w których posłużono się jednym z najprostszych i najbardziej rozpowszechnionych narzędzi statystycznych – testem *t-Studenta*. W ponad połowie przypadków użycie tego testu było nieprawidłowe!

– To pierwszy powód pobłażliwości. A drugi?

– Błędy w aplikowaniu statystyki zdarzają się nawet najlepszym. Dotyczy to wszystkich obszarów, w których jest ona używana. Natomiast

w medycynie praktycznie nie występuje zjawisko, które bywa dosyć popularne w innych obszarach zastosowania statystyki – mianowicie takie jej wykorzystanie, aby celowo zakamuflować prawdę. Lekarz podający swoje badania albo spostrzeżenia analizie statystycznej jest oczywiście zainteresowany żeby określone testy „wyszły”, bo wtedy będzie mógł zdobyć stopień naukowy, wyjechać na konferencję albo uzyskać prestiżową publikację. Czasem traktuje przy tym statystykę jako swoisty ozdobnik – ponieważ praca nie będzie akceptowana, jeśli nie będzie w niej odpowiedniej porcji statystycznych tabel, wykresów i terminologii. Parafrazując znane powiedzenie można stwierdzić, że niekiedy lekarz traktuje statystykę podobnie jak pijak latarnię – szuka w niej punktu podparcia, a nie światła rozjaśniającego mroki niewiedzy. Wiem co mówię, ponieważ przeżyłem szok, gdy jeden z krakowskich luminarzy nauk medycznych położył na mym biurku stertę notatek zawierających wyniki własnych doświadczeń naukowych, prosząc, żebym do tego dorobił statystykę. Gdy zapytałem, pod jakim kątem mam te dane analizować i jakich wniosków poszukiwać, odrzekł wówczas: *–Wnioski to ja już mam gotowe, teraz trzeba tylko zrobić trochę statystycznych obliczeń.* Jednak nie zdarzyło mi się spotkać pracy medycznej, w której statystyki użyto by z premedytacją jako sposobu ukrycia czegoś, lub zasugerowania czegoś niezgodnego z prawdą.

– Powiedział ktoś kiedyś, że istnieją trzy rodzaje kłamstw: kłamstwo, kłamstwo bezczelne i statystyka?

– Gdy próbuje się przekładać to powiedzenie na codzienne realia i spojrzeć na sytuację dajmy na to statystyki ekonomicznej, niesłychanie często naginanej do roli służebnej w stosunku do polityki, w dodatku traktowanej instrumentalnie i nadużywanej ewidentnie w złej wierze – biostatystyka i statystyka medyczna są przy niej prawdziwą oazą prawdy i uczciwości. Choć



Prof. dr hab. Ryszard Tadeusiewicz

– rektor Akademii Górniczo Hutniczej w Krakowie, wybitny ekspert z zakresu teorii i wykorzystania sztucznych sieci neuronowych w różnych dyscyplinach naukowych, w tym także w medycynie. Opublikował ponad 300 prac naukowych, jest autorem 70 monografii naukowych, książek, oraz cenionych i poszukiwanych podręczników.

źródło bijące w tej oazie jest niekiedy zamulane przez ignorancję, to jednak nigdy nie bywa zatrutowane przez świadomy fałsz. Dlatego zawsze byłem, jestem i będę nadal wyrozumiały dla błędów, które napotykam w matematycznych opracowaniach biologów i lekarzy. Błądzić jest rzeczą ludzką. Trzeba jednak przyznać, że poziom studiowanych przeze mnie prac z roku na rok wyraźnie się podnosi. I to jest wspaniałe!

– Dziękuję za interesującą rozmowę.

ROZMAWIAŁ:
ARTUR CZEKIERDOWSKI

Zdrowe mikroby

Zastosowanie probiotyków w profilaktyce i leczeniu niektórych chorób

Zjawisko probiozy (z grec. $\pi\rho\omicron\ \beta\iota\omicron\sigma\iota\varsigma$ – pro biosis), czyli zwiększania populacji drobnoustrojów korzystnych dla gospodarza, które wtórnie hamują rozwój niekorzystnych drobnoustrojów patogennych, znane jest od prawie wieku.

**DR N. FARM. RENATA ŁÓŚ
PROF. DR HAB. ANNA MALM**

KATEDRA I ZAKŁAD MIKROBIOLOGII FARMACEUTYCZNEJ
AM W LUBLINIE

Zjawisko probiozy (z grec. $\pi\rho\omicron\ \beta\iota\omicron\sigma\iota\varsigma$ – pro biosis), czyli zwiększania populacji drobnoustrojów korzystnych dla gospodarza, które wtórnie hamują rozwój niekorzystnych drobnoustrojów patogennych, znane jest od prawie wieku. Już w 1903 roku jeden z pionierów mikrobiologii Miecznikow, laureat nagrody Nobla (1908) z dziedziny fi-

zjologii nad badaniami zjawisk odporności, zauważył, że „dobre” bakterie zwalczają zakażenia powodowane przez „złe” bakterie. Obserwując długowiecznych chłopów bułgarskich, których codziennym napojem był (i jest dotychczas) jogurt zawierający głównie określony typ pałeczek kwasu mlekowego – *Lactobacillus bulgaricus* (Ryc. 1), ten noblista postulował zasadność spożywania produktów zawierających „dobre” bakterie. Pierwsze próby leczenia chorób zakaźnych preparatami zawierającymi pałeczki kwasu mlekowego uwieńczone były miernym sukcesem, a dodatkowo wprowadzenie do lecznictwa antybiotyków, szybciej i skuteczniej zwalczających infekcje, na wiele lat wyparło koncepcję probiozy z praktyki lekarskiej. Jednak poantybiotykowe zaburzenia biocenozy przewodu pokarmowego, prowadzące do zakażeń jelitowych, objawiających się nasilonymi biegunkami, spowodowały renesans zainteresowania probiozą i probiotykami [1, 2].

Które drobnoustroje można nazwać probiotykami?

Drobnoustroje, aby zostały uznane za probiotyki muszą spełniać wiele wymagań. Oczywiście muszą to być mikroorganizmy bezpieczne dla ludzi, a ich korzystne działanie na organizm człowieka powinno być potwierdzone klinicznie. Probiotyki powinny charakteryzować się dobrą przeżywalnością w soku żołąd-

kowym i w obecności żółci, właściwościami adhezyjnymi do śluzówki przewodu pokarmowego, zdolnością produkowania metabolitów hamujących wzrost bakterii chorobotwórczych oraz naturalną opornością na szeroki wachlarz antybiotyków.

Powyższe wymagania spełniają niektóre bakterie kwasu mlekowego (LAB – lactic acid bacteria), czyli rozkładające cukry proste (m. in. laktozę, glukozę) na drodze beztlenowej glikolizy z wytworzeniem kwasu mlekowego. Udokumentowane właściwości probiotyczne wśród bakterii kwasu mlekowego mają *Lactobacillus* spp. oraz *Bifidobacterium* spp. (Tabela 1). Ponadto, właściwości probiotyczne wykazują też inne bakterie kwasu mlekowego – *Enterococcus* spp. i *Streptococcus* spp., jak również niepatogenne szczepy *Escherichia coli* oraz drożdżaki *Saccharomyces boulardii* (Tabela 1). Bakterie kwasu mlekowego są szeroko rozpowszechnione w przyrodzie – znajdują się na powierzchni ro-

ślin zielonych, na śluzówkach ssaków, w wielu produktach spożywczych m. in. w mleku, kwaśnym mleku, kefirze, jogurcie, serach żółtych. U człowieka bakterie kwasu mlekowego znajdują się w jamie ustnej, w jelitach (głównie jelicie grubym), a u kobiet w pochwie; *Bifidobacterium* spp. w naturze zasiedlają powierzchnię sutków ssaków, dlatego też dostają się do przewodu pokarmowego osesków podczas karmienia [1, 3, 4].

W jaki sposób działają probiotyki?

Prawidłowa mikroflora przewodu pokarmowego jest warunkiem zdrowia człowieka, ponieważ bakterie te są ważnym elementem odporności nieswoistej, odpowiadają za unieczynnianie związków mutagennych i rakotwórczych, biorą udział w wytwarzaniu wielu witamin, ograniczają wchłanianie cholesterolu oraz usprawniają trawienie pokarmu. Liczne czynniki – stres, dieta, zmiana klimatu, in-

Tabela 1.

Drobnoustroje o właściwościach probiotycznych

Lactobacillus spp.

L. acidophilus
L. casei (rhamnosus)
L. reuteri
L. bulgaricus
L. plantarum
L. johnsonii
L. lactis

Bifidobacterium spp.

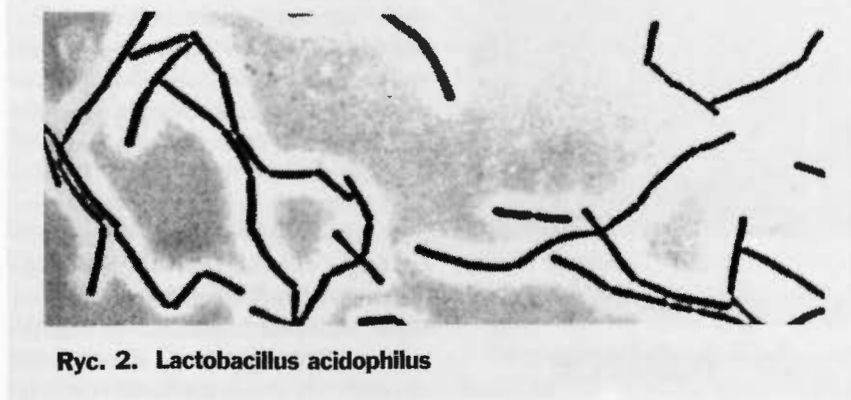
B. bifidum
B. longum
B. breve
B. infantis
B. lactis
B. adolescentis

Inne

Bacillus cereus
Escherichia coli
Saccharomyces cerevisiae
Saccharomyces boulardii
Enterococcus faecalis
Streptococcus thermophilus



Ryc. 1. *Lactobacillus bulgaricus*



Ryc. 2. *Lactobacillus acidophilus*

fekcje, antybiotykoterapia i stosowanie innych leków, mogą zmieniać skład mikroflory przewodu pokarmowego, powodując zaburzenia jego funkcjonowania. Dlatego wprowadzenie probiotyków do przewodu pokarmowego umożliwia przywrócenie równowagi mikrobiologicznej i niedopuszczenie do rozwoju choroby lub usunięcie jej przyczyny.

Mechanizm korzystnego oddziaływania probiotyków na organizm człowieka nie jest w pełni poznany. Wiadomo, że drobnoustroje te wywierają istotny wpływ na czynność przewodu pokarmowego:

- ▶ uczestniczą w procesie trawienia pokarmów, umożliwiając m. in. rozkład laktozy za pośrednictwem enzymu zwanego laktazą;

- ▶ zwiększają biodostępność związków odżywczych oraz wielu biopierwiastków (miedzi, wapnia, żelaza, cynku, manganu);

Tabela 2.

Preparaty farmaceutyczne zawierające probiotyki

LAKCID, LAKCID FORTE	→ <i>L. acidophilus</i> (ampułki)
LACIDOFIL	→ <i>L. acidophilus</i> , <i>L. rhamnosus</i> (kapsułki)
TRILAC	→ <i>L. acidophilus</i> , <i>L. bulgaricus</i> , <i>Bifidobacterium bifidum</i> (kapsułki)
LACTOBIF	→ <i>Bifidobacterium bifidum</i> (ampułki)
ENTEROL 250	→ <i>Saccharomyces boulardii</i> (kapsułki, saszetki)
LACTOVAGINAL	→ <i>L. acidophilus</i> (gałki)

▶ syntetyzują substancje odżywcze i niektóre witaminy (m. in. niacynę, tiaminę, ryboflawinę, aderminę, kwas pantotenowy);

▶ wykazują działanie antagonistyczne w stosunku do patogenów przez produkcję czynników przeciwdrobnoustrojowych – bakteriocyn, kwasów organicznych (mlekowego, octowego, propionowego) oraz nadtlenu wodoru;

▶ konkurują z drobnoustrojami chorobotwórczymi o receptory w obrębie

nabłonka śluzówki oraz dostępne substancje odżywcze i czynniki wzrostu;

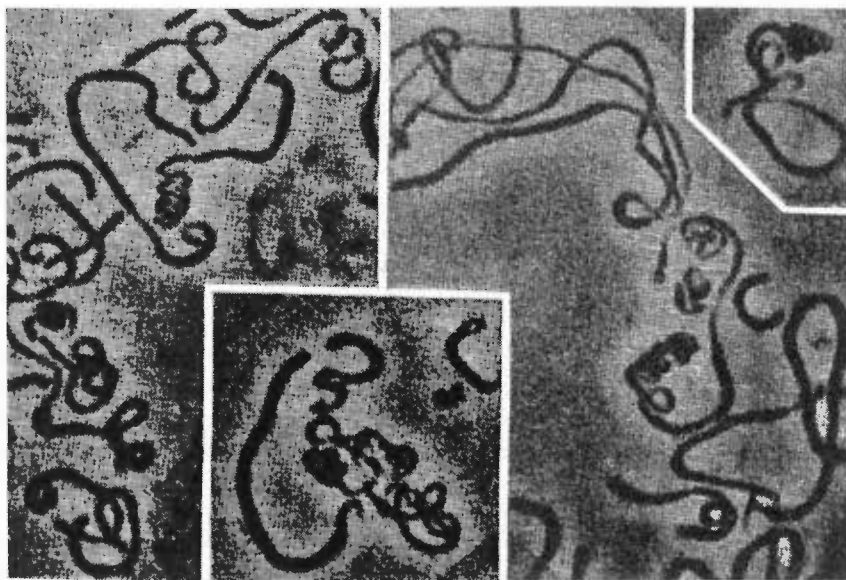
▶ stymulują układ immunologiczny związany z błonami śluzowymi przewodu pokarmowego, powodując wzrost aktywności makrofagów i limfocytów oraz adsorbując czynniki szkodliwych (w tym wirusów) na ścianach komórkowych;

▶ zwiększają produkcję interferonu, interleukin, immunoglobulin IgA i IgM [1, 2, 6].

Uzupełnianie flory bakteryjnej drobnoustrojami probiotycznymi następuje po konsumpcji takich produktów spożywczych jak: jogurt, acidofilne mleko i maślanka czy wprowadzonych ostatnio na nasz rynek soków owocowych z dodatkiem probiotyków. Te produkty, zawierające żywe kultury drobnoustrojów probiotycznych, określają się terminem „żywności funkcjonalnej”, czyli przynoszącej człowiekowi korzyści zdrowotne. Gdy nie jest to wystarczające stosuje się probiotyki, najczęściej pałeczki kwasu mlekowego, głównie *L. acidophilus* (Ryc. 2), w postaci preparatów farmaceutycznych, dostępnych w formie produktów liofilizowanych (proszek, kapsułki lub tabletki) (Tabela 2). Innym przykładem preparatu probiotycznego jest Lactovaginal (gałki), wykorzystywany do przywrócenia prawidłowej flory bakteryjnej pochwy, zwłaszcza w przypadku zakażeń o etiologii *Candida* spp. (Tabela 2).

Antybiotykoterapia a probioza

Skutecznym oraz niezbędnym sposobem walki z chorobami zakaźnymi jest i niewątpliwie będzie w najbliższej przyszłości wykorzystanie zjawiska antybiozy, czyli formy walki konkurencyjnej między poszczególnymi gatunkami i szczepami drobnoustrojów o przetrwanie, w której „broń” stanowią wtórne metabolity mikroorganizmów – substancje antybiotyczne. Antybiotyki definiowane są jako związki pochodzenia biologicznego, które w małych stężeniach mają właściwości zabijania lub hamowania wzrostu drobnoustrojów. O skuteczności antybiotykoterapii decyduje właściwy dobór antybiotyku w stosunku do mikroorganizmu odpowiedzialnego za wywołaną chorobę. Jednak nawet prawidłowo wybrany antybiotyk nie działa wybiórczo wyłącznie na patogen, którego chcemy się pozbyć. Dlatego też częstym następstwem długotrwałego stosowania antybiotyków, zwłaszcza tych o szerokim spektrum, jest naruszenie stanu równowagi, a czasem wręcz eliminacja mikroflory fizjologicznej, głównie jelitowej. Konsekwencją tego może być dysbakterioza, tj. nadmierne namnożenie (wobec bra-



„Dobre” bakterie zwalczają zakażenia powodowane przez „złe” bakterie

ku naturalnej konkurencji) niektórych bakterii naturalnej flory (np. *Clostridium difficile*) czy grzybów (np. *Candida* spp.) oraz nadkażenie patogennymi bakteriami (np. enteropatogennymi szczepami *Escherichia coli*, *Salmonella* spp. czy *Shigella* spp.). Ponadto, częściowe zniszczenie mikroflory lub całkowite wyjałowienie przewodu pokarmowego powoduje eliminację naturalnie występujących w nim drobnoustrojów – producentów witamin z grupy B i K. Aby oszczędzić pacjentowi powyższych skutków ubocznych antybiotykoterapii powinno się uzupełniać jego naturalną mikroflorę poprzez wprowadzenie do przewodu pokarmowego probiotyków.

Szczególnie groźnym powikłaniem poantybiotykowym, stanowiącym poważny problem kliniczny, jest rzekomobłoniaste zapalenie jelit związane z nadmiernym rozwojem *C. difficile*. W leczeniu ciężkich przypadków konieczne jest zastosowanie wankomycyny lub metronidazolu, a także odtworzenie równowagi ekosystemu jelit. Uzyskuje się to przez podanie pacjentom probiotyków takich jak: *Lactobacillus acidophilus*, *L. bulgaricus*, *Bifidobacterium longum* i *Enterococcus faecium*. Pomocny może być także inny drobnoustrój probiotyczny – drożdżak *Saccharomyces boulardii*. Na modelu zwierzęcym wykazano, że po wywołaniu klindamycyną zapalenia jelit spowodowanego przez *C. difficile* u zwierząt leczonych *S. boulardii* następuje znamienne zmniejszenie jednostek tworzących kolonie (CFU – colony forming units) *C. difficile* oraz ograniczenie produkcji przez tę bakterię toksyny B. Również w randomizowanych badaniach klinicznych kontrolowanych placebo potwierdzono skuteczność tego drożdżaka w zmniejszeniu częstości występowania zapalenia jelit powodowanego przez *C. difficile*, a także jego nawrotów oraz patogennych efektów toksyn A i B [2, 6].

Probiotyki w profilaktyce i terapii niektórych chorób

Probiotyki znalazły zastosowanie nie tylko w profilaktyce i leczeniu biegunek poantybiotykowych jako niezbędne uzupełnienie antybiotykoterapii, ale również w zapobieganiu oraz

leczeniu wielu innych zaburzeń czynności przewodu pokarmowego. Istnieją dowody, że włączenie preparatów bifidobakterii do kompleksowej terapii chorób układu pokarmowego o etiologii zakaźnej, alergicznej i mieszanej przebiegających z bakteryjną endotoksemią, powodowało obniżenie wskaźników endotoksемии, co korelowało z tendencją do normalizacji zaburzeń flory jelitowej. Z dużym powodzeniem można też stosować probiotyki w popromiennych zaburzeniach czynności jelit czy w leczeniu encefalopatii wątrobowej [2,6].

tykę jelit. Spostrzeżenie to wykorzystano w leczeniu, często występujących u osób starszych, zaburzeń wypróżniania (najczęściej w postaci uciążliwego zaparcia) przy pomocy farmaceutycznych preparatów bakterii kwasu mlekowego, jak również jogurtów zawierających *L. casei* GG lub *L. acidophilus*. Należy podkreślić, że środki te można podawać przez wiele miesięcy, a nawet lat, bez obawy wystąpienia działań niepożądanych.

U osób cierpiących na nietolerancję laktozy stosowanie mleka sfermentowanego lub preparatów zawierają-

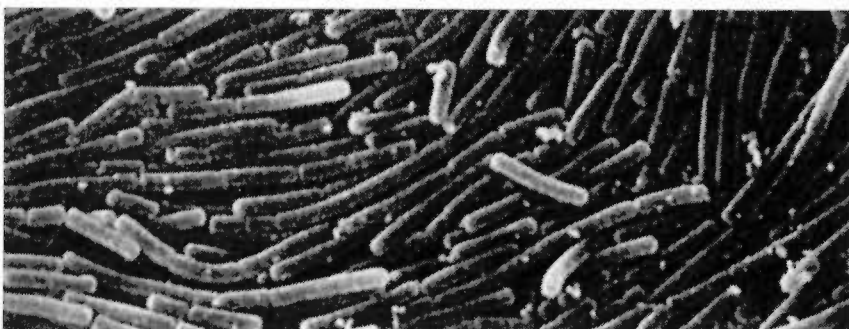
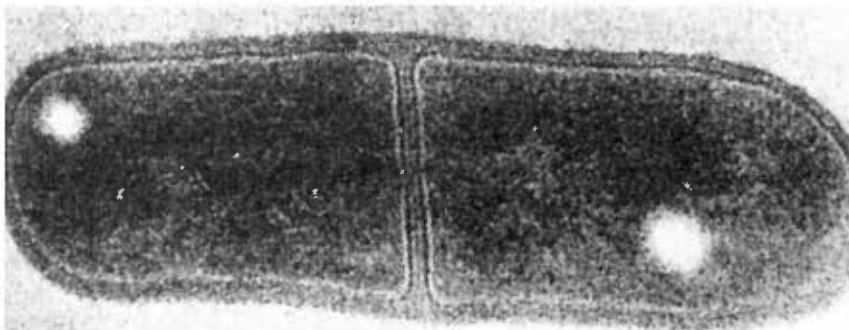
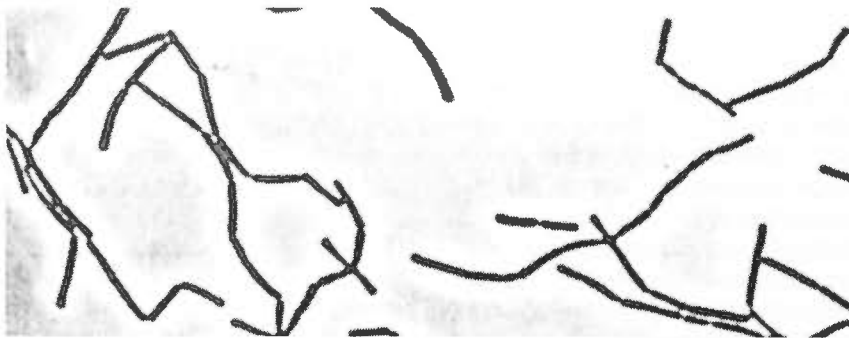
Prawidłowa mikroflora przewodu pokarmowego jest warunkiem zdrowia człowieka, ponieważ bakterie te są ważnym elementem odporności nieswoistej, odpowiadają za unieczynnianie związków mutagennych i rakotwórczych, biorą udział w wytwarzaniu wielu witamin, ograniczają wchłanianie cholesterolu oraz usprawniają trawienie pokarmu

Coraz częstszą przyczyną zakażeń zarówno dróg oddechowych jak i przewodu pokarmowego są wirusy, na które jak dotychczas nie ma skutecznych leków wirobójczych czy wirowstatycznych. Dlatego interesujące są wyniki badań wskazujące, że *Lactobacillus casei* szczep GG przyjmowany w postaci sfermentowanego mleka lub preparatu sproszkowanego jest skuteczny w leczeniu ostrych biegunek wirusowych (głównie rotawirusowych) u dzieci [5].

Od dawna wiadomo było, że spożywanie produktów sfermentowanych wywiera korzystny wpływ na perystal-

tycznych bakterie kwasu mlekowego powoduje zmniejszenie lub całkowite usunięcie dolegliwości „brzusznycy”, jak biegunki, bóle brzucha, wzdęcia i in., gdyż bakterie zawarte w tych preparatach wytwarzają w jelitach laktazę, która trawi cukier mleczny. Przyjmowanie probiotyków zalecane jest osobom podatnym na alergię, gdyż zmniejszają częstość ich występowania lub redukują objawy nie tylko nietolerancji laktozy, ale również np. kataru siennego [2].

Na uwagę zasługuje opisany w literaturze przypadek 68-letniej Japonki, u której preparat zawierający pa-



Bakterie kwasu mlekowego są szeroko rozpowszechnione w przyrodzie – znajdują się na powierzchni roślin zielonych, na śluzówkach ssaków, w wielu produktach spożywczych m. in. w mleku, kwaśnym mleku, kefirze, jogurcie, serach żółtych.

Łeczki *Lactobacillus* okazał się skuteczny w leczeniu ran odleżynowych zainfekowanych metycylinoopornym gronkowcem złocistym (MRSA). Ponadto, badania *in vitro* wskazują na specyficzną aktywność różnych probiotyków również wobec innych drobnoustrojów patogennych, m. in.: *Listeria monocytogenes*, *Salmonella typhimurium* czy *E. coli*. Pod koniec lat 90. ubiegłego wieku stwierdzono, że probiotyki wykazują *in vitro* aktywność przeciw *Helicobacter pylori*, zmniejszając w przewodzie pokarmowym liczbę tych pałeczek odpowiedzialnych za powstawanie wrzodów żołądka i dwunastnicy oraz raka żołądka. Drobnoustroje probiotyczne mogą również odgrywać istotną rolę w ograniczaniu rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenia wirusem HIV [1, 4].

Probiotyki znalazły też zastosowanie w profilaktyce chorób układu krążenia, ponieważ ograniczając wchłanianie cholesterolu z jelit działają hipocholesterolemicznie. Zaletą tych mikroorganizmów jest także to, że obniżają ryzyko rozwoju niektórych nowotworów. Hamują aktywność enzymów odpowiedzialnych za powstanie raka okrężnicy, takich jak: β -glukuronidaza, nitroreduktaza i hydrolaza kwasu glikocholowego. Badania przeprowadzone na zwierzętach dowiodły, że bakterie mlekowe mogą hamować wzrost komórek nowotworowych u osób cierpiących na białaczkę [2].

Transgeniczne bakterie – probiotyki przyszłości

Podjęmowane są próby otrzymywania drobnoustrojów probiotycznych o tak zmodyfikowanym aparacie genetycznym, aby mogły być stosowane w zwalczaniu określonych jednostek chorobowych. Belgijscy uczeni do DNA bakterii kwasu mlekowego z rodzaju *Lactococcus* wprowadzili ludzki gen odpowiedzialny za produkcję interleukiny-10, białka należącego do grupy cytokin. Tak genetycznie zmodyfikowane drobnoustroje mogą być wykorzystane w leczeniu przewlekłych stanów zapalnych jelit (np. choroba Crohna) oraz wrzodziejącego zapalenia okrężnicy. Ocenia się, że w Polsce na tego typu dolegliwości cierpi jed-

Niezbędnym sposobem walki z chorobami zakaźnymi jest i niewątpliwie będzie w najbliższej przyszłości wykorzystanie zjawiska antybiozy, czyli formy walki konkurencyjnej między poszczególnymi gatunkami i szczepami drobnoustrojów o przetrwanie, w której „broń” stanowią wtórne metabolity mikroorganizmów – substancje antybiotyczne.

na osoba na tysiąc. Inna próba zastosowania transgenicznych probiotyków dotyczy eliminacji z biocenozy jamy ustnej *Streptococcus mutans*, paciorkowców odpowiedzialnych za inicjację procesu próchnicy zębów. Po modyfikacji genetycznej uzyskano szczepy *Lactobacillus zeae* produkujące przeciwciała monoklonalne niszczące te paciorkowce. Aktualnie prowadzone są eksperymenty, które pozwolą na opracowanie procedur umożliwiających kolonizację jamy ustnej człowieka przez zmodyfikowane genetycznie *L. zeae*.

Opisano również możliwość zastosowanie transgenicznych probiotyków jako wektorów antygenów wirusowych. Skonstruowano szczepy *L. casei* i *Streptococcus gordonii*, zawierające geny kodujące antygeny wirusów papilloma. Na modelu zwierząt doświadczalnych wykazano zarówno miejscową jak i ogólną odpowiedź immunologiczną w odpowiedzi na antygeny wirusowe wprowadzone na błony śluzowe w postaci zrekombinowanych szczepów bakterii. Obserwacje mogą być wykorzystane w przyszłości przy opracowaniu odpowiednich szczepionek [1,4].

Probiotyki – „koń trojański”?

Rozpatrując korzyści stosowania określonego leku bacznie zwraca się uwagę na jego działania niepożądane. W przypadku preparatów zawierających „klasyczne” probiotyki – pałeczki kwasu mlekowego nie zaobserwowano skutków ubocznych. Nie należy jednak zapominać, że niektóre bakterie o potencjalnym działaniu probiotycznym, np. *Enterococcus* spp. posiadają geny warunkujące oporność na antybiotyki i chemioterapeutyki, zlokalizowane na plazmidach. Geny te mogą być w odpowiednich warunkach przekazywane

bakteriom chorobotwórczym. Tego rodzaju przenoszenie genów obserwowano w warunkach laboratoryjnych pomiędzy szczepami *E. faecalis* opornymi na wankomycynę i szczepami MRSA. Ponadto, geny oporności na wankomycynę mogą być również przekazywane pomiędzy szczepami *Enterococcus* spp. Wiadomo, że glikopeptydy – wankomycyna i teikoplanina pozostają lekami z wyboru w leczeniu zakażeń wywołanych przez MRSA oraz zakażeń szpitalnych o ciężkim przebiegu, których czynnikiem etiologicznym są enterokoki. Rozprzestrzenianie się oporności na glikopeptydy wśród MRSA i enterokoków może stanowić potencjalne zagrożenie dla zdrowia publicznego, dlatego takie szczepy *Enterococcus* spp. nie powinny być stosowane jako probiotyki [5].

Inny problem dotyczy możliwości udziału probiotyków w zakażeniach oportunistycznych u osób w stanie silnej immunosupresji z grup szczególnego ryzyka. W literaturze opisano ciężkie zakażenia uogólnione, jak sepsa czy zapalenie wsierdza wywołane przez *Lactobacillus* spp. u pacjentów o upośledzonej sprawności układu immunologicznego, obarczonych licznymi czynnikami ryzyka, jednak żaden z tych przypadków nie był związany ze stosowaniem tych bakterii jako probiotyków. Na podkreślenie zasługuje jednak udokumentowany fakt zakażenia uogólnionego innym drobnoustrojem probiotycznym – drożdżakiem *S. boulardii*.

Mimo niewątpliwych korzyści stosowania probiotyków w profilaktyce i leczeniu wielu chorób nie tylko przewodu pokarmowego, opisane wyżej obserwacje zmuszają do bardzo wnikliwej kontroli i standaryzacji szczepów bakterii probiotycznych oraz bardzo ostrożnego ich stosowania w przypadku osób z grup ryzyka.

Piśmiennictwo

1. Alvarez-Olmos M. I., Oberhelman R. A.: Probiotic agents and infectious diseases: A modern perspective on a traditional therapy. *Clinical Infectious Diseases* 32, 1567-1576, 2001.
2. Danysz A.: Probioza w zapobieganiu i leczeniu niektórych chorób przewodu pokarmowego. *Farmacja Polska* 53, 4, 153-160, 1997.
3. Reid G.: Safety of *Lactobacillus* strains as probiotic agents. *Clinical Infectious Diseases* 35, 349-350, 2002.
4. Sullivan A., Nord C. E.: Probiotics in human infections. *Journal Antimicrobial Chemotherapy* 50, 625-627, 2002.
5. Tenover F. C.: Development and spread of bacterial resistance to antimicrobial agents: an overview. *Clinical Infectious Diseases* 33 (Suppl. 3), S108-115, 2001.
6. Wysocka M.: Probiotyki – nowe, obiecujące zastosowania w terapii. *Nova Pediatría* 3, 19-24, 2001.

Apoptoza

Programowana śmierć komórki (cz. I)

Tegoroczna nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny sprawiła, że niektórzy z nas po raz pierwszy podjęli rozważania na temat śmierci w kategorii procesów niezbędnych do życia.

DR N. MED. AGATA FILIP
ZAKŁAD GENETYKI MEDYCZNEJ
AM W LUBLINIE

Rola apoptozy w fizjologii i patologii organizmu

W warunkach fizjologicznych, do programowanej śmierci komórek dochodzi w wielu tkankach zwierzęcych na różnych etapach ich rozwoju. W przeciwieństwie do śmierci przypadkowej (martwicy) jest to proces czynny, dzięki któremu organizm pozbywa się niepotrzebnych komórek.

Poprzez apoptozę umiera duża część komórek podczas embriogenezy. Zjawisko to zaobserwować można chociażby w trakcie różnicowania dróg płciowych (zanikanie przewodów Müllera u płodów męskich), czy kształtowania kończyn (obumieranie komórek mezenchymy z paletki ręki). W czasie neurogenezy

dochodzi do znacznej nadprodukcji neuronów, których wiele (40-80%) ginie śmiercią apoptotyczną w okresie embrionalnym i okołonarodzeniowym. Podobnie odbywa się regulacja liczby komórek glejowych i eliminacja niewłaściwych połączeń międzyneuronalnych.

Zjawisko śmierci programowanej odgrywa bardzo ważną rolę w rozwoju i prawidłowym funkcjonowaniu układu odpornościowego i hemopoetycznego. Tą drogą eliminowane są w grasicy autoreaktywne tymocyty, krótko żyjące limfocyty B nie zaktywowane przez antygen, poprzez apoptozę realizuje się cytotoksyczne działanie limfocytów T CD8+, dojrzewanie i selekcja komórek w szpiku kostnym.

Proces śmierci fizjologicznej obserwujemy również podczas wymiany komórek w tkankach proliferujących (np. złuszczenie nabłonka jelitowego) i w przebiegu atrofii tkanek hormono-zależnych (regresja gruczołu mlekowego po zakończeniu laktacji i obniżeniu poziomu prolaktyny).

Z problematyką śmierci programowanej i jej zaburzeń spotykamy się także w przypadku procesów nowotworowych, bowiem o ich powstaniu decydować może zachwianie równowagi pomiędzy proliferacją, różnicowaniem i umieraniem komórek.

Zaburzenia prawidłowego funkcjonowania procesów apoptozy stwierdzono w wielu nowotworach układu krwiotwórczego, nerek,

przewodu pokarmowego, układu nerwowego oraz w innych jednostkach chorobowych takich jak AIDS, czy choroba Alzheimera.

Komórki nowotworowe, podobnie jak wiele typów komórek prawidłowych, ulegają apoptozie zarówno spontanicznej jak i indukowanej wieloma czynnikami stosowanymi w terapii przeciwnowotworowej. Bardzo często jednakże patologicznie zmniejszona wrażliwość komórek na apoptozę, lub zwiększona ku niej skłonność, mogą uczestniczyć w progresji choroby czy nowotworu i wiązać się z mniejszą podatnością na radio- i chemioterapie.

Morfologiczne i molekularne znaczniki apoptozy

Aktywny proces programowanej śmierci komórki różni się znacznie od zjawiska martwicy, mimo iż czynniki (fizyczne, biologiczne i chemiczne), kierujące komórkę na jedną lub drugą drogę mogą być podobne, a nawet identyczne.

Zjawisko śmierci programowanej odgrywa bardzo ważną rolę w rozwoju i prawidłowym funkcjonowaniu układu odpornościowego i hemopoetycznego.

Do śmierci przez **nekrozę** dochodzi w wyniku utraty równowagi osmotycznej przez komórkę w wyniku uszkodzenia ciągłości błony komórkowej lub bezpośredniego wpływu na pompę jonową. Na skutek biernego transportu jonów do wnętrza komórki (głównie jonów wapnia) następuje zwiększony pobór wody, co powoduje „pęcznienie” komórki, a wzrost jej objętości widoczny jest w obrazie mikroskopowym. Zmienia się również struktu-

ra mitochondriów. Dochodzi do ich obrzęku i uszkodzenia zewnętrznej i wewnętrznej błony mitochondrialnej. Wiąże się z tym utrata funkcji mitochondriów i spadek poziomu ATP w komórce. Równolegle następuje

Kontrolowana eliminacja komórek

Termin **APOPTOZA** wywodzi się z greki (*apo ptosis*) i oznacza opadanie płatków kwiatu lub liści drzew. Po raz pierwszy pojawił się w fachowej literaturze biomedycznej w 1972 roku. Zaproponowali go Kerr, Wyllie i Currie dla określenia kontrolowanej eliminacji komórek w organizmach wyższych, zjawiska przeciwstawnego procesowi proliferacji, lecz równie ważnego dla zachowania homeostazy. Synonimami tego biologicznego fenomenu stały się wkrótce pojęcia: **śmierć fizjologiczna** – dla zaakcentowania różnic między apoptozą i martwicą, oraz **programowana śmierć komórki**, PCD (programmed cell death), obserwowana w przebiegu rozwoju tkankowców. Niektórzy autorzy podkreślają, że pojęcie **śmierć programowana** jest węższe niż **apoptoza**. Proces apoptozy może być bowiem również wynikiem działania na komórkę różnych czynników egzogennych, np. środków chemioterapeutycznych. W obydwu przypadkach jednak ten rodzaj śmierci charakteryzują określone zjawiska biochemiczne i morfologiczne, determinowane ekspresją odpowiednich genów.

klaczkowacenie (flokulacja) chromatydy jądrowej i zahamowanie syntezy białka. Dalsze etapy nekrozy są już nieodwracalne, rozpoczyna się bowiem kaskada zdarzeń spowodowanych wzrostem poziomu cytozolowego wapnia, czyli: uszkodzenie cytosz-

kieletu, aktywacja fosfolipaz, spadek pH i przejście na glikolizę beztlenową. Komórka umiera, a jej zawartość wylewa się do przestrzeni pozakomórkowej, indukując powstanie odczy-

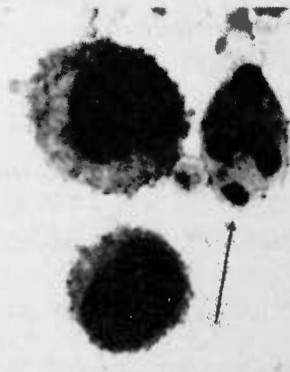
ty wody, chromatyna jądrowa ulega zagęszczeniu i staje się silnie zasadochłonna. Może też utworzyć tzw. marginalny półksiężyc, pozostając w ścisłym kontakcie z błoną jądrową. Za-

LITERATURA

- Allen P. D., Bustin S. A., Newland A. C. The role of apoptosis (programmed cell death) in haemopoiesis and the immune system. *Blood Rev* 1993; 7: 63-67.
- Ambrosini G, Adida C, Altieri DC. A novel anti-apoptosis gene, survivin, expressed in cancer and lymphoma. *Nature Medicine* 1997; 3 (8), 917-921
- Antosson B., Conti F, Ciavatta AM., Montessuit S., Lewis S., Martinou I., Bernasconi L., Bernard A., Mermod J.-J., Mazzei G., Maundrell K., Gambale F, Sadoul R., Martinou J.-C. Inhibition of Bax channel-forming activity by Bcl-2. *Science* 1997; 277: 370-372.
- Athanassiadou P, Dosios T, Petrakakou E, et al. P53 and bcl-2 protein expression in non-small-cell lung carcinoma. *Diagn Cytopathol* 1998, 19 (4), 255-59
- Bellosillo B., Dalmau M., Colomer D., Gil J. Involvement of Ced-3/ICE proteases in the apoptosis of B-chronic lymphocytic leukemia cells. *Blood* 1997; 89 (9): 3378-3384.
- Bunn PA, Soriano A, Johnson G, Heasley L. New therapeutic strategies for lung cancer. *Chest* 2000, 117 (4) Suppl, S163-68
- Clarke A. R., Purdie C. A., Harrison D. J., Morris R. G., Bird C. C., Hooper M. L., Wyllie A. H. Thymocyte apoptosis induced by p53 dependent and independent pathways. *Nature* 1993; 362: 849-852.
- Cuende E., Alés-Martinez J. E., Ding L., Gónzales-García M., Martínez-A. C., Nuñez G. Programmed cell death by Bcl-2 dependent and independent mechanism in B lymphoma cells. *EMBO J* 1993; 12 (4): 1555-1600.
- Dworakowska D, Gozdz S, Jassem E, et al. Prognostic relevance of proliferating cell nuclear antigen and p53 expression in non-small lung cancer. *Lung Cancer* 2002, 35 (1), 35-41
- Fernandes-Alnemri T, Litwack G., Alnemri E. S. Mch2, a new member of the apoptotic Ced-3/ICE cysteine protease gene family. *Canc Res* 1995; 55 (13): 2737-2742.



A. Zagęszczenie chromatyny jądrowej komórki apoptotycznej (tzw. marginalny półksiężyc)



B. Ciałka apoptotyczne (barwienie May-Grunwald Giemsa)



C. Rozdział elektroforetyczny DNA komórek apoptotycznych (po prawej marker wielkości)

Komórka apoptotyczna zmniejsza znacznie swą objętość, prawdopodobnie na skutek utraty wody, chromatyna jądrowa ulega zagęszczeniu i staje się silnie zasadochłonna. Może też utworzyć tzw. marginalny półksiężyc, pozostając w ścisłym kontakcie z błoną jądrową

nu zapalnego. W rozdziale elektroforetycznym DNA komórek nekrotycznych tworzy smiry (ang. smears).

Należy podkreślić, że podczas całego tego procesu struktura jądra pozostaje nieuszkodzona, nie obserwuje się jednak syntezy *de novo* mRNA i białek, co może sugerować, iż mechanizm nekrozy postępuje biernie, bez specyficznej regulacji genetycznej.

W przeciwieństwie do martwicy, w procesie apoptozy zmiany morfologiczne i molekularne dotyczą głównie jądra komórkowego, aczkolwiek pierwszym jej znacznikiem, widocznym na poziomie mikroskopu elektronowego, jest pofałdowanie błony komórkowej z utworzeniem na jej powierzchni wielu drobnych uwypukleń (ang. blebbing, łac. zeiosis). Wtedy również dochodzi do przemieszczenia fosfatydyloseryny do zewnętrznej warstwy błony komórkowej, gdzie może być ona specyficznie rozpoznawana przez makrofagi. Zjawisko to wykorzystywane jest do diagnostyki wczesnych etapów apoptozy.

Komórka apoptotyczna zmniejsza znacznie swą objętość, prawdopodobnie na skutek utra-

gęszcza się również cytoplazma z zawartymi w niej organellami.

W przebiegu śmierci apoptotycznej obserwuje się – podobnie jak w nekrozie – obrzęk mitochondriów i spadek ich potencjału błonowego ($\Delta\Psi$), ale „fizyczne” uszkodzenie dotyczy pierwotnie tylko zewnętrznej błony mitochondrialnej, nie zaburzając istotnie funkcji tych organelli. Pozwala to komórce dłużej utrzymać normalny poziom ATP, zapewniając jej energię konieczną do realizacji kolejnych faz PCD (cytozolowy ATP i dATP są między innymi kofaktorami aktywacji proteaz cysteinowych – kaspaz, będących enzymami „wykonawczymi” apoptozy). Z przestrzeni międzybłonowej mitochondriów do cytoplazmy uwalniane są białka apoptogenne: cytochrom c, czynnik indukcji apoptozy (AIF, Apoptosis Inducing Factor) oraz prokaspazy 2, 3 i 9.

Dalszym etapem śmierci programowanej jest reorganizacja cytoskieletu i utrata struktur mikrotubularnych, po czym następuje dezintegracja jądra komórkowego.

Komórka taka rozpada się na otoczone błoną komórkową ciała apoptotyczne, zawiera-

11. Green D. R, Reed J. C. Mitochondria and apoptosis. *Science* 1998; 281, 1309-12

12. Hengartner M. O. The biochemistry of apoptosis. *Nature* 2000; 407: 770-776.

13. Hoey T. A new player in cell death. *Science* 1997; 278: 1578-1579.

14. Kerr J. F., Wyllie A. H., Currie A. R. Apoptosis: a basic biological phenomenon with wide-ranging implications in tissue kinetics. *Br J Cancer* 1972; 26: 239-257.

15. Kuttler F, Valnet-Rabier MB, Angonin R, et al. Relationship between expression of genes involved in cell cycle control and apoptosis in diffuse large B cell lymphoma: a preferential survivin-cyclin B link. *Leukemia* 2002, 16 (4), 726-35

16. Laytragoon-Lewin N, Rossmann ED, Castro J, Mellstedt H. Significance of phosphotyrosine proteins, Bcl-2 and p53 for apoptosis in resting B-chronic lymphocytic leukemia (CLL) cells. *Int J Cancer* 2002, 97 (3), 344-48

17. Müller C., Salles B. Regulation of DNA-dependent kinase activity in leukemic cells. *Oncogene* 1997; 15 (19): 2343-2348.

18. Nicholson D. W. From bench to clinic with apoptosis-based therapeutic agents. *Nature* 2000; 407: 810-816.

19. Roliński J. Apoptoza w układzie odpornościowym – rola Fas, bcl-2 i interleukiny 2. *Post Biol Kom* 1997; 24 (4): 561-574.

20. Sikora E. Cykl komórkowy i apoptoza: śmierć starej komórki. *Post Bioch* 1996; 42 (2): 108-112.

21. Tamm I, Kornblau SM, Segall H, et al. Expression and prognostic significance of IAP-family genes in human cancers and myeloid leukemias. *Clin Canc Res* 2000, 6 (5), 1796-803.

22. White E. Death-defying acts: a meeting review on apoptosis. *Gen & Develop* 1993; 7: 2277-2284

jące w różnych proporcjach rybosomy, nieuszkodzone organelle i materiał jądrowy. Ciałka te usuwane są z powierzchni nabłonkowych, wewnątrztkankowo fagocytowane przez makrofagi lub – jak w przypadku np. guzów litych – przez otaczające komórki, przy całkowitym braku odczynu zapalnego.

Charakterystyczny dla komórek apoptotycznych jest wzrost aktywności transglutaminaz tkankowych, katalizujących tworzenie wiązań międzylizynowych, stabilizujących białka podczas tworzenia ciałek apoptotycznych. Znaczącą jest również aktywacja endonukleaz (NUC-18, DNazy I i DNazy II, CAD – DNazy aktywowanej przez kaspazy), odpowiedzialnych za internukleosomalną fragmentację jądrowego DNA do fragmentów o wielkości ok. 180-200bp, widocznych po rozdziale elektroforetycznym na żelu agarozowym w postaci charakterystycznej drabinki (DNA ladder).

Czynniki wpływające na proces apoptozy

W organizmie istnieje cały szereg czynników mających wpływ na proces śmierci fizjologicznej komórek eliminowanych w okresie embriogenezy, morfogenezy, adaptacji tkanek do zmian hormonalnych, czy wreszcie podczas likwidacji komórek nieprawidłowych – nowotworowych lub takich, których informacja genetyczna uległa uszkodzeniu (np. w wyniku napromienienia).

Jako fizjologiczne inhibitory apoptozy działają natomiast czynniki wzrostu: interleukiny – zwłaszcza IL-4, czynnik stymulujący powstawanie kolonii CSF (Colony Stimulating Factor), czynnik wzrostu nerwu NGF (Nerve Growth Factor), antyoksydanty (peroksydaza glutationowa) oraz niektóre hormony (estrogeny, androgeny), aminokwasy obojętne i jony cynku.

Poznano poza tym cały szereg innych czynników wpływających na proces apoptozy. Niektóre z nich powodują również martwicę komórki, decydują – poza specyficznością samego czynnika – takie uwarunkowania, jak: czas ekspozycji, dawka, rodzaj komórki lub tkanki, faza cyklu komórkowego. Bardzo ogólnie te „patologiczne” (egzogenne) czynniki inicjujące lub hamujące apoptozę można podzielić na trzy grupy: fizyczne, chemiczne i biologiczne.

Spośród czynników fizycznych indukujących apoptozę wymienić można: promieniowanie UV, X oraz γ oraz krótkotrwały szok termiczny: hipo- lub hipertermię.

Czynniki chemiczne o podobnym działaniu są inhibitory kinazy białkowej C (polimiksyna) i cała gama leków cytostatycznych, a wśród nich inhibitory syntezy białka (aminopteryna, cykloheximid), inhibitory topoizomerazy I (kamptotecyna), topoizomerazy II (teniposid, mitoksantron) oraz inhibitory replikacji DNA (hydroksymocznik).

Z problematyką śmierci programowanej i jej zaburzeń spotykamy się także w przypadku procesów nowotworowych, bowiem o ich powstaniu decydować może zachwianie równowagi pomiędzy proliferacją, różnicowaniem i umieraniem komórek

Do endogennych (fizjologicznych) czynników aktywujących apoptozę należą: czynnik martwicy nowotworu TNF (Tumor Necrosis Factor) i molekuly TNF-podobne, transformujący czynnik wzrostu β (TGF β , Transforming Growth Factor β), interferon γ (IFN γ), ligand receptora błonowego APO-1/Fas (FasL), neuroprzebieżniki (np. dopamina), ceramid, jony wapnia, glikokortykoidy, wolne rodniki tlenowe, brak czynników wzrostu i utrata kontaktu komórki z substancją międzykomórkową.

Przykładem czynników biologicznych, promujących śmierć programowaną, jest produkt genu E1A adenowirusa, inne białka wirusowe (np. białka Tat i gp120 wirusa HIV-1), superantygeny bakteryjne (SEB, Staphylococcal enterotoxin B) i przeciwciała przeciwko niektórym antygenom powierzchni limfocytów (anty-CD3, anty-CD95).

(C. D. N.).

Markery nowotworowe

Ze względu na fakt, że nowotwory złośliwe stanowią drugą po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów w większości rozwiniętych krajów świata, a wyleczalność w chorobie nowotworowej zależy od wczesnego rozpoznania, wysiłki wielu dziedzin medycyny skupione są na wczesnej diagnostyce.

**LEK. MED. ANDRZEJ NOWAKOWSKI
TOMASZ DAROCHA**

STUDENT IV ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
CZŁONKOWIE STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO
PRZY KATEDRZE I ZAKŁADZIE BIOCHEMII
I BIOLOGII MOLEKULARNEJ AM W LUBLINIE

Metody obrazowe (RTG, USG, CT, MRI) umożliwiają wykrycie guza o średnicy ok. 1 cm i masie 1 g zawierającego już ok. 1 mld komórek nowotworowych. Wiadomo, że onkogeneza rozpoczyna się od jednej bądź kilku nieprawidłowych komórek, a czas podwojenia ich liczby w niektórych przypadkach wynosi kilkadziesiąt dni więc guz aby osiągnąć masę 1g. musi rozwijać się kilka lat. Możliwość wykrywania guza w pierwszej fazie jego rozwoju metodami obrazowymi jest raczej mała.

Bardzo pomocny dla wczesnego wykrywania nowotworów jest dział diagnostyki laboratoryjnej zajmujący się markerami nowotworowymi. Nazywa się nimi substancje wytwarzane przez komórki nowotworowe lub też przez prawidłowe komórki organizmu w odpowiedzi na rozwijający się nowotwór i ewentualnie wydalone do układu krążenia. W praktyce klinicznej zastosowanie znalazły wykrywanie i pomiar stężenia szeregu różnych substancji ale nadal trwają poszukiwania tzw. „markera idealnego” o następujących cechach:

- 100% czułości diagnostycznej czyli zdolności do wykrywania nowotworu u wszystkich pacjentów z nowotworem,
- 100% swoistości diagnostycznej czyli zdolności do eliminacji z grupy podejrzanej wszystkich pacjentów bez nowotworu,
- stężenie markera rosnące w postę-

pie arytmetycznym wraz ze wzrostem nowotworu i obniżające się wraz ze spadkiem jego masy podczas leczenia,

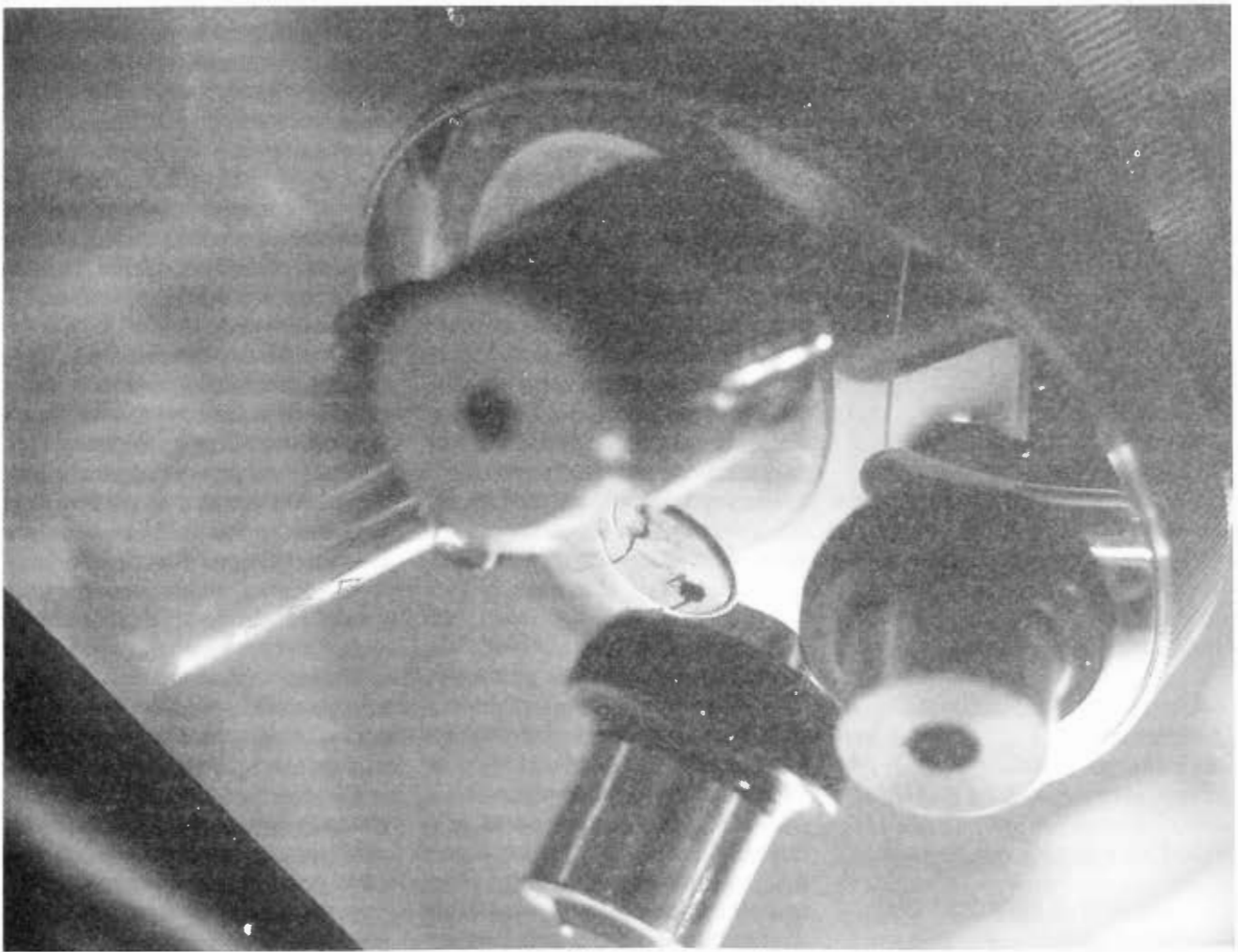
- 100% specyficzności wobec danego typu histologicznego guza (dla markerów specyficznych) lub występowanie jednego markera charakterystycznego dla wszystkich chorób rozrostowych,

- występowanie w łatwo dostępnym materiale biologicznym np. surowicy krwi,

- precyzyjność metody jego oznaczenia i niska cena testu.

Do tej pory nie udało się takiego markera znaleźć, co więcej, nie ma przesłanek, że taki w ogóle istnieje.

Za odkrywcę pierwszego wskaźnika nowotworowego należy uznać H. Bence-Jones'a, który w 1846 roku zaobserwował, że mocz pacjentów chorych na „mollitis osseum” (mięknienie kości) ulega znacznej precypitacji pod wpływem zakwaszenia. Dziś wiadomo, że białko Bence-Jones'a powodujące precypitację moczu pacjentów chorych na szpiczaka mnogiego to łańcuchy lekkie immunoglobulin produkowane nadmiernie przez klon (lub klony) nieprawidłowych plazmacytów



i przechodzące przez barierę filtracyjną kłębuszków nerkowych. Istnieje szereg podziałów markerów nowotworowych. Według jednego z nich wyróżnia się markery komórkowe, występujące wewnątrz komórek bądź na powierzchni błon komórkowych, oraz markery krążące w płynach ustrojowych.

I. Markery komórkowe są trwale związane ze strukturami komórkowymi, a ich wykrycie i ocena mogą być pomocne dla określenia typu nowotworu, rokowania lub dla podjęcia decyzji o rodzaju terapii. Wykrywane są metodami immunohistochemicznymi, metodami cytogenetycznymi np. FISH – fluorescencyjna hybrydyzacja *in situ*, metodami biologii molekularnej takimi jak PCR, RT-PCR, metodami elektroforetycznymi, blottingu.

Do tej grupy należą:

■ Receptory dla hormonów np. receptory estrogenowe oznaczane na komórkach raka piersi przy planowaniu chemioterapii.

■ PCNA (proliferating cell nuclear antigen) – jądrowy antygen komórek proliferujących, obecny w intensywnie rozmnażających się frakcjach komórek guza, stosowany jako czynnik prognostyczny,

■ Ki 67 – białko strukturalne macierzy jądrowej, marker proliferacyjny,

■ Nestyna – typ IV białek filamentów pośrednich, białko strukturalne obecne w komórkach w rozwoju płodowym, którego reekspresję stwierdza się w przypadku niektórych guzów OUN.

■ Mutacje chromosomowe, np. chromosom Philadelphia występujący w komórkach CML.

■ Onkogeny, geny supresorowe, mu-

tacje genowe obecne w komórkach wielu typów nowotworów.

II. Markery krążące w płynach ustrojowych stanowią pod względem biochemicznym różnorodne substancje. Są to głównie wielkocząsteczkowe glikoproteiny, glikolipidy, lipoproteiny także aminy katecholowe, ich metabolity oraz inne substancje drobnocząsteczkowe. Ich stężenia w płynach ustrojowych oznaczane są różnymi metodami diagnostycznymi, m. in.: biochemicznymi, radioimmunologicznymi, radioimmunometrycznymi, enzymatycznymi.

1. Niektóre spośród tych substancji są produkowane przez organizm w warunkach fizjologicznych oraz w przebiegu chorób nienowotworowych, a wzrost ich stężenia lub ak-



**Do chwili obecnej
żaden z markerów
nie znalazł
zastosowania jako
samodzielny
wskaźnik
w przesiewowych
badaniach
populacji na
obecność
nowotworów,
głównie z powodu
niepełnej czułości
i swoistości
diagnostycznej.**

tywności obserwowany jest w różnych typach nowotworów.

Do tej grupy należą:

A. Hormony:

– STH, którego stężenie rośnie u pacjentów z gruczolakiem przedniego płata przysadki,

– ACTH produkowany w zespole/chorobie Cushinga oraz przez komórki raka oskrzela,

– ADH produkowany ektopowo przez raka drobnokomórkowego oskrzela,

– kalcytonina wydzielana w nadmiarze przez komórki raka rdzenia-stego tarczycy,

– erytropoetyna produkowana nadmiernie przez raka nerki,

– aminy katecholowe i ich metabolity, których wysokie poziomy notuje się w przypadku guza chromochłonnego nadnerczy

– insulina wydzielana przez raka drobnokomórkowego oskrzela.

Produkcja hormonów przez guzy nie podlega kontroli w mechanizmie sprzężenia zwrotnego co powoduje kliniczne objawy nadczynności gruczołu produkującego dany hormon w warunkach fizjologicznych. Objawy nadczynności hormonalnej często występują jako pierwsze symptomy choroby nowotworowej i mogą prowadzić do pomyłek diagnostycznych w początkowych etapach leczenia sugerując choroby układu dokrewnego.

B. Enzymy:

– PAP, izoenzym sterczowy fosfatazy kwaśnej, którego aktywność w surowicy rośnie w raku prostaty,

– fosfataza alkaliczna nadmiernie produkowana przez guzy kości,

– β -glukuronidaza, której wzrost stężenia występuje w raku trzustki, szyjki macicy, sutka, pęcherza moczowego, przewodu pokarmowego,

– γ -glutamylotranspeptydaza charakterystyczna dla nowotworów wątroby i przewodu pokarmowego,

– NSE, neuroswoista enolaza jako marker guzów OUN, guzów układu APUD oraz drobnokomórkowego raka oskrzeli.

C. Produkty zewnątrzkomórkowe wydzielania stymulowane bądź wydzielane przez nowotwór:

– ferrytyna, której wysokie stężenia notowane są u pacjentów z rakiem pła-

skonabłonkowym głowy i szyi, rakiem nerki, glejakami OUN,

– α -2makroglobulina, białka ostrej fazy, kwasy sialowe, wapń, pierwiastki śladowe, których podwyższone poziomy stwierdza się w różnych typach nowotworów (markery nieswoiste).

2. Substancje pojawiające się jedynie w pewnych stanach lub stadiach rozwoju organizmu, których reekspresję stwierdza się w chorobie nowotworowej:

A. Antygeny płodowe:

– CEA, antygen karcynoembrionalny – glikoproteina produkowana w życiu płodowym w znacznych ilościach przez komórki przewodu pokarmowego i trzustki. Po urodzeniu produkcja ulega zahamowaniu i tylko w małych ilościach glikoproteina ta wytwarzana jest przez dojrzałe komórki jelit, trzustki i wątroby. Jej znaczne ilości stwierdza się u chorych na raka jelita grubego, żołądka, trzustki, sutka, gruczolakoraki płuc. Miernie podwyższone stężenia obserwuje się w ciąży, zapaleniach i marskości wątroby, zapaleniach płuc i jelit.

– AFP, α -fetoproteina – glikoproteina wytwarzana w znacznych ilościach w komórkach pęcherzyka żółtkowego i przewodu pokarmowego płodu, uwalniana do krwiobiegu matki. Dokładna funkcja fizjologiczna AFP nie jest poznana. Uważa się, iż jest odpowiedzialna za transport kwasów tłuszczowych i ochronę płodu przed estrogenami matki. Produkowana i wydzielana do krążenia w znacznych ilościach przez komórki pierwotnego raka wątroby, nowotwory zarodkowe gonad, przerzuty do wątroby. Znajduje zastosowanie jako test przesiewowy w diagnostyce pierwotnego raka wątroby. Swoistość diagnostyczna tego testu nie jest jednak pełna. Podwyższone wartości obserwowane są u kobiet w ciąży, w marskości i zapaleniach wątroby oraz żółtaczkach.

B. Substancje wytwarzane przez łożysko:

– HCG, gonadotropina kosmówkowa – glikoproteina wytwarzana w komórkach syncytiotrofoblastu łożyska, zbudowana z podjednostek α i β . Podjednostki α są niemal identyczne dla HCG, TSH, LH i FSH, przeciwciała

przeciwko podjednostce β umożliwiającą oznaczanie HCG. Jej stężenie we krwi rośnie znacznie w przypadku nowotworów zarodkowych jądra i jajnika. Oznaczanie gonadotropiny kosmówkowej jest bardzo przydatne w diagnostyce i kontroli leczenia kosmówczaków. β HCG jest także wykorzystywana w rozpoznawaniu ciąży.

– izoenzym łożyskowy fosfatazy kwasnej jest niespecyficznym markerem nowotworów o różnej lokalizacji.

3. Składniki komórek nowotworowych uwalniane do krążenia w wyniku odszczepiania z powierzchni błon komórkowych (shedding) lub rozpadu komórki:

A. Glikoproteiny błon komórek nowotworowych wykrywane dzięki zastosowaniu przeciwciał monoklonalnych wytwarzanych *in vitro*:

– Ca 19-9, antygen towarzyszący nowotworom przewodu pokarmowego – glikolipid, hapten grupy krwi Lewisa. Wytwarzany w nabłonku przewodu pokarmowego płodu, w niewielkich ilościach przez dojrzałe komórki gruczołów ślinowych, oskrzeli, trzustki, dróg żółciowych. Wykrywany u chorych na raka trzustki, żołądka, jelita grubego, wątroby, dróg żółciowych. Miernie podwyższone wartości w surowicy notuje się także w zapalnych chorobach wątroby, trzustki, dróg żółciowych i cholestazie.

– Ca 15-3, antygen raka sutka – mucynopodobna glikoproteina produkowana przez komórki gruczołowe sutka w warunkach fizjologii. W znacznych ilościach produkowana przez komórki raka sutka, a także w komórkach niektórych nowotworów o innej lokalizacji narządowej. Stężenia podwyższone notowano w ciąży oraz w łagodnych nowotworach piersi.

– Ca 125, antygen raka jajnika – glikoproteina fizjologicznie wytwarzana w komórkach wyściełających jamy płodu, komórkach dróg oddechowych płodu i dojrzałych. Jest uważana za swoisty wskaźnik raka jajnika chociaż podwyższone stężenia rejestrowano w przypadku innych nowotworów, a także w ciąży, podczas menstruacji, w niezłośliwych chorobach układu rodowego, endometriozie, marskości wątroby i zapaleniu trzustki.

– Ca 72-4, mucynopodobny antygen towarzyszący nowotworom – glikoproteina wytwarzana i uwalniana do krążenia przez komórki nowotworów żołądka, raka jajnika z komórek wytwarzających śluz, niedrobnokomórkowego raka oskrzeli.

B. Białka cytoplazmatyczne biologicznie czynne:

– SCC, antygen raka płaskonabłonkowego – glikoproteina, inhibitor proteaz serynowych i cysteinowych, produkowany w dojrzałych komórkach nabłonka płaskiego oraz w znacznych ilościach przez komórki płaskonabłonkowych nowotworów płuc, szyjki macicy, głowy i szyi. Stężenia podwyższone obserwowano w chorobach nerek (zmniejszone wydalanie), w zapaleniach płuc i uszkodzeniu wątroby.

– PSA, specyficzny antygen sterczowy – glikoproteina, inhibitor proteaz serynowych wytwarzany w komórkach nabłonkowych kanalików prostaty. Produkowany w dużych ilościach przez komórki raka stercza oraz w łagodnym przerście gruczołu krokowego. We krwi znajdują się dwie frakcje PSA: wolna stanowiąca ok. 10% oraz związana z α -1 antychymotrypsyną, która stanowi ok. 90%. Stwierdza się różnice w proporcjach obu form w przypadku raka stercza i przerostu łagodnego. Wzrost PSA w surowicy jest także notowany w stanach zapalnych prostaty.

C. Strukturalne białka cytoplazmatyczne uwalniane do krwi podczas rozpadu komórek nowotworowych:

– TPA, tkankowy antygen polipeptydowy – fragment cytokeratyn 8, 18, 19. Marker nowotworów o różnej lokalizacji, obserwowano korelację pomiędzy zaawansowaniem guzów, a stężeniami TPA w surowicy.

– CYFRA 21-1, rozpuszczalny w osoczu fragment cytokeratyny 19, należącej do białek kwaśnych filamentu pośredniego. Rozpowszechniona w wielu komórkach ustroju, szczególnie w komórkach nabłonka płaskiego płuc. Produkowana w znacznych ilościach przez płaskonabłonkowe raki pęcherza moczowego.

D. Białka charakterystyczne dla komórek intensywnie dzielących się:

– TPS, swoisty antygen tkankowy – cytokeratyna 18, syntetyzowana przez intensywnie dzielące się komórki wie-

lu typów nowotworów m. in. sutka, płuc, układu moczowo-płciowego. Jego stężenie we krwi odzwierciedla natężenie podziałów komórkowych.

Oprócz powyższych, wykryto wiele innych antygenów produkowanych przez komórki nowotworowe, które jednak nie znalazły powszechnego zastosowania klinicznego jako markery. Należą do nich m. in.: Ca 549, Ca 50 (guzy przewodu pokarmowego), Ca M 26, Ca M 29 (guzy piersi), Ca 54/61, Ca 602, Ca 3632 (nowotwory jajnika), Ca 130 (nowotwory jajnika i płuc), Ca 170 (adenocarcinoma).

Do chwili obecnej żaden z markerów nie znalazł zastosowania jako samodzielny wskaźnik w przesiewowych badaniach populacji na obecność nowotworów, głównie z powodu niepełnej czułości i swoistości diagnostycznej. Niektóre markery weszły jednak wraz z innymi procedurami diagnostycznymi do standardów postępowania klinicznego w wykrywaniu nowotworów. Tak jest w przypadku PSA, który jest rutynowo oznaczany u pacjentów podejrzanych o raka stercza wraz z badaniem *per rectum* i USG. Co więcej, uważa się, że badanie to powinno być wykonywane corocznie u mężczyzn po 50 roku życia.

Markery nowotworowe są przydatne nie tylko w wykrywaniu chorób nowotworowych, ale także w ocenie zaawansowania, monitorowania leczenia oraz rokowania. Stężenie wielu wskaźników rośnie wraz ze wzrostem zaawansowania guza, a wartości bardzo wysokie mogą wskazywać na istnienie przerzutów. U pacjentów z podwyższonym stężeniem markera przed zabiegiem operacyjnym, jego spadek i utrzymywanie się w granicach wartości prawidłowych przez długi okres czasu po zabiegu wskazuje na radykalność leczenia chirurgicznego. Poważny spadek po operacji, jego brak lub wzrost stężenia markera sugeruje pozostawienie pewnej liczby komórek nowotworowych i/lub istnienie odległych przerzutów. W onkologii klinicznej opracowane zostały standardy zaleceń co do częstości wykonywania badań markerów u pacjentów po operacjach.

Piśmiennictwo u autorów.

Epidemiologia żywności i żywienia (cz. I)

Na kuli ziemskiej żyje aktualnie ponad sześć miliardów ludności i pięć razy więcej osobników innych gatunków. Zarówno ludzie, zwierzęta, jak i inne gatunki, żyją dzięki zachodzącej w ich organizmach przemianie materii, połączonej ściśle z wytwarzaniem energii oraz związków niezbędnych do ich budowy i przebudowy. Złożony proces przemiany materii oparty jest na dostarczaniu związków chemicznych pod różnymi postaciami, nazywanych pokarmem.

*emerytowany profesor zwyczajny
epidemiologii AM w Lublinie

PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI*
DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA
KATEDRA I ZAKŁAD EPIDEMIOLOGII
AM W LUBLINIE

Energia pochodząca ze słońca, dociera do wszystkich organizmów drogami pośrednimi, nazywanymi w biologii łańcuchami pokarmowymi. Tylko wyjątkowo proste organizmy i mikroorganizmy czerpią inną energię, np. na dnie oceanów z rozkładu siarczanów lub z rozkładu metanu, pochodzenia wulkanicznego.

Sześć miliardów ludności wymaga dostarczania pokarmu, licząc przeciętnie, w ilości trzech posiłków dziennie, co szacunkowo można ocenić globalnie na 18 miliardów posiłków dziennie. Dla zaspokojenia takich potrzeb żywieniowych musimy wytwarzać i przetwarzać tylko dla ludzi odpowiednio duże ilości żywności (przeciętnie około 18 milionów ton dziennie, licząc po 1 kg na osobę).

W Polsce żyje ponad 38 milionów ludności. Jeśli założymy, że każdy obywatel spożywa trzy posiłki dziennie (choć dobrze wiemy, że połowa Polaków jada 4, 5 a nawet 6 posiłków dziennie) to należy przygotować około 114 milionów posiłków w ciągu doby (38 tys. ton żywności). Do wykarmienia całej ludności konieczne jest wytwarzanie odpowiednio dużej ilości, dobrej jakościowo, a więc pełnowartościowej żywności, np. dla ludności Polski w ciągu roku potrzeba 13.832.000 ton żywności, czyli licząc bardzo skromnie 364 kg na 1 osobę. Jest to podstawowy problem zdrowotny, społeczny i polityczny. Stosuje się tu liczne środki i metody uzyskiwania żywności.

Potrzeby w zakresie żywienia

Potrzeby te są bardzo zróżnicowane, zależne od wieku, płci i rodzaju pracy, a także od nawyków tradycyjnych

i kulturowych. Omówimy przeciętne zapotrzebowanie występujące w warunkach klimatu, pracy, tradycji i wskazań opracowanych naukowo na terenie Europy i naszego kraju.

Człowiek o masie ciała ok. 70 kg, jada przeciętnie trzy posiłki dziennie, czyli w ciągu 70 lat życia (25.600 dni) spożywa ich ok. 76.650, około 26 ton różnych produktów żywnościowych. W zwyczajowych i ekonomicznych warunkach Europy i naszego kraju oznacza to, skromnie biorąc, zjedzenie w ciągu życia, m. in. 5000 dwukilogramowych bochenków chleba, 100 worków ziemniaków licząc po 50 kg każdy, 10.000 jaj kurzych, 5.000 kg mięsa (bydłego, wieprzowego, owczego i innych), 700 kg cukru i ok. 3000 kg owoców i warzyw. W ciągu tych 70 lat życia człowiek wypija ok. 100.000 l różnych płynów, w których nośnikiem jest woda.

Powyżej przedstawiono przykładowo, ilościowe, przeciętne zapotrzebowanie jednej osoby na prawidłowe funkcjonowanie organizmu w zwykłych, ewolucyjnie wykształconych warunkach życia w zwykłym środowisku.

Oprócz licznych związków chemicznych, takich jak białka, węglowodany, tłuszcze, witaminy i inne wielocząsteczkowe związki tworzące zróżnicowane tkanki, do prawidłowych przemian materii w organizmie potrzebne są mineralne składniki odżywcze. Składniki te to 22 niezbędne do istnienia pierwiastki, które w postaci związanej z innymi związkami stanowią około 4% masy ciała. Odróżnia się siedem pierwiastków podstawowych, nazywanych makroelementami mineralnymi. Są to: wapń, potas, sód, fosfor, magnez, chlor i siarka. Ich spożycie codzienne przekracza 100 miligramów. Do mikroelementów mineralnych, nazywanych najczęściej pierwiastkami śladowymi, zalicza się: bor, chrom, cynk, cynę, fluor, jod, kobalt, krzem, miedź, mangan, molibden, nikiel, selen, wanad i żelazo. Ich codzienne spożycie waha się od kilku do 100 miligramów.

Związki wapnia, fosforu i siarki tworzą elementy strukturalne kości i innych tkanek. Równowagę kwasowo-zasadową krwi i tkanek oraz potencjał spoczynkowy błon komórkowych



Sześć miliardów ludności wymaga dostarczania pokarmu, licząc przeciętnie, w ilości trzech posiłków dziennie, co szacunkowo można ocenić na 18 miliardów posiłków dziennie.

utrzymują (w odpowiednich związkach) sód, potas, magnez, wapń, chlor, fosfor i siarka. Najliczniejszą grupę stanowią pierwiastki niezbędne w syntezie i działaniu enzymów, hormonów i białek transportowych oraz przemian strukturalnych i energetycznych. W śladowych ilościach w organizmie człowieka występują glin i kadm.

Z punktu widzenia patofizjologa i epidemiologa brak, zbyt niski poziom lub nadmiar któregośkolwiek z wymienionych wyżej pierwiastków w żywności, zwłaszcza przez dłuższy czas, może być i często jest przyczyną poważnych zaburzeń zdrowia, a nawet może zagrażać życiu.

**Żywność
stanowi podstawę
życia ludzi,
zwierząt i roślin
we wszystkich
środowiskach na
globie ziemskim**



Metody technologii żywności

Metody wytwarzania i przetwarzania żywności można podzielić na:

- ▶ **naturalne**, oparte na potrzebach wynikających z ewolucji organizmu człowieka i całego świata żywego, są jeszcze szeroko stosowane i wzmocniane nawozami naturalnymi i kultura rolną (np. pielenie chwastów);

- ▶ **naturalne, ale znacznie wzmocniane** przez wiedzę i możliwości człowieka (np. nawozy sztuczne, dobór przydatnych gatunków);

- ▶ **naturalne, ale w sztucznych warunkach** (np. sztuczna gleba, szklarnie, selekcja gatunków);

- ▶ **sztuczne** z zastosowaniem wydajnych i tanich, ale niesprawdzonych pod względem jakości zdrowotnej metod (np. organizmy transgeniczne, modyfikowane genetycznie). Te metody budzą obecnie największą wątpliwość, co do ich wpływu na zdrowie ludzi (i zwierząt) oraz na naturalne biotopy roślinne. Jest to osobny poważny problem rozważany przez biologów, ekologów, genetyków i lekarzy.

Środowisko życia człowieka odgrywa podstawową rolę w jakości życia, a więc i jakości zdrowia. Organizm człowieka jest ewolucyjnie bardzo dokładnie przystosowany do życia

Spożycie wybranych artykułów żywnościowych przypadające na jednego mieszkańca Polski (w kg)

Nazwa	LATA						
	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1990
Zboża	147	133	130	120	155	150	148
Ziemniaki	223	190	158	143	153	137	134
Warzywa	–	111	101	105	150	147	135
Owoce	–	33	38	29	62	55	62
Mięso i przetwory	43	53	74	60	73	64	67
Ryby	4,5	6,3	8,1	7,8			
Tłuszcze	14	18	21	20	8,8	7,3	7,1
Mleko	234	272	270	281	396	260	282
Jaja (sztuk)	7,9	10	12	12	10,8	10,5	12,6
Cukier	28	29	41	41			

w określonych (przeciętnych warunkach) makro- i mikrośrodowiska ziemskiego. Organizm jest półzamkniętym układem biochemicznym, energetycznym i psychicznym, pozostającym w ścisłej łączności z dziesiątkami uwarunkowań takich jak: temperatura, wilgotność, skład powietrza i inne, które umożliwiają istnienie życia.

Do podstawowych warunków działania organizmu zalicza się dostarczenie (jedzenie i picie) takich związków chemicznych, które umożliwiają uwalnianie energii (ciepła), budowę i odbudowę tkanek, poruszanie się i rozmnażanie.

Zagrożenia żywieniowe

Istnieje kilka grup zagrożeń żywieniowych:

- ▶ nadmiar pokarmów, (nadwaga, otyłość i in.),
- ▶ niedobór lub brak pokarmów, (nieodżywienie, hypo- i awitaminozy, głód)
- ▶ żywność jednoskładnikowa, np. cukier, alkohol, tłuszcz (sprzyjają miażdżycy naczyń),
- ▶ żywność, zawierająca naturalne substancje szkodliwe, trujące (np. pochodzące z niektórych roślin),
- ▶ zakażenia i zatrucia pokarmowe bakteryjne oraz wirusowe (biegunki, towarzyszące im odwodnienie),
- ▶ modyfikacje genetyczne żywności, (nieznany wpływ zmian biochemicznych roślin i zwierząt na organizm człowieka),
- ▶ konserwacja i smakowe ulepszczenie żywności.

Zakażenia i zatrucia pokarmowe

Jest to poważne zagadnienie w żywieniu człowieka oraz ludności i wymaga odrębnego omówienia. Należy jednak podkreślić, że gdyby nawet jeden z tych 76.000 posiłków zawierał szkodliwe substancje, bakterie i ich toksyny, to praktycznie zagrażałoby to zdrowiu, a nawet życiu człowieka, szczególnie niemowląt i osób bardzo starych.

Żywność zawierająca szkodliwe substancje

W życiu codziennym uważamy za pewnik to, że spożywana przez nas żywność jest bezpieczna i zdrowa, tzn.

ilościowo i jakościowo odpowiada potrzebom organizmu i nie zaburza jego funkcji. Nasuwa się jednak pytanie: „Czy przygotowywana i przetwarzana przemysłowo żywność, szczególnie w krajach rozwiniętych pod względem technicznym i naukowym, jest w pełni bezpieczna i nie zagraża, lecz wspomaga zdrowie człowieka?”. Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta

zła jakość wody pitnej oraz brak lub źle przygotowywane pokarmy (nie uwzględnianie praw higieny żywności i żywienia).

Drugą przyczyną wątpliwości są doniesienia pojawiające się w pracach naukowych i w mediach o zdarzających się ostrych lub przewlekłych zatruciach np. olejami jadalnymi, zawierającymi toksyczne substancje wytwa-

Do podstawowych warunków funkcjonowania organizmu zalicza się dostarczanie pokarmu takich związków chemicznych, które umożliwiają uwalnianie energii, budowę i odbudowę tkanek, poruszanie się i rozmnażanie

i dlatego wymaga licznych uwarunkowań wynikających ze strony organizmu, ze strony producenta surowców żywnościowych i ze strony technologicznej. W dyskusjach o bezpiecznej żywności wymienia się wiele przyczyn, wzbudzających poważne obawy co do jakości żywności.

Pierwszą wyżej omawianą przyczyną wątpliwości jest fakt, że ok. 12-15% mieszkańców Europy ulega co roku zatruciom pokarmowym. W Polsce corocznie stwierdza się od 30 do 35 tys. ognisk zatruc pokarmowych, którym ulega kilkaset tysięcy ludzi. Jeśli policzyć liczbę posiłków spożywanych przez polską populację w ciągu roku, to te 35 tysięcy ognisk stanowi nikły ślad odsetka, czyli są to „wypadki” wynikające z konieczności odżywiania się. W statystycznych i w szacunkowych badaniach chorób przewodu pokarmowego, prowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), choroby te wyraźnie wysuwają się na pierwsze miejsce w zapadalności i śmiertelności, w krajach słabo rozwiniętych gospodarczo, w pasie tropikalnym. Głównymi przyczynami są:

rzane przez niektóre gatunki roślin. Przykładów jest dużo. Jeszcze kilkanaście lat temu znane były lekarzom w Polsce charakterystyczne zatrucia ludzi powodowane przez zawarty w chlebie sporysz (ergotamina) rosnący na polach razem z żytem. W latach 1983-1986 wystąpiły w Hiszpanii masowe zatrucia po spożyciu oleju jadalnego zawierającego biotoksyny (1000 osób zmarło, 20.000 chorowało).

Wielkim problemem niewłaściwego postępowania i modyfikowania żywności naturalnej, są dodatki do paszy zwierząt, tj. hormony wzrostu i antybiotyki. Wskutek biotransformacji często działają one toksycznie po spożyciu mięsa przez ludzi.

Bardzo pouczający jest także powszechnie znany fakt zakażenia i rozwleknięcia w Wielkiej Brytanii choroby wściekłych krów. Z mięsa zwierząt (owiec) padłych z powodu „nieznanej choroby” (*scrapie* – drżączka) wytwarzano mączkę odżywczą i dodawano ją do paszy zwierząt zdrowych. Na skutek przeniesienia zakażeń przez nowy rodzaj patogennych czynników, nazwanych prionami, chorowały dalsze

zwierzęta, a skonsumowane ich mięso powodowało występowanie nowej, śmiertelnej choroby u ludzi (vCDJ). Skutek był taki, że epidemiolodzy i epizotiolodzy zarządzili konieczność wybicia kilku milionów podejrzewanych o zakażenie krów, owiec, świń i kóz.

peratury, promieni krótkich, chemiczne za pomocą konserwantów i środków smakowych.

Czynności mechaniczne takie jak: mielenie ziarna, krojenie warzyw, „sokowanie owoców”, zmieniają, lecz najczęściej zubożają jakość produktów. Zwykle ulegają obniżeniu jakościowe-

utrwalania żywności używane są promienie krótkie, gotowanie, apertyzacja, pasteryzacja i inne.

► utrwalanie radiacyjne, czyli konserwacja żywności przez naświetlanie promieniami krótkimi.

Pierwszy raz utrwalanie promieniami krótkimi zastosowano w 1916 roku w Szwecji, a następnie aż w czterdziestu krajach zezwolono, by takie produkty jak: ziemniaki, kukurydza, owoce i mięso konserwować niskimi dawkami promieniowania jonizującego. Celem tego postępowania jest zniszczenie większości bakterii, pasożytów i ewentualnych owadów, przez co zmniejsza się ryzyko występowania chorób przenoszonych drogą pokarmową. Metoda ta znacznie przedłuża trwałość artykułów spożywczych. Ten sposób konserwacji żywności był kontrowersyjny. Dlatego też, w latach 1990-1999 Światowa Organizacja Zdrowia zleciła przeprowadzenie badań i opublikowała ich wyniki. Eksperti orzekli, że artykuły utrwalane radiacyjnie „są bezpieczne i odpowiadają normom żywieniowym”. Zwolennicy tego typu konserwacji porównują ją do sterylizacji opatrunków, bandaży i leków, natomiast przeciwnicy twierdzą, że nawet niskie dawki promieniowania mogą być przyczyną jeszcze nie poznanych zagrożeń zdrowotnych.

► zastosowanie podwyższonej temperatury metodą gotowania, apertyzacji, pasteryzacji, a nawet sterylizacji – wyjalawiania, jest przyczyną zmiany zawartości i zubażania naturalnej żywności.

Niektóre sposoby jak np. gotowanie żywności stosowane są od tysięcy lat, ale otrzymane produkty końcowe wymagają uzupełnień w postaci naturalnych owoców i warzyw. Z punktu widzenia epidemiologicznego gotowanie żywności jest niezbędne, ale równocześnie musimy sobie zdawać sprawę, że braki witamin i czynników biologicznych koniecznych do życia organizmu muszą być uzupełniane. W trudnych warunkach ekonomicznych żywność konserwowana może być przyczyną hipowitaminoz i awitaminoz. Dobrym przykładem jest choroba zwana skorbutem (brak witaminy C) i tzw. kurza ślepotą (niedobór witaminy A).

Z punktu widzenia patofizjologa i epidemiologa brak, zbyt niski poziom lub nadmiar któregośkolwiek z pierwiastków w żywności, zwłaszcza przez dłuższy czas, może być przyczyną poważnych zaburzeń zdrowia, a nawet może zagrażać życiu

Przetwarzanie żywności

Z naukowego punktu widzenia przetwarzanie żywności naturalnie dostępnej od tysięcy lat, można podzielić na następujące grupy:

► przetwarzanie genetyczne czyli modyfikacja genetyczna (biologiczna) zwierząt rzeźnych, a jeszcze częściej licznych roślin, m. in. masowo kukurydzy.

► różne metody konserwacji, czyli modyfikacja fizyczna i chemiczna.

Po zbiorze, transporcie i sposobach magazynowania surowców żywnościowych, przetwarzanie tych surowców do półproduktów i gotowej żywności, może być i jest czynnością, która ma niekorzystny wpływ na jej jakość.

Przetwarzanie żywności można podzielić na: mechaniczne za pomocą maszyn, fizyczne za pomocą np. tem-

mu witaminy i biopierwiastki, a także części włókniste, ważne w procesie trawienia. Podczas przemiału rozarte ziarno dzielone jest na mąkę i otręby. W skórce ziaren zawarte są cenne składniki odżywcze, ale w postaci otrąb są one odsiewane i nie trafiają do organizmu człowieka. Krojenie warzyw to m. in. kontakt z żelaznymi częściami maszyn, a to z kolei jest przyczyną częściowego rozkładu (utleniania) witamin i niektórych biopierwiastków. Podobne skutki ma masowe uzyskiwanie soków z owoców.

Konserwacja oraz przechowywanie półproduktów i produktów

Konserwacja, czyli utrwalanie żywności, tak by można było ją przechowywać przez określony czas, jest konieczna, lecz należy się uwzględnić ujemne skutki tego postępowania. Do

Przygotowywanie produktów żywnościowych

Po uzyskaniu pewności, że mamy surowce i półprodukty odpowiedniej jakości, przystępuje się do końcowego przygotowania żywności przydanej do bezpośredniego użycia, np. w postaci dań do obiadu.

Z sanitarnego i epidemiologicznego punktu widzenia, podczas takiego przygotowywania należy:

▶ umyć i przeprowadzić dezynfekcję naczyń i pomieszczeń oraz zorganizować odpowiednie, czyste miejsce do przygotowywania żywności (kuchnia, pokój, stół w namiocie itp.),

▶ założyć odpowiedni ubiór, np. fartuch, czepek na włosy,

▶ myć ręce przed i po kontaktach z surowcami, półproduktami i produktami żywnościowymi, myć ręce w ciepłej wodzie z mydłem przed przystąpieniem do tych czynności oraz po każdym kontakcie rąk z surowym mięsem, drobiem lub (w krajach tropikalnych) z owocami morza,

▶ dokładnie gotować (czas i temperatura) i pamiętać, że jeśli temperatura wewnątrz produktu przekroczy 70° C to prawie wszystkie bakterie, wirusy i pasożyty ulegają zniszczeniu, dlatego należy gotować pokarmy w temperaturze co najmniej 80° C,

▶ należy używać czystych naczyń i przyborów do jedzenia,

▶ nie spożywać niedogotowanego mięsa drobiowego (różowe) i niedosmażonych ryb oraz nie spożywać surowych jaj,

▶ każdy produkt: surowe mięso, drób, jajka i inne należy przechowywać oddzielnie, tak, by te produkty nie zakażały się nawzajem,

▶ po przygotowaniu, żywność, jeśli nie jest natychmiast użyta, należy schłodzić do temperatury ok. 4° C lub zamrozić do -17° C w odpowiednich naczyniach. Po wyjęciu z lodówki lub rozmrożeniu produkty te należy natychmiast konsumować lub używać do przygotowywanych dań.

▶ jeżeli istnieją wątpliwości, czy produkt nadaje się do spożycia, należy wówczas zrezygnować z konsumpcji.

(C. D. N.)

PIŚMIENNICTWO

1. Armstrong Gregory I., Hollingsworth Jill, Morris Gleen J. (jr): Bacterial Foodborne Disease, str. 109. W: Bacterial Infections of Humans, third ed. Edited by Evans A. S., Brachman Ph. S. Pl. Med. Book Comp. NY & London – 1998.
2. Kapikian A. Z.: Viral Gastroenteritis, str. 285 W: Viral Infections of Humans, fourth ed. By Evans A. S. and Kaslow R. A. NY & London Pl Med. Book Comp. – 1997.
3. Kaslow R. A., Evans A. S.: Epidemiologic Concepts and Methods, str. 3. W: Viral Infections of Humans, fourth ed. By Evans A. S. and Kaslow R. A. NY & London Pl Med. Book Comp. – 1997.
4. Kocwa-Haluch R.: Wirusy oraz ich występowanie w wodach i ściekach. Wyd. Politechnika Świętokrzyska. Kielce – 2001.
5. Tauxe R. V., Pavia A. T.: Salmonellosis: nontyphoidal, str. 613. W: jak w poz. 1.



„Czy przygotowywana i przetwarzana przemysłowo żywność, szczególnie w krajach rozwiniętych pod względem technicznym i naukowym, jest w pełni bezpieczna i nie zagraża, ale wspomaga zdrowie człowieka?”

Higiena jamy ustnej, a choroby przyzębia*

Terminem choroby przyzębia określa się stany chorobowe tkanek przyzębia brzeźnego, w skład których wchodzi tkanki stykające się w obrębie szyjki zęba, a więc: dziąsło, ozębna, okostna i kość wyrostka zębodołowego, a także cement korzeniowy, mimo że jest właściwie tkanką zęba.

W uproszczeniu można powiedzieć, że są to tkanki położone przy zębach, stąd nazwa. Popularnie choroby te nazywane są paradontozą.

LEK. MED. EWA DYMEK

Przyczyną chorób przyzębia jest w większości (nawet 95 procent przypadków) zła higiena jamy ustnej. Pierwszym objawem choroby jest najczęściej krwawienie z dziąseł. Może to być krwawienie przy myciu zębów, przy jedzeniu lub też samoistne. Pacjent odczuwa smak krwi, a w bardziej zaawansowanych przypadkach słony smak ropy wyciekającej z kieszonek dziąsłowych. Może pojawić się również nieprzyjemny zapach z ust. Występuje także obrzęk i zaczerwienienie dzią-

seł, co świadczy o zapaleniu tkanek miękkich otaczających zęby. Z czasem proces zapalny przenosi się głębiej – na kość, powodując jej zanik, a w następstwie ruchomość zębów. Poprzez zachowanie odpowiedniej higieny jamy ustnej możemy zapobiec chorobom przyzębia spowolnić ich przebieg, a nawet całkowicie zatrzymać ich rozwój. Oprócz braku lub nieodpowiedniej higieny jamy ustnej, w powstaniu chorób przyzębia biorą udział czynniki wewnętrzne (ustrojowe) i zewnętrzne (miejscowe).

Czynniki wewnętrzne to choroby systemowe, takie jak:

- wrodzone uszkodzenie systemu immunologicznego (choroba Downa, cukrzyca młodzieńcza, młodzieńcze zapalenie przyzębia);
- zaburzenie funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego (nadczynność tarczycy, przysadki, gruczołów przytarczycznych i kory nadnercza);
- choroby metaboliczne (np. cukrzyca);
- choroby genetyczne (włókniakowatość dziąseł);
- choroby układu krwiotwórczego (zaburzenia ilościowe i jakościowe układu leukocytnego np. białaczki, czerwono krwinkowego oraz płytek krwi);
- choroby układu krążenia;
- choroby skóry;
- choroby przewodu pokarmowego;
- choroby alergiczne;
- choroby infekcyjne jamy ustnej (zakaźne-wirusowe i bakteryjne zapalenia jamy ustnej);

* Wykład wygłoszony podczas XVI Tygodnia Kultury Zdrowotnej w Urzędowie.



Lek. stom. Ewa Dymek

- guzy i zmiany guzopodobne;
- zmiany hormonalne fizjologiczne (okres dojrzewania, ciąża, okres przekwitania);
- zatrucia metalami ciężkimi (rtęć, ołów, bizmut);
- zmiany w tkankach przyzębia po napromieniowaniu;
- zakażenie wirusem HIV;
- działania uboczne leków (przeciwpadaczkowe, przeciwalergiczne oraz przeciwastmatyczne-kortykosteroidy, przeciwzkrzepowe, niektóre leki na nadciśnienie, przeciwnowotworowe, środki antykoncepcyjne, preparaty hormonalne).

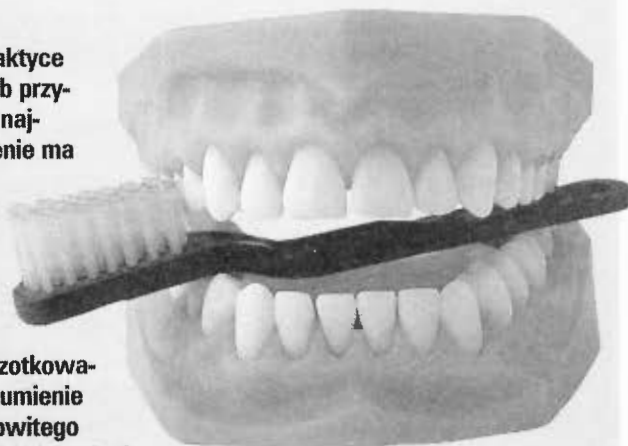
Ważną rolę przypisuje się układowi nerwowemu poprzez wpływ na odporność (stres) oraz zmiany w napięciu nerwowo-mięśniowym (parafunkcje - nawyki).

Duży wpływ na stan przyzębia ma również odżywianie. Wzrost, rozwój i metabolizm tkanek przyzębia zależy od składu naszego pożywienia. Konsystencja papkowata i kleista pokarmu sprzyja powstawaniu stanów zapalnych. Szczególnie niedobory białkowe i wapniowe, a także brak witamin głównie A, E, C, D i związków mineralnych upośledzają rozwój i funkcjonowanie przyzębia. Ślina, jej ilość i skład, a także pH (6,75-7,25) oraz ciała odporno-

Profilaktyka - zabieg szczotkowania zębów

Wprofilaktyce chorób przyzębia największe znaczenie ma jednak przestrzeganie prawidłowej higieny jamy ustnej. Istotne są właściwe metody szczotkowania zębów, zrozumienie znaczenia całkowitego usuwania płytki bakteryjnej, masaż dziąseł (prawidłowe ukrwienie), płukanie jamy ustnej, używanie irygatorów, stosowanie past i proszków czyszczących, nici dentystycznych, wykałaczek, szczoteczek międzyzębowych, stymulatorów międzyzębowych oraz sposobów samokontroli zabiegów higienicznych.

Podstawowym sposobem eliminacji płytki nazębnej jest zabieg szczotkowania zębów (usuwa 60 procent płytki). Szczotkowanie zębów należy wykonywać co najmniej 2 razy dziennie rano i wieczorem po posiłkach, a najlepiej rano przed, a w ciągu dnia po każdym posiłku. Przy chorobach przyzębia lepiej czyścić zęby ruchem wymiatającym od dziąsła w kierunku korony zęba szczoteczką o włosiu miękkim i sztucznym. Włosie naturalne zawiera bakterie w kanale włosa i jest wilgotne, co sprzyja rozwojowi drobnoustrojów. Włosie powinno być nylonowe, oszlifowane o łagodnie zaokrąglonych i wypolerowanych końcach. Obecnie produkuje się wiele rodzajów szczoteczek jedno i wielopęczkowych, ręcznych i elektrycznych, a nawet sonicznych (ultradźwiękowych).



Przydatność szczoteczki określa się na około 2-3 miesięcy

Różny kąt ustawienia trzonu (rękojeści) w stosunku do główki wpływa na dostęp do niektórych trudnych do oczyszczenia miejsc. Szczoteczka powinna być odkazana przez 15 minut w 4% roztworze sterinolu lub przez 5 minut w 1% roztworze glukonianu chlorheksydyny. Po użyciu szczoteczkę należy wypłukać i przechowywać w pozycji pionowej, aby całkowicie wyschła część pracująca.

Przydatność szczoteczki określa się na około 2-3 miesięcy, a w chorobach przyzębia na miesiąc. Czynność szczotkowania powinna trwać od 2 do 3 min. Ważne jest, aby nie omijać żadnych zębów, ani niektórych ich powierzchni.

Najczęściej stosowane metody szczotkowania:

- pionowa,
- pozioma,
- wymiatająca,
- wibracyjna,
- okrężna.

Fakty i wnioski

1. Większości chorób przyzębia można zapobiegać, albo gdy już się zaczęły, można je leczyć. Tym skuteczniej im wcześniej podejmie się terapię.

2. Należy zgłosić się do lekarza stomatologa (periodontologa) gdy wystąpią następujące objawy:
– zaczerwienienie i obrzęk dziąseł,
– krwawienie przy szczotkowaniu,
– nieprzyjemny zapach z ust,
– przestrzenie między zębami,
– rozchwianie zębów,
– cofające się dziąsła,
– nawet słabe bóle, swędzenie lub dyskomfort.

3. Faktem jest, że 4-5 osób, niezależnie od wieku, może nie wiedzieć o już rozwijającym się schorzeniu.

4. Można usunąć płytkę z zębów.

5. Nie można samodzielnie usunąć kamienia czy płytki poniżej brzegu dziąseł.

6. Należy odwiedzać lekarza stomatologa regularnie, nawet jeśli się sądzi, że nic się nie dzieje. Choroba często przebiega podstępnie i bez większych objawów.

7. Tylko profesjonalista może zdiagnozować chorobę we wcześniejszych stadiach – kiedy najłatwiej i najtaniej ją leczyć.

8. Z powodu schorzeń przyzębia można stracić nawet wszystkie zęby. Można zapobiec temu poprzez systematyczne leczenie.

9. Dobra wiadomość: Ty i Twój lekarz możecie zapobiegać chorobom przyzębia. Nawet, gdy choroba już się rozpoczęła, można ją leczyć z powodzeniem. Większość ludzi nie musi tracić swoich zębów.

10. Choroba przyzębia nie rozwinię się, jeżeli:
– właściwie szczotkujesz i używasz nitki by usunąć płytkę,
– regularnie poddajesz się badaniom przyzębia,
– poddajesz się koniecznemu leczeniu.

11. Mimo choroby przyzębia można zachować własne zęby do końca życia, jest jednak jeden warunek: systematyczna dbałość o utrzymanie właściwej higieny jamy ustnej.

Istotne są właściwe metody szczotkowania zębów, zrozumienie znaczenia całkowitego usuwania płytki bakteryjnej

ściowe wpływają na stan przyzębia. Ze śliną wydzielają się substancje toksyczne i leki.

Czynniki zewnętrzne (miejscowe) to przede wszystkim:

- płytka nazębno-dziąsłowa,
- uraz zgryzowy,
- nieprawidłowa budowa tkanek przyzębia i zębów,
- błędne postępowanie lecznicze,
- inne czynniki.



Płytką nazębną jest podstawowym czynnikiem miejscowym o charakterze zapaleniotwórczym. Zawiera ona przede wszystkim bakterie (70-80 procent masy płytki to drobnoustroje). Oprócz tego w skład płytki wchodzi glikoproteidy, wielocukry, składniki organiczne i sole mineralne. Płytkę pokrywa warstwa białego nalotu (złuszczone komórki nabłonka, białe ciała krwi) i resztek pokarmowych. Należy pamiętać, że płytka nazębna tworzy się na wszystkich powierzchniach zębów, a także na błonie śluzowej dziąsła i uzupełnieniach protetycznych. Powoduje ona zapalenie dziąseł oraz zaostrzenie przewlekłych stanów zapalnych w tkankach przyzębia. Płytką nazębną ulega z czasem mineralizacji (2-3 dni) i powstaje z niej kamień nazębny. Tworzy się on najczęściej w pobliżu ujść dużych gruczołów ślinowych (powierzchnie językowe dolnych siekaczy i policzkowe górnych trzonowców). Kamień naddziąsłowy powoduje recesję (cofanie się) dziąsła, a poddziąsłowy drażni ściany kieszonki dziąsłowej mechanicznie i bakteryjnie. Nie ma zapalenia przyzębia bez bakterii, dlatego higiena jamy ustnej ma istotne znaczenie i olbrzymi wpływ na zapobieganie chorobom przyzębia. Systematyczne i dokładne usuwanie płytki nazębnej za pomocą szczoteczki, nitki lub wykałaczki oraz płukanie jamy ustnej środkami dezynfekcyjnymi zapobiega, łagodzi przebieg, a nawet całkowicie zatrzymuje choroby przyzębia. Innym istotnym czynnikiem wywołującym i sprzyjającym występowaniu chorób przyzębia jest uraz zgryzowy, który powoduje zmiany degeneracyjne i zanikowe w kości oraz rozchwianie zębów. Tworzą się wtedy kieszonki kostne, wskutek pionowego zaniku kości.

Uraz zgryzowy występuje w następstwie:

- wad zgryzu (stłoczenia zębów) – nierównomierne rozłożenie sił;
- braków zębowych (zaburzenia wyrzynania zębów, próchnicy, ekstrakcji) – wędrowanie i przechylenie pozostałych zębów;
- nawyków zgryzowych.

Nieprawidłowa budowa tkanek przyzębia i zębów sprzyja również występowaniu chorób przyzębia. Najczęstsze nieprawidłowości to:

- kształt koron,
- kształt łuków zębowych,
- nachylenie zębów,
- nieprawidłowe ustawienie zębów,
- zęby nadliczbowe,
- zaburzenia wyrzynania w czasie i liczbie,
- zaburzenia w grubości brzegów dziąseł i kości wyrostka zębodołowego (cienka błona

Duży wpływ na stan przyzębia ma również odżywianie. Wzrost, rozwój i metabolizm tkanek przyzębia zależy od składu naszego pożywienia.

śluzowa i kość – łatwiejsze uszkodzenie tkanek przyzębia),

- wady rozwojowe tkanek miękkich (nieprawidłowe przyczepy wędzidełek warg, języka, policzków, wąska strefa dziąsła przyczepionego, płytki przedsiónek, język olbrzymi).

Budowa tkanek miękkich może powodować gromadzenie się resztek pokarmowych, powstawanie kieszonek, wciskanie się do nich jedzenia, zanik dziąsła i kości, obnażenie korzeni, rozsuwanie siekaczy, utrudnione gojenie.

Błędne postępowanie lecznicze:

- stomatologia zachowawcza (wadliwe wypełnienia, nieszczelne opatrunki);
- ortodoncja (nieprawidłowe, niedokończone, zbyt szybkie działanie aparatu, używanie uszkodzonego aparatu);
- protetyka (nieprawidłowo zaplanowane mosty, korony, protezy, brak wymiany w odpowiednim czasie);
- chirurgia (uszkodzenie kości przy usuwaniu zębów).

Gęstość kości ma istotne znaczenie dla przebiegu chorób przyzębia (badanie densytometryczne)

W profilaktyce chorób przyzębia największe znaczenie ma jednak przestrzeganie prawidłowej higieny jamy ustnej.

Walka z bólem czy eutanazja?

MGR SOCJOL. ARTUR PIOTR TOFIL*
OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI

**„Jesteś zbrodniarzem, jeśli
mnie nie zabijesz”**

**– tymi słowami F. Kafka zmusił
swojego lekarza do zadania mu
śmierci. To desperackie
żądanie uwolniło pisarza od
okrutnych bólów,
towarzyszących gruźlicy płuc.
Był rok 1924. Od tamtej pory
minęło prawie osiemdziesiąt
lat, lecz problem eutanazji
wciąż budzi uzasadnione
emocje, prowokuje do dyskusji
i refleksji, także w kontekście
terapii przeciwbólowych.**

* Mgr Artur Piotr Tofil ukończył Wydział Filozofii i Socjologii UMCS. Jego praca magisterska, przygotowana pod kierunkiem prof. dr hab. Mirony Ogryzko-Wiewiórowskiej, dotyczyła postaw studentów medycyny wobec problemu eutanazji. Główne poszukiwania naukowe kontynuuje w ramach studiów doktoranckich w Zakładzie Socjologii Medycyny i Rodziny Instytutu Socjologii UMCS.

Jak podkreśla profesor Ch. Barnard, nie jest prawdą, że cierpienie uszlachetnia, że jest uczuciem wzniosłym. Ci, którzy tak twierdzą, nie mają najmniejszego pojęcia czym ono jest, w jakiegokolwiek postaci, szczególnie zaś w tej, z którą wiąże się ból fizyczny. A właśnie z tym gatunkiem cierpienia styka się najczęściej lekarz w swej praktyce.¹

Cierpienie powoduje, że chory doświadcza swego ciała jako rzeczywistości, która wymyka się spod kontroli świadomości. Ból jawi się człowiekowi jako agresor, który rządzi jego ciałem wbrew niemu samemu. To jakby „zewnątrzna inwazja w intymny świat osoby, która czuje się niejako popsuta, zmieniona na gorsze, zachwiana w swojej powinności wobec świata”².

Ból niszczy osobowość człowieka. Wnosi pewną rewolucję w obręb ludzkiej egzystencji, atakuje chorego w jego rzeczywistości fizycznej, psychicznej i moralnej. Niekiedy cierpienie bywa tak silne, że paraliżuje umysł i uniemożliwia jakiegokolwiek konstruktywne działanie, nawet na poziomie psychomotorycznym.⁴ W takich przypadkach człowiek przeżywa własną ograniczoność, niewydolność i niemożność realizowania czy też urzeczywistnienia własnych ról społecznych.

Cierpienie i realna perspektywa śmierci jest zaskoczeniem dla chorego i jego rodziny. Główna inicjatorka ruchu hospicyjnego w Londynie, Cicely Saunders wprowadziła do medycyny pojęcie bólu totalnego, obejmującego zarówno cierpienia fizyczne, jak i psychiczne śmiertelnie chorych. Zwróciła uwagę świata medycznego, że opieki potrzebuje nie tylko pacjent, ale cały krąg bliskich mu osób.

Praktyka wskazuje, że ludzie dotknięci cierpieniem, zwłaszcza w wymiarze fizycznym i stojący przed nieuchronnością bliskiej śmierci są zagubieni, bezradni i zrezygno-



**„Kondycja ludzka to nie tylko ból,
Ale ból ma wielką moc nad nami,
Mądrości przy nim upadają,
Gwiazdziste nieba gasną...”**

CZESŁAW MIŁOSZ, „CIAŁO”

wani, buntują się przeciwko swojemu losowi. Nie chcą się pogodzić z zaistniałymi faktami, szukają ulgi i ratunku. Zwykle pragną swoją śmierć lub śmierć swoich bliskich odroczyć.⁵

Jednakże, gdy cierpienie przerasta siły chorego pojawia się prośba o eutanazję. Jawi się ona jako pokusa ostatecznego i definitywnego odrzucenia cierpienia i jego niszcycielskiej siły. Chory wybiera śmierć, bo w ten sposób chce zaprzeczyć sile niszczącej jego życie. Ucieka się do śmierci jako upragnionego i pewnego wyzwolenia, traktując eutanazję jako sposób na wyjście z sytuacji, w której życie stało się niemożliwe. Według J. Bréhanta najczęstszą przyczyną prośby o skrócenie życia jest ból przekraczający granice tolerancji i lęk przed umieraniem w męczarniach.⁶

Z tych powodów na całym świecie powstają specjalistyczne ośrodki leczenia bólu, które starają się pomóc wszystkim, którzy tego wymagają. Według profesora Jerzego Garstki z Akademii Medycznej w Poznaniu, w kraju działa obecnie ponad osiemdziesiąt Poradni Leczenia Bólu, należących do społecznej opieki zdrowotnej, oraz dziesiątki gabinetów prywatnych. Często trafiają tu chorzy, których ból był do tego stopnia źle leczony, że wymagają specjalnych zabiegów terapeutycznych. Niestety takie sytuacje zdarzają się nągminnie.⁷

W zmaganiach z bólem zarówno personel medyczny, jak i pacjenci często zapominają jaką rolę odgrywa psychika. Choremu nie pomoże żaden środek przeciwbólowy, jeśli tylko uzna, że nie poprawia on jego samopoczucia. Dobrze znana jest też odwrotna zależność: umiejętne dozowanie leków sprawia, że pacjent czuje się znacznie lepiej, mimo zmniejszenia przez lekarza dawki leku lub wydłużenia przerw w jego stosowaniu. Co więcej, chory sam potrafi panować nad swym bólem, jak tylko przekona się, że nie będzie cierpiał, bo w każdej chwili sam może sięgnąć po środek. Taki komfort dają na przykład stosowane od niedawna sterowane przez chorego dozowniki.⁸

Ponadto współczesny lekarz powinien patrzeć na swego pacjenta w kontekście całej psycho – socjo – somatycznej etiologii choroby i cierpienia, gdyż nierzadko zdarza się tak, że chory nie może się pogodzić ze swoim stanem, ma poczucie, że wszystko traci, że został opuszczony, że jest izolowany. W większości przypadków ból fizyczny moż-

na usunąć bardzo łatwo. Cierpienie w sferze duchowej czy psychicznej jest bardzo trudne do złagodzenia.

Należy podkreślić, że cierpienie jako reakcja organizmu na ból fizyczny lub psychiczny jest we wszystkich przypadkach odczuciem subiektywnym. Lekarz bazuje na tym, co powie mu pacjent. Powszechną praktyką jest określenie nasilenia bólu na podstawie przedstawianej pacjentowi tablicy analogowej, gdzie zakres bólu występuje

„Cała egzystencjalna atrakcja eutanazji, a zarazem główna racja teoretyczna za jej usprawiedliwieniem tkwi w tragicznym skurczeniu się do ostatecznego minimum szansy życia na skutek demonicznej mocy cierpienia, na tle której gorczy śmierci traci swój smak i przemienia się w słodczy spoczynku.”

KS. TADEUSZ ŚLIPKO²

w dziesięciostopniowej skali. Chory sam umieszcza ból na tym wykresie, a lekarz dobiera środki zaradcze. Bardzo często zdarza się, że chorzy dysymulują. Nie zdradzają objawów. Jest to jak gdyby pewna forma obrony przed nieznanym.⁹

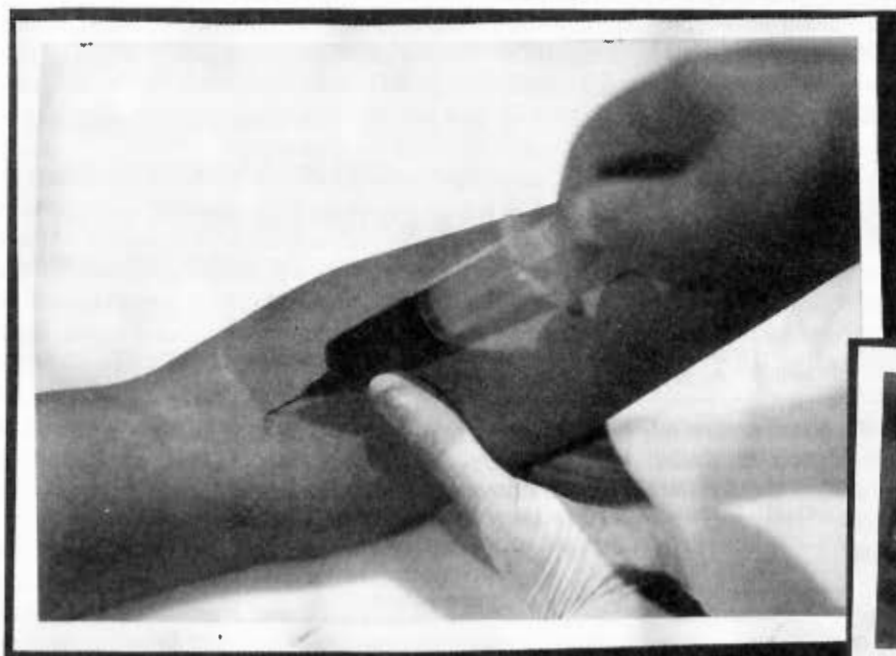
Szczególny charakter posiada leczenie objawowe, w tym farmakoterapia skierowana do osób z chorobą nieuleczalną w fazie terminalnej. Postępowanie to winno być indywidualne, dostosowane do skarg chorego, zaś leki tak dobrane, aby ich rodzaj i dawka oraz sposób podania nie były dla niego przykre i nie ujawniały swoich działań ubocznych. Działania lekarzy muszą być nacechowane życzliwością i szacunkiem dla osoby ludzkiej, muszą nieść ulgę i zapewnić prawo do godnej śmierci.¹⁰

Niestety, czysto patofizjologiczne nastawienie do przebiegu procesu choroby warunkuje stan, w którym sam chory, zwłaszcza na chorobę przewlekłą lub nieuleczalną, bywa traktowany jako „obiekt” nie wymagający już lekarskiego działania – no może poza ewentualnym aplikowaniem leków przeciwbólowych i tłumiących świadomość oraz dostarczaniem płynów i tlenu dla podtrzymywania życia.

Jak już wspomniałem wcześniej, w polskiej praktyce medycznej ból bywa źle leczony i takie sytuacje zdarzają się wyjątkowo często. Według anestezjologów Centrum Onkologii w Warszawie, wyjątkowo trudna jest sytuacja chorych na nowotwory: z powodu nieumiejętnego dawkowania leków przez lekarzy rejonowych, cierpi, aż 70 proc. pacjentów.¹¹ Nic więc dziwnego, że część z nich pragnie śmierci i domaga się prawa do eutanazji.

Specjaliści w tej dziedzinie są zdania, że z bólem trzeba walczyć zawsze, nawet wtedy, gdy jest niewielki, gdyż łatwo może się przerodzić w silne cierpienie. Z kolei silny

ból wymaga natychmiastowej interwencji po to, by ulżyć choremu, ale też po to, by nie przerodził się w ból przewlekły. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): choremu, który cierpi przewlekłe, należy podawać lek, gdy najmniej go boli, a nie dopiero wtedy, gdy cierpienia stają się już nie do zniesienia. Terapię najlepiej rozpocząć



w ciągu trzech miesięcy od wystąpienia bólów przewlekłych, gdy jest 80 proc. szans na wyleczenie. Po roku proporcje te się odwracają – tylko 20 proc. chorych może mieć nadzieję na pozbycie się bólu.¹²

Anestezjologowie zapewniają, że w 90 proc. przypadków ból można uśmierzyć środkami farmakologicznymi. Jeśli nie pomagają leki można zastosować inne metody, np. blokadę nerwów dla ich zregenerowania, wstrzyknięcie środka znieczulającego do przestrzeni okołokręgowych lub komór mózgowych (za pomocą urządzeń całkowicie lub częściowo wszczepialnych). W ten sposób można pomóc niemal każdemu choremu, bez względu na rodzaj dolegliwości.

Według profesora Jacka Łuczaka, nieprawidłowości w leczeniu przeciwbólowym można zaliczyć do błędów w sztuce lekarskiej i wykroczeń w zakresie etyki lekarskiej. Najczęściej z nich to podawanie środków tylko w razie potrzeby, a nie regularnie i w zbyt małych dawkach.¹³ Ponadto wielu lekarzy unika stosowania środków silnie działających, np. morfiny, która jest skuteczna w prawie 90 proc. przypadków. Takie podejście do tego środka jest wynikiem, jak się wydaje, dwóch zasadniczych mitów dość silnie zakorzenionych w środowisku lekarskim. Po pierwsze panuje powszechne przekonanie, że morfina uzależnia psychicznie, a po drugie, że jej stosowanie jest rodzajem „umierania za życia” i używa się tego narkotyku tylko w beznadziejnych przypadkach. Jednakże współczesna medycyna powinna jak najszybciej zerwać z tymi przesądami, gdyż morfina (właściwie podana) działa w miejscu percepcji bólu, a w sytuacji cierpiącego żaden środek narkotyczny nie uzależnia. Pacjent kojarzy przyjęcie narkotyku tylko ze złagodzeniem bólu. Ponadto lek ten powinien być stosowany coraz szerzej w większej ilości przypadków, a nie przed samą śmiercią, często także nieskutecznie.

Kierunki przeciwne eutanazji, takie jak ruch hospicyjny czy organizacje skupione wokół Kościoła katolickiego, podkreślają konieczność walki z bólem metodami farmakologicznymi. W podejściu chrześcijańskim, aby pokonać cierpienie, człowiek nie może pogryzać się w niechęci do życia, lecz przeciwnie – winien zmobilizować się przeciwko temu złu, jakim jest ból będący wynikiem śmiertelnej choroby. Ponadto cierpienie może stanowić wartość *per participationem*. Jeśli tylko służy za narzędzie do urzeczywistniania wartości moralnych, samo nabiera pozytywnej wartości moralnej. „Ztraca cechy demonicznego żywiołu, staje się ostrym dłutem rzeźbia-

rza, które ryjąc krwawiące nawet bruzdy w duszy człowieka, wyzwala z niej nowe kształty moralnej wzniosłości i piękna”.¹⁴

Jednocześnie Kościół naucza, że człowiek nie ma moralnego obowiązku przyjmowania cierpienia. Wolno mu podjąć walkę z dręczącym go bólem i zmniejszyć z pomocą środków uśmierających gorycz doświadczenia, na jakie wystawia go los. Zdanie „Deklaracji o eutanazji”: „Nie byłoby kłaść jako normę zasadniczą takie heroiczne znoszenie cierpień. Przeciwnie, roztropność ludzka i chrześcijańska sugeruje dla większej części chorych używanie leków, które mogą zmniejszyć cierpienie”. Środki te, choćby nawet ograniczały świadomość człowieka i skracaly życie, można stosować pod warunkiem zachowania prawa moralnego.¹⁵

Problematyka bólu i walki z nim jest bardzo złożona, zwłaszcza gdy lekarz staje naprzeciw przewlekłej jego formy. Pojawia się wtedy potrzeba podejścia interdyscyplinarnego obejmującego terapię farmakologiczną, fizykalną i psychologiczną. Chorzy z bólem przewlekłym, jak opisuje ich Sternbach, jeden z badaczy zjawiska bólu, nigdy nie czują się wypoczęci, są wyczerpani, zirytowani, żyją w ograniczonym kręgu przyjaciół, spraw, granice ich świata kurczą się do domu, lekarza, apteki. Są coraz bardziej zajęci swoim cierpieniem, występują u nich zaburzenia snu, brak apetytu, obniżenie libido, czują się tak, jakby ciągle była trzecia nad ranem. Pacjenci są depresyjni, chociaż depresja nie występuje w postaci widocznych, charakterystycznych dla niej objawów – występuje w postaci symptomów somatycznych. J. P. Sartre mówił że istnieje „animizm bólu: jest to jakby żyjąca istota, mająca swoją formę i swoje przyzwyczajenia. Chorzy pozostają z nim w pewnej zażyłości – kiedy pojawia się, nie przychodzi jako nowe zjawisko, lecz jako znany gość, a chory mówi: to mój kryzys popołudnia”.¹⁶

Niemniej należy zawsze mieć na uwadze fakt, że nieuśmierzone cierpienie powinno stanowić sytuację nagłą w medycynie, i że nigdy nie należy zwlekać z udzielaniem natychmiastowej pomocy, o którą prosi chory lub zrozpaczona rodzina. Cierpiący chory nie może czekać na złagodzenie silnego bólu. Stąd tak wielka potrzeba zapewnienia choremu i jego bliskim poczucia bezpieczeństwa. Naprzeciw tym wyzwaniom przychodzi medycyna paliatywna, stanowiąca wielkie osiągnięcie ostatnich kilkudziesięciu lat i będąca realną alternatywą wobec inicjatyw propagujących eutanazję.

Przypisy

- 1 Ch. Barnard, *Godne życie, godna śmierć: wybitny kardiolog o eutanazji i samobójstwie*, Warszawa 1996, s. 12.
- 2 ks. T. Ślipko SJ, *Etyczny problem samobójstwa*, Warszawa 1970, s. 158.
- 3 J. Makselon, *Z psychologii cierpienia*, „Homo Dei” 1 (1987), 1-3, s. 40.
- 4 H. Oleschko, *Cierpienie jako transcendencja*, „Znak” 403 (1988), s. 83.
- 5 Por. A. Dyaczyńska-Herman, *Aktualne potrzeby i możliwości niesienia ulgi w cierpieniu*, [w:] *Terminalnie chore. Hospicjum*, Kraków 1996, s. 17-18.
- 6 J. Bréhant, *Thanatos, chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1980, s. 164.
- 7 *Cierpienia gorsze śmierci*, „Rzeczpospolita”, „Nauka i Technika”, nr 46, 24.02.1997, s. 3.
- 8 *Ibidem*, s. 3.
- 9 *Tajemnica bólu. Zabójstwo czy akt miłosierdzia?*, „Prawo i życie”, nr 34 (1749), 13.10.1998, s. 7-9.
- 10 A. J. Nowak OFM (red.), *Cierpienie i śmierć*, „Homo meditations” XIII, Lublin 1992, s. 163-186.
- 11 *Cierpienia gorsze od śmierci*, op. cit., s. 3.
- 12 *Ibidem*, s. 3.
- 13 Jacek Łuczak, *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, Lublin 1997, s. 90-94.
- 14 ks. T. Ślipko, op. cit., s. 162.
- 15 DoE nr 3; Por. EV 65
- 16 Cyt. za *Tajemnica bólu*, op. cit., s. 7.

Czyniąc ze śmierci towarzyszkę życia¹

**Rozważając problem śmierci, warto
we wstępie stwierdzić, że kultura
naszych czasów wyrzekła się śmierci.
Uczyniliśmy z niej temat tabu,
zepchnęliśmy na margines
naszych rozważań, wyparliśmy
z naszych rozmów.**

MGR BEATA DOBROWOLSKA
KATEDRA I ZAKŁAD PEDAGOGIKI
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Wplynęło na to wiele czynników, z których większość nawiązuje do zmiany hierarchii wartości. Naczelnym miejscem w tej hierarchii przyznaje się obecnie temu wszystkiemu, co przysparza pieniędzy, przyjemności, sukcesu. Przewaga egzystencji nakierowanej na posiadanie nad egzystencją nakierowaną na życie – to model współczesnego społeczeństwa². Nastawienie na sukces widoczne jest w każdej dziedzinie

życia ludzkiego. Dlatego naturalnym wydaje się pragnienie człowieka by dotyczyło także zjawiska śmierci. Rozwój nauki i techniki doprowadził do rozwiązania problemów nękających ludzkość przez wiele stuleci, przyczynił się do zmniejszenia śmiertelności, ale nie zlikwidował śmierci. Z tego powodu człowiek współczesny traktuje istnienie śmierci jako porażkę, zjawisko którego nie można pokonać.

Przebrana ze śmiercią skłania człowieka do wyparcia jej z refleksji. Przynajmniej tyle może zrobić, uznać ją za nieistniejącą wbrew rzeczywistości. W ten sposób zaprzepaszcza on tradycję, w której kult śmierci równy był kultowi życia. Sytuacja wyparcia śmierci ze świadomości indywidualnej i społecznej została nazwana fenomenem śmierci zdziczałej. Jak pisze Szewczyk: „Skutkiem owego wyparcia dziczeje ona (śmierć – B. D.), jak dziczeje oswojony zwierzak wypędzony z domu (...). W ten sposób zdziczała śmierć zaczyna napaść współczesnego człowieka coraz większym lękiem w miarę swego dziczenia (...)”³.

Mimo to śmierć istnieje, niezależnie od naszych wysiłków zmierzających do okrycia jej grubą warstwą frazesów. Gdzieś głęboko w świadomości każdego z nas brzmi średniowieczne hasło: memento moris. Scheler w książce „Cierpienie, śmierć, dalsze życie” pisze, że człowiek posiada intuicyjną pewność śmierci. Różni się ona od poczucia bliskości śmierci, które pojawia się u chorego oraz nie towarzyszą jej afekty⁴. Zadaniem człowieka jest umocnienie

tej pewności oraz uczynienie myśli o śmierci czymś naturalnym. Ponadto owa myśl musi dotyczyć mojej osobistej śmierci. Bowiem jak twierdzi Kołakowski: „Że każdy jest śmiertelny, to fakt naturalny, ale wyraźna intuicja „ja umrę” naturalna nie jest”⁵.

W związku z powyższym stwierdzeniem, celem niniejszej pracy jest próba wykazania, że refleksja na temat śmierci w ogóle, szczególnie zaś na temat śmierci własnej, stanowi

że życie składa się z etapów, jednym z nich jest śmierć. Trzeba jednak zauważyć, iż jest to etap końcowy, którego opis staje się niemożliwy, dlatego też nic nie możemy powiedzieć o jego istocie. Innymi słowy śmierć stanowi doświadczenie graniczne, którego treść staje się niekomunikowalna⁷.

Traktowanie śmierci jako zjawiska nieopisanego, w swej istocie nieznanego powoduje, że przyjmujemy stanowisko „umiera się”. Ta-



„Śmierć dla wiekiem podeszłego bliżej nie stoi niż dla tego, co się dopiero narodził; podobnie i życie”.

K. GIBRAN

ogromne znaczenie dla człowieka. Wpływa bowiem na jego egzystencję, jej sens oraz osobisty stosunek do jej kresu.

Rozważając na temat śmierci trzeba podkreślić, że jest ona procesem dotyczącym każdego życia. Nie można zmienić porządku świata, który jest przez śmierć zdeterminowany. „(...) czym jest śmierć? – pisze Aureliusz w *Rozmyślaniach* – Gdy się kto jej samej przyjrzy i przez rozbiór wyobrażenia oddzieli to, co z nią łączy wyobrażenia, to za nic innego nie będzie się jej uważało, jak za dzieło natury”⁶. Stwierdzenie to zawiera prawdę, która głosi

kie podejście – zgodnie z poglądem Heideggera – stwarza iluzję, że śmierć nas nie dotyczy⁸. Inaczej mówiąc, przecząc uznaniu śmierci za oczywisty i pewny kres egzystencji, tworzymy obraz siebie jako istoty nieśmiertelnej. Przekonanie o tej „doczesnej nieśmiertelności” bardzo często prowadzi do niedocenia-
nia życia. Sogjal Rinpocze – autor „Tybetańskiej księgi życia i umierania” pisze: „Kiedyś brałem udział w konferencji, którą transmi-
towała BBC. Uczestnicy rozmawiali z umierającą kobietą. Była przerażona – nigdy nie pomyślała, że śmierć jest czymś rzeczywistym. Teraz już wiedziała. Miała tylko jedno przesłanie dla tych, którzy ją przeżyją: traktujcie życie, i śmierć, poważnie”⁹.

Analizując kwestię lęku przed śmiercią, trzeba podkreślić, że jest on w znacznej mierze spowodowany unikaniem rozmyślań na ten temat. Myśl o ostatniej chwili życia z pewnością zracjonalizowałaby nasze podejście do śmierci. Jak pisze Montaigne: „(...) odejmijmy śmierci dziwność; obcujmy z nią, przywyknijmy do niej; hodujmy ją w myśli jako nieustan-

BIBLIOGRAFIA

- Aries Ph., Człowiek i śmierć, t. E. Bąkowska, Warszawa 1992
- Aureliusz M., Rozmyślania, t. M. Reiter, Warszawa 1984
- Fromm E., Niech się stanie człowiek, t. R. Saciuk, Warszawa 1994
- Fromm E., O sztuce istnienia, t. R. Saciuk, Warszawa 1997
- Heidegger M., Bycie i czas, Warszawa 1994
- Kaczmarek S., Filozoficzne kontrowersje dotyczące zagadnienia śmierci, w: Śmierć i umieranie jako problem filozoficzny i dydaktyczny w Akademii Medycznej, red. M. Obara, w: „Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania”, Poznań 1985, nr17
- Kołakowski L., Bóg nam nic nie jest dłużny, t. I. Kania, Kraków 1994
- Księga Koheleta, w: Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Poznań - Warszawa 1990
- Kübler-Ross E., Życiodajna śmierć, t. E. Stahre-Godycka, Poznań 1998
- Kwiatkowski W., Tanatologia – nauka czy pseudonauka, w: Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej, red. M. Gałuszko, K. Szewczyk, Warszawa - Łódź 1996
- Levine S., Kto umiera? Sztuka świadomego życia i świadomego umierania, t. B. Kuchta, A. Dobrzańska, Warszawa 1996
- Montaigne M., Próby, t. T. Zeleni (Boy), ks. I, II, Warszawa 1957
- Moody R., Życie po życiu, t. I. Doleżal-Nowicka, Warszawa 1980
- Rinpocze S., Tybetańska księga życia i umierania, t. A. Kozieł, Warszawa 1995
- Scheler M., Cierpienie, śmierć, dalsze życie, t. A. Węgrzecki, Warszawa 1994
- Szewczyk K., Lęk, nicosis i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu, w: Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej, red. M. Gałuszko, K. Szewczyk, Warszawa - Łódź 1996
- Szyszkowska M., Stwarzanie siebie, Warszawa 1994

ną towarzyszkę, w każdej chwili przedstawiajmy ją wyobraźni i pod wszelką postacią”¹⁰. Myślenie o własnej śmierci nawet w chwili doskonałej kondycji psychofizycznej czyni kwestię końca życia mniej mitologiczną, tajemniczą i przerażającą. Trzeba bowiem sobie zdać sprawę z tego, że „Unikanie myśli o śmierci nie czyni nas nieśmiertelnymi. Kto nie myśli o swojej śmierci, ten oszukuje sam siebie, bowiem każdy kto się urodził, musi kiedyś umrzeć”¹¹.

Warto zauważyć, że sama śmierć ma bardzo wiele obliczy. Właściwie każdego dnia w niej uczestniczymy nie odczuwając jej. Mam tu na myśli nie tylko te miliony stworzeń, które umierają wówczas, gdy my budujemy naszą przyszłość. Bowiem każda chwila, która minęła – umarła, nie powróci już do nas. Jak pisze Montaigne: „Dzień wczorajszy umiera w dzisiejszym i dzisiejszy umrze w jutrzejszym, i nie ma nic, co by trwało i ciągle było tym samym”. Oraz „I oto my w głupocie swojej obawiamy się jednego rodzaju śmierci, skorośmy już przebyli i przebywamy ciągle tyle innych”¹².

Uświadomienie sobie tego faktu – mimo sugestii Montaigne’a – z pewnością nie usunie lęku przed śmiercią, ale może pomóc człowiekowi w pełni wykorzystać dany mu czas. To „w pełni” oznacza traktowanie każdego dnia jako tego ostatniego, bez zostawiania bagażu nie załatwionych spraw. Chodzi tu głównie o relacje w jakie wchodzimy z innymi ludźmi oraz stosunek do siebie samych – zgoda na to kim jestem i co robię. „Żyjąc we właściwy sposób – twierdzi Kübler-Ross – nie będziecie lękali się śmierci. Śmierć jest wielką ulgą, która na nas czeka. Nie musicie się o nią niepokoić. Natomiast powinniście się niepokoić o to, co robicie DZISIAJ z waszym życiem. Jeśli dziś w każdej sytuacji dokonujecie najprzedniejszego wyboru, na jaki was stać, wyboru dyktowanego wewnętrznym przekonaniem – (...) – moment śmierci będzie dla was chwilą wielkiego pokoju”¹³. Innymi słowy sposób w jaki człowiek żyje, jego tzw. filozofia życiowa ma ogromny wpływ na jego stosunek do śmierci. Zaś z drugiej strony, myślenie o śmierci – własnej i cudzej – w celu uczynienia jej mniej tajemniczą oraz obcą, zmienia nastawienie do własnego życia.

Jak widać podstawą staje się tu samoreflexja, umiejętność przebywania sam na sam ze sobą. Jest ona sztuką, którą opanowało niewielu ludzi. Wymaga bowiem odwagi „ogłędania” tego wszystkiego czego człowiek w sobie nienawidzi oraz tego wszystkiego czego się boi. Są to przede wszystkim sprawy związane ze sposobem życia. Jeśli jest ono w peł-



ni świadome oraz autentycznie wykorzystywane, wówczas samoreflexja nie jest bolesna i z reguły towarzyszy jej pogodzenie się z własną śmiercią, która ma kiedyś nadejść. Jeśli natomiast człowiek żyje automatycznie, pasywnie i w niezgodzie z samym sobą – w chwili samoreflexji pojawia się uczucie niespełnienia, a za nim bunt przeciwko śmierci, dlatego unika on takich chwil. „Umieranie jest dojmująco bolesną koniecznością – pisze Fromm – ale myśl o konieczności umierania, gdy się wcale nie żyło – jest nie do zniesienia”¹⁴.

Warto w tym miejscu zauważyć, że żyć autentycznie nie oznacza eksploatować się w całej mnogości zadań czy obowiązków, które sobie sami wyznaczamy, a które najczęściej dotyczą gromadzenia wszystkiego co napotykaemy na swej drodze. Żyć autentycznie to zaakceptować fakt, że wszystko podlega nieustannym zmianom i nic nie trwa wiecznie. Konsekwencją takiej akceptacji ma być traktowanie na dystans tego, co materialne, co stanowi przyczynę naszego zniewolenia. „Marność nad marnościami – wszystko marność” – czytamy w Księdze Koheleta. Dlatego nie warto gromadzić tylko dla zaspokojenia żądz posiadania. Praca człowieka ma sens o tyle, o ile przynosi mu radość oraz poczucie spełnienia. Musi on nauczyć się cieszyć ze swoich dzieł

Przypisy

1. Tekst wygłoszony podczas Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Godny koniec życia - aspekty gerontologiczne”, Lublin 14-15 maj, 1999.

2. Por. E. Fromm, O sztuce istnienia, tł. R. Saciuk, Warszawa 1997. Autor przedstawia model społeczeństwa konsumpcyjnego, zorientowanego na własność oraz ukazuje drogę jaką musi przebyć każdy, kto chce porzucić taki model życia. Według niego hasło dla egzystencji nakierowanej na posiadanie brzmi: „Jestem tym, co mam”, natomiast egzystencję zorientowaną na życie cechuje hasło: „Jestem tym, kim jestem”.

3. K. Szewczyk, Lęk, nicność i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu, w: Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej, red. M. Gałuszko, K. Szewczyk, Warszawa - Łódź 1996, s. 16. Na temat śmierci zdziwiającej oraz śmierci oswajonej pisze Ph. Aries. Por. Ph. Aries, Człowiek i śmierć, tł. E. Bąkowska, Warszawa 1992.

4. Por. M. Scheler, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, t. A. Węgrzecki, Warszawa 1994, s.90.
5. L. Kołakowski, *Bóg nam nic nie jest dłużny*, t. I. Kania, Kraków 1994, s. 161.
6. M. Aureliusz, *Rozmyślenia*, t. M. Reiter, Warszawa 1984, s. 16.
7. Jakkolwiek znane są opisy stanów bliskich śmierci (doświadczenia ludzi po śmierci klinicznej, to nigdy nie dotykają one istoty śmierci. Por. Kubler - Ross, op. cit. oraz R. Moody, *Życie po życiu*, t. I. Doleżał-Nowicka, Warszawa 1980.
8. M. Heidegger, *Bycie i czas*, Warszawa 1994, s. 356.
9. S. Rinpocze, *Tybetańska księga życia i umierania*, t. A. Kozieł, Warszawa 1995, s. 38.
10. M. Montaigne, *Próby*, t. T. Zeleniński (Boy), ks. I, Warszawa 1957, s. 148-149.
11. S. Kaczmarek, *Filozoficzne kontrowersje dotyczące zagadnienia śmierci*, w: *Śmierć i umieranie jako problem filozoficzny i dydaktyczny w Akademii Medycznej*, red. M. Obara, w: „*Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania*”, Poznań 1985, nr 17, s. 43.
12. Montaigne, op. cit., t. II, s. 357.
13. E. K[ubler] - Ross, *Życiodajna śmierć*, t. E. Stahre-Godycka, Poznań 1998, s. 117.
14. E. Fromm, *Niech się stanie człowiek*, t. R. Saciuk, Warszawa 1994, s. 134.
15. *Księga Koheleta*, w: *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Pallotinum Poznań - Warszawa 1990, s. 739.
16. Por. S. Levine, *Kto umiera? Sztuka świadomego życia i świadomego umierania*, t. B. Kuchta, A. Dobrzańska, Warszawa 1996, s. 98-99. Por. także S. Rinpocze, op. cit., s. 50.
17. Montaigne, op. cit., t. I, s. 160. Por. także Aureliusz, op. cit., s. 17.
18. M. Szyszkowska, *Stwarzanie siebie*, Warszawa 1994, s. 19.
19. Por. W. Kwiatkowski, *Tanatologia - nauka czy pseudonauka*, w: *Umierać bez lęku...*, s. 125.

oraz korzystać z nich, pamiętając jednocześnie o perspektywie śmierci. Jest to jedyny prawdziwy jego udział w życiu. Jak pisze Kohelet: „Oto, co ja uznałem za dobre: że piękną jest rzeczą jeść i pić, i szczęścia zażywać przy swojej pracy, którą się człowiek trzusi pod słońcem, jak długo się liczy dni jego życia, których mu Bóg użyzył: bo to tylko jest mu dane”¹⁵.

Wygrana ze zniewalającą człowieka żądzą posiadania, a także umiejętność wykraczania poza to, co materialne, rodzi niewątpliwie wewnętrzny spokój. Stan wyciszenia sprawia, że człowiek postrzega siebie i innych ludzi takich jakimi są, bez stawiania warunków. Jeśli dołączy do tego akceptację przemijania wszystkiego co go otacza i w czym uczestniczy, wówczas obcy staje się mu lęk przed śmiercią. Pozbywa się bowiem przywiązania do cze-gokolwiek i kogokolwiek, jest świadomy przemijania¹⁶. Inaczej mówiąc, umierając nie tracimy tego, co przeszło czy tego, co przyjdzie gdyż nie jest to w naszym posiadaniu. Tracimy krótkie „teraz”, a nim jesteśmy obdarowani wszyscy po równo. Dlatego nie istotne jest czy nasze życie trwa pięćdziesiąt czy sto lat. Człowiek, który żyje sprawiedliwie, z pożytkiem dla siebie i innych będzie zadowolony z czasu trwania swego życia. Stąd stwierdzenie Montaigne'a: „W którymkolwiek punkcie życie wasze się kończy, jest ono całkowite. Pożytek życia nie tkwi w czasie jego trwania, jest on w jego wyzyskaniu (...)”¹⁷.

Patrząc z perspektywy dotychczasowych rozstrzygnięć, można powiedzieć, że akceptacja własnej i cudzej śmierci wiąże się w znacznej mierze z akceptacją zmiany. Stan taki powoduje postrzeganie zjawisk, w których uczestniczymy jako nietrwałych i ulotnych, co prowadzi do unikania przywiązania. Chodzi tu głównie o przywiązanie zniewalające, które stanowi podstawową przyczynę rozterek i bólu, gdy nadchodzi chwila rozstania. Takie przywiązanie dotyczy nie tylko rzeczy, ale również (a może przede wszystkim) ludzi. Żal po utracie bliskiej nam osoby staje się często nie do zniesienia. Wypływa on z pobudek egoistycznych, zostaliśmy bowiem pozbawieni przyjemności obcowania z nią, nie będzie jej w pobliżu, gdy zajdzie taka potrzeba. Jakże często słyszymy słowa: „co on mi zrobił, zostawił mnie i odszedł!?”.

Trzeba jednak podkreślić, że świadomość przemijania nie oznacza rezygnacji z życia. Przeciwnie! Dopiero wówczas można je w pełni wykorzystać. Bowiem – jak zostało już powiedziane – rzeczywistość jawi się nam w swej istocie, taką jaką jest, nie służy już bowiem do

osiągnięcia nakierowanych na posiadanie celów. Drugi człowiek zaczyna być ważny ze względu na to kim jest, nie ze względu na to do czego może mi służyć. Dlatego też spotkanie z otaczającym mnie światem rodzi radość, pozostaje nie zmałowane potrzebą gromadzenia i lękiem przed utratą.

Kontynuując rozważania na temat lęku przed śmiercią, warto zauważyć, że bardzo często jego przyczyną jest wizja umierania w osamotnieniu, bez bliskości drugiego człowieka. Pojawia się tu problem relacji interpersonalnych w życiu człowieka, to jak one wyglądają ma niewątpliwie duży wpływ na to czy umrze sam, czy w obecności innych. To jednak nie jest tematem tej pracy. Trzeba natomiast dodać, że śmierć jest zawsze samotna. Nikt nie może umrzeć moją śmiercią, jest ona czymś wyjątkowym i niepowtarzalnym. Bez względu na to ile osób otacza „łóż śmierci”, umiera się samotnie. Jak pisze M. Szyszkowska: „Osamotniony czuje się człowiek w sytuacjach krańcowych. Choroba i śmierć są stanami, w których nawet czuła, nieustanna obecność bliskich nie uwalnia, poddanego tym próbom, od poczucia osamotnienia”¹⁸. Ulgę może przynieść świadomość umierania oraz poczucie spełnienia.

Konkludując dotychczasowe rozważania, trzeba stwierdzić, że refleksja na temat własnej śmierci powinna towarzyszyć człowiekowi w ciągu całego jego życia, nawet w chwili doskonałej kondycji zdrowotnej. Bowiem dopiero koncentrując się na śmierci, koncentrujemy się na życiu; znaczenia nabiera wówczas chwila obecna, a nasze działania zmierzają do pełnego jej wykorzystania. Trzeba tu jednak podkreślić, aby uniknąć nieporozumień, że refleksja na temat mojej osobistej śmierci ma znaczenie o tyle, o ile przyczynia się do postrzegania życia jako najwyższej wartości. Bowiem sama myśl o śmierci, bez pozytywnych konsekwencji dla życia (myśl o śmierci pozwala traktować życie jako odzyskaną szansę¹⁹) byłaby jedynie paraliżem woli, który uniemożliwia jakiegokolwiek działanie. Innymi słowy, myśl o śmierci ma nauczyć jak w jej świetle zachować sens życia. Ponadto akceptacja mojej osobistej śmierci zmienia nastawienie do śmierci innych, niejednokrotnie bliskich osób. Chwila konfrontacji z cudzym umieraniem staje się chwilą pełnego zaangażowania w pomoc temu, kto umiera; umożliwia otwarcie się na jego lęki, pozwala rozproszyć jego niepokój. Śmierć odzyskuje wówczas swój majestat oraz staje się dla osoby żyjącej źródłem bezcennych doświadczeń.

Proeutanatyczne stanowiska filozofów

Problematyka tanatologiczna, która dotyczy między innymi zagadnienia eutanazji niesie ze sobą wiele trudnych i bolesnych pytań. Niektóre z nich nadal pozostają bez odpowiedzi.

MGR SOCJOL. ARTUR PIOTR TOFIL
OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI

Kluczem do zrozumienia sensu cierpienia i śmierci w różnych wymiarach społeczno-kulturowych może być poznanie czym jest sam fakt życia w tych samych wymiarach. Co znaczy żyć i w czym leży wartość życia, dlaczego jest ono wartością najwyższą? Co stanowi o wartości człowieka, kiedy człowiek traci wartość? Czy można przerwać życie człowieka z litości, by skrócić jego cierpienia, czy prawo do decydowania o własnej śmierci należy do niezbywalnych praw człowieka? Czy wreszcie prawa człowieka pozwalają jemu samemu wyrazić wobec lekarza wiążącą decyzję, by lekarz skrócił jego cierpienia zadając śmierć?

„Tyle jest możliwych rodzajów filozofii śmierci, ile jest rodzajów filozofii życia”.¹

Eutanazja jako problem moralny i filozoficzny pojawia się już na kartach Pisma Świętego. Kiedy Saul, pierwszy król Izraela, został pokonany w bitwie przez Filistynów rzucił się na miecz chcąc popełnić samobójstwo. Jednakże śmierć nie nadchodziła. Poprosił więc swego giermka, aby ten skrócił jego cierpienia. Ten jednakże odmówił wykonania tego życzenia swojego władcy. O tę samą przysługę poprosił więc król przechodzącego właśnie w pobliżu Amalekite. Ten zaś widząc, że śmierć króla jest pewna spełnił życzenie Saula. Dawid powiadomiony o przebiegu tego wydarzenia rozkazał zabić sprawcę czynu, ponieważ ten zabił Pomazańca (1 Sm 31, 1-6; 2 Sm 1, 1-16). Jednoznaczna wymowa tego fragmentu Biblii ma swoje potwierdzenie we współczesnym stosunku Kościoła do eu-



tanazji. Jakkolwiek poglądy wynikające z chrześcijaństwa (a także wcześniejszego judaizmu) opierające się na V przykazaniu Dekalogu, wyraźnie sprzeciwiają się eutanazji, to jednak w kolebce naszej kultury – starożytnej Grecji, gdzie powstały pierwsze zwarte systemy filozoficzne, problematykę przyspieszania śmierci u nieuleczalnie chorych postrzegano zupełnie odmiennie. Powodem takiego stanu rzeczy mógł być stosunek starożytnych do cierpienia. Inaczej niż w chrześcijaństwie, gdzie cierpienie zyskało uzasadnienie eschatologiczne, wśród myślicieli greckich było postrzegane raczej, jak naruszenie pewnego porządku rzeczy, swoistego *status quo* między życiem, a śmiercią. Ponadto starożytność faworyzowała harmonię duszy i ciała, umiarkowanie, wydumaną roztropność, nadrzędną pozycję dobra wspólnego (grecka *kolokagatia*), toteż filozofowie tamtego okresu potępiali wszelkie przejawy słabości i bezsensownej walki ze śmiertelną chorobą.

Platon uważał leczenie terminalnie chorych za niecelowe. Zalecał lekarzom by nie poddawać terapii i opiece pacjenta, gdy ten nie wykazuje dostatecznych sił witalnych. W III księdze *Politei*, czytamy: „... jeśli ciała będą mieli lichy, tym pozwoli się umrzeć, a których by dusze były złej natury i nieuleczalne, tych będą sędziowie skazywali na śmierć”.² Myśli te były częścią eugenicznych koncepcji Platona, które miały doprowadzić do utworzenia idealnego

Nawet gdyby cały Wszechświat gotował się do zgniecenia człowieka, góruje on nad tym, co go zabija, ponieważ wie, że umiera.

Wszechświat zaś nad nim ma tę przewagę, że tego nie wie.

PASCAL

państwa. Interes jednostki miał być bezwzględnie podporządkowany interesowi ogółu, a wartość jednostki miała być mierzona jej przydatnością dla społeczeństwa i państwa. Zgodnie z tymi zasadami, człowiek traci prawo do życia, gdy przestaje być użytecznym dla innych.

To nastawienie do słabych i nieuleczalnie chorych ludzi należy także rozpatrywać w kontekście zabijania, względnie porzucania chorych dzieci.

Nie tylko Platon, ale i Arystoteles (*Polityka* VII, 14) zaleca, aby żadne kalekie dziecko nie było dalej wychowywane. Kalekie, słabe i wątłe strącano więc z Góry Tajget (w Rzymie ze skały Tarpejskiej wraz ze zdrajcami ojczyzny).

Starożytna kultura gloryfikowała piękno i młodość. Ludzie nieuleczalnie chorzy, kalecy, słabi, brzydacy, nieużyteczni wypadali poza krąg zainteresowania ówczesnej medycyny. Jedynie lekarze z kręgu Hipokratesa – ojca medycyny odrzucali usuwanie płodu, zabijanie dzieci, czy pomoc przy śmierci, podporządkowując się zasadom wynikającym ze sławnej przysięgi. Niemniej także w pracach Hipokratesa można odnaleźć wytyczne dla lekarzy, by nie podejmowali się leczenia chorych dotkniętych chorobą źle rokującą, śmiertelną, gdyż nieuchronne niepowodzenie przyniesie ujmę autorytetowi lekarza oraz autorytetowi samej medycyny. W sporze z sofistami, którzy podważali sens istnienia sztuki lekarskiej dowodzi, że „[...] jest to zupełne od cierpienia uwolnienie, bólów ostrości przytępienie, wreszcie całkowicie przez chorobę ovladniętych poniechanie, płynące ze świadomości, że do leczenia ich sztuka ta nie jest zdolna”. Więc istnieje i zachowuje racje bytu, choć „[...] słusznie nie porywa się na choroby nieuleczalne”.³

Poglądów Hipokratesa nie podzielał Zenon z Kition i cała założona przez niego szkoła stoicka. Filozofia tej szkoły ukierunkowana była wyłącznie na jednostkę i to jej przypisywała moralne zobowiązanie do wolnego wyboru momentu śmierci. Stoicy uważali, że człowiek powinien unikać bólu i lęku przed śmiercią. Najlepszym sposobem podkreślenia wolności jednostki i jej prawa do samostanowienia miało być przekształcenie swojej śmierci w czyn wolnego podmiotu, a więc przyspieszenie naturalnego końca przez samobójstwo. W podobnym duchu wypowiadali się stoicy rzymscy: Cyцерo i Seneka.⁴

Zarówno u Platona, jak i u stoików funkcjonowało rozróżnienie pomiędzy życiem wartościowym, użytecznym i bezwartościowym, nieużytecznym. Różnica jednak tkwi w tym, że w propagowanym przez Platona typie eutanazji inni osądzają wartość życia, zaś w typie stoickim to dany człowiek sam ocenia wartość swojego bytu.

Rozmyślenia starożytnych dały podstawę dla całej argumentacji proeutanatycznej, która w historii ludzkości pojawiła się na nowo dopiero w XVI wieku. Zwolennicy eutanazji będą bowiem od tej pory powielać koncepcję Platonską o bezsensowności życia śmiertelnie chorego człowieka, którego cierpienie jest bezwartościowe dla społeczeństwa, albo będą podkreślać potrzebę autonomii jednostki w podejmowaniu decyzji o zakończeniu życia, jak miało to miejsce u stoików.

Angielski mąż stanu i wybitny humanista, Tomasz Morus (1478-1535) w swym dziele „O lepszej konstytucji państwa i nowej wyspie Utopii” zarysował kształty pierwszego, zorganizowanego systemu eutanatycznego. Utożsamiając się w pewnym stopniu z eugenicznymi poglądami Platona, tak opisywał postępowanie wobec śmiertelnie chorego na idealnym acz wymyślnym społeczeństwie: „[...] gdy z nieuleczalną chorobą łączą się ustawiczne, gwałtowne cierpienia, wtedy odwiedzają chorego kapłani i urzędnicy i podają mu najlepszą według ich przekonania radę: wykazują mu, że ponieważ nie może spełniać żadnych obowiązków, których wymaga życie, więc przeżył już niejako swą śmierć i teraz jest już tylko przykrym

ciężarem dla innych i dla siebie; nie powinien więc dłużej pozwalać aby wyniszczała go straszna choroba, lecz raczej winien odważnie umrzeć, gdyż życie jest dla niego męka; niech więc z otuchą w sercu albo sam uwolni się od tego smutnego życia, jakby od więzienia i tortur lub zgodzi się, by inni go wyzwolili”.⁵ Jednocześnie dodaje, że osobista wola chorego jest *conditio sine qua non* pozbawienia go życia. Jeśli chory chce dalej żyć, lekarze mają obowiązek pielęgnować go z taką samą troskliwością jak innych, choć ten który zgodzi się na śmierć powinien być otoczony powszechną czcią jako człowiek odważny, niemal jak bohater. Przy czym odróżnia akt eutanatyczny od samobójstwa: „jeśli ktoś odbierze sobie życie z powodu, którego nie uznają kapłani ani senat, wówczas nie grzebią zwłok jego, ani nie palą, lecz ze wstrętem rzucają je do jakiegoś bagna”. Thomas More uzasadniając postępowanie społeczności Utopii powołuje się na wolę Boga. Chodziło jednak o względy bardziej prozaiczne – eliminowanie ludzi mało przydatnych społecznie, uszczuplających jedynie zasoby żywnościowe. Niekiedy w historii myśli społecznej nazywano tego rodzaju postępowanie *eutanazją oszczędzania*.⁶

Taka *ideologia śmierci*, jak to określił Herbert Marcuse, kłóciła się z poglądami Johna Locke’a (1632-1704). Filozof angielski wykazywał, że życie człowieka jest nie tylko niezwyklej uprawnień, ale i uprawnieniem niezwykłym. Nie znajdował więc uzasadnienia dla jakichkolwiek działań eutanatycznych. Ten miłośnik liberalnie pojmowanej zasady wolności uważał eutanazję za przejaw tyranii wobec jednostki.

Franciszek Bacon w „Nowej Atlantydzie” (1620) i wcześniejszym „Advancement of Learning” (1605) używa bodaj po raz pierwszy w dziejach nowożytnych terminu eutanazja i stwierdza, że zadaniem lekarza jest nie tylko przywracać zdrowie, ale również łagodzić ból i cierpienie, i to nie tylko wówczas, gdy takie działanie może prowadzić do wyzdrowienia, ale również wtedy, gdy ma służyć do lekkiego i łatwego zgonu.

Fizjologiczne teorie czasów Renesansu utrzymywały, że każdy człowiek rodzi się z określonym zasobem substancji życiowych. Jeśli zostały one wykorzystane z umiarem i myślą o długim życiu, śmierć miałaby następować naturalnie, łagodnie, bez cierpienia. Ale jeśli którykolwiek ze składników substancji życiowej był zużywany w sposób nienaturalny, umieranie przebiegać miało w stanie bolesnej agonii. Ta koncepcja „łatwego” i „trudnego” umierania nasycona została przez humanistów epoki Odrodzenia treściami myśli chrześcijańskiej. W jej świetle każdy rodzaj śmierci naturalnej, także w cierpieniach jest czymś moralnie lepszym od śmierci nienaturalnej, sztucznie przyspieszonej. Tak pojmował to między innymi Luigi Cornaro, autor wpływowego dzieła „Wstrzemięźliwe życie” (1588). Uznano go za prekursora eutanazji bierniej i zwolennika „lekkiej” śmierci.

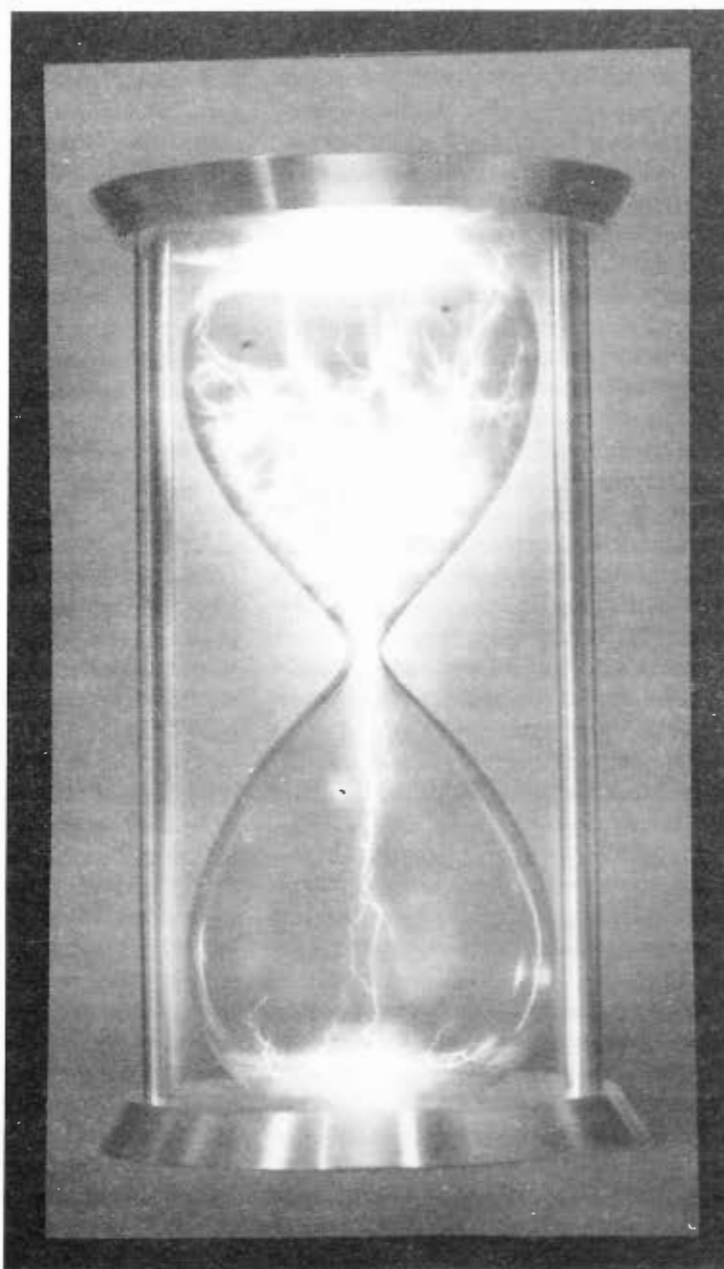
Oświecenie lekceważyło problematykę eutanazji. Myśliciele tej epoki zaprzętnięci byli głównie dążeniem do szczęścia, odrzucali więc wszystko, co mogłoby przywołać na myśl cierpienie. Jeremiasz Bentham (1748-1832),

parafrazując słowa włożone w usta Hamleta „być albo nie być”, głosił maksymę: „być szczęśliwym albo nie być wcale”. Johan Gottlieb Fichte (1762-1814) twierdził, że w przypadku utraty autonomii własnego *ja* prawo moralne znosi obowiązek życia, ponieważ życie bez wolności własnego *ja* jest niegodne, nieludzkie i bezwartościowe. David Hume (1711-1776) wykazał, że życie w wieku starczym może stać się ciężarem i wtedy człowiek powinien mieć odwagę uwolnić się od ciężaru bytu przez własny akt samobójczy, który jest obowiązkiem wobec Boga, społeczeństwa i samego siebie.

Tę opinię podzielał przychylny samobójstwu Arthur Schopenhauer (1788-1860). Między innymi pod jego wpływem zaczęto wysuwać postulat, aby nieuleczalnie chorym przyznać prawo do śmierci, a lekarzowi pozwolić w określonych przypadkach na uśmiercanie swoich pacjentów.

Fryderyk Nietzsche (1844-1900) rzucił nowe światło na problematykę eutanazji. Negując istnienie Boga, filozof ten stwierdził, że śmierć jest absolutnym końcem życia, zaś strach przed śmiercią bezsensowną „europejską chorobą”, której sprawcą jest „żałosny chrześcijański lęk przed tamtym światem”. Nietzsche dzieli życie na wartościowe i bezwartościowe, i rozumie pod tym ostatnim – podobnie jak stoicy – życie, w którym człowiek nie jest panem samego siebie. Człowiek i tylko człowiek ocenia wartość i bezwartościowość swojego życia, ponieważ nie ma Boga ani innego świata, i dlatego jako istota rozumna powinien być wykonawcą własnej śmierci.⁷ Nietzsche bronił poglądu, że „właściwy” czas śmierci nie powinien wynikać z chłodnej kalkulacji, lecz winien być wyrazem dumnego aktu egoizmu.

Na przełomie XIX i XX wieku rosyjski filozof Mikołaj Fiodorow wierzył, że nauka wyzwoli ludzkość z „przeklętej” dolegliwości śmierci. Ułatwieniem dla bezbolesnego



Fizjologiczne teorie czasów Renesansu utrzymywały, że każdy człowiek rodzi się z określonym zasobem substancji życiowych. Jeśli zostały one wykorzystane z umiarem i myślą o długim życiu, śmierć miałaby następować naturalnie, łagodnie, bez cierpień. Ale jeśli którykolwiek ze składników substancji życiowej był zużywany w sposób nienaturalny, umieranie przebiegać miało w stanie bolesnej agonii.

rozstawania się z życiem stały się coraz powszechniejsze środki medyczne niosące ulgę w bólach. Zmniejszył się wpływ nauki chrześcijańskiej. Zaczęto częściej pisać i dyskutować o eutanazji. W tych dysputach biorą udział lekarze, jak L. Tollemache, czy G. B. Ughetti, którzy rozpatrują ten problem od strony deontologii lekarskiej i składają się do ujmowania życia i śmierci według nowych koncepcji.⁹ Duży wpływ wywierają literaci, jak Teodor Sturm, czy Paul Heyse. Zaczyna się także śmieiej wysuwać postulat, aby nieuleczalnie chorym przyznać prawo do śmierci i aby lekarz miał prawo uśmiercić chorego. Litość lekarza powinna, argumentowano, być aktywna.⁹

Tym wszystkim ruchom proetanicznym sprzyjała teoria rozwoju życia stworzona przez Karola Darwina (1809-1882), który starał się budować nową „ewolucyjną etykę”. Walkę o byt oraz selekcję przez eliminację słabych podniósł do rangi naukowo udowodnionego modelu społecznych rozwojów i stosunków. Według tej koncepcji wartość każdej jednostki ludzkiej wyznaczają jej wymierne osiągnięcia i użyteczności dla społeczeństwa, narodu czy rasy. Darwinizm społeczny odmówił najpierw ludziom niezdolnym do życia prawa do prokreacji, a potem też prawa do ochrony i utrzymania życia.

Pod wpływem tych wywodów powstawały *quasi* naukowe teorie, które podkreślały korzyści, jakie można osiągnąć dla społeczeństwa i samej jednostki dzięki niewielkim dawkom morfiny.

W XX wieku zaczęto opracowywać programy, które obok teoretycznej podbudowy wysuwały także określone postulaty praktyczne. Na terenie Niemiec zaznaczyła się tu szczególnie działalność Gerharda Hofmanna (pseudonim Ernst Mann). Zgodnie z jego publikacjami chorzy i słabi stanowią jedynie obciążenie dla społeczeństwa. Należy więc, co roku poddawać całą ludzkość kontroli lekarskiej, a osoby uznane za nieuleczalnie chore czy wyjątkowo słabe lub wyniszczone przekazywać do eliminacji. W tym celu powinno się powołać specjalną policję zdrowia. Obląkani, chorzy psychicznie i nieuleczalnie są bowiem dla E. Manna zniewagą dla miłosierdzia i inteligencji ludzkiej. Pierwszym obowiązkiem lekarza jest utrzymanie zdrowia ludzi zdrowych, a to jest możliwe wtedy tylko, gdy wyeliminuje się ludzi chorych. Należy więc przeprowadzić ostrą selekcję ludności według czterech kryteriów „miłosierdzia”. Pozwoli to w sposób bezbolesny usunąć chorych psychicznie, tych, którzy są ciężarem społecznym, nieuleczalnie chorych i zmęczonych życiem oraz

dzieci cierpiące na wrodzone kalectwo lub dotknięte wkrótce po urodzeniu przez nieuleczalne choroby. Hofmann – Mann bardzo krytycznie odnosił się do moralności judeochrześcijańskiej. Krytykował szczególnie przykazanie „Nie zabijaj”, jako „najbardziej nierozsądne”, jakie można sobie wyobrazić.

W 1920 roku ukazała się praca dwóch niemieckich uczonych, K. Bindinga i A. Hoche’a, pod wiele mówiącym tytułem „Pozwolenie na zakończenie życia bez wartości, jej zakres i forma”. Stanowi ona bardzo dokładne, przemyślane we wszystkich szczegółach studium planowego wyniszczania wszystkich osób społecznie niepożądanych, nieużytecznych i uciążliwych. Program zaproponowany przez tych uczonych jest prawie doskonały pod względem technicznym i przewiduje wszystkie możliwe okoliczności, łącznie z zakładanymi trudnościami technicznymi i administracyjnymi przeprowadzanej akcji oraz sposobami zapobiegania¹⁰ im. Prof. Binding, z wykształcenia prawnik miał raczej nieposzlakowaną opinię wśród niemieckiej palestry, przeciwstawiał się także powstającemu narodowemu socjalizmowi. Alfred Hoche jako psychiatra negował popularną metodę psychoanalizy, stąd niewątpliwie także brały się jego skrajne, eugeniczne poglądy. W dyskusji, którą ich książka rozpętała, świat lekarski w absolutnej większości odrzucił zdecydowanie możliwość legalizacji eutanazji. Szczególnie ostro przeciwstawiali się jej biskupi niemieccy, kiedy w 1934 roku toczyła się dyskusja nad przygotowywanym nowym projektem Kodeksu Karnego.

Niemniej Hoche i Binding znaleźli wykonawców dla swych teorii, choć z pewnością nie takich, jakby sami pragnęli, bowiem ich teoretycznie opracowany plan działań eutanacyjnych wobec pewnych kategorii osób został wprowadzony w programy nazistowskiego ludobójstwa.¹¹

Dyskusje na temat eutanazji nie toczyły się bynajmniej tylko w Niemczech. W 1925 r. we Francji rozgrzała debata, która obiegła całą Europę, w związku z procesem Stanisławy Umińskiej – polskiej aktorki, którą oskarżono o zabójstwo z litości i na żądanie swego narzeczonego Jana Żymowskiego. Umińska podała mu najpierw zastrzyk morfiny, a następnie zabiła go kulą rewolwerową. Sąd przysięgłych uwolnił ją od zarzutu morderstwa, co było niewątpliwie precedensem. Sama Umińska nie potrafiła wrócić do dawnego życia, poświęciła się pielęgniarstwu i wstąpiła do klasztoru.¹²

Również w Związku Radzieckim wydano w dniu 1 czerwca 1922 r. ustawę, której jeden

Przypisy

1 J. Szczepański, Sprawy ludzkie, Warszawa 1988, s. 306.

2 Platon, Państwo (tłum. Wł. Witwicki), Tom I, Warszawa 1994, s. 151.

3 Hipokrates, O sztuce lekarskiej (tłum. W. Klinger), Poznań 1937, s. 13.

4 Por. ks. A. Bartoszek, Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej, Katowice 2000, s. 48.

5 T. More, Utopia. Lublin 1993, s. 103-104.

6 R. Tokarczyk, Prawa narodzin, życia i śmierci. Etyczne problemy współczesności, Lublin 1984, s. 344.

7 ks. J. Dziedzic, Eutanazja a religijność. Badania wśród studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medium UJ, Kraków 1999, s. 38.

8 I. Ternon, S. Helman, Eksterminacja chorych psychicznie w III Rzeszy. Od teoretyków narodowosocjalistycznych do praktyków SS, Warszawa 1974, s. 65-66.

9 Ibidem, s. 66; Sturm i Heyse byli pisarzami o poglądach zasadniczo chrześcijańskich. Sturm odrzucał zdecydowanie eutanazję, niemniej sugestywny opis cierpień i dokonania eutanazji w noweli pt. Ein Bekenntnis posłużył w czasach reżimu hitlerowskiego do nakręcenia filmu propagującego eutanazję pod tytułem „Ich klage an”.

10 Por. J. Sawicki, W kręgu starych i nowych konfliktów, Warszawa 1974, s. 124-126.

z paragrafów głosił: „Zabójstwo na usilne żądanie zabitego i z litości nie będzie karane”, co było wyraźnym dopuszczeniem eutanazji. Później się z tego wycofano.

Po II Wojnie Światowej tematykę eutanazji na nowo podjął protestancki profesor etyki z USA Józef Fletscher. W 1954 roku wydał jego książkę zatytułowaną „Morals and Medicine”. Opowiadał się w niej za wprowadzeniem eutanazji dobrowolnej. Jego zdaniem, człowiek jako istota obdarzona wolnością, stanowiącą o jego osobowej godności, posiada prawo do decydowania o sobie samym. Swoim zasięgiem wolność obejmuje całość ludzkiej aktywności, łącznie z prawem do dysponowania własnym życiem oraz momentem jego zakończenia. Człowiek nie ma obowiązku życia: „szczególnie wtedy, kiedy przedłużające się życie jest tak odrażające i tak dogłębnie wyniszczone, że osoba zostaje pomniejszona i zdegradowana do nieprzytomności, względnie do niekontrolowanych reakcji nerwowych.”¹¹

Wśród luminarzy polskiej filozofii najbardziej znaczące i zwarte stanowisko proeutantyczne reprezentuje prof. Tadeusz Kotarbiński (1886-1981). W swym dziele „Medytacje o życiu godziwym” opowiada się za prawem jednostki do samostanowienia. Człowiek może robić co chce, ale tylko w granicach zaciągniętych zobowiązań i pod warunkiem wywiązywania się z nich. Jednakowoż te granice nie znoszą możliwości odbierania sobie życia, jeśli tylko takie działanie jest „złem najmniejszym z możliwych, wedle własnego rozeznania”. Kotarbiński wprost opowiada się za eutanazją, jako najbardziej godną formą zakończenia życia dla ludzi rozumnych, bez porównania rozumniejszą, niż oczekiwanie na brutalny zazwyczaj akt ze strony czy to przyrody, czy przypadku, czy wreszcie bliźnich działających nie w naszym, lecz własnym interesie. Według Kotarbińskiego ludzie boją się nie tyle śmierci, co umierania, a więc zadanie medycyny powinno polegać na uwolnieniu czło-

11 Por. R. Fuss, Goście ostrzegają, „Mysł Polska”, nr 46 (1322): 1997, s. 3; Cathleen A. Cleaver, Dyrektor ds. polityki prawnej w Radzie ds. Badań nad Rodziną w Waszyngtonie uważa, że przyczyną dla której powstał w międzywojennych Niemczech program eutanazji były kwestie natury statystycznej i ekonomicznej, natomiast rasistowskie resentymenty nie grały tu żadnej roli. Moralna transformacja niemieckiej medycyny nie miała nic wspólnego z dyskryminacją rasową (początkowo nawet Żydom odmawiano prawa do „litościwej śmierci”), a wiele – z medyczną ekonomią (por. <http://bezuprzedzen.pl/cywilizacje/smierc1.html>).

12 W. B. Pawlak, Perypetie z Temidą, Warszawa 1978, s. 360-361

13 Por. ks. T. Ślipko SJ, Życie i pleć człowieka. Etyczny problem samobójstwa, Kraków 1978, s. 496.

14 Książka G. Williamsa została wydana również w Polsce (Warszawa 1960).

15 Por. D. Humphry, Ostateczne wyjście. Praktyczne rady dla śmiertelnie chorych, jak samodzielnie lub z cudzą pomocą popelnąć samobójstwo. Bydgoszcz 1993, s. 21.

16 T. Kotarbiński, Medytacje o życiu godziwym, Warszawa 1985, s. 82.

17 A. Rachalski, Matadorzy i eutanaści, Gdańsk 1997; Prof. A. Rachalski jest członkiem dwóch towarzystw, które walczą o prawo do eutanazji: francuskiego Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité i niemieckiego Deutsche Gesellschaft für Humanes.

18 Każdy ma prawo do decyzji, „Życie”, 11.04.2001, s. 3

„Tyle jest możliwych rodzajów filozofii śmierci, ile jest rodzajów filozofii życia”.¹

Fletscher rozwijał antropologię, identyfikującą człowieczeństwo z racjonalnymi i duchowymi zdolnościami człowieka. Tam, gdzie takich zdolności brak (jak ma to miejsce u dzieci upośledzonych umysłowo) należy podejmować decyzje o uwolnieniu człowieka z tego nędznego i niegodziwego bytu.

Opinię Fletschera podzielał Glanville Williams. W swojej książce „Świętość życia i prawo karne” opowiadał się za legalizacją eutanazji dobrowolnej.¹⁴

Z etyki Fletschera i opinii prawnych Williamsa korzystają współcześni propagatorzy eutanazji, skupiający się w towarzystwa na rzecz jej legalizacji.¹⁵ Ruchy na rzecz legalizacji eutanazji powstały jeszcze w okresie przedwojennym w Anglii i Stanach Zjednoczonych. Działalność wielu z nich rozwija się po dziś dzień. Obecnie najbardziej znaczące poglądy popierające prawo lekarza do wspomaganie śmierci u nieuleczalnie chorych reprezentują: Peter Singer w Stanach Zjednoczonych (autor wydanej także w Polsce książki „O życiu i śmierci”. Upadek etyki tradycyjnej”) oraz Jacques Pohier we Francji, były teolog katolicki, a od 1984 roku członek jednego z najważniejszych towarzystw proeutantycznych.

wieka od tego lęku poprzez akt eutanatyczny. Pisze nawet w jednym z ustępów cytowanej książki: „niechże nauczy nas wszystkich medycyna, jak to robić (umierać), a pono można to robić nie tylko bez męczarni, lecz nawet z poczuciem euforii”. Uwolnienie człowieka od grozy umierania, zwłaszcza na bolesną i nieuleczalną chorobę, ukaże niewątpliwie „w jak wysokim stopniu możność pogodnego myślenia o własnej przyszłości zależy od uporania się z tą zmurą”.¹⁶

Współcześnie poglądy proeutantyczne znajdują także na gruncie polskim zagorzałych protagonistów. Znane są zwłaszcza dwa nazwiska: Alfreda Rachalskiego, autora książki „Matadorzy i eutanaści”¹⁷ oraz Bogusława Wolniewicza, który napisał najbardziej głośną polską rozprawę filozoficzną uzasadniającą dopuszczalność eutanazji, pt. „Eutanazja w świetle filozofii”. Alfred Rachalski, w wywiadzie udzielonym „Życiu” mówił, że jeżeli za eutanazję uznamy świadome uśmiercanie, gdy zarówno osoba, która zabija, jak i ofiara pragną tego uśmiercenia, to należy ten akt oceniać dodatnio, jako dobro. „Każdy człowiek ma wolną wolę i nie można się jej sprzeciwić”.¹⁸

Listy polecone

Postanowiliśmy, począwszy od bieżącego numeru publikować za zgodą obu Panów jako stały felieton pt. „Listy polecone”, bieżącą korespondencję Profesorów Mariana Kazimierza Klamuta oraz Jana Pietruskiego, dotyczącą ważkich, trudnych problemów naszej rzeczywistości. Inspiracją do wymiany poglądów stał się artykuł Prof. Mariana K. Klamuta pt. „Różne oblicza prawdy” zamieszczony w numerze 3/44 „Alma Mater”. W poprzednim wydaniu naszego kwartalnika ukazał się pierwszy list prof. J. Pietruskiego. Obecnie drukujemy odpowiedź prof. M. K. Klamuta.

RED.

Drogi Jasiu,

Twój list sprawił mi wielką przyjemność i był najmiłą świąteczną niespodzianką. Słowa uznania i aprobaty wyrażone przez człowieka cieszącego się powszechnym szacunkiem, erudyty, myśliciela i uznanego pisarza są źródłem prawdziwej satysfakcji. To bardzo krzepiące, że podobnie jak ja odczuwasz i rozumiesz znaczenie, piękno i potęgę pozamaterialnej rzeczywistości, która jest tak bardzo lekceważona, pomijana, a często negowana przez wszechobecne „komputerowe” myślenie, ideę maksymalizacji zysku i obsesyjne dążenie do nieokreślonego „żeby było lepiej”.

Podczas ostatniego spotkania Klubu 54 prezentowałem redagowany przez Ciebie Biuletyn OIL w Białymstoku. Imponujesz nam literackim talentem, wigorem, zaangażowaniem w trudne sprawy lekarskiego środowiska. Uczestniczenie w czwartej władzy wciągnęło Cię w „oko cyklonu” rozpaczliwych prób reformowania służ-

by zdrowia. Pełnisz dziennikarską służbę czuwania nad czystością rąk ludzi sprawujących władzę, bronzisz pokrzywdzonych, zwalczasz prywatę, nepotyzm i zwykłą głupotę. Podziwiamy Cię i życzymy sukcesów. Masz w naszym Klubie wiernych fanów. Czekamy na kolejne egzemplarze Twego Kwartalnika.

W liście prezentujesz szeroki wachlarz problemów: od refleksji historyczno-patriotycznych przez dramatyczne etapy naszej drogi do wolności, stan intelektualny, moralny i emocjonalny społeczeństwa i rządzących, do losu emerytów i szans jakie stwarza wejście do Unii Europejskiej. Stanowi to pewnego rodzaju przesłanie naszej starej generacji dla młodszych pokoleń, i dziękuję Ci za zgodę na opublikowanie tekstu. Nie sposób odnieść się szczegółowo do wszystkich wątków, ale generalnie zgadzam się

z Twoimi poglądami. Zastanawiając się nad daleko idącym podobieństwem naszego widzenia świata, uświadomiłem sobie, że przecież kształtowały nas podobne doświadczenia życiowe. Należymy do pokolenia twardo hartowanego przez los. Pamięamy wolną, przepojoną niepodległościowymi tradycjami II RP, gorycz wrześniowej klęski, koszmar okupacji, radość końca wojny, stalinowskie zniewolenie, kolejne odwilże i ochłodzenia, wielki zryw Solidarności i znowu trudniejszą niż sądziliśmy wolność. Piszesz o jedynej szansie jaką jest dla nas wejście do UE. Szkoda, że krzykliwi przeciwnicy tej idei nie chcą pamiętać o dramacie polskiego osamotnienia w 1939 roku i pustki pyszałkowatego hasła „nie oddamy ani guzika”, powtarzanego przez buńczucznych i nieodpowiedzialnych Don Kichotów. Zagrożeniem dla narodowego bytu staje się dziś izolacja, wyobcowanie i separowanie się od otwartych, pokojowo nastawionych, wysoko rozwiniętych europejskich krajów.

Drogi Jasiu, jednym z celów artykułu, który wzbudził Twoje zainteresowanie było zwrócenie uwagi na duchowe aspekty rzeczywistości i praktyczne znaczenie jakie mogą one odgrywać w naszym codziennym życiu.

Moje myśli wędrują do świata, dziś emerytów, a wczoraj absolwentów rocznika 1954. Emerytalny los, jaki zgotowała nam racjonalno-przemysłowa cywilizacja przyjmujemy z pokorą, ale bez zachwytu. Część z nas nie chce przyjąć do wiadomości smutnego faktu i przedłuża chodzenie w zawodowym kieracie dokąd pozwala łaska pańska. Są tacy, którzy nareszcie mogą realizować swoje hobby. Znamy emerytów malarzy, turystów, działkowiczów, filatelistów, brydżystów i tenisistów. Bywają pamiętnikarze i pisarze ujawniający literackie zdolności. Jest też grupa cierpiętników, którzy nie potrafią przystosować się do nowej społecznej roli. Ci szczególnie źle znoszą samotność, obniżenie materialnego standardu i prawdziwą lub wymyśloną niewdzięczność otoczenia: uczniów, następców, a nawet własnych dzieci. Wielu z nas dotykają nieszczęścia nieuleczalnych chorób, kalectwa, trudnych do opanowania bólów, czy nie mniej okrutna utrata najbliższych. Zmierzenie się z fundamentalnym aktem przemijania, spotkanie z największym nauczycielem, jakim jest śmierć kryje w sobie niezbadane tajemnice. Na ten element Wielkiego Łańcucha Istnienia rzucają nowe światło prace badawcze prowadzone w hospicjach i oddziałach intensywnej opieki, a także dostępne dziś źródła mądrości innych cywilizacji, szczególnie tybetańskiego buddyzmu. Podjęcie tej tematyki byłoby pięknym ukłonem i wskrzeszeniem pamięci Twego wielkiego wuja – prof. Tadeusza Kielanowskiego – autora głębokich „Rozmyślań o przemijaniu”.

Przejście w stan spoczynku zaliczane jest do jednego z najbardziej stresorodnych wydarzeń w życiu. Jesteśmy jakby zaskoczeni, nieprzygotowani, przytłoczeni negatywnymi zwykle zjawiskami: rosną wydatki na leczenie, a obniżają się dochody. Umierają znajomi i przyjaciele – słabną kontakty z otaczającym światem, przegrywamy w konkurencji z młodymi, coraz trudniej prowadzić (i utrzymać) samochód, obsługiwać nowy komputer, wypełniać druki i kwestionariusze, tracą dawny smak rozkosze zmysłowe.

Życie, które było związane z materialnymi dobrami i przyjemnościami płynącymi z zewnętrznego świata bezpowrotnie przemija. Pozostaje pustka, zawód, smutek, samotność.

Czy tak być musi?

Czy może są jakieś alternatywy?

Zahipnotyzowani racjonalno-techniczną cywilizacją Zachodu, owładnięci pychą i poczuciem wyższości, niedoceniaamy, nie dostrzegamy, ignorujemy i ironizujemy mądrość liczących tysiące lat doświadczeń innych kultur. Monopoli naukowego myślenia przysłonił obszary pozamaterialnej rzeczywistości, a tam właśnie ukryta jest najatrakcyjniejsza oferta na jesień życia. Myśliciele Chin, Indii, Tybetu zwykle dzielą życie na cztery okresy:

I. dzieciństwo, kiedy uczymy się współżycia społecznego;

II. młodość – czas nauki zawodu, kształcenia charakteru, wyboru systemu wartości;

III. wiek dojrzały – założenie rodziny, wychowanie dzieci, zdobycie pozycji zawodowej, zarabianie uczciwą drogą możliwie największych pieniędzy, zapewnienie dzieciom życiowego startu, wspieranie ubogich, chorych, zebrających;

IV. wiek mądrości – odzyskanie prawa do wolności, spontaniczności i niezależności, kontynuowanie i osiągnięcie ich, głównie drogą ciągłego poszerzania wiedzy i ćwiczeń medytacyjnych. Poznanie poprzez introspekcję praw rządzących światem myśli, uczuć, nastrojów i praktyczne wykorzystanie tych prawidłowości prowadzi do przeżywania stanów szczęścia, które mieszka w każdym człowieku. Umysł komputerowy zostaje równoważony i coraz pełniej kontrolowany przez odsłanianą Prawdziwą Naturę Umysłu (pisałem o tym obszernie w Alma Mater: „Perspektywa pielęgniarstwa w świetle ewolucji świadomości” nr 4/37 2000, s. 124-9 oraz „The promotion of happiness”, Annales UMCS, Sectio D, LVII, n. 1 2002.

Niemożliwe jest oczywiście zbyt lapidarne, a zarazem pełne przedstawienie głębokich filozoficznych podstaw takiego stanowiska. Najważniejsze wydaje mi się wszechstronne przemyślenie, dogłębne zrozumienie i pogodzenie się z prawdą o nietrwałości i przemijaniu wszystkich rzeczy i zjawisk. Owocuje to zmniejszeniem przywiązania do materialnych dóbr i rezygnacją z prób zatrzymania tego co ulotne. Znikają wtedy źródła większości przyczyn cierpienia i frustracji, natomiast pojawia się poczucie wolności, pewności i spokoju. Linearne myślenie, obiektywne logiczne dowody, matematyczna skrupulatność uzupełniane są przez intuicyjną wiedzę i naturalną mądrość, te ważne elementy poznawania drugiego i trzeciego oblicza prawdy z mojego artykułu.

Oczywiście nikt przy zdrowych zmysłach nie zaproponuje człowiekowi Zachodu opuszczenia domu i zaszycia się w górskiej pieczarze, ale idea odzyskania wolności, spontaniczności, wyzwolenia z krępujących konwenansów jest dla wielu pociągająca. Role współczesnej pustelni znakomicie przejmuje dziś biblioteka, kąciak do medytacji i jeżeli to możliwe – własnoręcznie pielęgnowany ogród. Oczywiście z braku tradycji, wiedzy, przekonania, uprzedzeń, warunków materialnych i zdrowotnych bardzo niewielu polskich emerytów może dziś podjąć podróż do wewnętrznego świata.

Dobrze jest jednak pamiętać o takiej możliwości, zwłaszcza, że uprawianie medytacji nie wymaga zmiany religii, poglądów społeczno-politycznych czy, tym bardziej, odchodzenia od rodziny. Wręcz przeciwnie, pomysłnie układające się życie dzieci i wnuków oraz wykazujący zrozumienie i wsparcie współmałżonek może stać się najlepszym partnerem w przeżywaniu wspaniałego daru życia.

Ściskam dłoń
Marian

Kto się boi Unii Europejskiej?

Są ludzie, którzy od dzieciństwa mają zakodowany paniczny strach. A stało się to za sprawą wychowawców i osobistych doświadczeń.

DR KRYSZYNA PŁATAKIS

Strach doświadczony osobiście, bo wywołany ojcowską przemocą poznana na własnej skórze, skutkuje aktem protestu, niekiedy obrony, a najczęściej ucieczki. Strach przed głodem doświadczonym osobiście, albo znanym z obserwacji lub opowiadań, sprawnych mobilizuje do działania, a bezradnych do wzbudzenia litości. Człowiek z zakodowanym strachem ma poczucie własnej słabości i bezradności i jest doskonałym twórczym społecznym do zbiorowej manipulacji.

Boi się ten, kto w ogóle obawia się zmian na „nieznane”. Ten, komu wstąpienie do Unii Europejskiej kojarzy się ze znalezieniem się wśród obcych, mówiących obcym, nieznanym językiem, mających większą wiedzę i uprawienia, a więc mogących bezkarnie wykorzystywać miejscowych, niczego nieświadomych biedaków.

Rolnicy boją się, że nie będą umieli zarobić na utrzymanie rodziny, że doprowadzeni do nędzy będą zmusza-

ni do sprzedawania swej ziemi za psi grosz. Polska wieś zna losy swego środowiska przekazywane najczęściej ustnie z pokolenia na pokolenie, nawet od czasów pańszczyźnianych. Raz bywało gorzej, raz lepiej, toteż panicznie boi się, żeby nie było gorzej niż jest.

Bardzo boją się emeryci i renciści, zwłaszcza wtedy, gdy są samotni i bezradni. Boją się ci, którzy z różnych przyczyn czują się odizolowani od zdarzeń choć dziejących się w Polsce, ale jednak za ścianą ich domu. Kontakty z sąsiadami o podobnych odczuciach i niepokojach, a także prawie wyłącznie jedyny program radiowy słuchany przez unieruchomionych w domu niesprawnych, najczęściej starszych ludzi nie budzi otuchy. Tam gdzie panuje autentyczna bieda nie ma telewizorów, oszczędza się energię elektryczną, nie kupuje się gazet. Wiejskie domy kultury zlikwidowane, czytelnictwo upadło, bieda sprzyja topieniu rozpaczy w alkoholu i z pewnością nie wyzwała inicjatyw twórczych. Nic prostszego jak w referendum, w jedynej szansie na oficjalną wypowiedź, powiedzieć swemu losowi „Nie”.

Nie wyobrażam sobie, by takich ludzi przekonały argumenty przekazywane przez media, skutecznie wyjaśniające sens wstąpienia do Unii Europejskiej. Im potrzeba odczuwalnej troski państwa o ich indywidualny byt, o ciepły posiłek, o dach nad głową, o ciepłą garderobę, o przyjazne, wiarygodne słowo.

Tymczasem dają w pełni wiarę tym, którzy wykorzystując utrwaloną gotowość do paniki najbardziej pokrzywdzonych przez los, pogłębiają ich niepokój, strasząc niemal apokaliptyczną wizją przyszłości naszego kraju po wstąpieniu do Unii i w ten sposób zdobywając dla siebie elektorat niezadowolonych, wystraszonych i nieświadomych perspektyw jakie niesie ten związek. Mistrzami w manipulowaniu świadomością tych, których wiedza o współczesnej rzeczywistości jest bardzo ograniczona są partie, których liderzy wyrażają przekonanie, że wstąpienie Polski do Unii będzie katastrofą narodową, i że podczas referendum należy powiedzieć stanowcze „NIE”. Spustoszenie gospodarcze i moralne prowadzi via Unia Europejska do globalizacji. Ich zdaniem zginiemy, gdy nie będziemy mieli uczciwych, patriotycznych rządów.

Istnieją też pojedyncze ogniska propagandy anty-unijnej o innej orientacji politycznej. Zazwyczaj przyczyną jest brak skutecznej, jasnej, w pełni zrozumianej, przekonywującej infor-



A co będzie jeżeli referendum wypadnie negatywnie i nie wstąpimy do Unii Europejskiej?

macji i nieufność wobec przedstawianych dobrodziejstw czekających nas w związku z Unią. Warto, żeby wątpiący zdali sobie sprawę, jaki los czeka nasz kraj w sytuacji, gdybyśmy nie wstąpili do Unii Europejskiej. Jestem przekonana, że absolutnie nie mają wizji Polski poza Unią. Mówią, że po prostu będzie tak jak jest, że będziemy wolni, z własnymi prawami, z własnymi decyzjami, własnymi tradycjami, kłótnością, pieniądzem, własną religią, etyką i moralnością.

A co będzie jeżeli referendum wypadnie negatywnie i nie wstąpimy do Unii Europejskiej? Co stracimy? Porządek prawny, postęp gospodarczy,

prawo poruszania się po Europie bez granic, szanse na wszechstronny rozwój nauki i kultury.

Co zyskamy? Akceptację dla bierności, lenistwa, bylejakości, malkontentstwa. Epatowanie sensacyjnymi publikacjami w prasie, radiu i telewizji, litość instytucji charytatywnych, zasiłki i pensje nie zaspakające podstawowych potrzeb.

Dlaczego? Ponieważ kasa państwa będzie pusta i wzrośnie bezrobocie. Nie będzie pieniędzy na restrukturyzację przemysłu, na oddłużenie szpitali, na podwyżki dla pielęgniarek i nauczycieli. Zostaniemy wyizolowani gospodarczo. Będziemy otoczeni szczel-

nymi granicami Unii ze wszystkich stron, z wyjątkiem granicy wschodniej.

Wprawdzie nie zapłacimy składki do budżetu Unii, ale również nie otrzymamy żadnych funduszy pomocowych. Budżet państwa i samorządów nie będzie miał pieniędzy na zaległe pensje i rekompensaty dla zwalnianych z pracy bezrobotnych, na inwestycje, na uszczelnienie granicy wschodniej. Nie będziemy czegokolwiek eksportować. Unia oddzielona granicami i cłami będzie samowystarczalna. Wewnętrzny rynek konsumenta będzie coraz uboższy. Pytanie, czy zaoszczędzenie pieniędzy przewidzianych na składkę unijną wystarczy na spłatę długu zagranicznego i na zobowiązania wewnętrzne. Wobec braku pieniędzy na dopłaty dla rolników nastąpi niekontrolowana podwyżka cen żywności, zwłaszcza, że granica z Unią zostanie dla importu zamknięta. Wzrośnie przemysł na słabo kontrolowanej granicy wschodniej. Rosja w sojuszu z Chinami może zalać nas produktami po konkurencyjnych cenach. Czy stać nas będzie na zabezpieczenie przed skutkami katastrof ekologicznych i likwidację ich skutków? A czy jesteśmy zadowoleni z obecnego działania wymiaru sprawiedliwości? Czy przy postępującej biedzie będziemy w stanie ustrzec się przed korupcją? Zagraniczni inwestorzy będą nas omijać ze względu na nie zadawalającą infrastrukturę i skomplikowane i niestabilizowane przepisy skarbowe. Wobec braku funduszy własnych na inwestycje, nie odbudujemy przemysłu. Będziemy produkować tylko na własne potrzeby. Gospodarować będziemy tak jak za Gomółki. Jak było, pamiętają tylko najstarsi. Ja też. I wcale za tamtą rzeczywistością nie tęsknię.

Jestem przekonana, że wejście do Unii zmobilizuje nasze społeczeństwo do uaktywnienia inicjatyw. Efektywna praca Polaków za granicą wskazuje, że stabilne rygory które panują poza granicami naszej, często lekceważonej władzy demokratycznej są skuteczniejsze. Polaków w wieku produkcyjnym, a nawet tych starszych stać na więcej, tylko muszą mieć motywację i szansę na rozwinięcie swoich możliwości.

Irena Głowacka

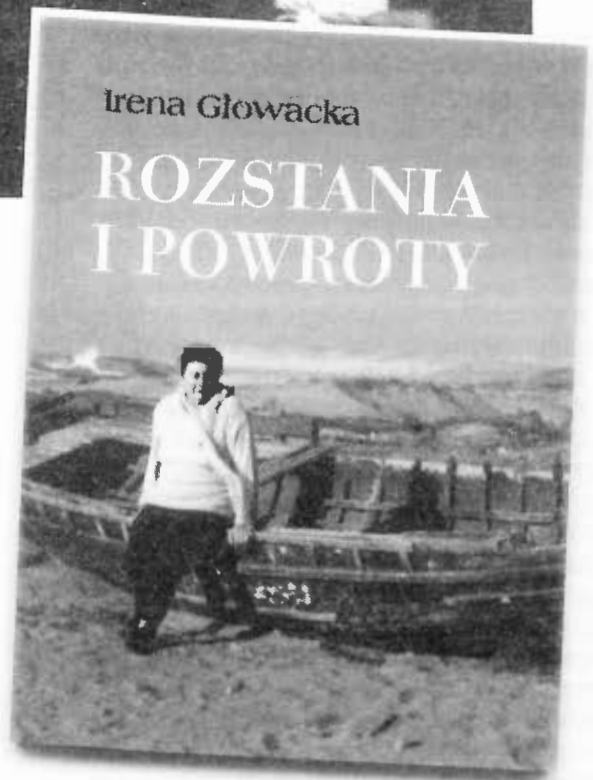
lekarka, pisarka i poetka

PROF. DR HAB. JAN PIETRUSKI

Lekarze znacznie częściej, niż się na ogół wydaje, stają przed sztalugą lub chwytają za pióro. Ich proza i poezja są wysoko oceniane, ponieważ tematy pisze im samo życie, najlepszy scenarzysta. Któż lepiej zna życie z codziennych zmagañ, okresów niedoli i zwycięstw. Uśmiech dziecka, które powraca do zdrowia, jest najwyższą nagrodą, której z niczym nie da się porównać.

Irena Głowacka, której sylwetkę i książki prezentujemy, jest pediatrą. Urodziła się w Aleksandrówce na Podlasiu. Dzieciństwo spędziła w Przegalinach Dużych, gimnazjum skończyła w Komarówce Podlaskiej, maturę u Sióstr Urszulanek w Lublinie. Podczas studiów na Wydziale Lekarskim lubelskiej Akademii Medycznej pracowała w Zakładzie Anatomii u prof. Mieczysława Stelmasiaka. W roku 1954 uzyskała absolutorium i przez trzy lata była asystentką w Klinice Pediatrycznej u prof. Witolda Klepackigo.

W 1957 r. przeniósł się do Lubartowa, gdzie była pierwszym pediatrą zatrudnionym na stałe. Pediatria mogła się pochwalić tylko dwiema wydzielonymi salkami dla dzieci. Trzeba było to zmienić. Szybko dała się poznać jako oddany dzieciom lekarz-pediatra, oraz doskonała organizatorka. Zorganizowała od podstaw lecznictwo pediatryczne w Lubartowie. Zdobyła specjalizację i w szpitalu rejonowym objęła funkcję ordynatora oddziału pediatrii. W ciągu kolejnych lat wykształciła wielu godnych siebie następców. Zaangażowała się w działalność społeczną, sprawy miasta, kobiet i profilaktyki. Miała lewicowe poglądy, ale nie wschodnio-lewicowe jak to określa, co było powodem przykrości, o których po latach będzie z żalem wspominać w swojej książce „Pod wiatr”. Jest członkiem Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Opublikowała kilkanaście artykułów w wydawnictwach medycznych i wydała tomik poezji. Ale dopiero po przejściu na emeryturę mogła rozwinąć działalność literacką. Człowiek ma wtedy więcej czasu, jest dojrzały i niezależny. Z dnia na dzień ulepsza swój



warsztat literacki, który nie poddaje się codziennym wpływom układów i koterii. Właśnie w pierwszej wspomnianej już książce, szkicuje lubartowskie *wzloty i upadki*, a także *wewnętrzne rozdarcie i trudności w pogodzeniu obowiązków zawodowych z rolą kobiety, matki i żony... pragnęłam bardzo, aby mój „krzyk istnienia” usłyszeli Lubartowiacy, którym poświęciłam długie lata pracy.*

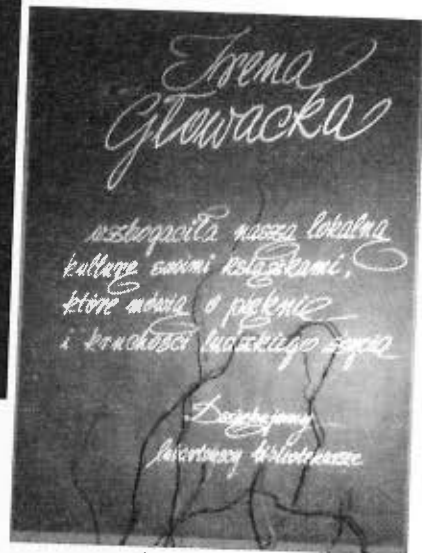
Znaczącym epizodem w życiu zawodowym Ireny Głowackiej był siedmioletni pobyt w Maroku, gdzie była ordynatorem oddziału pediatrycznego w Safi. Tak pisała przed kilku laty w *Medicisie*: „... zawsze miałam buntowniczy i niepokorny charakter. Żyłam na pełnych obrotach – szpital, praktyka, praca społeczna, ciągle coś organizowałam, o coś walczyłam. W pewnym momencie poczułam, że wszystkie ścieżki mojego życia są już odkryte, zrobiłam w Lubartowie zawodowo i społecznie wszystko co do zrobienia. Powiało pustką. Pojechałam na dwa lata. Zostałam siedem.

Promocja książki „Rozstania i powroty” (9 stycznia 2003 r.) w Miejskiej Bibliotece Publicznej w Lubartowie. Autorka dr Irena Głowacka (w środku) w gronie przyjaciół

Jak bardzo ciężko pracuje się w Afryce na indywidualnym kontrakcie zrozumieć może tylko ten kto tam był, zdany wyłącznie na własne siły i własne doświadczenie. Nie można



Podczas spotkania z czytelnikami dr Irena Głowacka podpisuje własne książki



się spodziewać pomocy z nikąd. Przeciwnie, każdy tej pomocy oczekuje. Ci, którzy tam nie pracowali, często uważają, że wyjeżdżamy na wczasy, za które nam jeszcze płacą. A jak jest w rzeczywistości, można się dowiedzieć z drugiej książki Ireny „Moje Maroko”, która ma charakter reportażu z pobytu w Afryce, gdzie wszystko bardzo różniło się od naszego dnia codziennego: kontakty z małymi pacjentami, miejscowymi lekarzami, personelem medycznym, nieznaną egzotyką. Oto jak wspomina swoje pierwsze wizyty, gdy przyjechała przed laty do Maroka: *byłam niejednokrotnie zażenowana, kiedy zapraszano mnie, a potem musiałam jeść kolację z mężczyznami, bowiem żona nie miała prawa usiąść przy stole... Nie wiedziałam wówczas, gdzie jest moje miejsce.*

Ostatnia książka „Rozstania i powroty”, której promocja odbyła się w styczniu w Miejskiej Bibliotece w Lubartowie, jest książką szczególną. To wspomnienia z radosnego dzieciństwa i młodości na Podlasiu skąd się wywodzi, to podróże w przeszłość i refleksje nad samotnością. To próba ocalenia tamtego świata, który już nie istnieje, choć nie jest to pełna prawda tak długo, jak świat ten istnieje w naszej pamięci. To nostalgia i zaduma nad sensem życia. Ale też liczne chwile radości, choćby podczas spotkań koleżeńskich, czy podczas wycieczki do Maroka. Jak każdy kto pracował w Afryce, ciągle marzyła o powrocie choćby na krótko, o zobaczeniu raz jeszcze zaczarowanej Afryki, która każdego odurza i zniewala jakąś nieznaną siłą, skutkiem czego myśl o powrocie nikogo nie opuszcza. Po czterestu latach marzeń stało się to co wydawało się

niemożliwe. W lutym 2000 roku wyjechała wraz z córką Ewą na dwa tygodnie do Maroka, i oczywiście do Safi. Wzruszające są opisy pełnych serdeczności spotkań z dawnymi współpracownikami i dorosłymi już, dawnymi małymi pacjentami, mającymi już własne rodziny, zachowujący jednak żywą świadomość, że polska lekarka uratowała im życie. Wreszcie najnowsze lata rozterki, tęsknoty i wspomnienia, rozstania z córką i wnukami. Samotność. Wędrowki duchowe w bezsenne noce i wiele pytań, na które nie zawsze jest odpowiedź. Każdy na swój sposób przeżywa podobne chwile, ale Irena opisała te chwile w swojej książce niezwykle sugestywnie, ciepło i serdecznie. Gdyby nasze dzieci i wnuki wiedziały jak rodzice i dziadkowie do nich tęsknią, jak zaglądają codziennie do skrzynki na listy i jak wyczekują telefonu...

Jak każdy kto pracował w Afryce, ciągle marzyła o powrocie, choćby na krótko, o zobaczeniu raz jeszcze zaczarowanej Afryki, która każdego odurza i zniewala jakąś nieznaną siłą, skutkiem czego myśl o powrocie nikogo nie opuszcza.

W karnawałowym rytmie

Bal Medyka '03

Tegoroczny Bal Medyka, zorganizowany po raz dziewiąty przez Towarzystwo Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie, odbył się 25-go stycznia 2003-go roku w Rektoracie Akademii Medycznej w Lublinie.

Rozpoczynając bal, Prezes Towarzystwa – **prof. dr hab. Ryszard Kocjan** serdecznie powitał Jego Magnificencję Rektora Akademii Medycznej w Lublinie – **prof. dr hab. Macieja Latałskiego** z małżonką, Dyrektora Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia – **Helene Feliksiak** z małżonkiem, Prorektora ds. nauki – **prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka** z małżonką, Dziekana Wydziału Lekarskiego – **prof. dr hab. Marianna Wielosza** z małżonką, Prezesa Przedsiębiorstwa Zaopatrzenia Farmaceutycznego „Cefarm” w Lublinie – **mgr Bogdana Walko** z małżonką oraz Państwa **Danute i Ryszarda Gargolów** – właścicieli Hurtowni Farmaceutycznej „Slavex” w Lublinie.

Tegoroczny Bal Medyka był piątym z kolei, na którym oprawę muzyczno-wokalną zapewniła sponsorsko znana firma farmaceutyczna Natur Produkt – Zdrovit z Warszawy. Witając serdecznie przedstawicieli tej firmy w osobach **p. Małgorzaty Osmali** – regionalnego przedstawiciela handlowego i **p. Jacka Piaseckiego** – dyrektora ds. zaopatrzenia farmaceutycznego, prezes prof. Ryszard Kocjan poinformował



Zabawa przebiegała zdaniem wielu uczestników w doskonałej atmosferze i zakończyła się rankiem następnego dnia

zebranych, że JM Rektor i Senat naszej Uczelni na wniosek Towarzystwa, przyznał firmie Natur Produkt zaszczytny jubileuszowy medal 50-lecia Akademii Medycznej w Lublinie za wkład wniesiony w rozwój Uczelni. Medal ten przedstawicielowi Natur Produkt – Zdrovit, wręczył Jego Magnificencja Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski, który następnie wraz z małżonką rozpoczął bal walcem wiedeńskim.

Zabawa przebiegała zdaniem wielu uczestników w doskonałej atmosferze i zakończyła się rankiem następnego dnia. Atmosfera ta była m. in. efektem b. dobrej jakości zespołu muzycznego oraz kilka minikonkursów przeprowadzonych i nagrodzonych także przez firmę Natur Produkt, której za wszystko bardzo dziękujemy.

Dziękujemy także władzom Akademii Medycznej za bezpłatne udostępnienie sali balowej oraz pani **Elżbiecie Chęć** – kierownikowi bufetu studenckiego i jej zespołowi za przygotowanie bardzo smacznego potraw i miłą obsługę.

Organizatorzy

W urzędowskiej świątyni odsłonięto tablicę ku czci prof. Ignacego Wośko

Dla upamiętnienia szóstej rocznicy śmierci prof. Ignacego Wośko, wybitnego regionalisty, prezesa Towarzystwa Ziemi Urzędowskiej, wieloletniego przewodniczącego Wojewódzkiej Rady Towarzystw Regionalnych Lubelszczyzny, Wojewódzka Rada Towarzystw Regionalnych zwróciła się z prośbą do JE Arcybiskupa Metropolity Lubelskiego ks. prof. dr hab. Józefa Życińskiego oraz ks. kanonika Edwarda Kozyry – proboszcza parafii Urzędów o wyrażenie zgody na umieszczenie w tamtejszej świątyni tablicy pamiątkowej poświęconej pamięci tego wybitnego syna Ziemi Urzędowskiej.

DR DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO

W niedzielę, 9 lutego br. w kościele parafialnym p. w. Świętego Mikołaja w Urzędowie odbyła się uroczysta Msza Św. celebrowana przez JE Księdza Arcybiskupa Seniora **prof. dr hab. Bolesława Pylaka**, podczas której nastąpiło odsłonięcie i poświęcenie tablicy pamiątkowej **prof. Ignacego Wośko**. Uroczysta homilia wygłoszona przez Arcybiskupa Bolesława Pylaka, przypominała parafianom i zaproszonym gościom postać zmarłego Profesora, który kochał Boga, Ojczyznę i Człowieka. Były też wspomnieniowe wystąpienia **prof. dr hab. Marianna Kazimierza Klamuta** – rektora AM w Lublinie w latach 1991-96, oraz **prof. dr hab. Sławomira Partyckiego** – przewodniczącego Wojewódzkiej Rady Towarzystw Regionalnych Lubelszczyzny. Na zakończenie uroczystości wójt gminy **mgr Jan Woźniak** przypomniał przeogromne zasługi Prof. I. Wośko dla Urzędowa i Ziemi Urzędowskiej, dziękując wszystkim uczestnikom za udział w uroczystości będącej przejawem pamięci i hołdu dla Profesora za dzieło Jego życia. Po Mszy Św. rodzina, przyjaciele i regionaliści, złożyli kwiaty na grobie Profesora modląc się pod przewodnictwem Arcybiskupa Bolesława Pylaka za Duszę Zmarłego. W uroczystościach uczestniczyli przedstawiciele Towarzystwa Ziemi Urzędowskiej z wiceprezesami **Tomaszem Wyką** i **Andrzejem Rollą** – dyrektorem Zespołu Szkół im. Orłąt Lwowskich w Urzędowie. Ponadto w uroczystości udział wzięli przedstawiciele Wojewódzkiej Rady Towarzystw Regionalnych Lubelszczyzny, Towarzystwa Przyjaciół Nałęczowa, Towarzystwa Przyjaciół

Ziemi Garbowskiej, Kraśnickiego Towarzystwa Regionalnego, Towarzystwa Przyjaciół Piask Lubelskich i innych. Uczestniczyły także władze rady i urzędu Gminy Urzędów na czele z **Antonim Sochalem** i wójtem **Janem Woźniakiem**. Uroczystość miała podniosły nastrój, była hołdem i wyrazem pamięci dla zmarłego profesora.

Słowo okolicznościowe
prof. dr hab. Mariana Kazimierza
Klamuta – rektora lubelskiej AM
w latach 1991-1996.



Umieszczenie pamiątkowej tablicy w świątyni pańskiej jest niezmiernie rzadkim i niezwykle cennym, ważnym oraz prestiżowym wyróżnieniem.

Prof. Ignacy Wośko jest – według mojej wiedzy – pierwszym i jedynym pracownikiem naszej Uczelni, który dostąpił tego zaszczytu.

Trudno byłoby o wybór lepszego kandydata. Niech mi więc wolno będzie oddać najwyższy hołd wielkiemu lekarzowi, wychowawcy, społecznikowi i twórcy znakomitej szkoły ortopedii dziecięcej, który cieszył się powszechnym uznaniem i szacunkiem chorych, pracowników i całej społeczności Lubelszczyzny.

Był i pozostanie dla nas wzorem naśladowania.

Jako obszar aktywności zawodowej obrał lubelską Akademię Medyczną i jej poświęcił prawie całe życie zawodowe. Swoją zdolność tworzenia, ożywiania i umacniania zespołów ludzkich realizował wśród nas.



Jakże często czerpaliśmy z jego bogatego serca i umysłu. Nie zamykał się tylko w kręgu ortopedii. Był wszędzie, gdzie działały się ważne dla naszej Almae Matris sprawy. Zawsze można było liczyć na Jego zaangażowanie, mądrość, kulturę i spokój w rozwiązywaniu problemów. Cechą, która Go wyróżniała, a która jest godna najwyższego szacunku i naśladowania był Jego altruizm – ta postawa wielkiej etyki i siła trwale łącząca zespoły ludzkie, wypełniająca je życiem.

Dobro łączy do dobra. Dobro promieniujące z osoby prof. Ignacego Wośko przyciągało od wielu lat zagranicznych i krajowych sponsorów, którzy mieli świadomość, że dary przekazane na Jego ręce, będą dobrze służyły chorym polskim dzieciom.

Chylimy czoło przed osiągnięciami lekarskimi, pedagogicznymi i naukowymi prof. Ignacego Wośko, które były uwieczniona stopniami i tytułami naukowymi i specjalizacjami i gronem znakomitych uczniów, ale nie mniej bogata i godna pamięci jest Jego działalność pozamedyczna. Działalność, która odsłania głęboką, życiową mądrość, szlachetność charakteru, wielki patriotyzm, kulturę osobistą, szerokie horyzonty myślowe, i wielkie poczucie odpowiedzialności za środowisko, w którym przyszło żyć. To tacy ludzie jak prof. Ignacy Wośko budują autorytet nauki, przydając blasku tytułom, budzą wiarę w lekarskie powołanie.

Nam ludziom nie związanym wcześniej z Urzędowską Ziemią imponowała pasja Profesora rozbudzania miłości do ziemi swoich przodków, a przez to do całej ojczyzny. Bezkompromisowo i odważnie przedstawiał, nawet w czasach historycznego zakłamania, prawdę i jak rzadko kto zdobył prawo do używania największych słów takich jak Bóg, Honor, Wolność, Ojczyzna.

To od Niego dowiedzieliśmy się, że wśród pomników, tablic i pamiątek Urzędowa znajduje się to o czym każdy Polak powinien pamiętać.

Są tam echa Konstytucji 3-go Maja, powstań narodowych, marszałka Józefa Piłsudskiego i jego legionów, Orłąt Lwowskich, Armii Krajowej oraz innych formacji uczestniczących w walkach toczonych na frontach drugiej wojny światowej, ofiar obozów koncentracyjnych, łagrów i Katynia, pamięci pomordowanych Żydów. Na najwyższy podziw zasługują również działania Profesora skierowane ku przyszłości. Wielką wagę przykładał

do rozwiązywania najważniejszych problemów i zagrożeń jakie niesie współczesna cywilizacja. Inicjatywy dotyczące ochrony środowiska naturalnego oraz programy promujące zdrowie mogą być wzorem dla wszystkich polskich gmin.

Niech mi wolno będzie zwrócić się z jeszcze do małżonki Profesora, a naszej koleżanki dr Domicelli Pomykalskiej-Wośko.

Jesteś dla nas żywym przykładem i dowodem na to, że wielka miłość, wierność i oddanie, które sięgają poza grób są w stanie przezwyciężyć śmierć. Sama ciągle płoniesz i rozpalasz płomień pamięci w sercach innych.

Najlepszym hołdem dla tych którzy odchodzą jest kontynuowanie ich dzieł. Twoja nieustająca aktywność i uczestniczenie w realizowaniu urzędowskich akcji oraz pamięć o mężu imponują swą niezłomnością, głębią i powodują, że profesor niepokonany przez czas jest ciągle między nami.

Dziękujemy Ci za to.

Wielkość człowieka, zależy od wielkości spraw, w które się angażuje. Profesor Ignacy Wośko, angażował się w te najważniejsze. Stawiał sobie wielkie cele i potrafił je z żelazną konsekwencją, precyzją i dbałością o doskonałość szczegółów realizować. Teraz uwieczniony na tej pięknej tablicy będzie bliżej nas, będzie inspirował i pobudzał do dobrych działań. Będzie przyglądał się naszym dokonaniom.

Starajmy się postępować i działać idąc jego śladami, aby mógł być dumny, jak my jesteśmy dumni z Niego.

Cześć Jego Pamięci!



**Wystąpienie
prof. dr hab. Sławomira Partyckiego –
przewodniczącego Wojewódzkiej Rady
Towarzystw Regionalnych Lubelszczyzny.**

Sześć lat po pogrzebie nieodżałowanego profesora Ignacego Wośko spotykamy się ponownie w tej pięknej urzędowskiej świątyni. Profesor od nas odszedł, ale jest ciągle żywy w naszych sercach. Ocenic człowieka, jego ziemskie dokonania jest bez wątpienia łatwiej z pewnej perspektywy czasowej. Dzisiaj widzimy jak wiele dobrze w swoim życiu uczynił Ignacy Wośko. Podziwiamy jego otwartość i konsekwencję w działaniu. Jego życie było służbą, co dobitnie podkreślają słowa epitafium. Służył Bogu i modlimy się, aby Bóg mu jego wierność wynagrodził. Służył Ojczyźnie, tak wiele zrobił dla swojego ukochanego Urzędowa. Jego praca jest widoczna i promieniuje do dzisiaj. Był przewodniczącym Wojewódzkiej Rady Towarzystw Regionalnych Lubelszczyzny. Owoce jego pracy są rozsiane po całym województwie. Był nauczycielem, ale i przykładem dla wielkiej rzeszy

regionalistów. Imię Profesora jest znane i szanowane wśród działaczy społecznych, od Wisły aż po Bug. Kochał Polskę, będąc młodym mężczyzną walczył o jej wolność i niepodległość w szeregach Armii Krajowej. Po wojnie nie wynagrodzono mu jego miłości do Ojczyzny. Ze względu na ówczesne uwarunkowania polityczne musiał przenieść się z lubelskiej AM aż do odległego Gdańska, gdzie ukończył studia medyczne. W swoim życiu zawodowym osiągnął wszystkie stopnie naukowe oraz szczyble kariery zawodowej, zdobywszy zaszczytny tytuł profesora nauk medycznych. Lista jego dokonań zawodowych i społecznych jest bardzo długa. Dzisiaj, wspominając Profesora, chcemy Mu raz jeszcze podziękować za Jego drogę życiową wyznaczoną poszukiwaniem Prawdy, Dobra i Piękna. Odsłaniając tablicę pamiątkową w Urzędowie pragniemy potwierdzić prawdę ponadczasowe, że warto żyć dla drugiego człowieka, że warto kochać i tworzyć kulturę polską, że warto być człowiekiem każdego dnia. Epitafium prof. Ignacego Wośko jest holdem i wyrazem wdzięczności za jego ziemskie życie. Jest także księgą, która będzie uczyć następne pokolenia jak kochać Boga, Ojczyznę i Człowieka.



MEDICINA ET PHARMACIA IN NUMMIS

Medale Mennicy Państwowej z roku 1998

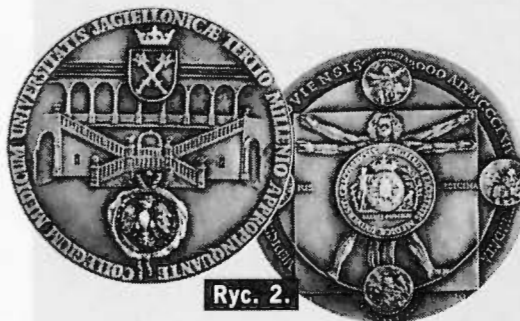
PROF. DR HAB. EDWARD SOCZEWIŃSKI

Przed kilkoma miesiącami ukazał się kolejny tom opublikowany przez Mennicę Państwową w Warszawie, dotyczący medali emitowanych w r. 1998 (redaktor — Tomasz Bylicki, fotografie — Kazimierz Bałakier i Hanna Kuszewska).

Bardzo starannie wydany tom, z tekstami polskimi i angielskimi zawiera ilustrowane artykuły Ewy Olszewskiej-Borys na temat polskiego medalierstwa na kongresie FIDEM w Hadze (1998), przedruk sprawozdania z r. 1939 Władysława Terleckiego z działalności Gabinetu Numizmatycznego Mennicy Państwowej za okres 1928 – 1938, sprawozdanie Tomasza Bylickiego z działalności Gabinetu Numizmatycznego Mennicy Państwowej SA w roku 1998 oraz katalog medali wybitych w Mennicy Państwowej w roku 1998 opracowany przez Tomasza Bylickiego przy współpracy Marii Brodowskiej i Małgorzaty Rychcik. Katalog (183 str.)



Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.



Ryc. 5.

zawiera indeksy alfabetyczne medalierów i osób przedstawionych na medalach. Wśród 177 medali 21 jest bezpośrednio lub pośrednio związanych z uczelniami, towarzystwami naukowymi i instytucjami służby zdrowia.

Cztery medale emitował Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. **Ryc. 1** przedstawia medal upamiętniający wizytę Ojca św. Jana Pawła II w Uniwersyteckiej Kolegiacie św. Anny i spotkanie z naukowcami z okazji 600-lecia Wydziału Teologicznego UJ. Av.: Popiersie św. Jana z Kęt (patrona środowiska akademickiego) oraz Jana Pawła II. Poniżej napis: JOANNES PAULUS PP. II IN ECCLESIA COLLEGIATA S. ANNAE CRACOVIAE 8. VI. 1997. Rv.: Kościół, herb papieski, daty: MCMXC – MCMXCVII. Wzdłuż krawędzi napis: ECCLESIA COLLE-

GIATA S. ANNAE CRACOVIAE RENOVANDA RENOVATA. Ø 60 mm, med. Czesław Dźwigaj.

Ryc. 2 przedstawia medal wydany przez Wydział Medyczny (Collegium Medicum) UJ z okazji nastania III tysiąclecia. Av.: Dziedziniec z krużgankami, herb uniwersytetu i pieczęć. Wokoło napis: COLLEGIUM MEDICUM UNIVERSITATIS JAGIELLONICAE TERTIO MILLENIO APPROPINQUANTE. Rv.: Kwadrat i okrąg. W kwadracie mężczyzna (z rys. Leonarda da Vinci) i pieczęć wydziału medycznego. Na okręgu cztery medaliony z symbolami i nazwami wydziałów: THEOLOGIA – MEDICINA – ARTES LIBERALES – IUS. W otoku napis: MEDICINA – CRACOVENSIS – 2000 A. D. MCCCLXIV – FUNDATA. Ø 70 mm, med. Jerzy Nowakowski.

Na **Ryc. 3** przedstawiona jest jednostronna odznaka „Zasłużony dla Uniwersytetu Jagiellońskiego”. Av.: Godło UJ – dwa skrzyżowane berła rektorskie pod koroną, wokoło napis: ZASŁUŻONY DLA UNIwersYTE-TU JAGIELLOŃSKIEGO. Owalny, 80 x 52 mm; med. Andrzej Baraniecki (grafika komputerowa).

Klinika Chirurgii Serca UJ upamiętniła medalem (**Ryc. 4**) 10-letnią rocznicę pierwszej transplantacji serca. Av.: Pod koroną królewską krople krwi i serce, poniżej napis: ROK ZAŁ. 1979. Wokoło napis: UNIwersYTET – JAGIELLOŃSKI – KLINIKA CHIRURGII SERCA I NACZYŃ. Rv.: Serce ze stylizowanym kwiatem i napis: POLTRANSPLANT • KRAKÓW. Wokoło wieniec z liści lauru i napis: 10



Ryc. 6.



Ryc. 7.



Ryc. 10.



Ryc. 11.



Ryc. 12.



Ryc. 13.

LAT TRANSPLANTACJI SERCA W KRAKOWIE 1988-1998.

Politechnika Warszawska wydała medal przedstawiony na **Ryc. 5** za zasługi dla uczelni. Av.: Logo – młodzieniec z młotem i kagankiem oświaty wsparty na tarczy z Orłem. W otoku napis: POLITECHNIKA WARSZAWSKA 1997. Rv.: ALMA MATER BENE MERENTIBVS. Gładkie pole umożliwia wygrawerowanie nazwiska laureata. Ø 106 mm, med. Robert Kotowicz.

Politechnika Gdańska emitowała medal (**Ryc. 6**) upamiętniający prof. dr inż. Jerzego Doerffera. Av.: Popiersie, w tle morze. Napis: GDAŃSK 1988. Przy krawędzi napis: PROF. DR INŻ. JERZY WOJCIECH DOERFFER – PRO PATRIA MARIQUE BENE MERENTI. Rv.: Budynek politechniki, poniżej: POLITECHNIKA GDAŃSKA. U góry, wzdłuż krawędzi napis: WYDZIAŁ OCEANOTECHNIKI I OKRĘTOWNICTWA.

Szereg medali wydały instytucje naukowe. **Ryc. 7** ilustruje medal nagrodowy Instytutu Farmaceutycznego w Warszawie. Av.: Logo ze stylizowanymi literami IF, butelki i kolby, gałązki bluszezu oraz napis: ZA ZASŁUGI DLA INSTYTUTU FARMACEUTYCZNEGO. Rv.: Siedząca postać mężczyzny na tle świątyni. Z prawej strony napis: KLAUDIUS GALENUS 131 – 201 (winno być CLAUDIUS). Ø 70 mm, med. Roussanna Nowakowska.

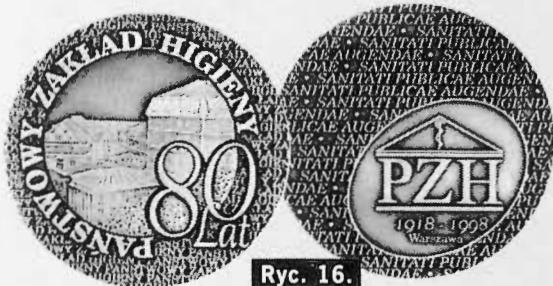
Z okazji zjazdu Pol. Tow. Ortope-



Ryc. 14.



Ryc. 15.



Ryc. 16.



Ryc. 17.



Ryc. 18.



Ryc. 19.



Ryc. 20.



Ryc. 21.

dycznego i Traumatologicznego w Łodzi wydany został medal z portretami zasłużonych chirurgów Adama Grucy, Ireneusza Wierzejewskiego i Wiktora Degi (**Ryc. 10**). Av.: Trzy popiersia, przy nich napisy: PROF. ADAM GRUCA; GEN. PROF. IRENEUSZ WIERZEJEWSKI PROF. WIKTOR DEGA oraz daty: 1928-1998 i napis: 70 LAT PTO I T R. Rv.: Tarcze herbowe miast wojewódzkich (w tym Lublina) i napis: XXXII ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO ŁÓDŹ 23-26 IX 1998. Ø 70 mm, med. Rous-sanna i Andrzej Nowakowscy.

Polskie Towarzystwo Transplantacyjne wydało kolejny medal (**Ryc. 11**) ze swym godłem – bóstwem egipskim (Horus) z głową sokoła – zapewne sugerującym, że był to wynik transplantacji dokonanej przez starożytnych chirurgów (por: Alma Mater Nr 1 (30), str. 103, Nr 10). Av.: Na tle kręgów z linii poziomych i pionowych tablica z napisem: POLSKIE TOWARZYSTWO TRANSPLANTACYJNE I NOVARTIS. Rv.: Figura ludzka z głową ptaka, za nią napis: INSIGNE DECORUM Z prawej strony napis: PRO TRANSPLANTATIONIBUS FOVENDIS. Ø 70 mm, med. Hanna Roszkiewicz.

Ryc. 12 przedstawia medal wydany przez Pol. Tow. Opieki Paliatywnej. Av.: Dwie stylizowane postacie i napis: POLSKIE TOWARZYSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ – ODDZIAŁ WE WŁOCŁAWKU. Rv.: Dwie pary dłoni zwrócone ku sobie. Po bokach napisy: POMÓŻ MI WYSŁUCHAJ MNIE – ZOSTAŃ ZE MNĄ. Ø 70 mm, medal projektował Zbigniew Stec, wykonał Antoni Bisaga.

Instytut Gruźlicy w Warszawie wydał medal (**Ryc. 13**) z portretem prof. Janiny Misiewicz (1893-1958), od 1950: profesor AM w Warszawie i dyrektor Instytutu Gruźlicy, autorki monografii „Ftyzjatria” (II wyd. 1958) zasłużonej dla zwalczania gruźlicy w Polsce. Av.: Fasada budynku i dwa liście lipy. Wokół napis: 50-LECIE INSTYTUTU GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC – 1948-1998. Rv.: Portret, wzdłuż krawędzi daty: 1883-1958 oraz napis: PROF. JANINA MISIEWICZ.

Kolejny medal (**Ryc. 14**) emitowało Polskie Stowarzyszenie na Rzecz

Osób z Upośledzeniem Umysłowym. Av.: Dom, drzewa i ludzie; nad nimi słońce. Napis: POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZEC OSÓB Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM. Poniżej ludzie, drzewa, dom i samochody. Rv.: Otwarte drzwi, w nich człowiek z rękami podniesionymi do góry ku słońcu. Półkuliście napis: OTWÓRZMY PRZED NIMI ŻYCIE. Ø 70 mm, med. Robert Kotowicz.

Medal przedstawiony na **Ryc. 15** wydała Polska Akcja Humanitarna. Av.: Na tle południków i równoleżników logo, stylizowane postacie i napis: POLSKA AKCJA HUMANITARNA. Rv.: Stylizowany gołabek pokoju i napisy – nazwy krajów, regionów i miejscowości do których były wysyłane konwoje Polskiej Akcji Humanitarnej lub skąd pochodzą uchodźcy objęci pomocą: OPOLE/SARAJEWO/KARAGANDA / TUZLA / PALE / GROZNY / KŁODZKO / BIESZCZADY / LITWA / SOMALIA/AEMA ATA/AFGANISTAN / KAZACHSTAN / CZECZENIA / SRI LANKA / ALGERIA / BELGRAD / IRAK. Ø 70 mm, med. Rous-sanna i Andrzej Nowakowscy.

Emisją medalu (**Ryc. 16**) upamiętnił Państwowy Zakład Higieny swe 80-lecie. Av.: Na tle powtórzonego wielokrotnie napisu: PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY medalion z widokiem budynków otoczony napisem: PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY – 80 LAT. Rv.: Na tle powtórzonego wielokrotnie napisu: SANITATI PUBLICAE AUGENDAE owalny medalion z logo PZH i napisem: 1918-1998 WARSZAWA. Ø 70 mm, med. Mirosław Lekasa.

Stulecie odkrycia polonu i radu upamiętnia medal prostokątny wydany przez Polską Akademię Nauk (**Ryc. 17**). Av.: Popiersie Marii Skłodowskiej-Curie w prawo (w podeszłym wieku – z lat 1930-tych – anachronizm) i Piotra Curie en face oraz napis: PIERRE CURIE 1859-1906 MARIA SKŁODOWSKA-CURIE 1867-1934. Rv.: Symbole polonu Po i radu Ra (w efekcie katowym, widziane przemiennie), symboliczna wiązka promieni α , β i γ oraz daty: 1898-1998. 48 x 53 mm, med. Robert Kotowicz.

Polska Akademia Nauk wznowiła również medal nagrodowy z wizerunkiem Kopernika (**Ryc. 18**). Av.: Popier-

nie w 3/4 w lewo, prawa dłoń wzniesiona, koło niej drobna tarcza Ziemi, w lewej na piersi koliste słońce. W dole półkuliście napis: NICOLAUS COPERNICUS. Całość zdeformowana odbiciem sferycznym. Rv.: Gałązka konwalii, poziomo przez środek napisy: POLSKA • AKADEMIA • NAUK. Ø 70 mm, med. Anna Jarnuszkiewicz.

Portret Kopernika występuje również na medalu emitowanym przez Polski Związek Filatelistów z okazji Krajowej Wystawy Filatelistycznej w Olsztynie (**Ryc. 19**). Av.: Znaczek z wizerunkiem Kopernika i napisem: M. KOPERNIK 1473-1543/WSTRZYMAŁ SŁOŃCE RUSZYŁ ZIEMIĘ / OLSZTYN '98. Wokół napis: • KRAJOWA WYSTAWA FILATELISTYCZNA • KOPERNIK 525. Rv.: Tarcze z herbami i nazwami miast oraz astrolabium. Wokół napis: FEDERACJA MIAST KOPERNIKOWSKICH. Ø 70 mm, med. Barbara Lis-Romańczuk.

Zarząd Główny PCK upamiętnił medalem dr Henryka Gnoińskiego (**Ryc. 20**; por: Z. Abramek, Alma Mater nr 1 (26) 1998, str. 85-88) z okazji 40-lecia honorowego krwiodawstwa w Polsce. Av.: Popiersie w lewo. Wokół napis: 1891 HENRYK GNOIŃSKI 1946 – PREKURSOR HONOROWEGO KRWIODAWSTWA W POLSCE. Rv.: Serce z krzyżem i kroplą krwi. Wokoło napis: 1958 HONOROWE KRWIODAWSTWO W POLSCE 1998 POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA. Ø 70 mm, projektował Zdzisław Abramek, med. Robert Kotowicz.

Towarzystwo Wiedzy Obronnej wydało medal związany z wojskowymi oddziałami chemicznymi (**Ryc. 21**). Av.: Sylwetki żołnierzy w maskach przeciwgazowych. W otoku napis: WOJSKA CHEMICZNE – 1921-1945. Rv.: Broń, oporządzenie i odznaka wojsk chemicznych z motywami wzoru benzenu i promieniowania α , β i γ . Data: 19-98 i znak TWO. Sygnowany na R.: monogram ANR. Ø 70 mm, med. Rous-sanna i Andrzej Nowakowscy.

Katalog medali emitowanych przez Mennicę Państwową w Warszawie w roku 1998 jest kolejną wartościową pozycją dokumentującą tę dziedzinę polskiej sztuki. Oczekujemy na następne katalogi na równie dobrym poziomie edytorskim.

Portret na monetach starożytnych

W dniu 10 marca 2003 r. w sali wystawowej gmachu Biblioteki Akademii Medycznej w Lublinie, odbyło się otwarcie autorskiej wystawy prof. dr hab. Edwarda Soczewińskiego, pt.: „Portret na monetach starożytnych”, przygotowanej przez Zakład Historii Nauk Medycznych, pod kierownictwem dr n. farm. Andrzeja Wróbla.

MGR FARM. MARIOLA HERBET
ZAKŁAD HISTORII NAUK MEDYCZNYCH
AM W LUBLINIE

G ościem honorowym był autor, który po gorącym powitaniu wszystkich przybyłych, wygłosił niezwykle ciekawą prelekcję. Zwiedzający z ogromną uwagą i w skupieniu słuchali objaśnień Profesora, który udzielał wyczerpujących odpowiedzi na zadawane mu pytania.

Monety, emitowane od ponad 2,5 tys. lat, to źródło informacji o historii miast i państw, w których powstawały, często (od IV w. przed Chr.) ukazują także portrety władców. W starożytnej Grecji bito je w miastach – państwach, były wówczas swego rodzaju wizytówkami emitentów, którzy niejednokrotnie wykazywali troskę o poziom artystyczny tych niewielkich płaskorzeźb. O wysokim poziomie artystycznym świadczą m. in. portrety królów Baktirii (obecnie Afganistan).

Głównym nominałem monet Grecji była drachma (ok. 4 g srebra); najczęściej bito monety czterodrachmowe – tetradrachmy (ok. 16 g). Istniały jednak także inne systemy: często bito statery srebrne i złote. Większość prezentowanych w ramach ekspozycji monet wykonano ze srebra. W Rzymie głównym nominałem był srebrny denar (ok. 3,5 g).

Monety jako środek obiegu pieniężnego pojawiły się w VII w. przed Chr. w Zachodniej Azji Mniejszej (obecnie Turcja). Wcześniej transakcje prowadzono ważąc kawałki metalu – złota, srebra, miedzi; moneta miała określić



ną wagę i jakość metalu, co gwarantował stempel emitenta. Ważenie zastąpiło odliczanie monet, co stanowiło znaczne uproszczenie. Wkrótce monety stały się również środkiem wyrazu artystycznego. Początkowo przeważały motywy religijne, częste są także motywy roślinne i zwierzęce. Styl monet antycznych odzwierciedla ewolucję sztuki od archaicznej do dojrzałego klasycyzmu, z uwzględnieniem tradycji lokalnych.

W pierwszych wiekach monety portretowe ograniczają się do wizerunków bogów z panteonu Greków. Spotykane są także wizerunki półbogów i bóstw lokalnych, a nawet postaci znanych z Iliady. Pierwsze portrety władców powstały na monetach Azji Mniejszej, gdzie pod wpływem Persów nie przeciwstawiała się temu lokalna tradycja religijna. Niekiedy wyobrażenia na monetach są ilustracją zdarzeń, a nawet określeń anegdotycznych. Najwcześniejszy portret władcy greckiego, Filipa Macedońskiego, pojawił się na monetach miasta Kyzikos. Od czasów Aleksandra Macedońskiego portrety władców Grecji regularnie pojawiają się na monetach, często charakteryzując się wysokim poziomem artystycznym. Wpływ lokalnych

Monety, emitowane od ponad 2,5 tys. lat, to źródło informacji o historii miast i państw, w których powstawały

tradycji sztuki Asyrii i Babilonu przejawia się w stylu monet Iranu, wykazujących stopniowe odejście od sztuki greckiej, szczególnie w numizmatyce dynastii Sassanidów (III – VII w.).

Monety stały się również środkiem wyrazu artystycznego

Szczególnie piękne portrety nimfy Aretuzi powstają w V w. przed Chr. w Syrakuzach, również inne miasta Sycylii zatrudniają artystów wysokiej klasy. Niektórzy z nich świadomi, że tworzą dzieła sztuki, zamieszczali na monetach swoje imiona (Kimon, Euajnetos, Eukleidas, Kleidoros). Oprócz portretów, częste są wyobrażenia figuralne, np. dynamiczne sceny walki, wyścigu kwadryg, procesje. W Republice Rzymskiej początkowo przedstawiano na monetach wizerunki bogów. Niektórzy konsulowie przedstawiają na monetach portrety swych sławnych przodków, przypominając wyborcom ich zasługi. Własny portret wprowadził Juliusz Cezar, a z czasów jego konsulatu zachował się też portret Wercyngetoryksa, wziętego do niewoli i straconego wodza powstania Gallów. Wybicie monet z portretem Juliusza Cezara (r. 44 przed Chr.) zostało uznane jako chęć obalenia republiki i ogłoszenia się królem; już w kilka miesięcy później Cezar zginął w zamachu na jego życie, dokonanym przez obrońców republiki. Po przełamaniu tradycji, swe portrety zamieszczają na monetach Brutus, Antoniusz, a nawet pretor Liwinejusz Regulus.



Profesor Edward Soczewiński, zyskał uznanie przede wszystkim jako współtwórca lubelskiej szkoły chromatograficznej, cieszącej się sławą zarówno w Polsce oraz w świecie. Oprócz nauki, jego drugą pasją życiową jest numizmatyka



Brutus - rok 42 p. Ch.



Juliusz Cezar - rok 44 p. Ch.



Antoniusz - rok 42 p. Ch.

¹ Soczewiński E., Wspomnienia kolekcjonera [w:] „Lubelskie Wiadomości Numizmatyczne” 1995, nr 4, s. 5-13.

Profesor Edward Soczewiński,

znany jest przede wszystkim jako współtwórca lubelskiej szkoły chromatograficznej, cieszącej się sławą zarówno w Polsce jak i w świecie. Nie wszyscy jednak wiedzą, że oprócz nauki drugą jego pasją jest numizmatyka. Pierwszy przejaw zainteresowania monetami pojawił się u Edwarda Soczewińskiego w wieku dziesięciu lat. Zaintrygował go wówczas brakteat protekcyjny Bolesława Krzywoustego, przedstawiony w formie rysunku w podręczniku historii V klasy. W roku szkolnym 1939/1940 zaczął już kolekcjonować monety. Grywał wówczas z kolegami o pięciogroszówki, odbijane od ściany lub rzucone na odległość. Wygrywał ich wiele, a następnie zamieniał na monety srebrne znajdujące się w obiegu. Trofeami gier koleżeńskich były również monety państw rozbiorowych, fenigi, halerze, kopiejki sprzed 1914 r. To właśnie z nich powstała pierwsza kolekcja. Wśród dość popularnych monet dwudziestowiecznych znalazła się tam srebrna

czterogroszówka Stanisława Augusta i krajcar Józefa II. Profesor Edward Soczewiński jest właścicielem bogatego księgozbioru o tej tematyce, a co najważniejsze – posiadaczem kolekcji: numizmatyka polska; portrety władców z różnych okresów i państw, począwszy od Cesarstwa Rzymskiego (denary cesarzy); medale lubelskie oraz o tematyce naukowej (uczelnie, naukowcy); numizmatyka orientalna: oprócz monet kalifów Bagdadu i zależnych dynastii IX-X w. (dirhemy kuficlike), rozszerzył zainteresowania na monety Tatarów (Złotej Ordy), Turcji, Indii muzułmańskich, perskich Sasanidów i innych dynastii; numizmatyka Chin i Japonii. Działając w Oddziale Lubelskim Polskiego Towarzystwa Archeologicznego i Numizmatycznego nawiązał kontakty i przyjaźnie z wieloma wspañiałymi ludźmi o podobnych zainteresowaniach. Jest autorem ponad sześćdziesięciu artykułów popularno-naukowych o tematyce numizmatycznej, opublikowanych w róż-

nych czasopiśmie. Za swą niezwykle zaangażowaną działalność w Polskim Towarzystwie Numizmatycznym został wyróżniony: Medalem „50-lecie Polskiego Towarzystwa Archeologicznego”, Medalem „Zasłużonemu dla Numizmatyki Polskiej”, „Zasłużonemu dla PTAIN”, „Za opiekę nad Zabytkami”, Złotą Odznaką Polskiego Towarzystwa Numizmatycznego, Srebrnym Medalem „Za Zasługi dla Numizmatyki”, otrzymał ponadto dwie nagrody za przygotowanie wystaw fotograficznych na sesjach naukowych Towarzystwa. Z perspektywy pięćdziesięciu lat swojego kolekcjonowania monet, Profesor tak ocenia swoją pasję: [...] moje życie byłoby bez tego hobby mniej interesujące, chociaż, być może, ucierpiał na tym moja specjalizacja chemiczna. [...] Nieczęsto rozwiązuję krzyżówki, ale odcyfrowanie monety egzotycznej, arabskiej czy chińskiej, daje mi dużo większą satysfakcję. Być może wiąże się to z moim instynktem poznawczym, który spowodował wybór zawodu naukowca. Zresztą trudno tu odróżnić przyczynę i skutek.¹



Czudaczka (cz. IV)

DR MED. SERAFINA SAWICKA

W moje ręce trafił maszynopis zatytułowany: „Pamiętnik babci Czudaczki”. Nie poświęciłabym mu większej uwagi, gdyby nie fakt, że znalazłam osobiście nieżyjącą dziś autorkę tego pamiętnika. Była nią lekarka, imigrantka z ZSRR – doktor N. M. Serafina Sawicka. W poszukiwaniu pracy zgłosiła się przed laty do mojej matki, doktor Kazimierzy Litwiniukowej, pełniącej wówczas obowiązki kierownika Wydziału Zdrowia UM w Lublinie. Widząc starszą, drobną kobietę niczym nie wyróżniającą się spośród otoczenia, nie zdawałam sobie sprawy, jakie skarby, doświadczenia, ile intelektu i twardego charakteru kryje w sobie ta skromna, niepozorna, a jakże bogata osobowość. Pamiętnik kwalifikuje się do publikacji w całości z niewielkimi skrótami, lecz na łamach ALMA MATER trwałoby to kilka lat. Spróbuję więc, wykorzystując jej relacje, pokazać w kilku odcinkach postać niepozornej kobiety – siłaczki, w której losach można odnaleźć młodzięczy zapach zarówno Marii Skłodowskiej, jak i determinację doktora Żiwago.

KRYSTYNA PŁATAKIS-RYSAK

Przybyły oficer zwrócił się do mnie z zapytaniem, czy to nasz szpital zatruł tak powietrze, że nie ma czym oddychać? Ja najspokojniej wytłumaczyłam, że trzeba od czasu do czasu robić dezynfekcję w mieście, ponieważ dużo jest chorych ma tyfus plamisty między cywilnymi ludźmi. Oficer nawet podziękował. Moje soldatki nie wiedzieli jak mi dziękować, że taka chytra i nikt w sztabie nie domyślił się co to była za dezynfekcja. Po tak przymusowej dezynfekcji minęło dziesięć dni. Popołudniową porą zjawił się adiutant naczelnika sztabu – generała Szyszkowa z wezwaniem, żebym się natychmiast zgłosiła do naczelnego generała. Wezwanie było na piśmie. (To była konsekwencja niesubordynacji wobec rozkazu o udostępnieniu budynków szpitalnych wojsku) No, myślę – przyszła kryśka na matyska – to już koniec. Żywcem nie dam się wziąć, bo ratowałam chorych żołnierzy i prestiż lekarza. Będę się bronić. Sroce spod ogona się nie urwałam.

Odważni prawie zawsze wygrywają. Powiedziałam Klimonowi żeby w mój powóz, oprócz moich koni zaprząg parę najlepszych, szpitalnych. Sama, jak tylko mogłam, ubrałam się przyzwoicie. Powóz błyszczał, konie nie chciały stać, a ja, ich Błagrodzie, gospoża Doktor z poważną miną, przy pochlipywaniu siostr i żegnaniu Świętym Krzyżem sanitarów wyjechałam ze szpitalnego podwórka. Droga była taka krótka, tak że pieszo można było dojść do seminarium za dwie – trzy minuty. Klimon jechał szybko, przy nim siedział drugi koniuch Gołubczenko i my z wielkim fasonem podjechaliśmy do sztabu. W bramie warta już widać była powiadomiona, że mam przybyć, bo wpuścili mnie bez słowa. Dyżurni oficerowie przepuszczali przez kolejne drzwi nie pytawszy o cokolwiek. Widać było, że niektórzy spoglądali na mnie ze współczuciem. Nareszcie koniec. Zapraszającym gestem adiutant wskazał na drzwi, otworzył; weszłam niczym do smoczey jamy. Duży

pokój, a w nim podłoga wysłana dywanami. Duży stół pokryty zielonym sukniem. W fotelu za stołem siedzi starszy rangą generał, nieduży, grubiotki, twarz obrosnięta siwym zarostem. Włosy na głowie też siwe. Siedzi i coś tam pisze. Ja melduję się: „Według rozkazu zgłaszam się do ich *prewoschoditelstwa*”.

„ **Odważni prawie
zawsze wygrywają** „

Zostałam zdrajczynią Ojczyzny

Odpowiedzi żadnej. Stoję. Nareszcie, po upływie prawie dziesięciu minut rozkazujący głos woła: „*Podejść bliżej!*” Podeszłam. I tutaj rozpoczęło się kazanie. O święty Boże, czego ja nie wysłuchałam, czego ja nie dowiedziałam się o sobie: że jestem zdrajczynią Ojczyzny, że za takie przestępstwo jakie uczyniłam nie mam prawa być lekarzem i to na froncie, że sąd polowy ma prawo mnie rozstrzelać. Że takie kobiety jak ja to przynoszą wstyd wszystkim lekarzom. Mówił, mówił i mówił, bardzo dużo. Już nie pamiętam wszystkich „komplementów”. Nareszcie zaczęło się jemu ciężko mówić bo dostał chrypki. Słuchałam, słuchałam i tylko jednego się bałam, żeby coś o tej „dezynfekcji” nie wspomniał”, ale nic, widać może i nie wiedział, że to mój szpital był taki zapobiegliwy. Odsapnął i rozkazał żebym usiadła. Wtenczas ja zaczęłam mówić: „*Proszę pana generała wysłuchać mnie*”. Spokojnym, pewnym siebie głosem wyjaśniłam z jakiego powodu miałam odwagę nie wykonać jego rozkazu. Uważnie przysłuchiwał się moim słowom. Coś sobie notował. Po zakończeniu mego tłumaczenia zaczął rozpytywać mnie o mego ojca i całą rodzinę. Opowiedziałam jemu, że trzech moich braci w rangach od porucznika do pułkownika znajduje się w czynnej służbie w armii na zachodnim froncie, że mąż siostry – pułkownik też jest na tym froncie i że ja jestem wnuczką sewastopolskiego kapitana, który poległ podczas Wojny Krymskiej. Gdy skończyłam generał zamilkł. Raptem wstał z fotela, podszedł do mnie, objął mnie i ucałował w czoło. Mnie to wprost zatkało; już nie miałam przed sobą rozgniewanego dziada, a miłego staruszka i prawie bezwiednie ucałowałam jego rękę. Tym zakończyła się dramatyczna scena. Dobrze, że Klimon czekał na mnie. Później opowiadał siostrze Aleksandrze, że chociaż konie trudno było utrzymać, postanowił czekać na mnie aż do nocy i modlił się do świętego Mikołaja, żeby nie wydał generał rozkazu rozstrzelania ich błagrodzie, kochaną doktor. Dobry to był chłop – już nie młody. Lubił bardzo ko-

nie i psy. Lubił o nich rozmawiać. Jak która klacz urodziła to nieraz i w nocy przychodził do stajni, żeby upewnić się czy przypadkiem źrebak nie zaplątał się między inne konie. Karmił klacze lepiej niż inne konie. Żrebak mógł być przy matce tylko sześć tygodni. Później trzeba było te źrebaki zdawać komendantom miast i miasteczek. Prze-



ważnie żrebaki długo nie żyły, bo nikt nimi się nie interesował. Postarałam się, aby ani jednego żrebaka nie oddawać na śmierć komendantom. Kiedy który z sanitariuszy jechał na urlop, a lubił konie, zabierał ze sobą żrebaka jako prezent. Klimon czuwał długo przy ładnej klaczy gdy ta rodziła źróbkę. Córka Aza była cudowna. Miała już pół roku kiedy Klimon jechał na urlop i zabrał ją.

Rewolucja

W roku 1918 otrzymałam od niego list takiej treści: „patrzę ja na gnieduju kobytku i widzę was, pani doktor”. To był już czas rewolucji i ten list bardzo mnie rozczulił. Wracam znów do swego szpitala. Dużo było pracy. Dużo energii musiałam wydobyć z siebie, ale miałam za to satysfakcję, że nie załamalam się. Przypominam sobie w jakim stanie otrzymałam ten szpital, jaka była tam bieda i poniewierka Bogu ducha winnych ludzi, i sama so-

bie mogę powinszować, że jednakże chociaż byłam młoda i niedoświadczona zrobiłam to co wymagało ode mnie sumienie lekarza. Bardzo było mi smutno kiedy przyszło się żegnać z siostrami, sanitarami i chorymi. Oprócz ludzi trzeba było pożegnać i zwierzęta, bo je też kochałam. Klimow zdobył nie wiem skąd dwa psy – setery, koziołka i baranka. Uciecha była dla wszystkich, kiedy te psy w towarzystwie koziołka i baranka starały się koniecznie towarzyszyć mi gdy jechałam konno, albo powozem. Swoje własne konie i powóz zostawiłam w Łucku u komendanta, który obiecał, jak tylko front dalej przesunie się, odesłać je do mojego miasta. Więcej już ich nie zobaczyłam. Otrzymałam od hrabiego Bobryńskiego zawiadomienie, że zgodnie z moim życzeniem jestem przeniesiona do jego własnego szpitala w mieście Smieła, by pełnić obowiązek lekarza na oddziale chirurgicznym. Do tego zawiadomienia dołączona była nagroda za uczciwą pracę w Zakaźnym Szpitalu Czerwonego Krzyża nr 5. Sama nagroda to złoty krzyż z brylancikami, który wręczono mi

po przyjeździe do Kijowa. Odjazd z Krzemieńca, i pożegnanie były dla mnie nadzwyczaj ciężkie. Moje „sołdatiszki” odprowadzili mnie dość daleko. Musiałam mocno panować nad sobą, żeby nie płakać. Nigdy, przez całe moje długie życie nie mogę zapomnieć naszego rzewnego pożegnania. Pieski pojechały do Łucka i je też zostawiłam u komendanta. Ten komendant to był nadzwyczaj miły, starszy pan. Znałam go od dawna. Jestem pewna, że gdyby nie zachorował na tyfus plamisty i nie umarł z powodu tej choroby to konie i psy dostarczyłby do mojego miasta. A zresztą rewolucja jak burza zniweczyła wszystkie moje plany.

W Kijowie, w Głównym Urzędzie Czerwonego Krzyża wręczyli mi nagrodę, podziękowali za wszystko i życzyli pomyślnej pracy chirurgicznej.

W szpitalu hrabiego Bobryńskiego

Szpital hrabiego Bobryńskiego znajdował się w pięknym pałacu. Ranni i chorzy mieli luksusowe warunki. Ja starałam się, jak tylko można było, brać udział w operacjach. Chirurdzy byli przeważnie znani ze swych umiejętności. Może gdybym dłużej z nimi pracowała, to mogłabym się stać chociaż przeciętnym chirurgiem. Tymczasem mój narzeczony, „kochany Miecio” długo nie otrzymywał ode mnie wiadomości, więc zwolnił się z pracy w fabryce pocisków, przyjechał do mnie i stanowczo zażądał mojego powrotu do Kijowa. Bardzo go kochałam, ale nie chciało mi się rzucać szpitala. On jednak był uparty. Poszedł do księcia Trubeckiego – wspólnika hrabiego Bobryńskiego z prośbą



o zwolnienie mojej osoby. Miał też czelność pozwolić się na mnie, że jego unikam oraz, że nie chcę brać z nim ślubu. Przyszło wysłuchać ojcowskiego kazania od księcia i zgodzić się na wyjazd do Kijowa na ten ślub. Po upływie miesiąca, gdy wojna była prawie skończona, dowiedziałam się, że ten piękny pałac został przez chłopstwo zrujnowany. Rozpoczęła się rewolucja.

Pomoc lekarska dla jeńców

Ślub odbył się. To koniec mej wolności. Jednak pracy nie przerwałam na długo. Jako lekarka obznajomiona już z chirurgią zaczęłam pracę w szpitalu chirurgicznym. Ten szpital był dla lekko rannych żołnierzy. Długo tam nie pracowałam. Musiałam zwolnić się, bo razem z mężem dostaliśmy się na nową placówkę nad rzeką Prypecią. W ogromnych lasach jeńcy austriaccy zajmowali się wyrębem drzew, w tartakach pilowali drewno na deski i spławiali je Prypecią do Dniepru, a Dnieprem do Kijowa. Pracowało tam dwa i pół tysiąca jeńców. Musiałam zorganizować szpital dla robotników, doglądać dwa punkty felcherskie, a mąż jako inżynier mechanik był kierownikiem warsztatów. Pracy było dużo. Naczelnikiem tych robót był inżynier z Warszawy Mozdrof. To była na pół wojskowa organizacja, a większość inżynierów stanowili Polacy. Z pomocy mojej korzystała przy sposobności i miejscowa ludność. Często przychodziło odbywać podróże końmi, wołami w głąb lasu, tratwą po rzece. Nieraz musiałam dwa lub trzy dni mieszkać w chłopskich chałupach, albo w brudnych chałupach żydowskich. Raz, na początku grudnia trzeba było na tratwie przedostać się na drugi brzeg Prypoci, gdzie pewna rodzina żydowska i kilka rodzin chłopskich chorowało na tyfus plamisty. Pogoda była okropna. Wiał silny wiatr, padał śnieg. Raptem sznur, którym tratwa była ciągnięta pękł i wiatr popędził krypę w dół rzeki. Jakoś po dziesięciu kilometrach przybiło ją do brzegu. Przyszło więc maszerować pieszo. Wiosek żadnych po drodze nie było. Spędziłam u tych chorych trzy dni. Po naprawie tratwy, ledwie żywa wróciłam do domu.

Zima wypadła ostra, rzeka zamarzała. Parostatki, ma się rozumieć, nie pływały i nasza kolonia była odcięta od świata. Do Kijowa było ze dwieście kilometrów. Do Pińska też daleko. W marcu rzeka ruszyła i zjawiły się parostatki. Szpital był przepełniony chorymi jeńcami. Personel składał się z jeńców, wśród nich wielu było inteligentnych chłopców. Byli tam pracownicy studenci medycyny, którzy pełnili ochotniczo obowiązki felczerów i pielęgniarzy. Dziękowali mi, że nie pracują przy wyrębie lasu lub w tartakach. Praca nasza szła bez zarzutu.

Grabież szpitala

Aż stało się nieszczęście. Niedaleko przybił do brzegu parostatek, na którym znajdowali się Niemcy (Niemcy w tym czasie okupowali całą Ukrainę). I ci Niemcy, wszystko co można było, zrabowali ze szpitala. Zabrali ze sobą mój personel, a zostawili tylko kilku ciężko chorych. Chorzy, którzy mogli o własnych siłach chodzić, uciekli do la-



su. Mieszkałam pięć kilometrów od szpitala. Kiedy przyjechałam na obchód chorych zobaczyłam, że z siedemdziesięciu zostało piętnastu, a z personelu ani jednego. Niemcy powiadomili, że za kilka dni przyjdą po resztę.

Z baraków, gdzie mieszkało dwa tysiące trzystu jeńców też prawie wszyscy uciekli do lasu, ponieważ Niemcy nastraszyli ich, że wojna trwa i Austriacy muszą wrócić do swoich pułków. Chorych zostało mało. Jeszcze pięć osób, jak tylko troszeczkę spadła im temperatura – też uciekło. Nikt uciekinierów nie szukał, bo i nie było żadnej straży, która by ich pilnowała. Nawet radość wstąpiła w ludzi, którzy z musu pracowali, choć niby byli wolnymi obywatelami. Warsztaty, tartaki zamilkły. Główny inżynier powiadomił Urząd Kijowski, że praca stanęła, gdyż pracownicy puciekali. Odpowiedzi długo nie było i inżynierowie obawiali się, żeby ich nie zabrali na front. Pocieszała się grą w karty, szachy i polowaniem. Za to ja biedna byłam w kropce. Sama na cały szpital, na dziesięciu bardzo ciężko chorych, umierających. Z kobiet była tylko żona mistrza stolarskiego – Matyszenko, Tania i ja. Tania – dzielna, dobra kobieta, nie odmówiła mi pomocy. Pielęgnowała chorych, gotowała im jedzenie i nieraz ze swoim mężem nocowała w szpitalu, żeby ciężko chorým w nocy, jak tylko umiała nieść pomoc. Wszystkie lekarstwa,

a było ich dużo, Niemcy zabrali. Zabrali także bieliznę, naczynia, instrumentarium. Nawet, co lepsze łóżka zrabowali. Musiałam z domu, co było i nadawało się, przywozić, kupować u chłopów w sąsiedniej wsi prowiant – bardzo nędzny, bo tylko kartofle, mleko i mąkę żytnią, razową. Dojechać do miasteczka najbliższego, z powodu obfitego padającego śniegu, zupełnie było niemożliwe. Z tych najciężej chorych czterech umarło, a reszta też nie dawała nadziei, że pozostaną przy życiu. Nie było czym leczyć. Co miałam w domu: od kwasu bornego do wazeliny i kropli walerianowych, to było nic. Czego było bardzo dużo – to czystego, dobrego spirytusu. Chorych pojono nim, ile tylko chcieli, a oni jak na złość nie zgadzali się na ten napój w tak dużej ilości. Przydała się mi praktyka w szpitalach chirurgicznych.

Na żywca...

Musiałam wykonać duży zabieg – resekcję trzech żeber u umierającego młodego Czecha, który po tyfusie płamistym dostał ropnego zapalenia płuc. Całe życie nie będę już mogła tej koszarnej operacji zapomnieć. Trzeba było robić na żywca; środków wzmacniających serce nie było, instrumentów też. Brak materiału sterylnego,



a chory błagał o ratunek. Tyle lat był na froncie, a w domu czekali rodzice, żona i dziecko. Z tyfusu wykaraskał się, a umierać trzeba, bo całe płuca zalane ropą. Nie ma czym oddychać i sam odczuwał, że w krótkim czasie zakończy życie. Boże mój kochany! Co mam robić? Czym? Zwołałam „konsylium” – Tania, jej mąż i ja. Po „konsylium” postanowiłam operować. Instrumenty dostałam z magazynu przy warsztatach: młotek, małą pileczkę, haczyki dość duże, cygańskie igły, rurkę gumową, nici lniane, obcęgi. Zabrałam się do dzieła. Skalpel bardzo dobry, nowiusieńki Tania znalazła w szopie pod papierem, gdzie kiedyś były schowane instrumenty chirurgiczne. Miałam w domu stary skalpel, kilka peanów, materiał, serwetki. Prześcieradło pokrajane na kawałeczki zastąpiło watę, gazę. Wszystko to było przygotowane. Instrumenty też, oprócz skalpela. To całe bogactwo dokładnie gotowało się w naczyniach. Chory pomodlił się, pożegnał się z nami, wypił szklankę spirytusu z dużą ilością syropu z cukru, a potem my, z czystym sumieniem przystąpiliśmy do „zamordowania człowieka”. Pierwsze cięcie dobrym skalpelem było dla mnie z początku straszne. Chory ryczał. Trzymał go Matuszenko. Tania podawała narzędzia, a ja wpadłam w trans. Kiedy żebra były na kilka centymetrów wycięte nie dopuściłam, żeby od razu wylało się zbyt dużo ropy. Zwązłam za pomocą lnianej nitki otwór, wstawiłam gumową rurkę, za pomocą agrafki połączyłam rurkę z opatrunkiem. Ropa powoli sączyła się. Chory spał. Tętno było ledwie wyczuwalne. No, pomyślałam sobie, przynajmniej umrze we śnie. Nie będzie się już tak męczył. Tej nocy w domu nie nocowałam, drzemałam w szpitalu. Chory nadal spał. Rano przyjechał mój mąż, sam bez furmana, bo i mój i jego furman też uciekli. Przywiózł dla nas dobre śniadanie i dzbanek mocnej kawy. Kawa przydała się wszystkim, a choremu najbardziej. Był bardzo osłabiony, ale radość malowała się na jego twarzy, bo był już po operacji i mógł lekko oddychać. Kiedy zdawałam pożyczone instrumenty zdziwił mnie wśród nich zupełnie nieużyteczny młotek. Spytałam Matuszenkę: *A to co za instrument? Po co jego my brali?* Matuszenko roześmiał się i odpowiedział: *„Pani doktor zamawiała instrumentarium, to jakże można w naszej profesji obejść się bez młotka, no to ja jego dodał od siebie”*. Przez szacunek do niego i to, że był przy tym mój mąż nie gruchnęłam tego mistrza stolarskiego po jego bujnej czuprynie. Chory Czech szybko wracał do zdrowia. Do zdrowia powrócili wszyscy chorzy, ale nie chcieli wracać do ojczyzny poprzez urząd dla jeńców. Woleli lasami dostać się do domu.

Wojna niby to skończyła się, ale Ukrainę nadal okupowali Niemcy. W miastach, takich jak Piotrogród i Moskwa rewolucja szalała, a na Ukrainie niby to był spokój. Pilnowali go Niemcy razem z generałem Skoropadzkim, starym generałem rosyjskim, który przeszedł na stronę ukraińską pod władzą niemiecką. Chłopi i żołnierze, którzy powrócili z orężem z frontu napadali na majątki, grabili, zabijali całe rodziny obywatelskie, a Niemcy patrzyli na to przez palce. Sami starali się wywieźć z Ukrainy co tylko im się podobało. Nawet kopali piękny czarnoziem

” Musiałam zrobić duży zabieg – resekcję trzech żeber u umierającego młodego Czecha, który po tyfusie plamistym dostał ropnego zapalenia płuc. Całe życie nie będę już mogła tej koszarnej operacji zapomnieć. ”

i pociągami taszczyli go do swego kraju. Ostatni chory – mój Czech popłynął parostatkem. Pojechał nie sam, lecz z drugim Czechem, który powrócił z lasu. Nie mógł zdążyć za swoimi kamratami, ponieważ był jeszcze bardzo osłabiony. Na przystani zebrano się wielu miejscowych chłopów, kilku inżynierów, ja i mój mąż. Pożegnania były nadzwyczaj serdeczne. Czesi dostali dużo jedzenia, nawet pieniędzy – żeby w drodze nie głodowali. Jan poprosił mego męża o zezwolenie, żeby mnie ucałować. Całusy były wzajemne, co w otoczeniu wywołało długie oklaski. Po tygodniu i my popłynęły na nową pracę.

W Białej Cerkwii

Wiosna, maj był już na ukończeniu. Czerwiec spotkał się w drodze na parostatku, kiedy płynęli Dnieprem. Oprócz rzeczy zabraliśmy ze sobą pięknego psa myśliwskiego – Wika. Dojechaliśmy do Kaniowa, a z Kaniowa pięknym powozem jechaliśmy sami, a rzeczy nasze wieźli wozem. Piętnaście kilometrów od miasta Biała Cerkiew była cukrownia. Tam mój mąż, jako inżynier mechaniczny, dostał pracę zastępcy dyrektora, a ja miałam pracować w swoim fachu. Droga była piękna i pogoda dopisywała. Wik cieszył się, czekał na postojach, wskakiwał do powozu, obcałowywał nasze ręce, odpoczywał i ponownie starał się wyprzedzić konie. Cała idylla trwała do Białej Cerkwi, bo jak tylko wjechaliśmy do miasta zatrzymał nas stary Żyd, któremu dyrektor cukrowni porucił opiekować się nami. W tym czasie zawiadomiono go, żeby broń Boże nie jechali do cukrowni, a zatrzymali go w pałacu hrabiego Branickiego, bo w cukrowni oczekują napadu chłopskiego. Musieliśmy zatrzymać się w pięknym, ogromnym pałacu, znieśliśmy nasze rzeczy. Wskazali nam dwa pokoje i więcej nikt nami nie interesował się. Przyjechaliśmy o godzinie piątej po południu, odpo-

częli i poszli oglądać miasto, duży park, jezioro w środku którego stała altanka i po którym pływały łabędzie. Kiedy wróciliśmy do naszych pokoi, czekaliśmy czy nas poproszą na obiad, czy kolację. Wika nakarmili. Pies zasnął. Wreszcie mąż mój sam poszedł szukać, kto by wskazał, gdzie jest gospodarz tego pałacu lub administrator. Nikt jemu nie mógł odpowiedzieć, bo wszyscy byli uciekinierami, obywatelami z rodzinami i bez rodzin. Poradzili mężowi iść w stronę pokoi, gdzie największy słychać hałas. Okazuje się, że w dużych salach były poustawiane stoły, krzesła, a na stołach różnego jedzenia w bród. Solidnie sobie podjedliśmy, popili dobrego wina. To samo robiło całe ogromne towarzystwo, które przeważnie rozmawiało po polsku. Mąż przy lampce wina zaznajomił się z poważnie wyglądającym panem i od niego dowiedział się, że hrabiego Branickiego z rodziną dawno już w Białej Cerkwi nie ma, a w pałacu gospodarzem jest administrator majątku. Ponieważ Ukraińcy palili majątki, zabijali właścicieli, to za zgodą hrabiego dawał w jego pałacu schronienie setkom Polaków wypędzonych ze swych posiadłości.

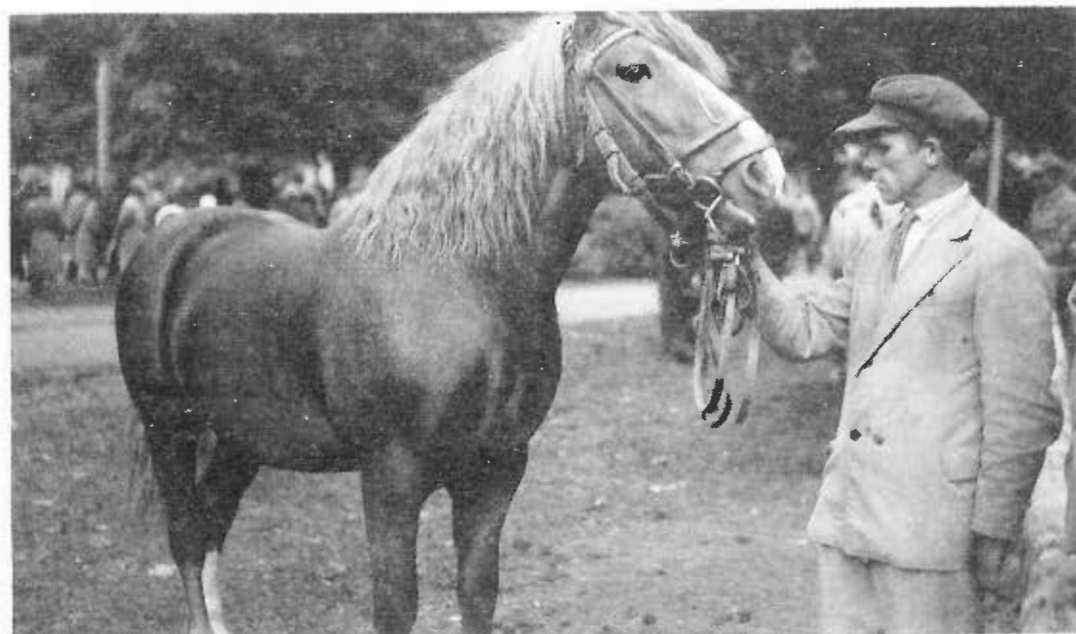
” Pociąg był w drodze
trzykrotnie ostrzeliwany.
Wtenczas kładliśmy się na
podłogę i żegnali
z życiem. ”

Lęk przed Ukraińcami

Na razie jeszcze Ukraińcy bali się kilku Niemców nadal obecnych w tym mieście, ale o każdej godzinie można było oczekiwać, że i oni wyjadą do Kijowa; wtenczas jedyna nadzieja w Bogu. Taka wiadomość mocno nas zaniepokoiła. Mój mąż zupełnie stracił panowanie nad sobą; nie wiedział co mamy robić, jak ratować się żebyśmy nie byli zarżnięci jak barany. Poradziłam mu położyć się i trochę odpocząć, a sama poszłam na wywiad do tych nieszczęśliwych wygnańców. Pytałam kilku pań młodych i starszych, czy to prawda, że Ukraińcy mogą na nas napadnąć? Odpowiadały niechętnie. Przyglądały się mnie jakось dziwnie. Jeżeli która odpowiedziała, to ze zdziwieniem, że ja do tej pory nie orientuję się w sytuacji, że już od kilku dni ci wszyscy, którzy uciekli ze swych posiadłości widzą swój ratunek w tym pałacu. Ufali, że Niemcy nie dadzą ich Ukraińcom skrzywdzić. Te opowiadania jeszcze więcej dodały mi strachu. Wiem, że nie mając ni-

kogo znajomego trzeba, chcesz czy nie chcesz, czekać swego losu. Ten pałac miał na pewno ze sto pokoi, a ja w żaden sposób nie mogłam znaleźć naszych. Chodziłam, szukałam, pytać nie było kogo, bo nikt nas nie znał. Sług dużo kręciło się. Zapytałam jakiejś dziewczuchy – może ona nas widziała i wie gdzie mam szukać męża który został w pokoju. Ale dziewczyna i razem z nią lokaj zaczęli mnie wyśmiewać. Lokaj zaproponował, że zastąpi mego męża i dodał jeszcze kilka wulgarnych słów dotyczących wszystkich, znajdujących się w pałacu gości. Dopadł mnie strach. Szukałam dalej – bez skutku. Po drodze spotkałam starą, wiejską kobietę i do niej zwróciłam się o pomoc w znalezieniu naszych zagubionych pokoi. Kobięcina wysłuchała mnie i z jej pomocą znalazłam męża śpiącego wraz z Wikiem w jednym łóżku. Dużo mamy do zawdzięczenia tej wieśniaczce. Ona poradziła nam, żebyśmy wyszli z tego pałacu, ponieważ od syna milicjanta dowiedziała się, że jeżeli nie tej nocy to następnej zorganizowana banda ukraińska napadnie na pałac. Czekają tylko, żeby Niemcy wyjechali precz. Od tej dobrej duszy dostałam wyszywaną koszulę, stanik z koralami, a mąż podartą wiejską marynarkę i czapkę. W zamian za to ubranie zdjęliśmy swoje i oddaliśmy kobiecie. Nie chciała wziąć. To my zwinęliśmy je z naszymi rzeczami i ja bosa z węzełkiem lepszego ubrania i dokumentami, w chusteczce chłopskiej, o godzinie dziesiątej w nocy pożegnaliśmy się z kobietą i poszli na stację. W drodze spotkał nas patrol, ale tylko milicjantów. Zapytali gdzie idziemy i ja odpowiedziałam, że do pociągu. Nie zatrzymali nas. Na stacji długo nie czekaliśmy. Pociągiem dojechaliśmy w trzeciej klasie do Kijowa. Bardzo szkoda było porzucać Wika, ale nie było rady, bo rasowy pies byłby nas wydał, że my nie chłopci ukraińscy. Noc była piękna, ciepła, cicha. W Kijowie mieliśmy dobrych znajomych, u których można było na jakiś czas zatrzymać się. Poszliśmy na ulicę Gogolewską do państwa Kwiatkowskich. Ledwie zdążyliśmy dojść do numeru, który był nam potrzebny – raptem ziemia zadrżała, rozległ się głośny huk, a potem następne. Całe miasto było oświetlone petardami. Ludzie wybiegali w nocnych strojach na ulicę, podwórka, płakali ze strachu, nie wiedzieli co się dzieje. Okazało się, że „zerwali” prochownię. Pociiski latały wysoko i rozrywały się w powietrzu. Widok był wspaniały. Nasi znajomi też byli na podwórku w nocnych koszulach, wystraszeni. Kiedy wszystko już uspokoiło się to na nasz widok zdziwili się. Po kilku słowach okazali nam jak tylko mogli współczucie. Zamieszkaliśmy u nich w ładnych dwóch pokojach. Rozpoczęłam praktykę lekarską. Może byśmy i dłużej tam mieszkali ale władza ukraińska była coraz słabsza. Skoropadzki potajemnie uciekł. Sztab jego został bez przewodnika i też rozleciał się.

Petlura z powstańczymi chłopami podchodził pod Kijów. Niemcy wycofali się. My, po trzech tygodniach zdołaliśmy pojechać do Białej Cerkwi. Pałac nie był zrujnowany. Nasze rzeczy częściowo uchroniły się. Psa nie było. Na pałac jednak Ukraińcy napadli. Dużo było zabitych, przeważnie mężczyzn. Wyjaśniło się, że życzliwa nam kobiecina była nianką w rodzinie Branickich. Jak



mogliśmy, podziękowaliśmy jej za pomoc. Cukrownia, do której nie dojechaliśmy była spalona. Dyrektor – przyjaciel męża od dzieciństwa – uratował się. Razem z kasjerem schował się do dużego stogu. Hajdamaki szukali ich bagnetami w słomie, Drożyzna w Kijowie była coraz większa. Jesień skończyła się. Grudzień dał się we znaki chłodem. Palić nie było czym, ale i jedzenia brakowało. Ten sam dyrektor, przyjaciel męża urządził się na ten czas w innej cukrowni – osiemnaście kilometrów od miasta Chocimia. Cukrownia należała do bogatego Rumuna. Przesłał nam zaproszenie na posadę: mnie na lekarza, a mężowi na zastępcę dyrektora. Długo nie zastanawialiśmy się. Zostawiliśmy wszystkie rzeczy u państwa Kwiecińskich na ulicy Gogolewskiej i towarowym pociągiem udaliśmy się do Rumunii.

Rumunia

Pociąg był w drodze trzykrotnie ostrzeliwany. Wówczas kładliśmy się na podłogę i żegnaliśmy z życiem. W końcu żywi, nawet nie ranni, dojechaliśmy do miasteczka Zwańca nad Dniestrem. Było już ciemno – około godziny ósmej. Hotelu nie było. Udało się nam uprosić u Żyda nocleg w sionce, bo w jednym tylko pokoju mieszkała jego rodzina. Na duszy było smutno, bo to był wieczór wigilijny. U żony gospodarza kupili kawałek ryby, bułki i mie-

liśmy wigilię. Nawet choinka była, bo w kącie stała przegromna miotła, jeszcze z pozółtkami liśćmi. Nawieszałam cebuli, chrzanu, czosnku, znalazłam kawałek szabasowej świeczki i była choinka jak się patrzy. Nad ranem my – już ostatni – przedostali się przez most nad Dniestrem do Rumunii. W południe Rumunii zerwali most.

Nas oczekiwał powóz, którym przyjechaliśmy do cukrowni we wsi Zarożany. Faktycznie sama wieś była położona sześć kilometrów od cukrowni. Dyrektor, pan Zygmunt już od kilku dni mieszkał z rodziną w pięknym, dzieciopokojowym mieszkaniu. Nam też było przydzielone ładne sześciopokojowe mieszkanie. Mieli dać trzy krowy, kury, indyki, ziarno i wszystko co potrzebne było do utrzymania zwierząt. Gospośia z pokojówką i chłopcem do zwierząt przywitali nas serdecznie. Do nowego roku żyło się nam jak w bajce. Mąż był bardzo zadowolony ze swojej pracy, a ja na ten krótki czas oprócz chorych robotników, oficjalistów zdążyłam odwiedzić kilku ciężko chorych we wsi. Minęło tylko kilka dni spokoju po naszym przyjeździe.

(C. D. N.)

Opracowanie: KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Wskaźnik „*impact factor*” i punktacja KBN w Bibliografii Publikacji Pracowników Uczelni

Bazę danych „Bibliografia Publikacji Pracowników AM w Lublinie” (<http://hipokrates.am.lublin.pl/ranking.html>) zaczęto tworzyć w Bibliotece Głównej w 1994 r. Udostępnienie bazy w internecie przyczynia się do promocji lubelskiej medycyny na świecie. Świadczą o tym otrzymywane przez Bibliotekę zamówienia, np. z Włoch czy z USA, na artykuły autorstwa pracowników AM w Lublinie, odnajdywane w internecie.

MGR EWA BUSSE-TURCZYŃSKA
BIBLIOTEKA GŁÓWNA
AM W LUBLINIE

Niektórzy pracownicy Uczelni przebywający na stypendiach zagranicznych śledzą na bieżąco dopływ danych i kontaktują się elektronicznie z Biblioteką AM w celu ich uzupełnienia. Udokumentowane poprawki uwzględniane są zwykle w dniu zgłoszenia.

Bibliografia powstaje na bieżąco, opierając się na oryginalnych materiałach i kopiach publikacji corocznie dostarczanych do Biblioteki Głównej przez poszczególne jednostki oraz jest uzupełniana retrospektywnie, w celu stworzenia kompletnej bazy publikacji AM od początku istnienia Uczelni.

Wskaźniki cytowań, a ranga czasopism

W 1997 r., w bazie publikacji rozszerzono zakres gromadzonych informacji o dane bibliometryczne: wskaźnik *impact factor* i punktację KBN. Wielkości te zamieszczane przy opisach bibliograficznych publikacji pozwalają na sprawne uzyskanie materiału do oceny parametrycznej Uczelni. Opcja generowa-

nia tabel z punktowanymi publikacjami według autorów lub wg jednostek jest pomocna dla oceny wewnętrznej jednostek AM oraz ocen indywidualnych działalności naukowej poszczególnych pracowników.

Wskaźniki *impact factor* i punktacja KBN zamieszczane są przy artykułach z czasopism (za wyjątkiem streszczeń), zgodnie z ich wartością obowiązującą w poszczególnych latach. W niektórych bibliotekach streszczeniom przypisywany jest *IF*, chociaż nie są one uwzględniane przez KBN.

Informacji w sprawie aktualnych punktacji czasopism można zasięgnąć telefonicznie w Dziale Informacji Naukowej Biblioteki Głównej AM, tel.: 740 87 25 (centrex 504), lub wysyłając zapytania na e-mail bus@hipokrates.am.lublin.pl

KBN zamieszcza punktację czasopism polskich na własnej stronie internetowej <http://eris.kbn.gov.pl>

Lista Filadelfijska czasopism (bez wskaźnika *IF*) jest ogólnie dostępna na internetowej stronie Instytutu Informacji Naukowej w Filadelfii <http://www.isinet.com/isi/index.html>. Natomiast *impact factor* publikowany jest przez ten Instytut w czasopiśmie *Journal Citation Reports* (czasopismo dostępne w Bibliotece UMCS, wydrukowana lista *IF* dostępna jest również w Dziale Informacji Naukowej Biblioteki Głównej AM w Lublinie).

Wskaźnik *impact factor* jest to stosunek liczby cytowań artykułów z danego czasopisma w okresie 2 lat do liczby opublikowanych w nim artykułów w tym czasie.¹ Wyliczenie przykładowego *impact factor* za rok 2000 przedstawiono za pomocą schematu:

A=wszystkie cytowania w 2000 r.

B=artykuły opublikowane w latach 1998-1999 cytowane w 2000 r.

C=wszystkie artykuły opublikowane w latach 1998-1999

D=B/C = 2000 *impact factor*

Punktacja KBN jest także zmieniana i opiera się na rangowaniu polskich czasopism w poszczególnych latach. Np. czasopisma *Annales UMCS Sectio D Medicina* w 2002 r. miało 4 pkt KBN, w 2003 r. uzyskało 5 pkt KBN (*Annales UMCS Sectio DDD Pharma-*

Wskaźnik *Impact Factor* to stosunek liczby cytowań artykułów z danego czasopisma w okresie 2 lat do liczby opublikowanych w nim artykułów w tym czasie

Costly Editor
T.P. DUFFY

Editorials

The
New England
Journal of Medicine

Established in 1812 as The NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE AND SURGERY

VOLUME 332 MARCH 30, 1995

Original Articles		Case Records of Massachusetts General Hospital	
Prevalence of HIV Infection in a Perinatally Infected Infant	833	A 56-Year-Old Woman with Abdominal Anemia, and a Pelvic Mass	C.T. GRIFFITHS AND D.D. KOELLIKER
J. BRYSON AND OTHERS			
Molecular Basis of Turcot's Syndrome	839	Editorials	
S.R. HAMILTON AND OTHERS		Clearance of HIV - Lessons from Newborns	
Effect of High-Dose Ibuprofen in Patients with Cystic Fibrosis	848	K. MCINTOSH AND S.K. BURQUETT	
M.W. KONSTAN, P.J. BYARD, C.L. HOPPEL, AND P.B. DAVIS		Colon-Cancer Genes and Brain	
Infectivity of <i>Cryptosporidium parvum</i> in Healthy Volunteers	855	J. GRODEN	
		Airway Inflammation in Cystic Fibrosis	
		H.R. CHAIKIN	

cia nie uzyskało dotychczas jakichkolwiek punktów KBN). Nie wydaje się więc być uzasadnione wpisywanie w bazie danych *IF* czy pkt. KBN z lat 1999-

2000 dla publikacji z lat 80, bowiem wspomniane wartości w tych latach nie były obowiązujące. (KBN powołano w 1991 r. - art. 2 pkt 5 ustawy z dnia

12 stycznia 1991 r. o utworzeniu Komitetu Badań Naukowych (Dz. U. nr 8, poz. 28). Natomiast uzyskane z bazy danych wykazy dla poszczególnych autorów, czy jednostek mogą być modyfikowane do użytku wewnętrznego, w zależności od potrzeb indywidualnych.

Planowany rozwój bazy danych uwzględnia zamieszczanie wskaźnika *Index Copernicus* oraz punktacji wewnętrznej, stosowanej na potrzeby Uczelni (np. zastosowanie aktualnych punktów KBN czy *IF* dla publikacji z lat poprzedzających rok 1991).

Index Copernicus opracowywany jest przez firmę Medical Science International i wykorzystywany przez KBN jako jeden z elementów oceny parametrycznej uczelni. Wskaźnik ten wyliczany jest dla czasopism opierając się ich wartości naukowej, staranności edytorskiej i technicznej, zasięgu, częstotliwości i regularności ukazywania się czasopisma. Wartość naukową czasopisma wyznacza m. in. jego międzynarodowa indeksacja, odsetek prac oryginalnych w skali rocznej, międzynarodowy skład rady naukowej. O staranności edytorskiej decydują m. in. zamieszczanie streszczeń, słów kluczowych, piśmiennictwo wg systemu Vancouver, wskazówki dla autorów. Jeśli chodzi o zasięg, najwięcej punktów otrzymuje czasopismo w całości w języku angielskim.²

Dyskusje wokół ilościowych metod oceniania działalności naukowej

W świecie nauki prowadzone są dyskusje na temat trafności ocen dorobku naukowego na podstawie stosowania kryterium *IF*.³ Przeciwnicy tej metody oceny wskazują na przypadek często wyższego *IF* czasopism o charakterze przeglądowym, od tych, które publikują prace oryginalne. Twierdzą oni ponadto, iż nie można obiektywnie zmierzyć poziomu pracy naukowej, gdyż każda ocena ma charakter subiektywny i jakościowy. Podkreślają również nieporównywalność różnych specjalności nauki. Pomimo wielu wad zastosowania wskaźnika *IF* do oceny publikacji, dzięki tego typu metodom ilościowym, można ustalić prawidłowości rządzące nauką, podnosić skuteczność prognozowania nauki i prowadzenia polityki naukowej.

Na świecie odbywają się naukowawcze konferencje związane z pomiarami w nauce. Także w Polsce odbywają się takie konferencje – Pułtusk 1993 „Ocena uczonych i nauki”, Warszawa 1995 „Ocenianie uczonych, instytucji i projektów badawczych”, Cieszyn 2001 „Statystyczno-porównawcze metody działalności naukowej”.

Udział Biblioteki Głównej AM w Lublinie w konferencji nt. oceny działalności naukowej polskich uczelni medycznych

Kolejna, XXI Konferencja Problemowa polskich bibliotek medycznych „Biblioteki medyczne wobec problemu bibliometrycznej oceny dorobku naukowego uczelni” zgromadziła liczne głosy w dyskusji na temat oceniania działalności naukowej. Na tę konferencję Biblioteka przygotowała wystąpienie „Projekt wirtualnej współpracy jednostek AM w Lublinie w zakresie dokumentacji dorobku naukowego i przygotowania danych do oceny parametrycznej Uczelni”, [aut.] Ewa Busse-Turczyńska, Michał Pasternak. [dostęp online] <http://test.bg.am.poznan.pl/inne/konferencja/streszczenia.php?i=10> [04.02.2003]

Wystąpienie dotyczyło koncepcji współpracy jednostek AM w Lublinie w zakresie przygotowywania materiału do rankingu szkół wyższych za lata 1997-2000. W 2001 r. władze AM w Lublinie podzieliły obowiązki związane z Ankieta pomiędzy Prorektorat ds. Nauki, Dziekanaty Wydziału Lekarskiego, Farmaceutycznego i Pielęgniarstwa oraz Bibliotekę, podkreślając konieczność maksymalnego wykorzystania internetu do współpracy tych agend. Część Ankiety związana z publikacjami została powierzona Bibliotece jako centrum gromadzenia i opracowywania publikacji pracowników AM w Lublinie.

W ramach uczelnianego projektu koordynacji działań poszczególnych jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za przygotowanie ankiety, dyrekcja Biblioteki otrzymała polecenie zaprojektowania nowego systemu komputerowego, ściśle spełniającego wymagania określone przez Prorektorat ds. Nauki.

Nowy system opierając się o otwarte oprogramowanie, pozwolił na zwiększenie bezpieczeństwa danych oraz elastyczności rozwoju systemu. Użyto języka skryptów PHP (www.php.net) oraz bazy danych PostgreSQL (www2.pl.postgresql.org). Interfejs użytkownika oparty jest o język HTML i przeglądarkę WWW, co pozwala na nieograniczony dostęp do systemu korzystając z protokołu TCP/IP i serwera FREE BSD. Zachowując poprawność merytoryczną na potrzeby tworzenia bibliografii, nowy system miał jednocześnie gromadzić dane w taki sposób, aby władze Uczelni miały ułatwione monitorowanie aktywności naukowej pracowników poszczególnych jednostek oraz ich indywidualną ocenę. Prosty w obsłudze interfejs zapewni władzom AM w Lubli-

Bibliografia

1. Stefaniak B.: Badania bibliometryczne, informetryczne, naukometryczne. W: Informacja naukowa w Polsce. Pod red. E. Scibora. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1998.
2. Dąbrowska-Charytoniuk D.: Ocena parametryczna jednostki naukowej – utrapienie czy szansa dla bibliotek. W: XXI Konferencja Problemowa n.t. „Biblioteki medyczne wobec problemu bibliometrycznej oceny dorobku naukowego uczelni”. Poznań 28-29 XI. 2002. s. 18-24, bibliogr. poz. 27.

Wybór piśmiennictwa dotyczącego oceny działalności naukowej

1. Hryniewicz A.: Ocena placówek naukowych, „Forum Akademickie” 1995 nr 11 s. 18-19.
2. Kuś W. M., Kuźmiński D.: Analiza bibliometryczna w ocenie naukowców i instytucji naukowych nową funkcją bibliotek lekarskich. „Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie” 1993 nr 1-2 s. 108-110.
3. Lipkowski J.: Zalety i wady punktowego systemu oceny dorobku publikacyjnego pracowników naukowych, na podstawie doświadczeń Instytutu Chemii Fizycznej PAN. „Zagadnienia Naukoznawstwa” 1995 nr 3-4 s. 171-178.
4. Łomnicki A.: Ocenianie uczonych i nauki: kilka uwag ogólnych. „Zagadnienia Naukoznawstwa” 1995 nr 3-4 s. 35-37. Marszakowa-Szajkiewicz I.: O bibliometrii i bazach danych Instytutu Informacji Naukowej (ISI) w Filadelfii. „Nauka” 2000 nr 3 s. 181-189.
5. Mukosiej J.: Ocenianie naukowców. „Zagadnienia Naukoznawstwa” 1995 nr 3-4 s. 45-52.

nie natychmiastowe uzyskiwanie różnego rodzaju raportów m. in. graficznej prezentacji danych w postaci wykresów aktywności naukowej, proste generowanie tabel zaprojektowanych przez KBN. Profesjonalistom d/s. informacji naukowej zapewniono możliwość korzystania z elastycznych technik wyszukiwania zaawansowanego, stwarzając nieograniczone możliwości kombinacji warunków wyszukiwawczych oraz opcje wyboru formatów wyświetlania danych. System został przyjęty z uznaniem przez środowisko informatyczne bibliotek medycznych.

Na konferencji podjęto dyskusję wokół problemu ujednoczenia sposobu opracowania danych o publikacjach przez wszystkie uczelnie, dla ich obiektywnej oceny. W podsumowaniu konferencji zostały sformułowane wnioski przekazane przedstawicielom KBN.

Wnioski i postulaty

1. Akademijskie biblioteki medyczne, uczestniczące w ocenie dorobku naukowego, postrzegane powinny być przez KBN i władze uczelni jako równorzędni partnerzy w ustalaniu zasad i określaniu możliwości realizacji analiz bibliometrycznych.

2. Biblioteki akademii medycznych są przygotowane do oceny parametrycznej publikowanego dorobku naukowego uczelni w oparciu o środowiskowe bazy bibliograficzne tworzone głównie w systemie EXPERTUS.

3. Systemy, w których tworzone są bazy bibliograficzne, dysponują narzędziami umożliwiającymi konwersję danych do bazy Ośrodka Przetwarzania Informacji (OPI). Wcześniej jednak klasyfikacja publikacji naukowych w oprogramowaniu OPI powinna zostać dostosowana do poszczególnych grup dokumentów (podbaz) zgodnie z wymaganiami Zespołu Nauk Medycznych.

4. W „Ankiecie oceny jednostki naukowej” przygotowanej przez Zespół Nauk Medycznych P05 KBN oczekuje się jasnych i precyzyjnych sformułowań, dotyczących następujących kwestii:

a. objęcia terminem „publikacje” nie tylko tych publikacji, które ukazują się w regularnych zeszytach czasopism, ale również w suplementach i zeszytach specjalnych,

b. stabilności punktacji czasopism w Index Copernicus w roku kalendarzowym,

c. ujednoczenia punktacji rankingowej w Index Copernicus i na „Zbiorczej liście czasopism oraz wydawnictw konferencyjnych, sporządzonej na podstawie list poszczególnych Zespołów Komitetu”,

d. precyzyjnego określenia punktacji w odniesieniu do czasopism zagranicznych spoza Listy Filadelfijskiej oraz monografii i podręczników, z uwzględnieniem np. prestiżu wydawcy, objętości tekstu czy jego wartości merytorycznej,

e. rozwiązania problemu „publikacje recenzowane”: skąd uzyskać wiarygodne informacje, skoro wydawnictwa nie zawsze je zamieszczają,

f. jednolitych zasad stosowania wskaźnika impact factor (IF) do danego roku kalendarzowego i do zestawień kilkuletnich; np. wartość wskaźnika IF dla publikacji wydanej w roku 2002 powinna pochodzić z JCR 2001 (JCR 2002 ukazuje się najwcześniej w lipcu 2003), natomiast przy zestawieniach 4-letnich utrzymywać właściwą dla każdego roku wartość IF, a nie „według ostatniego dostępnego roku” (takie same wartości – z przesunięciem o 1 rok – stosowane powinny być we wszystkich bazach bibliograficznych, z których wykonywane są wydruki),

g. określenia, w jakiej formie należy podawać afiliację autora w publikacji (pełna nazwa zakładu naukowego w języku polskim?),

h. wyjaśnienia, czy sumaryczny indeks cytacji ma dotyczyć publikacji, które ukazują się w latach objętych oceną, czy należy brać pod uwagę cały dorobek naukowy pracowników jednostki.

5. Postuluje się zaniechanie kopiowania pierwszych stron publikacji, ponieważ podstawą opracowania bibliometrycznego są wszędzie bibliografie uczelniane, które opracowują dorobek naukowy na podstawie oryginalnych dokumentów, są zatem wiarygodne.

Zapraszając do wyszukiwania w bazie danych Bibliografia Publikacji Pracowników AM w Lublinie, Biblioteka Główna zachęca do korekty autorskiej oraz informuje, że zgłaszane uwagi pracowników AM dotyczące rozwoju bazy danych będą analizowane na posiedzeniach Rady Bibliotecznej.

Przypisy

1. Zob. Barbara Stefaniak: Badania bibliometryczne, informetryczne, naukometryczne. W: Informacja naukowa w Polsce. Pod red. E. Scibora. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1998, s. 204

2. Graczyński M. Index Copernicus – metodologia przygotowania czasopism do indeksacji w Index Medicus/Medline. W: XXI Konferencja Problemowa n. t. „Biblioteki medyczne wobec problemu bibliometrycznej oceny dorobku naukowego uczelni” Poznań 28-29 XI. 2002

3. wybór piśmiennictwa polskiego na ten temat w załączeniu

6. Pelc J.: Uwagi na temat oceniania kwalifikacji pracownika nauki oraz instytucji naukowej. „Zagadnienia Naukoznawstwa” 1995 nr 3-4 s. 7-10.

7. Racki G.: Ocena parametryczna – prognozy i postulaty. „Sprawy Nauki” 2001 nr 11 s. 10-12. Sawicki W.: Ocenianie nauki – rzeczywistość i iluzje. „Postępy Medycyny i Higieny Doświadczalnej” 1998 T. 52 nr 3 s. 297-305.

8. Stefaniak B.: Badania bibliometryczne, naukometryczne, informetryczne. W: Informacja naukowa w Polsce: tradycja i nowoczesność. Olsztyn: Wydawnictwo WSP 1998 s. 197-219.

9. Stefaniak B.: Ilościowe dane o publikacjach naukowych jako element oceny działalności naukowej. „Zagadnienia Naukoznawstwa” 1995 nr 3-4 s. 240-242.

10. Stefaniak B.: Naukometria i możliwości wykorzystania wyników badań piśmiennictwa naukowego w kreowaniu polityki naukowej. „Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 1994 nr 3 s. 48-64.

11. Wróblewski A. K.: Apeluję o rozsądek! „Forum Akademijskie” 2002 nr 3 s. 28-30.

12. Wróblewski A. K.: Co należy wiedzieć o cytowaniach prac naukowych. „Sprawy Nauki” 1996 nr 2 s. 3-8.

13. Ziabicki A.: Ocena dorobku i reputacji naukowej indywidualnych uczonych i zespołów badawczych. (dostęp online http://www.bg.us.edu.pl/Arton_inf/konferencja.htm)

14. Ziabicki A.: Ocena indywidualnych naukowców i zespołów naukowych. „Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 1994 nr 3 s. 39-48.

15. Żmigrodzki Z.: Uroki bibliometrii. „Forum Akademijskie” 1999 nr 9 s. 36-37.

Czytelnictwo wśród studentów lubelskiej AM (cz. I)

W dniach 6-7 listopada 2002 r. odbyła się Ogólnopolska Konferencja naukowa na temat „Lublin a książka” zorganizowana przez Zakład Nauk Pomocniczych Historii i Bibliotekoznawstwa UMCS w Lublinie, z okazji 50-lecia Wydziału Humanistycznego i Miejską Bibliotekę Publiczną im. Hieronima Łopacińskiego w Lublinie, z okazji 95-lecia powstania Biblioteki Łopacińskiego.

MGR JOLANTA JURKOWSKA

FILIA AKADEMICKA NR 19
MIEJSKIEJ BIBLIOTEKI PUBLICZNEJ IM. HIERONIMA ŁOPACIŃSKIEGO
W LUBLINIE

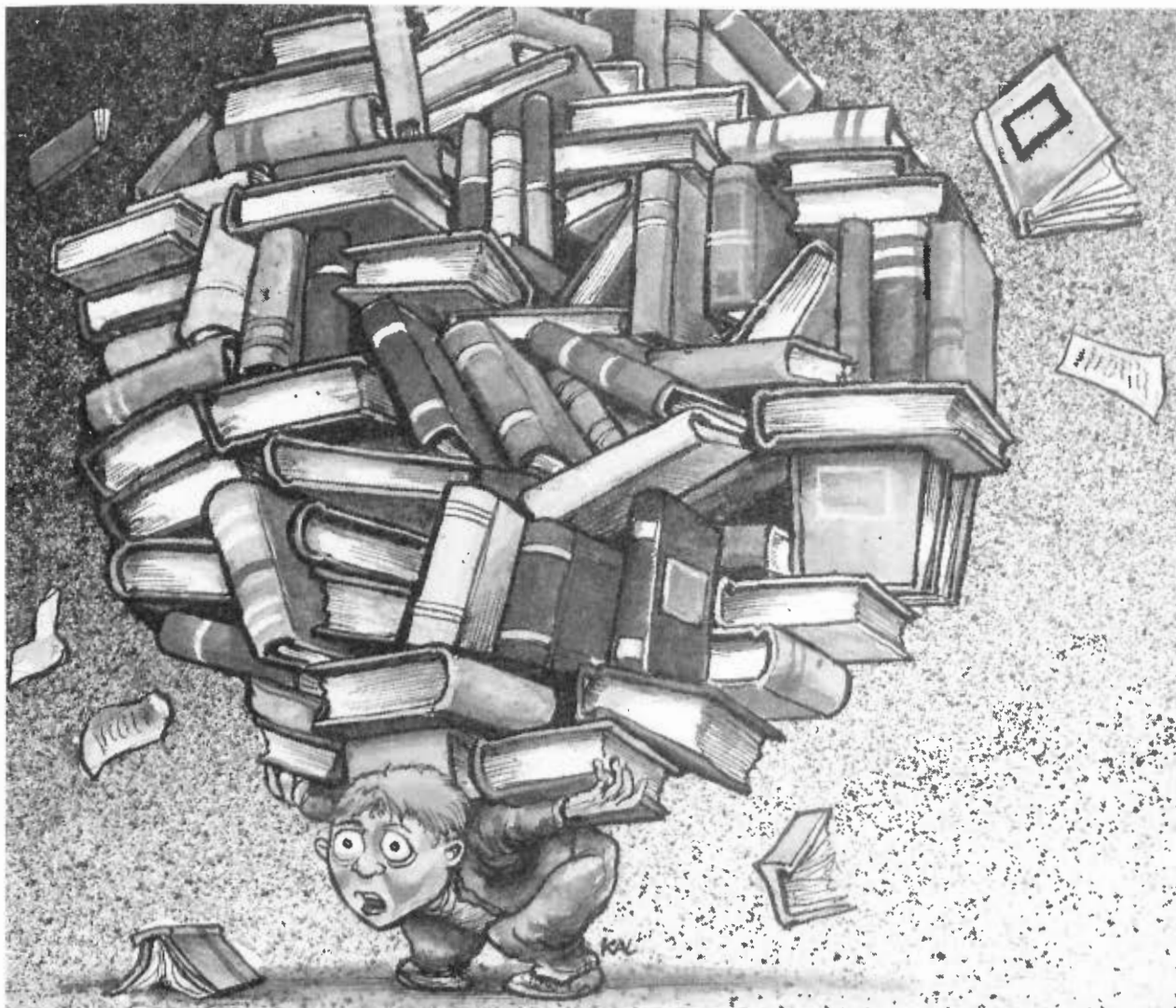
Problematyka książki i związanych z nią dyscyplin księgoznawczych znalazła wyraz w mnogości referatów, wygłoszonych przez przedstawicieli wielu ośrodków naukowych i kręgów intelektualnych w kraju i za granicą. Problematyka czytelnictwa studenckiego uczelni lubelskich: UMCS oraz Akademii Medycznej została zaprezentowana w referatach: **mgr Anity Has-Tokarz** (Zakład Nauk Pomocniczych Historii i Bibliotekoznawstwa UMCS) – Książka w środowisku studentów Bibliotekoznawstwa UMCS w Lublinie; **mgr Jolanty Jurkowskiej** (MBP im. H. Łopacińskiego w Lublinie) – Czytelnictwo w środowisku Studentów Akademii Medycznej w Lublinie.

Niniejszy artykuł jest prezentacją wygłoszonego referatu i stanowi doskonałą okazję do promocji Filii nr 19 MBP w Lublinie w środowisku medycznym, a także do przybliżenia wyników badań nad czytelnictwem wśród studentów lubelskiej AM.

Charakterystyka uczelni

Lubelska Akademia Medyczna stanowi jedną z najlepszych uczelni naszego kraju. Uczelnia ta prowadzi efektywną działalność naukową, dydaktyczno-wychowawczą i leczniczą oraz organizacyjną, wynikającą z zadań statutowych Akademii Medycznej jako samodzielnej uczelni wyższej.

Akademia Medyczna w Lublinie to pełnoprofilowa uczelnia medyczna; powstała w 1944 roku, początkowo jako jeden z wydziałów Uniwersytetu Marii Curie Skłodow-



skiej, w ramach którego wykreowano Wydział Lekarski oraz kilka miesięcy później Wydział Farmaceutyczny, co dało początek nauczaniu medycyny w naszym mieście. Zarządzeniem MZiOS z dnia 25 czerwca 1969 roku powołano Studium Pielęgniarstwa AM z trzyletnim programem nauczania. Inauguracja roku akademickiego w Studium Pielęgniarstwa AM – pierwszej polskiej uczelni pielęgniarzkiej odbyła się 4 listopada 1969 roku. Po trzyletniej działalności przekształcono Studium Pielęgniarstwa w czteroletni Wydział Pielęgniarstwa z prawem nadawania tytułu magistra pielęgniarstwa. Kierując się koniecznością dostosowania systemu kształcenia pielęgniarzek w Polsce do wymogów unijnych Wydział Pielęgniarzki AM zgodnie z uchwałą Senatu z dnia 29 września 1999 roku podjął inicjatywę uruchomienia trzyletnich studiów licencjackich i dwuletnich magisterskich dla pielęgniarzek, jako docelowej formy kształcenia tej grupy zawodowej. Stanowi ono autonomiczną formę wyższych studiów zawodowych, ukończonych obroną pracy licencjackiej. Przygotowany

plan i program nauczania opracowano zgodnie z minimalnymi wymaganiami programowymi zatwierdzonymi przez Radę Główną Szkolnictwa Wyższego w dniu 29 czerwca 2000 roku i wymaganiami unijnymi.¹

Obecnie struktura naukowo-dydaktyczna AM obejmuje trzy Wydziały: Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym i wyodrębnionym mocą Uchwały Senatu Uczelni z dnia 7 listopada 2001 roku Oddziałem Anglojęzycznym Wydziału Lekarskiego, którego studenci rekrutowani są na podstawie umowy zawartej między AM i Hope Medical Institute z Virginii; Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej oraz Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Zaocznym.²

W uczelni odbywa się kształcenie w systemie studiów dziennych, zaocznych, wieczorowych, licencjackich oraz studiów eksternistycznych.

Studia dzienne obejmują Wydział Lekarski (studia dzienne i wieczorowe) i Oddział Stomatologiczny; Wydział Farmaceutyczny i Oddział Analityki Medycznej; Wydział



Biblioteka jest czynna w dniach i godzinach:

PONIEDZIAŁEK, ŚRODA, PIĄTEK	12-18
WTOREK	10-16
CZWARTEK	12-16

**Nie czekaj na koniec studiów, kiedy do biblioteki
przyjdiesz z kartą obiegową.
PRZYJDŹ, ZOBACZ, WYPOŻYCZ**
Studentom udostępniamy książki także
na okres wakacyjny.

Pielęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu o kierunku pielęgniar-
skim i położniczym (czteroletnie studia magisterskie na
bazie studium medycznego oraz studia licencjackie o kie-
runkach: pielęgniarstwo, fizykoterapia, położnictwo). W ro-
ku akademickim 2001/2002 Wydział ten rozpoczął studia
licencjackie na kolejnym kierunku: dietetyki klinicznej
i zasad żywienia. Licencjat pielęgniarstwa realizowany jest
ponadto pod szyldem Collegiów Zamiejscowych AM w Cheł-
mie, Zamościu i Łukowie³. Studia zaoczne: Wydział Pie-
lęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu o kierunku pielęgniar-
skim i położniczym, dydaktyki medycznej w zakresie fizyko-
terapii, pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego. W lubel-
skiej AM realizowane są ponadto pielęgniarstwo studia

eksternistyczne. W obecnej strukturze studiów, gdy zaczy-
na wkraczać trójstopniowy system kształcenia, co obja-
wia się wprowadzeniem studiów licencjackich na Wydzia-
le Pielęgniarstwie, coraz większym zainteresowaniem cie-
szą się studia podyplomowe. Wyrazem tego są studia dok-
toranckie, gwarantujące rozwój kadry naukowej. Szkole-
nie podyplomowe stanowi oddzielny dział dydaktyki Uczel-
ni, w którego realizacji uczestniczą głównie promotorzy,
kierownicy katedr, zakładów i klinik, gdzie jest realizowa-
na tematyka badawcza doktorantów.

Działalnością dydaktyczno-wychowawczą uczelnia obej-
muje w roku 2002/2003 4013 studentów wszystkich wydzia-
łów, kierunków i form studiów. Łącznie na pierwszy rok
studiów, na wszystkich kierunkach przyjęto 825 osób.
W bieżącym roku akademickim kształcą się na studiach
dziennych 2874 studentów: na Wydziale Lekarskim łącznie
1834 osoby, w tym na Oddziale Anglojęzycznym 113
osób, na Oddziale Stomatologicznym – 441 osób; na Wy-
dziale Farmaceutycznym – 882 studentów, w tym na Od-
dziale Analizy Medycznej – 130 osób; na Wydziale Pie-
lęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu (kurs magisterski – 158 osób).
Na tym Wydziale odbywają się również studia na pozio-
mie licencjackim w Lublinie – 261 osób; studia zaoczne –
628 osób; studia eksternistyczne – 81 osób oraz licencjat
zamejscowy – 169 osób. Łącznie na Wydziale Pielęgniar-

ANKIETA

Droga Studentko, Drogi Studencie,

Pracuję w Filii nr 19 Miejskiej Biblioteki Publicznej w Lublinie, która mieści się w Domu Studenckim AM przy ul. Chodźki 11 (DS nr 1). Prowadzę badania nad zainteresowaniami czytelnictwami młodzieży akademickiej oraz odbiorem literatury pięknej i popularnonaukowej przez studentów Akademii Medycznej w Lublinie. Twoje szczerze odpowiedzi na poniższe pytania są niezbędne w mojej pracy. Z góry dziękuję za udział w ankiecie!

1. W jaki sposób najchętniej spędzasz wolny czas?

Zaznacz odpowiedzi według stopnia zamilowania (można wybrać trzy odpowiedzi).

- a. sport;
- b. słuchanie radia, muzyki;
- c. teatr;
- d. kino;
- e. oglądanie TV;
- f. turystyka;
- g. czytanie prasy;
- h. czytanie książek;
- i. koncerty;
- j. kawiarnia;
- k. hobby;
- l. rozmowy;
- m. brak określonych zajęć;
- n. inne

2. Z jakich form kultury najczęściej korzystasz? Zaznacz hierarchię (można wybrać trzy odpowiedzi).

- a. teatr;
- b. kino;
- c. koncerty;
- d. muzeum;
- e. odczyty;
- f. kiermasze;
- g. filharmonia;
- h. biblioteka;
- i. inne

3. Czy istnieją czynniki ograniczające Twój kontakt ze światem kultury?

- a. tak
- b. nie

Jeżeli tak, to jakie?

- a. brak czasu;
- b. ograniczenia finansowe;
- c. brak interesujących propozycji;
- d. zbyt duża odległość ośrodka kultury od miejsca zamieszkania;
- e. inne

4. Czy czytasz książki?

- a. tak
- b. nie

5. Podaj tytuły ostatnio czytanych książek:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Czy w twoim środowisku czytanie jest popularną formą spędzania wolnego czasu?

- a. tak
- b. nie

7. Ile czasu tygodniowo poświęcasz na studiowanie podręczników akademickich, a ile na literaturę piękną i popularnonaukową?

I. Podręczniki akademickie:

- a. czytam codziennie 1 godz. 2 godz., 3 godz., więcej
- b. czytam 4x w tyg., 2x w tyg., 1x w tyg.

II. Literaturę piękną i popularnonaukową:

- a. codziennie 1 godz., 2 godz. i więcej
- b. raz w tygodniu

8. Czy rozmawiasz z przyjaciółmi o ostatnio przeczytanych książkach?

- a. tak
- b. nie

9. Czy spotkałeś (łaś) się ze zjawiskiem „mody” na tytuł książki lub pisarza?

Jeśli tak, to jaki to pisarz lub książka?

.....

.....

.....

.....

.....

10. W jakich sytuacjach najczęściej sięgasz po książkę? (możesz wybrać trzy odpowiedzi).

- a. gdy chcę wypełnić wolny czas;
- b. gdy czytam dla relaksu, rozrywki, odprężenia;
- c. czytam z nawyku;
- d. z zamilowania
- e. myślę, że czasem warto coś przeczytać, czegoś się dowiedzieć;
- f. w czasie zawieszonym, tj. między konkretnymi zajęciami np. w przerwie obiadowej;
- g. myślę, że dzięki lekturze można najlepiej osiągnąć różne cele, od relaksu do prawdziwej wiedzy;
- h. inne

11. Co bierzesz pod uwagę przy dokonywaniu wyboru lektury?

- a. tematykę;
- b. rodzaj literacki;
- c. gatunek literacki;
- d. osobę pisarza;
- e. epokę;
- f. ideologię;
- g. inne

12. Po jaki gatunek literatury pięknej sięgasz najchętniej?

- a. literatura obyczajowo-romansowa;
- b. powieść historyczna;
- c. fantastyka (science fiction, fantasy, literatura grozy, horror);
- d. powieść przygodowa;
- e. powieść sensacyjno-kryminalna;
- f. klasyka polska i obca;
- g. poezja;
- h. powieść psychologiczna;
- i. inne

13. Z książek niebeletrystycznych najbardziej interesuje Cię:

- a. literatura fachowa (medycyna, psychologia);
- b. literatura faktu (wspomnienia, pamiętniki, biografie, autobiografie, reportaże);
- c. literatura religijna;
- d. eseistyka;
- e. publicystyka;
- f. literatura paronaukowa i ezoteryczna;
- g. filozoficzna;
- h. encyklopedyczno-poradnikowa;
- i. inne;
- j. nie preferuję żadnego typu literatury.

14. Dlaczego wybierasz taki typ literatury?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Jak często sięgasz po książki z literatury pięknej?

- a. codziennie;
- b. kilka razy w tygodniu;
- c. raz w tygodniu;
- d. kilka razy w miesiącu;
- e. raz w miesiącu;
- f. rzadziej.

ANKIETA c.d.

16. Jakich treści poszukujesz w literaturze pięknej?

.....

17. Czy posiadasz ulubionych autorów?

- a. tak;
 b. nie.
 Jeśli tak, to wymień ich.

.....

18. Czy interesujesz się literaturą współczesną?

- a. tak;
 b. nie.

19. Czy znasz nazwiska współczesnych prozaików polskich?

- a. tak
 b. nie
 Jeśli tak, to wymień kilku.

.....

20. Przy wyborze literatury pięknej sugerujesz się najczęściej:

- a. opinią znajomych lub rodziny;
 b. opinią bibliotekarza lub księgarza;
 c. recenzjami zamieszczanymi w prasie, w radio, w TV,
 d. inne

21. Ile książek nie związanych z kierunkiem studiów przeczytałeś (łaś) w ciągu ostatniego półrocza?

- a. żadnej;
 b. 1-2 książki;
 c. 3-6 książek;
 d. 7-12 książek;
 e. 13 i więcej.

22. Czy uważasz, że Twój koleddy/koleżanka z roku:

- a. czytają dużo książek z literatury pięknej?
 b. czytają mało książek z literatury pięknej?
 c. nie mam zdania.

23. W jaki sposób zdobywasz książki?

- a. wypożyczam z biblioteki,
 b. pożyczam od znajomych,

- c. kupuję w księgarni,
 d. Klub Książki,
 e. Kiosk „Ruchu”,
 f. Inne (podaj jakie).

24. Jeśli kupujesz książki, wymień tytuły i autorów ostatnio zakupionych.

.....

25. Jaką kwotę przeznaczasz na zakup książek w ciągu roku?

- a. żadnej,
 b. 1-30 zł,
 c. 31-70 zł,
 d. 71-150 zł,
 e. 151 i więcej zł.

26. Czy posiadasz własny księgozbiór?

- a. tak,
 b. nie,

27. Ile liczy pozycji?

- a. 0
 b. 1-5 ks.
 c. 6-20 ks.
 d. 21-50 ks.
 e. 51 i więcej ks.

28. Czy znasz źródła informacji o nowościach wydawniczych?

- a. tak
 b. nie
 Jeśli tak, to wymień kilka.

.....

29. Jakie czasopisma czytasz? Wymień je.

- a. regularnie (przynajmniej dwa numery w ciągu roku)

.....

- b. nieregularnie

.....

30. Czy znasz tytuły czasopism fachowych z dziedziny, którą studiujesz?

- a. tak
 b. nie
 Wymień je.

.....

31. Czy członkowie Twojej rodziny czytają książki?

- a. tak
 b. nie

32. Czy w Twoim domu znajduje się księgozbiór?

- a. tak
 b. nie

Jak duży? (1 półka 50 ks., 1 regał - 300 ks.)

- a. do 10 książek
 b. 11-50
 c. 51-100
 d. 101-200
 e. 201-500
 f. 501-1000
 g. powyżej 1000

33. Czy jesteś czytelnikiem filii biblioteki publicznej, mieszczącej się w Domu Studenta nr 1 AM w Lublinie?

- a. tak
 b. nie

METRYCZKA

Płeć
 Wiek

Wykształcenie

Mieszkasz w:
 a. akademiku
 b. na stacji
 c. w domu rodzinnym

Miejsce stałego zamieszkania

Kierunek studiów

Miesięczny dochód na jedną osobę w Twojej rodzinie wynosi:

- a. do 400 zł
 b. od 401 do 700 zł
 c. 701 i więcej

Ukończona szkoła średnia

Wydział

stwa i Nauk o Zdrowiu w ramach wszystkich form kształcenia studiuje 1297 osób.⁴

Uczelnia jest również powiązana z wieloma bibliotekami europejskimi i amerykańskimi za pomocą połączeń komputerowych oraz internetu. Studenci i pracownicy mają możliwość komunikowania się w skali międzynarodowej za sprawą obcojęzycznych czasopism naukowych, podręczników i monografii, dostępu do sieci komputerowej oraz udziału w kongresach, konferencjach, zjazdach i sympozjach.

Ważnym ogniwem w procesie edukacji w Uczelni jest Biblioteka AM, która bierze początek z Biblioteki Wydziału Lekarskiego UMCS 1950 roku jako Biblioteka Wydziału Lekarskiego UMCS, a począwszy od 1 stycznia 1950 roku działająca i rozwijająca się w ramach Akademii Medycznej. Przez ponad czterdzieści lat Biblioteka Główna AM miała swą siedzibę przy ulicy Peowiaków 12. W 1994 roku AM zakupiła na potrzeby Biblioteki gmach przy ul. Szkolnej 18. W dniu 27 września 2000 roku odbyło się oficjalne otwarcie nowej siedziby, o powierzchni użytkowej 2990 m kw. W ten sposób zakończył się trudny etap w pięćdziesięcioletniej historii Biblioteki Głównej AM – okres oczekiwania na właściwe warunki pracy dla personelu i czytelników, czas rozproszenia Jej zbiorów i trudnych warunków lokalowych. W 1975 roku, ze względu na ogromne przeciążenie magazynów Biblioteki, powstała filia studencka przy ul. Chodźki 13b (DS nr 4). Na powierzchni 278 m kw. w suterenie akademika została zorganizowana wypożyczalnia podręczników, pokój cichej nauki oraz magazyny.

Biblioteka gromadzi wydawnictwa z zakresu medycyny i nauk pokrewnych oraz wybrane pozycje z ekonomii, filozofii, psychologii, pedagogiki i naukoznawstwa. Jej księgozbiór obejmuje: wydawnictwa zwarte: książki i broszury – ok. 250.000 vol.; wydawnictwa ciągle – ok. 80.000 vol.; zbiory specjalne – ok. 58.000 vol. (dane uzyskane pod koniec sierpnia 2002 roku w Bibliotece AM). Wśród jej głównych zadań należy wymienić organizowanie warsztatu pracy naukowej i dydaktycznej przez odpowiedni dobór, opracowanie i udostępnianie zbiorów, a także prowadzenie działalności informacyjnej i wydawniczej.

Biblioteka udostępnia swe zbiory prezencyjnie, tj. na miejscu oraz poprzez wypożyczenia indywidualne i międzybiblioteczne. Udostępnianie prezencyjne prowadzone jest w Czytelnii Naukowej Biblioteki Głównej oraz Czytelniach Studenckich Biblioteki Głównej i Filii. Udostępnianie zbiorów drogą wypożyczeń indywidualnych prowadzone jest w Wypożyczalni Biblioteki Głównej, Wypożyczalni Studenckiej – Filii. Prawo do korzystania z czytelni, poza pracownikami i studentami mają również osoby nie związane z Uczelnią, prowadzące prace badawcze i samokształceniowe. Prawo do korzystania z Wypożyczalni Biblioteki Głównej mają pracownicy AM, innych szkół wyższych i placówek naukowych Lublina i województwa lubelskiego.

Rozpoczęty w 1991 roku proces komputeryzacji Biblioteki Głównej AM wiódł poprzez jednostanowiskowy dostęp do bibliograficznej bazy MEDLINE, a następnie zor-

ganizowanie lokalnej sieci komputerowej w 1994 roku, po uzyskanie dostępu do internetu w 1995 roku i zapewnienie łączności z innymi bibliotekami oraz instytucjami naukowymi w kraju i na świecie. Kolejnym krokiem było zainstalowanie sieciowego programu bibliotecznego PRO-LIB w 1996 roku, pozwalającego na całkowitą automatyzację procesu bibliotecznego, współpracę z innymi bibliotekami medycznymi i szybszy dostęp do informacji poprzez wspólne umieszczenie zasobów w katalogu On line. Ważne było stworzenie od 1996 roku możliwości dostępu do bazy MEDLINE w sieci kampusowej, zapewniające dostęp do bazy danych z zakładów i klinik AM w Lublinie.

**Zwracamy się z gorącą
prośbą do władz Uczelni oraz
Samorządu Studenckiego
o sponsoring w nabywaniu
podręczników. W zbiorach
Biblioteki znajduje się dość
dużo literatury
beletrystycznej, natomiast
niezadowalająca jest ilość
literatury fachowej.**

Poza tradycyjnymi katalogami kartkowymi (katalogiem alfabetycznym oraz przedmiotowym wydawnictw zwartych) Biblioteka udostępnia katalog on-line dostępny w sieci lokalnej, obejmujący wydawnictwa zwarte i ciągle od 1994 roku.

Biblioteka oferuje opisy bibliograficzne bazy danych dostępne w lokalnej sieci biblioteki: MEDLINE EXPRES with LIBRARY HOLDINGS – od 1996 roku, opracowany na podstawie: INDEX MEDICUS zawierający ponad 6 mln opisów bibliograficznych wraz ze streszczeniami z zakresu biomedycyny; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL ABSTRACTS – od 1970 roku, zawierająca opisy bibliograficzne ze streszczeniami, dotyczące zagadnień farmaceutycznych; POLSKA BIBLIOGRAFIA LECNARSKA – od 1979 roku, opracowana w formie pakietu MICRO CDS/ISIS, sporządzona w Głównej Bibliotece Lekarskiej, gromadząca artykuły, książki, prace doktorskie i magisterskie, materiały konferencyjne związane z piśmiennictwem lekarskim polskim; SERLINE in SILVER PLATTER – od 1996 roku, obejmujący informację o czasopiśmie oraz bazy: CANCER – od 1984 roku, gromadzące opisy bibliograficzne wraz ze streszczeniami, dotyczące zagadnień onkologicznych; CURRENT CONTENTS – od 1994 roku, będący bibliografią publikacji pracowników AM w Lublinie.

Biblioteka AM od 1960 roku rejestruje publikacje pracowników naukowych Uczelni. Do 1998 roku informacja ta ukazywała się drukiem jako druga część roczników Kroniki Akademii Medycznej w Lublinie. Od 1999 roku stała się samoistnym wydawnictwem zatytułowanym „Bibliografia publikacji pracowników AM”. Dzięki wykorzystaniu specjalistycznych programów komputerowych do wprowadzania opisów dokumentów, bibliografia od roku 1994 jest dostępna w formie bazy danych. Baza danych publikacji naukowych pracowników AM widoczna jest w internecie poprzez strony domowe Uczelni i Biblioteki. Opisy bibliograficzne są wprowadzane na bieżąco z polskich czasopism naukowych oraz na podstawie dostarczanych Bibliotece przez wszystkie jednostki organizacyjne uczelni wykazów i materiałów.

Bibliografia publikacji pracowników AM w Lublinie jest bibliografią regionalną specjalną, która rejestruje wszystkie prace naukowe ogłoszone drukiem, do poziomu streszczenia zjazdowego. Rejestracja dorobku piśmienniczego zyskała dodatkowe znaczenie w ostatnich latach, bowiem informacja o publikacjach stanowi istotny element oceny uczelni dokonywanej okresowo przez KBN, a od przyznanej poszczególnym wydziałom kategorii zależy wysokość ich dofinansowania. Każda taka publikacja przekłada się na określoną liczbę punktów KBN.⁵

Filia nr 19 Miejskiej Biblioteki Publicznej

W procesie kształcenia i wychowania studentów Akademii Medycznej, Filia nr 19 Miejskiej Biblioteki Publicznej w Lublinie odgrywa znaczącą rolę, poprzez dostarczanie studentom literatury fachowej oraz przede wszystkim beletrystycznej i popularnonaukowej.



Mgr Jolanta Jurkowska

Filia nr 19 jest jedną spośród 31 filii bibliotecznych Miejskiej Biblioteki Publicznej im. Hieronima Łopacińskiego w Lublinie. Jest także jedyną filią akademicką wchodzącą w skład sieci miejskiej. Sieć ta liczy 31 filii, w tym 26 ogólnych, 3 szpitalne, 1 ze zbiorami fonicznymi. Jest to mała, tradycyjna biblioteka, bez komputera i dostępu do internetu. Otwarta z dniem 18 grudnia 1971 roku, mieszcząca się w Domu Studenckim nr 1 Akademii Medycznej w Lublinie przy ulicy Chodźki 11, Biblioteka służy przede wszystkim studentom toku dziennego studiów AM w Lublinie, mieszkającym w domach studenckich. Filia ta staje się w coraz większym stopniu jednym z najatrakcyjniejszych miejsc życia społeczności studenckiej AM.

Funkcjonująca w środowisku studenckim AM, Filia nr 19 MBP w Lublinie nastawiona jest na upowszechnianie literatury pięknej oraz popularnonaukowej, służąc w ten sposób krzewieniu kultury duchowej, kształtując funkcje poznawcze, rozrywkowe, kompensacyjne i estetyczne realizowane poprzez książkę i prasę. Obok tej działalności Biblioteka służy w coraz większym stopniu zaspokajaniu potrzeb czytelniczych wynikających z procesu dydaktycznego tej uczelni medycznej. Zauważa się duże zainteresowanie literaturą fachową i popularnonaukową z dziedziny medycyny i nauk biologicznych, psychologii, etyki. Biblioteka, o jednoosobowej obsadzie wymagającej stałej dyspozycyjności, a także o małej powierzchni użytkowej (38 m kw.) spełniającej funkcje wypożyczalni i czytelnicy, wyposażona jest w bogaty księgozbiór beletrystyczny, popularnonaukowy z różnych dziedzin wiedzy, księgozbiór podręczny (2 regały), podręczniki akademickie (1 regał) oraz czasopisma. Zapewnia w miarę posiadanych środków stały dopływ nowości wydawniczych. Biblioteka w polityce gromadzenia zbiorów uwzględnia w coraz większym zakresie, publikacje z dziedziny medycyny i psychologii,

stosownie do coraz większych i różnicujących się potrzeb czytelniczych wśród różnorodnych segmentów potencjalnych jej użytkowników, co jest odzwierciedleniem nowych form i treści kształcenia w AM. Biblioteka posiada repetytoria, kompendia, słowniki lekarskie obcojęzyczne oraz słowniki encyklopedyczne, podręczniki dla przyszłych lekarzy i farmaceutów. Zgromadzone podręczniki akademickie obejmują zagadnienia z: anatomii, chemii, historii medycyny, biochemii, fizjologii, histologii, genetyki, farmakologii, neurologii, chorób wewnętrznych, chirurgii, immunologii, ginekologii.

Warto nadmienić, iż w jej zbiorach Filii nr 19 są tak ważne w procesie dydaktycznym w AM publikacje jak: **PODRĘCZNIK PEDIATRII NELSONA**; **MIKROBIOLOGIA OGÓLNA H. Schlegela**; **BIOCHEMIA I BIOLOGIA MOLEKULARNA**, Warszawa 2000; **CHOROBY WEWNĘTRZNE T. 1-3** pod red. A. Wojtca-

ka, Warszawa 1995; NEUROLOGIA KLINICZNA; NEUROCHIRURGIA pod red. prof. dr hab. J. Bidzińskiego; BIOCHEMIA HARPERA, Warszawa 1999; OKSFORDZKI PODRĘCZNIK ANATOMII CZYNNOSCIOWEJ T. 1-3; PSYCHOLOGIA. Podręcznik akademicki pod red. Jana Strelau T. 1-3 GWP 2000; PSYCHOLOGIA pod red. T. Tomaszewskiego, Warszawa 1975; Podręcznik PSYCHOLOGIA I ŻYCIE Philipa Zimbarda i Floyda Rucha; PSYCHOLOGIA SPOŁECZNA: serce i umysł E. Aronsona, T. D. Wilson, R. M. Akert, Poznań 1994; HISTORIA FILOZOFII T. 1-3 W. Tatarkiewicz. To tylko niektóre spośród publikacji naukowych znajdujących się w zbiorach biblioteki.

Niezbędną pomocą w pracy placówki bibliotecznej i polityce gromadzenia zbiorów, służy wykaz podręczników akademickich przewidzianych na poszczególnych latach studiów na Wydziale Lekarskim oraz Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej, który udostępniła Filia Głównej Biblioteki Medycznej w Lublinie (DS nr 4).

Stan faktyczny zbiorów bibliotecznych wynosi 6676 woluminów; w tym literatury pięknej 4284 wol., literatury popularnonaukowej łącznie z księgozbiorem podręcznym oraz podręcznikami 2421 wol., literatury dla dzieci i młodzieży 39 wol. Z usług placówki korzysta rocznie około 800 czytelników. Obecnie jest ich 685 (dane z 12 grudnia 2002 roku). Liczba wypożyczeń corocznie oscyluje wokół 17 tysięcy; liczba odwiedzin ok. 5 tysięcy. Struktura wypożyczeń jest następująca: ogółem 12338; w tym; literatury pięknej dla dorosłych 96851; literatury dla dzieci 126; literatury popularnonaukowej 2527 wol.; liczba odwiedzin 4439. W listopadzie odnotowano 624 czytelników; 4882 odwiedzin; ogółem wypożyczeń 13530 wol.; w tym 10578 wol. dla dorosłych; 138 wol. dla dzieci; 2814 wol. literatury niebeletrystycznej. Czytelnicy wypożyczyli 1312 czasopism, co stanowi 9,7 procent z ogółu wypożyczeń. Z księgozbioru medycznego (podręczniki oraz literatura popularnonaukowa) wypożyczono 1000 wol., co stanowi 7,3 procent ogółu wypożyczeń.

Studenci AM stanowią około 80 procent ogółu czytelników. Są oni głównie mieszkańcami domów studenckich (414 czytelników), co stanowi 43 procent mieszkańców czterech akademików. Niewielka ich część mieszka na stałe w Lublinie, bądź wynajmuje stancje w pobliskich budynkach lub też w różnych dzielnicach miasta. Pozostałą grupę czytelników stanowią pracownicy administracyjni DS-ów, pracownicy administracji i naukowo-dydaktyczni AM, lekarze stażyści, doktoranci, mieszkańcy pobliskich bloków przy ulicy Obywatelskiej i Hirszfelda, pielęgniarki zamieszkujące Hotel przy ul. Hirszfelda 2, a także młodzież licealna i studencka innych uczelni lubelskich.

Biblioteka zaprenumerowała na 2002 rok następujące tytuły czasopism: „Burda”, „Film”, „Medyk”, „Niedziela”, „Newsweek Polska”, „Polityka”, „Twój Styl”, „Wiedza i Życie”, „Gazeta Wyborcza”. Czasopisma te, o różnym charakterze, są coraz częściej czytane na miejscu i wypożyczone przez studentów na zewnątrz. Największą popularnością cieszą się pisma społeczno-polityczne, magazyny kobiece, czasopisma adresowane do miłośników kina oraz popularnonaukowe.

Działalność kulturalno-oświatowa, która jest realizowana w Bibliotece, w roku ubiegłym koncentrowała się wokół obchodów Roku Prymasa Tysiąclecia. Szerszemu zareklamowaniu wśród społeczności studenckiej, otwartej po dłuższej przerwie Biblioteki, służyły upowszechniane treści rocznicowe związane ze 100-leciem urodzin i 20-leciem śmierci Ks. Kard. Stefana Wyszyńskiego. W czerwcu 2001 roku wygłoszono prelekcję dla studentów tej Uczelni pt. „Życie i posługa Kard. St. Wyszyńskiego”, po Mszy Św. w Kaplicy SPSK nr 4. Jej realizacja była możliwa dzięki nawiązaniem kontaktowi z Duszpasterstwem Akademickim AM. W roku bieżącym Filia przystąpiła do Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zgromadzony materiał jest wykorzystywany przez studentów. Promowaniu literatury służą także wystawki tematyczne: m. in. „Nowości literatury psychologicznej”, „Nowości wydawnicze”, wystawki: „Matka Teresa z Kaluty, Pokojowa Nagroda Nobla 1979. Założycielka Zgromadzenia Sióstr Misjonarek Miłości”, „Prof. Antoni Kępiński. Życie i dzieła”, „Propozycje tygodnia”.

Jak zostać użytkownikiem Filii studenckiej nr 19 MBP w Lublinie?

- ▶ wymagany jest dowód osobisty
- ▶ w przypadku studentów dodatkowo legitymacja studencka

Charakterystyka studentów AM zamieszkujących miasteczko akademickie

O przyjęcie na lubelską uczelnię medyczną starają się w większości absolwenci szkół ogólnokształcących z całego kraju. Kandydaci na studia medyczne wywodzą się z 14 województw, a wśród przyjętych mieszkańcy województwa lubelskiego stanowią większość. Licznie reprezentowane jest także województwo podkarpackie i świętokrzyskie. Dla tej młodzieży Uczelnia dysponuje miejscami w domach studenckich zlokalizowanych w miasteczku akademickim.

Miasteczko to znajduje się w pobliżu szpitali klinicznych, które są zlokalizowane w różnych częściach miasta. Społeczność tzw. Chodźkowa użytkuje cztery – o wysokim standardzie – akademiki, w których zamieszkuje 960 mieszkańców (dane z końca października 2002 r.). W tym rejonie obok wspomnianych szpitali klinicznych, a w nich mieszczących się dwu filii MBP w Lublinie, działa filia studencka sieci miejskiej Biblioteki oraz filia studencka (w DS nr 4) Biblioteki Głównej AM w Lublinie. Nieopodal znajduje się stolówka studencka, oraz Hala Sportowa AM. Wspomnieć należy też o Klubie MEDIC (DS. nr 3) oraz Kinie Medyk, działającym w SPSK nr 4.

Terminarz filmowy na seanse o godz. 19 w poszczególnych miesiącach wyłożony jest zawsze w holu DS nr 3 oraz w stolówce studenckiej. Seanse cieszą się znacznym zainteresowaniem młodzieży. Warto przytoczyć tak atrakcyjne tytuły, podane w terminarzu na listopad jak: „Amelia” w reż. Jean Pierre Jeunet, „Dzień świra” reż. M. Koterskiego, „Raport mniejszości” S. Spielberga, „Pianista” R. Polańskiego, „Władca Pierścieni. Cz. I. Drużyna Pierścienia” P. Jacksona. W grudniu młodzież studencka może wybrać z bogatego repertuaru filmowego takie tytuły jak: „Wieczny student”, „Droga do zatracenia”, „8 kobiet”, „Czerwony smok”, „Głośniej od bomb”, „Ziemia niczyja”. W akademiku nr 3 mieści się też pracownia internetowa.

Nawet przypadkowy przechodzień, przemierzający ulicę dr. W. Chodźki, mógł zauważyć realizowaną priorytetową inwestycję AM w Lublinie – okazały gmach Collegium Universum, w którym znajdzie siedzibę kilka zakładów prowadzących ćwiczenia laboratoryjne oraz eksperymentalne prace naukowe. Należy nadmienić również o należących do AM budynkach, w których zlokalizowano Zakłady Ortopedyczne, Katedrę i Zakład Chemii Leków, Katedrę i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Katedrę i Zakład Toksykologii.

W Uczelni jest wiele możliwości wykorzystania wolnego czasu. Istnieje tu szereg stowarzyszeń i organizacji studenckich. Mimo natłoku zajęć, niezależnie od obowiązków wynikających z nauki, młodzież ta znajduje czas i chęć, by pełnić różne obowiązki i funkcje społeczne, realizowane poprzez aktywność społeczną, naukową, kulturalną, czy sportową. Działają tu między innymi: Studenckie Towarzystwo Naukowe, Klub Uczelniany Akademickiego Związku Sportowego, Samorząd Studencki współpracujący z Parlamentem Studentów Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach którego działa również Komisja do spraw Wyższego Szkolnictwa Medycznego. Samorząd utrzymuje kontakt z samorządami innych uczelni lubelskich oraz akademiami medycznymi w całej Polsce. Organizuje szereg imprez studenckich, konferencji oraz służy pomocą w rozwiązywaniu codziennych problemów młodzieży. Organizuje w ramach Komisji do Spraw Współpracy z Zagranicą wyjazdy na praktyki zagraniczne. Młodzież ta ma także w swym dorobku cenne osiągnięcia kulturalne i sportowe. Zespół Pieśni i Tańca AM, mający swą siedzibę w DS nr 3 oraz Chór Uczelniany odnoszą liczne sukcesy w kraju i za granicą. Istotną rolę w integracji środowiska młodzieży odgrywa działalność duszpasterska. Aktywna działalność duszpasterska wśród młodzieży studenckiej widoczna jest poprzez katechezy studenckie w poniedziałki w DS nr 1, dyżury duszpasterskie w DS nr 2, cośrodkową Eucharystię w Kaplicy SPSK nr 4, czwartkowe spotkania formacyjne Oazy Ruch Światło-Życie, piątkowe czuwania w SPSK nr 4 oraz niedzielną Mszę Świętą o 18 w SPSK nr 4. Do dyspozycji studentów jest także duszpasterski telefon zaufania, czynny we czwartki w godz. 20-22.

W kulturę życia studenckiego wpisują się coroczne Otrzęsiny studentów roku pierwszego oraz majowe Juwenalia. Tradycją lubelskiej AM, podobnie jak innych uczelni jest, iż każdego roku przed końcem października Sa-

morząd Studencki przy wydatnym udziale studentów drugiego roku organizuje Otrzęsiny, które odbywają się w stolówce akademickiej. Imprezie przebiegającej z całym rytuałem przejścia przez szereg „niedogodności” stawianych świeżo przyjętym studentom, towarzyszy dyskoteka. Juwenalia to wspaniała okazja do zaprezentowania bogactwa i różnorodności subkultury studenckiej. Funkcjonują tu także: Lubelskie Stowarzyszenie Studentów Farmacji, Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland oraz Organizacja Studentów Medycyny EMSA.

**Filia nr 19 – ul. Chodźki 11
(Dom Studencki nr 1, parter)
zaprasza do bezpłatnego
korzystania ze swoich zbiorów:
NOWOŚCI WYDAWNICZYCH
ENCYKLOPEDII, SŁOWNIKÓW
BOGATEGO ZESTAWU LITERATURY
PIĘKNEJ
LITERATURY POPULARNONAUKO-
WEJ Z RÓŻNYCH DZIEDZIN WIEDZY
PODRĘCZNIKÓW AKADEMICKICH
CZASOPISM**

**Droga do biblioteki wiedzy przez
pokój „cichej nauki”, w którym
podczas roku akademickiego,
przebywa wielu pochylonych nad
książką studentów AM**

IFMSA-Poland – Stowarzyszenie Studentów Medycyny ma swoje oddziały we wszystkich krajowych akademiach medycznych. W Lublinie działa już od wielu lat. Zarząd IFMSA-Poland w Lublinie mieści się w Akademiku nr 2 przy ul. dr. W. Chodźki 7. Swoją działalność skupia na przybliżaniu studentom uczelni lubelskiej międzynarodowych projektów, które IFMSA jako stowarzyszenie współpracujące z ONZ, WHO, UNICEF, UNESCO, UNAIDS i innymi organizacjami międzynarodowymi, oferuje studentom medycyny możliwość udziału w wielu ciekawych przedsięwzięciach. Ważnym celem Stowarzyszenia jest także integracja studentów medycyny z różnych krajów i poznawanie systemu nauki medycyny poza naszym krajem.

Organizacja Studentów Medycyny EMSA jest młodą organizacją studencką powołaną do życia w 1990 roku, grupującą studentów medycyny z całej Europy, jej członkami

są także studenci z wielu krajów świata. Początki idei EMSA sięgają wspomnianego roku, kiedy to dostrzeżono potrzebę utworzenia organizacji patronującej kształcącym się w Europie studentom medycyny. Założenia programowe EMSA obejmują m. in. utworzenie dla medyków forum dyskusyjnego na tematy związane z nauczaniem medycyny w europejskich uczelniach medycznych, możliwość poznania innych systemów kształcenia medycznego. EMSA jest organizacją reprezentującą interesy europejskich studentów medycyny w organach doradczych i ustawodawczych UE.

AM oferuje w dzielnicy studenckiej różnorodne urządzenia rekreacyjne służące zachowaniu sprawności i zdrowia oraz niezbędny sprzęt do uprawiania lekkiej atletyki. W Hali Sportowej AM przy ul. dr. W. Chodźki 15 można uprawiać m. in. takie dyscypliny jak koszykówka, siatkówka, tenis stołowy, tenis ziemny. Studenci AM, zrzeszeni w wielu sekcjach AZS, odnoszą wiele znaczących sukcesów.

Lubelska AM stwarza rozległe możliwości badań naukowych, a studenci są zachęceni do współpracy w pracach badawczych. Młodzi uczestniczą w licznych konferencjach krajowych i międzynarodowych Studenckiego Towarzystwa Naukowego, które koordynuje działalność studenckich kół naukowych, współuczestniczą w życiu naukowym Uczelni oraz reprezentuje studencki ruch naukowy i jego osiągnięcia wobec władz Uczelni i innych organizacji naukowych. Aktywni studenci zrzeszeni w STN pracują w 71 kołach naukowych⁶.

Charakterystyka badanej zbiorowości

Badaniami zostali objęci studenci AM studiów dziennych Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym, Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej, Wydziału Pielęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu o kierunku pielęgniarstwie i położnictwie (studia magisterskie), zamieszkujący miasteczko akademickie i będący jednocześnie czytelnikami Filii nr 19 MBP w Lublinie.

Przedmiotem badań były różne aspekty funkcjonowania książki w środowisku studenckim. Zagadnienia te starałam się uchwycić na tle innych porównywalnych form przekazu – kina, telewizji, prasy. Zagadnienia funkcjonowania książki w tym środowisku w większości dotyczą czytelnictwa. Zarysowane wstępnie problemy badawcze, skupione zostały wokół następujących zagadnień:

I. Zasięg czytelnictwa studenckiego. Obecność i miejsca książki na tle wybranych form uczestnictwa studentów w kulturze. Miejsce książki w kontekście tzw. „wolnego czasu”. Czynniki ograniczające ich kontakt z kulturą (pytania nr 1-3 w ankiecie). Czytelnictwo prasy jako forma uczestnictwa w kulturze druku (pytania nr 29, 30). Postawy studentów wobec wybranych form przekazu drukowanego. Interesowała mnie aktywność czytelnicza, to ile i jak czytają beletrystykę, książki niebeletrystyczne oraz podręczniki akademickie (pytania nr 4, 6, 7, 15, 21 w ankiecie).

II. Rzeczywiste kanony wyborów czytelniczych (pytania nr 5, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20 w ankiecie). Interesował mnie akt podejmowania lektury, wybory czytelnicze, motywy jakimi kierują się przy wyborze (pytanie nr 16 w ankiecie), kryteria wyboru (pytanie nr 11 w ankiecie), co jest przedmiotem lektury, typy publikacji najczęściej wybierane. Pytania te dotyczyły lektury książki beletrystycznej oraz popularnonaukowej. Obejmowały one obszar doświadczeń lekturowych ankietowanych studentów. Postrzegane i odczuwane funkcje lektury.

Moją intencją było dotarcie do kontekstów, w których pojawia się lektura, do tych sytuacji, w których studenci sięgają najczęściej po książkę, do potrzeb, jakie akt lektury może zaspakajać. Pytania numer 10 i 14 w ankiecie odwoływały się do sytuacji podejmowania lektury oraz do potrzeb, jakie akt lektury (beletrystyka) może zaspakajać. Poprzez pytania o ostatnio przeczytane książki, toczone wśród rówieśników dyskusje o nich, zaobserwowane zjawisko „mody” w tym środowisku na określonych autorów, czy też tytuły książek, zainteresowanie literaturą współczesną, stopień znajomości nazwisk współczesnych prozaików polskich, posiadanie ulubionych autorów, usiłowałam dotrzeć do książek, z którymi studenci obcuje najczęściej i najchętniej, które są im także – z różnych względów – potrzebne (pytania nr 5, 9, 17, 18, 19 w ankiecie).

III. Źródła informacji o książkach i kanały dostępu do niej. Chodziło mi tu o ustalenie skąd studenci dowiadują się o nowych książkach i skąd je biorą (pytania nr 23, 24 w ankiecie).

IV. Kupowanie książek oraz księgozbiory domowe studentów. Interesowała mnie odpowiedź na pytanie, ile osób kupuje książki, jak intensywnie, co jest przedmiotem ich zakupu, jak liczne grono nabywców mają poszczególne typy publikacji, kwota pieniężna wydatkowana na zakup książek, (pytania nr 24, 25 w ankiecie), w ilu domach znajdują się książ-

Przypisy:

1. O randze i pozycji AM w Lublinie: W. Matysiak, „Próba bilansu”, ALMA MATER, R. 12: 2002, nr 1/42 ss. 22-25; T. Kępska, I. Wrońska, „30 lat Wydziału Pielęgniarstwa”, ALMA MATER R. 10: 2000, nr 3/36 ss. 58-64.
2. „Powstał Oddział Anglojęzyczny Wydziału Lekarskiego”, ALMA MATER R. 11: 2001, nr 4/41 ss. 16-17.
3. B. Ślusarska, D. Zarzycka, „Symbolika zawodu pielęgniarki”, ALMA MATER R. 12: 2002, nr 1/42 ss. 74-77; D. Zarzycka, A. Sołtyśzewska, L. Walas, J. Woźniak, „Collegia Zamiejscowe dla pielęgniarek”, ALMA MATER R. 11: 2001, nr 4/41 ss. 62-65.
4. Dane uzyskane w dziekanatach AM w Lublinie na początku roku akademickiego.
5. O Bibliotece AM: R. Birska, „Komputerowa bibliografia publikacji naukowych”, ALMA MATER R. 12: 2000, nr 1/42 ss. 44-45; L. Smyk, R. Birska, „Biblioteka Główna AM ma nową siedzibę”, ALMA MATER R. 10: 2000, nr 3/36 ss. 18-23.

ki, jak zasobne są księgozbiory. Interesowała mnie fizyczna obecność książek w domach ankietowanych osób oraz ich księgozbiór własny. Ważne było ustalenie hierarchii wartości i prestiżu książki oraz to, jak duże są to księgozbiory, tradycje wyniesione z domu, czy członkowie rodzin czytają książki, czy nie (pytania nr 26, 27, 31, 32 w ankiecie).

Za wskaźniki charakterystyki społecznej studentów przyjęto takie zmienne społeczno-demograficzne jak: płeć, miejsce stałego zamieszkania studentów, rodzaj ukończonej szkoły średniej, wykształcenie, wysokość dochodu przypadającego na członka rodziny. Ponadto – oprócz tradycyjnego wskaźnika określającego miejsce stałego zamieszkania studentów (wieś i różnej wielkości miasta) – uwzględniono w badaniach zróżnicowanie regionalne, przyjmując podział stosowany w badaniach CBOS.⁷

Podział ten obejmuje siedem regionów, odpowiadających poszczególnym województwom sprzed ostatniej reformy administracyjnej kraju: północny (woj. elbląskie, gdańskie, koszalińskie, olsztyńskie, słupskie, szczecińskie); zachodni (gorzowskie, jeleniogórskie, legnickie, wałbrzyskie, wrocławskie, zielonogórskie); środkowo-zachodni (bydgoskie, kaliskie, konińskie, leszczyńskie, pilskie, poznańskie, toruńskie, włocławskie); środkowy (warszawskie, ciechanowskie, łódzkie, piotrkowskie, płockie, radomskie, sieradzkie, skierniewickie); wschodni (białskopodlaskie, białostockie, chełmskie, lubelskie, łomżyńskie, ostrołęckie, siedleckie, suwalskie, zamojskie); południowo-wschodni (kieleckie, krakowskie, krośnieńskie, nowosądeckie, przemyskie, rzeszowskie, tarnobrzyskie, tarnowskie); południowo-zachodni (bielskie, częstochowskie, katowickie, opolskie).

Interesowało mnie, czy sprawdziła się opinia – na podstawie badań czytelnich przeprowadzonych w 1998 roku – traktująca region wschodni jako mało przychylny książce. Przeanalizowano pytania dotyczące intensywności czytania, intensywności kupowania książek, wielkości posiadanego księgozbioru rodzinnego, postawy rodziny wobec czytania, pod kątem przyjętych zmiennych społeczno-demograficznych, zakładając otrzymanie zróżnicowanych danych. Trudno na podstawie otrzymanych danych, mówić o regionalizacji czytelnictwa studenckiego. Nie stwierdzono zasadniczych różnic w tym zakresie. Na zachowania studentów jako czytelników oddziałują przede wszystkim takie zmienne jak: wiek, miejsce studiowania oraz wykształcenie.

Celem badań było poznanie zainteresowań czytelnich studentów AM, a także obecność w wyborach lek-

turowych literatury pięknej i popularnonaukowej. Interesowały mnie dwie kwestie. Pierwsza, to kontakt z książką naukową i to jak jest ona postrzegana w tym środowisku. Poza tym ważne dla mnie były pozaedukacyjne zainteresowania czytelnice tej grupy.

Przyjętą metodą badań była ankieta. Składała się ona z 33 pytań. Wśród nich było 29 pytań zamkniętych, 4 otwarte oraz 20 półotwartych z kafeterią. Badania zrealizowano w czerwcu 2002 roku. Wśród studentów AM zamieszkujących akademiki i będącymi czytelnikami filii, rozdano 115 ankiet. 110 osób ankiety wypełniło.

Jak wyglądał skład społeczno-demograficzny ankietowanych osób? Są to studenci Wydziałów: Lekarskiego – 33 osoby; w tym kierunku Stomatologia – 10 osób; Wydziału Farmacji – 58 osób, w tym Analityka Medyczna – 10 osób; Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu – 19 osób; w tym kierunek Położnictwo – 5 osób.

W badanej próbie znalazło się 86 kobiet i 24 mężczyzn. Studenci mieli 21-26 lat. W ankiecie nie brali udziału studenci pierwszych lat studiów wszystkich kierunków. Ukończyło szkołę średnią ogólnokształcącą 109 osób, jedna osoba technikum rolnicze. Medyczne Studium Zawodowe ukończyło 19 osób. Wykształcenie wyższe podało 18 osób (w tym kończące studia), niepełne wyższe – 4 osoby. Pozostałe osoby wymieniły wykształcenie średnie lub określenie „jestem w trakcie studiów”.

Studenci pochodzą z ośmiu województw. Najwięcej osób z województwa lubelskiego – 34 osoby. Następnie z woj. podkarpackiego – 23 osoby, z woj. świętokrzyskiego – 21 osób. Kolejna grupa pochodzi z województw: mazowieckie – 11 osób, podlaskie – 4 osoby, z woj. śląskiego – 4 osoby, z woj. łódz-

kiego – 2 osoby, z woj. pomorskiego – 1 osoba, z małopolskiego – 1 osoba. Dla 9 osób nie jest możliwe określenie ich miejsca zamieszkania. 5 osób wskazało ogólnie na miejsce zamieszkania wieś, 4 osoby wskazały ogólnie na zamieszkanie w miastach różnej wielkości. 2 osoby w małych miastach, jedna w średniej wielkości mieście, ostatnia w dużym mieście.

Studenci wywodzą się najczęściej z regionu południowo-wschodniego – 44 osoby (woj. podkarpackie i świętokrzyskie); regionu wschodniego – 38 osób; regionu środkowego – 14 osób; południowo-zachodniego – 4 osoby; północnego – 1 osoba (Darłowo); regionu środkowo-zachodniego – brak osób. Od 9 osób – brak danych. Studentów mieszkających w miastach jest 79; mieszkających na wsi



Mgr Jolanta Jurkowska jest pracownikiem Miejskiej Biblioteki Publicznej im. Hieronima Łopacińskiego w Lublinie. Pracuje dwadzieścia dwa lata w zawodzie bibliotekarza, obecnie na stanowisku kustosa. W 1999 roku ukończyła studia zaoczne na kierunku: bibliotekoznawstwo i informacja naukowo-techniczna na UMCS w Lublinie. Interesuje się literaturą, historią kultury, filmem. Kieruje Filią nr 19 MBP im. H. Łopacińskiego w Lublinie przy ul. dr. W. Chodźki 11, mieszcząca się w Domu Studenckim nr 1 AM w Lublinie.

– 29 osób; mieszkających w osadach – 2 osoby. 9 osób podało ogólnikowe odpowiedzi dotyczące miejsca zamieszkania; w tym 5 studentów wskazało na wieś, 4 osoby na miasto. Studentów wywodzących się z małych miast liczących do 20 tys. mieszkańców było 30; z miast o średniej wielkości (21-100 tys.) pochodzili 34 osoby; z miast większych (101-500 tys.) – 13 osób; z wielkich aglomeracji powyżej 500 tys. mieszkańców – 2 osoby (Kraków i Warszawa).

Studenci pochodzą między innymi z takich miast jak: Bychawa (2 osoby), Szczebrzeszyn, Janów Lubelski (5 osób), Rejowiec Fabryczny, Praszka, Sędziszów (3 osoby), Ryki, Puławy, Krasnystaw, Mielec, Siedlce, Starachowice, Ostrowiec Świętokrzyski, Łuków, Chełm, Skarżysko, Starachowice, Przeworsk, Jasło, Przemyśl, Radom (4 osoby), Białystok, Tarnów, Kielce (5 osób).

Badania ankietowe, które przeprowadziłam wśród studentów ograniczają się do wskazania pewnych ogólnych zaobserwowanych tendencji czytelnictwa tej grupy. Nie przynoszą one pogłębionej analizy zaobserwowanych grupy zjawisk. Zależało mi przede wszystkim na uzyskaniu danych takich jak: jakie książki studenci czytają, jakich mają ulubionych pisarzy, jaki rodzaj literatury wzbudza ich największe zainteresowanie, czy między sobą rozmawiają o przeczytanych książkach, czy panuje wśród nich moda na książki, skąd czerpią wiedzę o książkach, jak do nich docierają, jak wyglądają ich księgozbiory, ich preferencje lekturowe, motywy sięgania po książkę, funkcje lektury.

I. Zasięg czytelnictwa studenckiego

1. Najczęściej wskazywano na kilka form spędzania wolnego czasu. Możliwość wyboru ograniczona była do trzech.

Badania wykazały, że studenci najchętniej spędzają wolny czas na czytaniu książek – 81 wskazań na czytanie książek, w tym trzy razy wskazano na czytanie książek stawiane na pierwszym miejscu spośród wszystkich możliwości spędzania czasu wolnego. Znaczną popularnością w tym środowisku cieszy się kino – 44 wskazania, a na seanse do pobliskiego kina MEDYK uczęszcza wielu studentów. W dalszej kolejności form spędzania czasu wolnego plasują się rozmowy towarzyskie – 45 wskazań, uprawianie sportu – 27 wskazań, turystyka – 23 wskazania, oglądanie programów TV – 17 wskazań, czytanie prasy – 16 wskazań, kawiarnia – 13 wskazań, hobby – 11 wskazań, chodzenie na koncerty – 7 wskazań, inne wymie-

niane formy – 6 wskazań (spacery, internet, gry komputerowe, praca w ogrodzie i na działce).

Młodzież najchętniej korzystała z następujących form kultury. Na pierwszym miejscu plasuje się kino – 103 wskazania. Kolejne miejsce zajmuje biblioteka – 90 wskazań, w tym dziesięciokrotnie wymieniono ją na pierwszym miejscu. Dużym zainteresowaniem cieszą się koncerty – 58 wskazań. W dalszej kolejności wymieniano wizyty muzeum – 17 wskazań, chodzenie do teatru – 15 wskazań, na odczyty i wykłady – 11 wskazań, na kiermasze – 5 wskazań, do filharmonii – 4 wskazania. Możliwość wyboru ograniczona była do trzech form kultury i najczęściej wskazywano kilka form.

Aż 94 osoby spośród 110 ankietowanych mają świadomość istnienia czynników ograniczających ich kontakt z kulturą. Podawano najczęściej kilka przyczyn ograniczeń. Wśród nich wymieniano brak czasu – 66 osób; ograniczenia finansowe – 60 osób; brak interesujących propozycji – 10 osób. Zbyt duża odległość ośrodka kultury od miejsca zamieszkania wymieniło 11 osób. Wskazano też na brak zainteresowania tą tematyką wśród znajomych – 1 osoba. Pojawiła się też bardziej sprecyzowana odpowiedź mówiąca o zbyt dużej odległości ośrodka kultury od miejsca stałego zamieszkania i braku czasu, gdy ta osoba przebywa w Lublinie.

2. Na czytanie, jako popularną formę spędzania wolnego czasu w środowisku studenckim, wskazało 67 osób. Odpowiedź przeczącą dały 42 osoby. Jedna osoba odpowiedziała „nie wiem” (pytanie nr 6 w ankiecie).

Kolejnym przedmiotem mego zainteresowania było czytelnictwo prasy jako formy uczestnictwa studentów w kulturze druku. Ważna dla mnie była odpowiedź jakie czasopisma oni czytają i jak często po nie sięgają. Interesowała mnie też znajomość wśród studentów tytułów czasopism fachowych. Ważna była dla styczeń z trzema typowymi środkami przekazu kultury druku: gazetą, czasopiśmie i książką.

Do czytania prasy skłania się – 98 osób, nie czyta jej – 12 osób. Regularnie (przynajmniej dwa numery w ciągu roku) czyta 52 osób, nieregularnie – 46 osób. 5 osób czyta regularnie czasopisma i dzienniki np. „Gazeta Wyborcza” (2 osoby); w tym jedna osoba „Życie” i „Nasz Dziennik”, łącznie 2 osoby czytają dzienniki nieregularnie. Regularnie najczęściej czytane były czasopisma kobiece, młodzieżowe, społeczno-kulturalne. Czytane były głównie czasopisma ogólnopolskie.

(C. D. N.)

6. Na temat Duszpasterstwa AM: J. Paśnicka, „Laboratorium Wiary”, ALMA MATER, R. 7: 1997, nr 4 [25] ss. 76-77; o STN: A. Baran, „Studenckie Towarzystwo Naukowe AM w Lublinie”, ALMA MATER R. 12: 2002, nr 1/42 ss. 164-171; o EMSA-POLSKA: F. Stoma, „Powstała EMSA-Polska”, ALMA MATER R. 11 R. 2001 nr 4/41 ss. 226-231; o IFMSA-Lublin: M. Kwiatosz, „IFMSA Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny”, ALMA MATER R. 11; 2001 nr 4/41 ss. 232-233; o KU AZS: A. Kwiecińska, „Najlepsi sportowcy i trenerzy u JM Rektora”, ALMA MATER R. 11, nr 4/41 ss. 224-225.

7. Podział regionalny jako wskaźnik geografii zjawisk czytelniczych przyjęto wg: G. Straus, K. Wolff: „Polacy i książki. Społeczna sytuacja książki w Polsce w 1992 roku”. Warszawa 1996 ss. 28-29. Na podstawie badań Instytutu Książki i Czytelnictwa BN powstają raporty publikowane przez Bibliotekę Narodową. Do tej pory ukazały się: G. Straus, K. Wolff: „Polacy książki. Społeczna sytuacja książki w Polsce w 1992 r.”. Warszawa 1996; G. Straus, K. Wolff: „Czytanie i kupowanie książek w Polsce w 1994 r. Warszawa 1996; G. Straus, K. Wolff: „Zainteresowanie książką w społeczeństwie polskim w 1996 r.”. Warszawa 1998; G. Straus, K. Wolff: „Czytać, nie czytać... kupować, nie kupować.. Sytuacja książki w społeczeństwie polskim w 1998 r.”. Warszawa 2000.

Siłaczka lubelskiego pielęgniarstwa

Studenckie Naukowe Koło Etyków i Historyków przy Katedrze i Zakładzie Pedagogiki wspólnie z Komisją Historyczną Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Lublinie przedstawia kolejną biografię pielęgniarki – położnej, która przyczyniła się do rozwoju lubelskiego pielęgniarstwa i położnictwa.

**EDYTA SŁONINA
AGNIESZKA OSZUST
MGR BEATA DOBROWOLSKA**

STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE ETYKÓW I HISTORYKÓW
KATEDRA I ZAKŁAD PEDAGOGIKI
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Jest to zapis wielokrotnych rozmów studentów z Panią **mgr Janiną Kwiatek**, która była uprzejma gościć na zajęciach przedmiotu – historia i deontologia pielęgniarstwa oraz podzielić się z nami osobistymi i zawodowymi wspomnieniami, refleksjami, jak również zgromadzonymi przez siebie materiałami. Umożliwiła w ten sposób naoczny kontakt studentów z faktami historii pielęgniarstwa i położnictwa polskiego.

Stud. – Miała Pani trudne dzieciństwo, które przypadło na okres wojny i okupacji.

J. K. – Tak. Razem z dziadkami, rodzicami i czwórką rodzeństwa mieszkaliśmy w rolniczej dzielnicy Łańcuta. Pamiętam powódź w 1934 roku. Wylał wówczas Stary Wisłok. Widok był doprawdy przerażający.

Mam wiele wspomnień z tamtego okresu. Są one wzruszające, bo zachowałam w nich swoją rodzinę oraz ważne momenty historii Polski. W 1935 roku, po śmierci Józefa Piłsudskiego uczestniczyłam we Mszy św. polowej z udziałem 10 Pułku Strzelców Konnych. Pamiętam również wspaniałe i podniosłe uroczystości 3 Maja i 11 Listopada. 30 sierpnia 1939 roku ojciec został powołany do

wojska. Żołnierze maszerując na wschód zostali zatrzymani przez Niemców i umieszczeni w obozie w Żurawicy. Po 20 września, mama otrzymała wiadomość od kolegi ojca, że ma odebrać tatę z obozu.

W dniach 8-10 września 1939 roku do Łańcuta wkroczyli Niemcy. Przyjechał duży transport jeńców wojennych, który umieszczono w parku angielskim. Nigdy nie zapomnę widoku wyciągniętych rąk poza ogrodzenie, ludzi wołających „dla mnie, dla mnie”, gdy zanosiliśmy im chleb, jeszcze ciepły, pieczony przez moją babcię.

Nasza szkoła podstawowa została zajęta przez Niemców. W 1940 roku, nauczycielki zorganizowały nauczanie w jakiejś sali handlowo-biurowej. Tamże w małych grupkach realizowaliśmy program, kończąc szóstą i siódmą klasę.

W 1942 roku zostałam przyjęta do Szwalni św. Wincentego a Paulo (instytucja charytatywna), gdzie uczyłam się szyc. Dzięki tej pracowni



Janina Kwiatek

ur. 5 lutego 1927 roku w Łańcutcie. Absolwentka Krakowskiej Szkoły Pielęgniarek i Położnych, magister pedagogiki, stypendystka WHO. W latach 1957-1963 sekretarz w Wojewódzkim Oddziale PCK w Lublinie. Członek prezydium Zarządu Okręgowych Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia w Lublinie w latach 1955-1967. Zorganizowała pierwszą Sekcję Położnych przy ZO ZZPSZ. Wieloletni zastępca Rzecznika Dobrej Służby Zdrowia. W latach 1962-1965 kierownik Ośrodka Metodycznego Państwowych Szkół Położnych w Lublinie dla południowo-wschodniej części Polski. Autorka licznych publikacji z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. Uczestniczka wielu szkoleń i kursów podyplomowych.

Za całokształt pracy zawodowej wielokrotnie wyróżniana i odznaczana. Otrzymała m. in.: Medal 650-lecia Lublina (1967), Srebrny Krzyż Zasługi (1970), Nagroda I stopnia Ministra Oświaty i Wychowania (1974), Złoty Krzyż Zasługi (1975), Srebrna Honorowa Odznaka Zasłużonemu dla Lublina (1980), Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (1985), Medal Zasłużonemu dla Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie (1995), i wiele innych. Społeczniczka, Honorowa Członkini Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, współorganizatorka Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie (obecnie członkini wspierająca i wolontariuszka).

uchroniłam się wraz z moimi koleżankami przed wywózką na roboty do Niemiec.

Trzy razy w tygodniu, chodziłam wieczorem do szkoły zawodowej.

Często widziałam jak niemiecki policjant prowadził Żyda, czy Żydówkę z dzieckiem na rękę, na rozstrzelanie. Także rano, idąc do pracy widziałam kałuże krwi po rozstrzelaniu zakładników przywiezionych z Rzeszowa.

- Kiedy podjęła Pani decyzję o wyborze zawodu pielęgniarki i położnej?

- Decyzję o wyborze zawodu podjęłam w 1947 roku, po zdanej maturze i po otrzymaniu informacji od starszych koleżanek z mojego liceum, które były już uczennicami Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Położnych w Krakowie. Szkoła zlokalizowana była wówczas przy ulicy Kopernika 25.

- „Szkoła Krakowska” ma bardzo bogatą historię, proszę powiedzieć jaki system kształcenia był w niej realizowany?

- Nauka w Szkole Krakowskiej trwała trzy lata i była prowadzona systemem blokowym. Program realizowano naprzemiennie: część teoretyczna i część praktyczna. Materiał do nauki był trudny. Na pierwszy rok przyjęto 60 osób, ukończyło szkołę tylko 43 osoby. Obok podstawowych przedmiotów takich jak chirurgia, interna, pediatria i położnictwo oraz praktyk realizowanych w podstawowych oddziałach, wprowadzono dodatkowo praktykę pielęgniarską w oddziałach: psychiatrycznym, ginekologicznym i zakaźnym, a także w ambulatoriach: okulistycznym, chorób skórno-wenerologicznych i na krótko w laryngologicznym.

Egzaminy zdawałam ze wszystkich przedmiotów, częściowo w okresie trwania teorii, a częściowo w okresie praktyki.

Podczas odbywania praktyk obowiązywały trójzmianowe dyżury, które trwały siedem godzin. Zaś w pod-

*Zarząd Wojewódzkiej Sekcji Położnych
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
w Lublinie*

nadaje

Pani mgr Janinie Kwiatek

tytuł honorowego członka

*Sekcji Położnych Polskiego Towarzystwa
Ginekologicznego - w uznaniu za wieloletnią
rzecz zawodu położnej, podniesienie jego rangi
i autorytetu położnej.*

*Sekretarz
Oddziału Wojewódzkiego
Sekcji Położnych PTG
Kofe, nadej. Perle, gda
Małgorzata Posturzyńska*

*Przewodnicząca
Oddziału Wojewódzkiego
Sekcji Położnych PTG
Mikołaj
Marianna Szyk*

KURATOR OKRĘGU SZKOLNEGO
w Lublinie

910

Obywatelka

mgr Janina KWIATEK
nauczycielka
Medycznego Studium Zawodowego
w Lublinie

Na podstawie art. 10 ust. 3 ustawy — Karta praw i obowiązków nauczyciela (Dz. U. z 1972 r. Nr 16, poz. 114), powołuję Obywatelkę z dniem 14.10.73 na stanowisko PROFESORA SZKOŁY ŚREDNIEJ



KURATOR
mgr Tadeusz Bączki

Lublin 14.10. 1973.

T.P. W-wa, z. 0002 z. 00 000

stawowych oddziałach system był nieco inny, np. dyżury nocne pełniłam przez dwa tygodnie, tydzień po tygodniu. W sali porodowej dyżur trwał 24 godziny, po którym miałam 48 godzin odpoczynku.

– Najmilszy obraz z lat nauki zawodu, ciągle żywy w Pani pamięci to...

– W dniu Bożego Narodzenia i w Wielką Niedzielę w Klinice Chi-

urgii słuchaczki i personel transportowali chorych do ogromnego holu. Tam zorganizowany był prowizoryczny ołtarz, przy którym kapelan szpitalny sprawował mszę św. Prof. Józef Bogusz grał na fisharmonii, zaś jego asystenci śpiewali pieśni.

Pamiętam również, jak co drugi dzień po kolacji były wyświetlane filmy dla chorych w 24-łóżkowej sali. Zawsze było to ogromne wydarzenie, zarówno dla chorych, jak i dla nas, przyszłych pielęgniarek i położnych.

– Które z grona nauczycielek wywarły na Panią największy wpływ?

– Tajniki zawodu poznawałam pod mądrym okiem wybitnych osobistości polskiego pielęgniarstwa. W okresie mojej nauki, dyrektorką szkoły była Anna Rydlówna (siostra Lucjana Rydla, w Weselu Wypiańskiego – mała Haneczka), prowadziła zajęcia z historii pielęgniarstwa, zaś Teresa Kulczyńska (pierwsza autorka podręcznika „Zabiegi Pielęgniarskie”) uczyła mnie pielęgniarstwa ogólnego i ćwiczeń w pracowni pielęgniarstwa. Miałam także zajęcia z Hanną Chrzanowską (córką historyka literatury polskiej, profesora UJ), prowadziła pielęgniarstwo społeczne. Były to nauczycielki o bardzo dobrym przygotowaniu, dużej wiedzy. Wyjeżdżały na stypendia zagraniczne, przywoziły wiele nowości na temat pielęgniarstwa i funkcjonowania opieki zdrowotnej za granicą. Muszę podkreślić, że ich osobowość i postawa ukształtowały we mnie przekonanie, że nie ma nic ważniejszego od wywiązywania się z zadań i obowiązków zawodowych. Wymagać od siebie i od innych – ta dewiza towarzyszy mi przez całe życie.

– W 1950 roku otrzymała Pani dyplom. Jak potoczyła się Pani kariera zawodowa?

– Po uzyskaniu dyplomu pielęgniarki – położnej otrzymałam nakaz pracy w Państwowej Szkole Położnych w Przemyślu, gdzie przez półtora roku pełniłam obowiązki nauczyciela szkolenia praktycznego. Zostałam zwolniona, prawdopodobnie dlatego, że przyjaźniłam się z kierowniczką internatu, której syn został po II wojnie światowej na stałe w Australii. Następnie pracowałam w sanatorium przeciwgruźliczym w Górnice koło Rzeszowa. Pomimo ciekawej i lekkiej pracy, starałam się znaleźć coś innego. Udało mi się to dzięki pani wizytator Stefanii Dobosz-Hoh. Zostałam przeniesiona do Lublina, do I Kliniki Ginekologiczno-Położniczej, której kierownikiem był wówczas profesor Stanisław Liebhart. Tu pracowałam jako położna w sali porodowej

i opiekowałam się 45-lóżkowym oddziałem.

W 1954 roku awansowałam na położną oddziałową, a po roku zostałam przełożoną tej kliniki. Sprawując te funkcje, pracowałam dodatkowo południową porą w poradni „K”.

W 1955 roku zaproponowano mi pracę w nowo organizującej się Szkole Położnych, na stanowisku kierownika szkolenia praktycznego. Zgodziłam się.

W 1958 roku otrzymałam Dyplom Nauczyciela Średniej Szkoły Medycznej i uprawnienia do nauczania higieny. Następnie podjęłam studia eksternistyczne na Wydziale Pedagogiki UMCS, po ich ukończeniu, w 1973 roku otrzymałam dyplom magistra pedagogiki.

W 1959 roku zaczęto tworzyć Zespół Szkół Medycznych. Zorganizowano Wydział Pielęgniarstwa Ogólnego, Wydział Elektroradiologii, Fizjoterapii, Pielęgniarstwa Psychiatrycznego i inne. W sumie funkcjonowało około 7-9 specjalności. Pracując w Medycznym Studium Zawodowym uczyłam pielęgniarstwa ogólnego i położniczego, przedmiotów zawodowych. Prowadziłam także ćwiczenia w pracowni pielęgniarstwa oraz zajęcia w oddziałach szpitalnych.

Jednocześnie z wykonywaniem pracy nauczyciela podjęłam pracę w PSK nr 4, który właśnie się organizował. Początkowo pełniłam obowiązki przełożonej pielęgniarek i położnych, później zaś zajmowałam się tylko sprawami Kliniki Ginekologiczno-Położniczej. Ideą mojej pracy w szpitalu, było zorganizowanie oddziałów pod kątem potrzeb praktycznego szkolenia uczennic.

– Wielokrotnie wyjeżdżała Pani na stypendia zagraniczne. Czy w swojej pracy zawodowej wykorzystywała Pani wiedzę i doświadczenia podczas nich zdobyte?

– Podczas wyjazdów na stypendia zagraniczne, miałam możliwość poznania organizacji szkolnictwa medycznego, metod nauczania pielęgniarek i położnych w lecznictwie zamkniętym i otwartym, poznałam także zakres kształcenia podyplomo-

wego oraz sposoby i charakter opieki nad matką i dzieckiem.

Muszę przyznać, że dzięki tym wyjazdom poznałam niemal całą Europę. Byłam w Czechosłowacji (1957 r.), Bułgarii (1968 r.), Danii (1969 r.); ale najważniejszym dla mnie było stypendium WHO w 1971 roku. Odwiedziłam wówczas: Finlandię, Walię, Szkocję, Norwegię i Danię. W 1974 roku byłam na kolejnym stypendium w Anglii. Pamiętam, że abym mogła wyjechać na te stypendia w PZPR musiano zaświadczyć, że nie nawiążę szpiegowskich kontaktów.

– Który z etapów w Pani pracy zawodowej był najbardziej ciekawy?

– Praca w Klinice Ginekologiczno-Położniczej. W ramach ostrego dyżuru (24-godzinny) obsługiwałam od 14 do 17 porodów. Na takim dyżurze była tylko jedna położna i jedna salowa. Bardzo dużo się wówczas nauczyłam. To było ogromnie ważne dla mojej praktyki zawodowej.

– W 1982 roku przeszła Pani na emeryturę, ale nie porzuciła Pani pracy w zawodzie?

– Tak. To prawda. Do 1990 roku pracowałam w Medycznym Studium Zawodowym. Współorganizowałam tam Izbę Pamięci im. Stanisława Liebarta. Miałam także swój udział w organizowaniu Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie. Jestem obecnie jego członkinią wspierającą i wolontariuszką.

Jest to dla mnie bardzo ważna działalność. Daje mi dużo zadowolenia i satysfakcji, ponieważ dalej mogę wykorzystywać swoją wiedzę i umiejętności zawodowe.

– Czy ma Pani jakieś specjalne przesłanie dla młodego pokolenia pielęgniarek i położnych?

– Być człowiekiem i postępować zgodnie z wyuczonymi zasadami. Tak, najważniejsze to być człowiekiem.

– Dziękujemy za rozmowę.

Dr Danuta Włodarczyk-Rokicka (1922-1993)

W dziesiątą rocznicę śmierci.

DR N. MED. CZESŁAW POPIK

Urodzona 27 lutego 1922 roku w Wierchowiskach pow. Kraśnik, woj. lubelskie. Córka byłego podoficera 8 Pułku Legionów, zamieszkała wraz rodziną na obrzeżu ówczesnego Lublina w okolicy posesji położonej przy obecnej Alei Kraśnickiej 63 (dawniej Rury Jezuickie 2). Szkołę powszechną ukończyła w Lublinie i tu uczęszczała do Gimnazjum Ogólnokształcącego im. Unii Lubelskiej. W 1939 r. ukończyła małą maturę. Podczas okupacji niemieckiej ukończyła dwie klasy Liceum Klasycznego na kursach tajnego nauczania w Lublinie i w roku 1941 otrzymała maturę zweryfikowaną po okupacji. W styczniu 1944 roku ojciec jej został aresztowany i został rozstrzelany na Zamku Lubelskim. Danuta także została aresztowana. Była łączniczką Armii Krajowej, znającą biegle język niemiecki, ponieważ pracowała w Izbie Rolniczej na stanowisku sekretarki została zwolniona, po czym był nadzorowana. Cała rodzina należała do Armii Krajowej, a miejscem kontaktowym uczestników ruchu oporu był gościnny dom państwa Włodarczyków.

Po wyzwoleniu Lublina, jesienią 1944 roku wstąpiła na Wydział Lekarski Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie. Na drugim i trzecim roku studiów pracowała w Zrzeszeniu Akademickim „Bratniak” – początkowo jako sekretarka, a później jako kierownik sekcji naukowej. W 1948 roku pracowała w Poradni Sportowo-Lekarskiej jako pielęgniarka. W 1949 r. uzyskała absolutorium i podjęła pracę w I Klinice Chorób Wewnętrznych UMCS w Lublinie. W styczniu 1950 r. otrzymała etat młodszego



**Dr Danuta Włodarczyk-Rokicka
1922-1993**



Pochód pierwszomajowy na Krakowskim Przedmieściu w Lublinie; w środku dr Danuta Wiodarczyk-Rokicka

asystenta. W tym też roku wyszła za mąż za mgr Władysława Rokickiego. Urodziła w tym małżeństwie dwoje dzieci: inżynier – Tomasz i lekarz – Alicja Strzyżewska.

Dyplom lekarza medycyny uzyskała 26 czerwca 1951 roku, a w 1952 r. rozpoczęła specjalizację na drugi stopień w zakresie chorób wewnętrznych. W 1954 r. została skierowana do III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej na stanowisko starszego asystenta i rozpoczęła prace naukową oraz dydaktyczną ze studentami piątego roku. Od tego czasu była filarem izby przyjęć, na stanowisku lekarza pełniącego ostre dyżury, już jako specjalistka drugiego stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Danuta Rokicka pracowała w III Klinice Chorób Wewnętrznych do 1960 roku i została oceniona przez profesora Michała Voita oraz zespół współpracowników jako wzorowy lekarz i pracownik. Następnie przeszła do pracy w Przychodni Specjalistycznej nr 1. W latach 1963-1965 pracowała w Przychodni Przychodni Przemysłowej w Lubelskim Przedsiębiorstwie Budownictwa Przemysłowego w Lublinie. W 1965 r. została powołana na stanowisko kierownika Działu Konsultacyjnego Wojewódzkiej Przychodni Przemysłowej w Lublinie. W tym czasie uzyskała specjalizację II stopnia z medycyny przemysłowej i organizacji ochrony zdrowia. Dzięki niej powstała sieć placówek przemysłowej służby zdrowia w województwie. W 1972 roku została powołana na stanowisko zastępcy dyrektora do spraw medycyny przemysłowej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Lublinie.

W latach 1975-1981 . była kierownikiem Działu Statystyki Medycznej Wojewódzkiego Szpitala Zespółonego, a na-

stępnie kierownikiem Działu Pomocy Doraźnej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Lublinie.

Od 1982 roku przeszła do pracy w Górniczym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lubelskim Zagłębiu Węglowym – Łęczna – Bogdanka – Stefanów. Swoją pasję i aktywność zawodową realizowała jako specjalistka, a także jako inspiratorka powołania wielu placówek profilaktyczno-leczniczych.

Była pracownicą wyjątkowo sumienną, utalentowaną, zaangażowaną bez reszty w pracy zawodowej, organizacyjnej i społecznej. Była wzorem jako kierownik i specjalistka dla podległego personelu i młodych pokoleń lekarzy. Z dumą wspominam ją jako wieloletni przełożony. Jej kultura osobista, piękne cechy charakteru, o dużym poczuciu humoru zjednały niezapomnianą sympatię i uznanie wśród przełożonych i podwładnych koleżanek i kolegów, a także ogromnej rzeszy podopiecznych. Za całokształt pracy zawodowej i społecznej została odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Krzyżem Armii Krajowej, odznaką Zasłużona dla Województwa Lubelskiego i wieloma odznaczeniami branżowymi.

Zmarła przedwcześnie 11 listopada 1993 r., pochowana została na cmentarzu w Bełżycach.

Niech te wspomnienia opublikowane w dziesiątą rocznicę śmierci nieodżałowanej Koleżanki będą przyczynkiem do ukazywania szlachetnych postaw bohaterskich, zaangażowanych, dobrych ludzi.

Dr med. Józef Zachariasz Stawecki (1904-1983)

W styczniu 2003 roku przypada dwudziesta rocznica śmierci doktora
Józefa Staweckiego, znanego w Lublinie lekarza i społecznika.

DR N. MED. LUDWIK KOWIESKI

Lekarz internista i reumatolog. Urodzony 6 września 1904 roku w Szczuczynie na terenie ówczesnej guberni łomżyńskiej. Był synem Józefa (1860-1920) lekarza społecznika pracującego głównie w Pułtusk i Janiny z Żochowskich. Po ukończeniu szkoły elementarnej w Szczuczynie, w 1914 roku wstąpił do gimnazjum rosyjskiego w Pułtusk. Świadectwo dojrzałości uzyskał w 1922 roku. Był członkiem P.O.W. i brał czynny udział w rozbrajaniu Niemców w listopadzie 1918 roku. W 1922 roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. 20 listopada 1928 roku uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. W okresie od 1 grudnia 1928 roku do 13 sierpnia 1929 roku pracował w szpitalu miejskim w Pułtusk.



Dr med. Józef Zachariasz Stawecki
(1904-1983)

Od 13 sierpnia 1929 do 14 sierpnia 1930 roku odbył roczną obowiązkową służbę wojskową w Szkole Podchorążych Rezerwy Sanitarnej w Warszawie. Po odbyciu służby wojskowej podjął pracę jako asystent w szpitalu powiatowym w Makowie Mazowieckim, gdzie był zatrudniony do dnia 12 września 1932 roku. Z Makowa Mazowieckiego przeniósł się we wrześniu 1932 roku do powiatu lubelskiego i zamieszkał w Chodlu, gdzie prowadził praktykę prywatną, był również lekarzem rejonowym, a następnie po zorganizowaniu Ośrodka Zdrowia w Bełżycach z filiami w Chodlu i Wojciechowie, jego kierownikiem. W 1938 roku został przeniesiony do Lublina i zatrudniony w Wojewódzkim Wydziale Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia jako instruktor obrony cywilnej.

W dniu 17 sierpnia 1939 roku został zmobilizowany jako oficer lekarz do Ośrodka Wyszakolenia Artylerii we Włodzimierzu Wołyńskim. Brał udział w obronie Lwowa jako lekarz 62. dywizjonu artylerii lekkiej. Po zakończeniu kampanii wrześniowej, w dniu 7 października 1939 roku powrócił do Lublina i w listopadzie 1939 roku ponownie podjął pracę w Bełżycach jako kierownik ośrodka zdrowia. Ponieważ gestapo za współpracę z ruchem oporu zaczęło go inwigilować, z dniem 12 września 1942 roku przeniósł się do Ostrowa Lubelskiego na równorzędne stanowisko. Tu również współpracował z oddziałami partyzantskimi niosąc pomoc lekarską poszczególnym ugrupowaniom niezależnie od ich poglądów politycznych. Po przejściu frontu, z dniem 16 października 1944 roku został ponownie powołany do Wojska Polskiego. Pracował w poliklinice szpitala wojskowego w Lublinie jako major lekarz. Od 10 lutego 1945 roku objął stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego tegoż szpitala, a od 1 lutego 1947 roku szefa oddziału zakaźnego. Z dniem 18 marca 1953 roku przeszedł do rezerwy w stopniu podpułkownika lekarza. Poza pracą w wojskowej służbie zdrowia, jeszcze pod koniec 1944 roku został zatrudniony w Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie. Z dniem 1 stycznia 1947 roku w ramach Ubezpieczalni uruchomił pierwszą w Lublinie poradnię reumatologiczną. W okresie od 14 lutego 1949 do 31 grudnia 1952 roku był kierownikiem Miejskiej Poradni Reumatologicznej w Lublinie. Z dniem 1 stycznia 1953 roku zatrudniono go na stanowisku kierownika Wojewódzkiej Poradni Reumatologicznej. 27 maja 1953 roku dr J. Stawecki został uznany za specjalistę II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Z dniem 1 października 1954 roku został zatrudniony na etacie w Instytu-

cie Medycyny Pracy i Higieny Wsi na stanowisku adiunkta i kierownika Działu Organizacyjno-Metodycznego. Po złożeniu egzaminu w Warszawie, w dniu 21 listopada 1961 roku dr J. Stawecki uzyskał specjalizację z dziedziny reumatologii. Był również konsultantem wojewódzkim z dziedziny reumatologii. Z dniem



30 kwietnia 1973 roku przeszedł na emeryturę, ale pracował nadal w ZOZ w Lublinie na stanowisku starszego asystenta. Poza pracą zawodową również prowadził społecznie poradnię lekarską przy ZBoWiD niosąc pomoc lekarską byłym więźniom politycznym.

Posiadał cały szereg odznaczeń, w tym Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski. Ogłosił drukiem kilkanaście prac naukowych. Przez całe życie interesował się myślistwem i był członkiem Koła Łowieckiego w Lublinie. Zmarł 16 stycznia 1983 roku w wieku 79 lat i został pochowany na cmentarzu przy ul. Lipowej w Lublinie.

Był żonaty z Haliną Niemirycz, ur. 8 sierpnia 1907 roku. Państwo Staweccy posiadali dwoje dzieci: córkę Krystynę Marię ur. 12 marca 1932 roku, obecnie profesora filologii klasycznej KUL oraz syna Andrzeja Józefa ur. 15 lutego 1941 roku. Był on radcą prawnym i zmarł 19 stycznia 1998 roku w Lublinie.

Po przejściu frontu, dr med. Józef Stawecki został ponownie powołany do Wojska Polskiego z dniem 16 października 1944 roku. Pracował w poliklinice szpitala wojskowego w Lublinie jako major lekarz. W dniu 10 lutego 1945 roku objął stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego tegoż szpitala, a od 1 lutego 1947 roku szefa oddziału zakaźnego

Dr Jerzy Drewnowski

(1893-1978)

W dwudziestą piątą
rocznicę śmierci

DR N. MED. LUDWIK KOWIESKI

Lekarz internista i fizjatra. Urodzony dnia 8 kwietnia 1893 roku we wsi Łokacze, powiat Horochów, guberni wołyńskiej.

Był synem Juliana, obrońcy sądowego i Marii z domu Sak, z zawodu położnej. Rodzice stale zamieszkiwali w Horochowie.

Ojciec zmarł w 1918 roku. Szkołę elementarną dr J. Drewnowski ukończył w Horochowie w 1903 roku. W latach 1903-1911 uczęszczał do ośmioklasowego gimnazjum rosyjskiego w Łucku. Po uzyskaniu świadectwa dojrzałości wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu im. św. Włodzimierza w Kijowie. Dyplom lekarza uzyskał w dniu 30 listopada 1916 roku. Po ukończeniu studiów został powołany do armii rosyjskiej. Służył w stopniu kapitana lekarza w 134 pułku piechoty. Brał udział w walkach armii rosyjskiej na froncie południowo-zachodnim oraz rumuńskim przeciw Niemcom.

Po demobilizacji w latach 1918-1920 pracował jako ordynator szpitala epidemicznego w Łucku. W 1920 roku, po zajęciu tych terenów przez wojska



Dr Jerzy Drewnowski
(1893-1978)

sowieckie został przymusowo zmobilizowany do Armii Czerwonej jako lekarz pułkowy. Brał udział w walkach przeciw oddziałom gen. barona Piotra Wrangla (1878-1928), który w tym czasie z armią ochotniczą zajmował południową część Ukrainy. Po zakończeniu działań wojennych w 1922 roku powrócił do Polski i osiadł w Łucku na terenie województwa wołyńskiego.

Pracował w Zarządzie Miejskim w Łucku, od 1923 roku jako lekarz ambulatoryjny w poradni przeciwgruźliczej, a od czasu powołania Kasy Chorych tj. od 1931 do 1939 roku jako lekarz dzielnicowy Ubezpieczalni Społecznej. W okresie od 25 lutego do 24 marca 1937 roku przebywał na kursie odmy leczniczej w Warszawie. Kurs był zorganizowany przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, Wydział Lekarski UW, oraz Polski Związek Przeciwgruźliczy. W 1938 roku przebywał na trzymiesięcznym kursie dokształcającym z zakresu ftyzjatrii w Sanatorium Przeciwgruźliczym w Bystrej na Śląsku. W lipcu 1938 roku pracował tam jako zastępca ordynatora tegoż Sanatorium. Z chwilą przyłączenia Wołynia do ZSRR, w październiku 1939 roku pozostał lekarzem Ubezpieczalni Społecznej w Łucku, a ponadto pracował w Wydziale Zdrowia w Łucku jako lekarz epidemiolog. Podczas okupacji niemieckiej od lipca 1941 roku pozostawał nadal w Łucku i pracował jako lekarz ambulatoryjny, oraz od 1943 roku był również lekarzem okręgowym w Łucku.

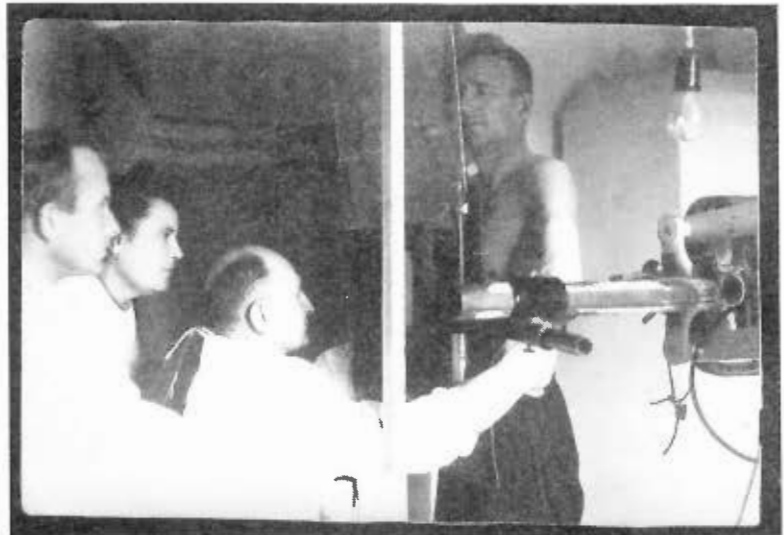
Po ponownym zajęciu Łucka przez Armię Czerwoną, w okresie od 4 lutego do 5 listopada 1944 roku zajmował stanowisko kierownika Miejskiego Wydziału Zdrowia, a od 5 listopada 1944 roku był kierownikiem Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej. W dniu 4 stycznia 1945 roku został aresztowany przez NKWD, osadzony i zesłany do obozu pracy przymusowej (gułagu) w okolicy Doniecka.

Przebywał tam pracując jako lekarz obozowy w ambulatorium do maja 1950 roku. Po zwolnieniu z obozu pracy w okresie od 1950 do 1952 roku był ordynatorem oddziału w Sanatorium Przeciwgruźliczym w Huszczy koło Łucka. Starając się o połączenie z żoną i dziećmi uzyskał pozwolenie na wyjazd do Polski.

Z dniem 31 marca 1952 roku podjął pracę jako lekarz chorób wewnętrznych w Obwodowej Przychodni Specjalistycznej w Lubartowie. Ponadto pełnił dyżury w szpitalu Powiatowym oraz Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego. Z dniem 1 kwietnia 1966 roku przeszedł na emeryturę w wieku 73 lat. Po przejściu na emeryturę dr J. Drewnowski pracował nadal w Lubartowie w niepełnym wymiarze godzin w ambulatorium i Pogotowiu Ratunko-

wym, aż do 1973 roku. Ze względu na pogarszający się stan zdrowia, we wrześniu 1977 roku został wraz z żoną przewieziony do Szczecina i zamieszkał u córki lekarza. Zmarł w Szczecinie w dniu 21 lutego 1978 roku.

Pochowany na cmentarzu Centralnym w Szczecinie przy ul. Ku Słońcu. W latach 1923-1939 dr J. Drewnowski był członkiem Zarządu Łuckiego Towarzystwa Lekarskiego. Członkiem Związku Lekarzy Królestwa Polskiego



Trzeci od lewej dr Jerzy Drewnowski. Fotografie wykonano w sanatorium w Huszczy k. Łucka (1950 r.)

w Łucku, członkiem PCK – Oddział w Łucku, oraz członkiem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Przed wojną posiadał Odznakę Honorową PCK II stopnia nadaną przez Kapitułę tej odznaki w dniu 12 grudnia 1938 roku.

W latach 1939-1941 był członkiem Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia ZSRR. Po 1952 roku członkiem Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Lubartowie.

Brat dra J. Drewnowskiego poległ w 1916 roku w walkach przeciw Niemcom służąc w armii rosyjskiej.

Dr J. Drewnowski w dniu 3 października 1924 roku zawarł związek małżeński z Marią Sienkiewicz (1899-1981). Państwo Drewnowscy posiadali dwoje dzieci: córkę Alinę urodzoną dnia 16 marca 1927 roku – lekarza okulistę, która po ukończeniu studiów lekarskich w 1953 roku w Szczecinie i uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych mieszka i pracuje w Szczecinie oraz syna Jerzego ur. w 1932 roku, który pracował jako technik włókiennictwa.

XII Mistrzostwa Polski Szkół Wyższych w narciarstwie alpejskim kobiet i mężczyzn

W dniach 3-5 marca 2003 r. odbyły się XII Mistrzostwa Polski Szkół Wyższych w narciarstwie alpejskim kobiet i mężczyzn w Zakopanem.

MONIKA TYMCZYNA
STUDENTKA IV ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGII
AM W LUBLINIE

Udział w zawodach wzięło 68 szkół wyższych. Naszą Uczelnię reprezentowała grupa 11 studentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii prowadzona przez mgr Wojciecha Modzelewskiego.

W zawodach uczestniczyli: **Małgorzata Budzińska** – V rok Wydziału Lekarskiego, **Agnieszka Olchawa** – (V rok Lek.), **Małgorzata Pietras** – (IV rok Stom.), **Monika Tymczyna** – (IV rok Stom.), **Paweł Bernat** – (IV rok Lek.), **Jakub Chodorowski** – (IV rok Lek.), **Nikolaos Thomas Chrissidis** – (III rok Lek.), **Rafał Galik** – (IV rok Lek.), **Sebastian Piotrowicz** – (V rok Lek.), **Paweł Urbański** – (V rok Lek.), **Tomasz Wołyniak** – (V rok Lek.).

Zawody składały się z trzech konkurencji: slalomu specjalnego, slalomu giganta i dwuboju narciarskiego. Trening wszystkich drużyn odbył się na Gubałówce w dniu poprzedzającym

zawody. Zawodnicy mieli możliwość testowania nart carvingowych przygotowanych już na sezon 2004, firmy Rosignol – sponsora Mistrzostw.

Slalom specjalny został przeprowadzony na Gubałówce. Ustawiono tam dwie trasy zjazdowe. Spośród kobiet na starcie stanęło przeszło 180 zawodniczek. Wśród mężczyzn o miejsce na podium walczyło 220 zawodników. **Mgr Wojciech Modzelewski** dodawał nam otuchy i zapewniał, że już samo dotarcie do mety będzie sukcesem. Początkowo byliśmy zaskoczeni, żeby nie powiedzieć zawiedzeni, z tak małych nadziei jakie w nas pan magister pokładał. Wkrótce mieliśmy się przekonać z czym przyjdzie nam się zmierzyć. Warunki pogodowe były dobre, aczkolwiek mroźna noc dała się we znaki, toteż stok był oblodzony. Kolejne zjazdy zawodników powodowały wytworzenie na trasie zjazdu oblodzonych rynien. Już samo utrzymanie się w nich podczas zjazdu było nie lada wyzwaniem. Nie zraziło to jednak nikogo i walka była bardzo zacięta, aczkolwiek nie obyło się bez kontuzji i złamań.

Następnego dnia odbył się slalom gigant. Konkurencja zaplanowana była na Kasprowym Wierchu, jednak awaria kolejki linowej zmusiła organizatorów do przeniesienia zawodów na Nosal. Ustawiono tu jedną trasę zjazdową. Pierwsi startowali mężczyźni. Dzień był słoneczny, a atmosfera bardzo gorąca. Publiczność dopingowała zawodników. Znakomicie spisali się nasi chłopcy, którzy dzięki świetnym zjazdom wywalczyli brązowy medal dla lubelskiej Akademii Medycznej. Ceremonia wręczenia pucharów była podniosła i uroczysta. Tuż po niej w dyskotece „Pod Wierchami” bawiliśmy się wszyscy do rana świętując sukces.

Tegorocznym Mistrzostwom towarzyszyła atmosfera rywalizacji, jak również wysoki poziom prezentowany przez znakomitych uczestników. Wystarczy wspomnieć, że byli nimi aktualna mistrzyni i wicemistrz Polski w slalomie specjalnym. Tym bardziej cieszy nas sukces jaki osiągnęliśmy.

Zima powoli się kończy, lecz nie oznacza to końca zawodów. Tym razem będą to Mistrzostwa AM w tenisie ziemnym, do których intensywnie się przygotowujemy. XII Mistrzostwa Polski w narciarstwie alpejskim odbędą się już za dwa lata. Chcielibyśmy kontynuować dobrą passę.

Trzymajcie za nas kciuki!

Nowa sekcja – piłka ręczna

Minęło już pół roku od chwili, gdy rozpoczęła działalność w Uczelni nowa sekcja sportowa.

ADAM SUPEŁ
STUDENT III ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Mija sześć miesięcy, realizacji przez grupę zapaleńców w własnych marzeń, dotyczących gry w piłkę ręczną. Po długotrwałych próbach i rozmowach z Szefem uczelnianego Studium Wychowania Fizycznego i Sportu, i wsparciu prezes AZS Ani Kwiecinskiej ostatecznie powstała w październiku 2002 roku przy AZS naszej uczelni sekcja piłki ręcznej. Mamy to co początkowo jest konieczne, do sprawnego funkcjonowania sekcji, tj. grupę ludzi chętnych do poświęcania własnego czasu na reprezentowanie naszej Uczelni poprzez grę w piłkę ręczną oraz znakomitego trenera, absolwenta AWF w Białej Podlaskiej **Patryka Maliszewskiego**.

Minęło dopiero kilka miesięcy, lecz możemy się już poszczycić wieloma zaproszeniami na turnieje towarzyskie, jakie odbywają się niemal każdego miesiąca w lubelskiej Politechnice. Zawsze są to ciężkie boje, poieważ walczymy z takimi drużynami jak UMCS,

Politechnika, gdzie grają zawodnicy, na co dzień trenujący w drugoligowej drużynie Unia Lublin. Mimo, że czasem brakuje nam jeszcze tzw. pełnego zgrania i boiskowego „cwaniactwa” mecze są zawsze wyrównane. Dodać należy, że zarówno UMCS, jak i Politechnika trenują regularnie minimum trzy razy w tygodniu, my natomiast obecnie mamy dostęp do naszej hali sportowej tylko raz w tygodniu (sobota), dlatego jesteśmy wdzięczni za fakt, że możemy grać w obiekcie Politechniki. Na koniec chciałbym zaprosić wszystkich, którzy kiedykolwiek uprawiali tę piękną dyscyplinę sportu jaką jest piłka ręczna do uczestnictwa

Wszyscy chętni są mile widziani w każdą sobotę o godz. 11 w hali sportowej naszej Uczelni przy ul. Chodźki 15.

w naszym wspólnym przedsięwzięciu. Przy okazji wciąż mamy nadzieję że uda się nam uzyskać przychylność władz naszej Uczelni, i że będziemy mogli odbywać treningi w dniach powszednich tygodnia, co dało by nam możliwość poprawienia wyników.

Na koniec pragnę podziękować bardzo licznemu fanklubowi za wiarę w nasz rozwijający się zespół i zawsze gorący doping.



Odszedł Profesor Michał Bokiniec



**Prof. dr hab.
Michał Bokiniec
1930-2003**

W dniu 12 stycznia 2003 r. w Lublinie zmarł nagle emerytowany profesor zwyczajny Michał Bokiniec. Mimo przejścia na emeryturę w 2000 r. nadal pracował w Katedrze Macierzyństwa i Prokreacji. Odszedł od nas przyjaciel, wybitny lekarz, życzliwy nauczyciel, starszy kolega, zawsze otwarty na ludzkie potrzeby.

Profesor Michał Bokiniec urodził się 6 czerwca 1930 roku w Milanowie. Po ukończeniu szkoły średniej podjął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie, będąc jednocześnie dobrym studentem, włączył się aktywnie w działalność w ruchu studenckim pełniąc funkcję przewodniczącego Zrzeszenia Studentów Polskich. Ta działalność społecznikowska zostawiła trwały ślad na jego charakterze i rzutowała na późniejszy wybór drogi życiowej. Jeszcze w trakcie trwania studiów podjął pracę w charakterze asystenta, najpierw w Zakładzie Statystyki Medycznej, a później w Klinice Ginekologii, kierowanej przez prof. dr hab. Stanisława Liebhartę.

W 1955 roku ukończył Wydział Lekarski naszej Uczelni i kontynuował pracę w Klinice Ginekologii i Położnictwa. W 1962 roku uzyskał drugi stopień specjalizacji w zakresie położnictwa i chorób kobiecych. W 1966 roku obronił pracę doktorską na podstawie rozprawy pt.: „Zachowanie się adrenaliny i noradrenaliny w moczu kobiet ciężarnych w przebiegu porodów prawidłowych i w porodach z zaburzoną czynnością skurczową mięśnia macicy.” Już wtedy, jako drugi kierunek jego zainteresowań pojawiły się prace z zakresu andrologii. W 1976 roku, na podstawie całokształtu dorobku naukowego i rozprawy habilitacyjnej zatytułowanej: „Zachowanie się aktywności dehydrogrenazy mleczanowej w nasieniu mężczyzny i przydatności jej oznaczania w diagnostyce męskiej nie-

plodności”, uzyskał stopień doktora habilitowanego nauk medycznych.

Różnorodne zainteresowania Profesora Michała Bokińca spowodowały, iż w 1983 roku uzyskał specjalizację z zakresu medycyny społecznej, a w 1986 roku jako jedyny w Polsce specjalizację z andrologii.

Od momentu powstania Państwowego Szpitala Klinicznego nr 4 Profesor Michał Bokiniec pracował w Klinice Ginekologiczno-Położniczej tego Szpitala, najpierw jako adiunkt, a później jako docent. Był też w latach 1979-1981 dyrektorem PSK nr 4, zostawiając po sobie bardzo dobre wspomnienia wśród współpracowników. Dał się wtedy poznać jako świetny organizator i znawca szpitalnictwa klinicznego. W tym też okresie jego zainteresowania naukowe szły coraz bardziej w kierunku andrologii.

W 1978 roku był głównym organizatorem Sympozjum Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego na temat czynnika męskiego w niepłodności. Wtedy też stał się założycielem i pierwszym przewodniczącym Sekcji Andrologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Funkcje tą spr-

wował przez dwie kadencje. Był członkiem – założycielem i pierwszym wiceprzewodniczącym Polskiego Towarzystwa Andrologicznego.

W 1987 roku Profesor Michał Bokiniec, dzięki życzliwości władz Uczelni, przeniósł się wraz z częścią zespołu do Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1, gdzie powstała pierwsza w Polsce klinika, która miała w nazwie słowo „andrologia”. Jest to Klinika Rozrodczości i Andrologii Akademii Medycznej w Lublinie, której to Kliniki Pan Prof. dr hab. Michał Bokiniec był twórcą i założycielem. Kliniką tą prof. dr hab. Michał Bokiniec kierował od jej powstania w 1987 roku do 30 września 2000 r., kiedy ster Kliniki przekazał w ręce swojego ucznia prof. dr hab. Grzegorza Jakiela.

Prof. dr hab. Michał Bokiniec, nestor polskiej andrologii, działał na niwie andrologicznej od lat pięćdziesiątych. Był twórcą Lubelskiej Szkoły Andrologicznej wraz ze swoimi uczniami – prof. dr hab. Grzegorzem Jakiel i dr n. med. Szymonem Bakalczkiem.

Prof. dr hab. Michał Bokiniec w swoich badaniach naukowych był czło-

wiekiem renesansu o wszechstronnych zainteresowaniach, od ginekologii przez seksuologię do andrologii. Był autorem i współautorem ponad 150 publikacji i doniesień zjazdowych. Wyszkolił sześciu specjalistów pierwszego stopnia, czterech drugiego stopnia, był promotorem siedmiu rozpraw doktorskich, opiekunem jednej rozprawy habilitacyjnej. Recenzował wiele prac doktorskich i habilitacyjnych, oceniał dorobek naukowy na stopień profesora. Udzielał się także jako recenzent Komitetu Badań Naukowych. Wielokrotnie uczestniczył w komisjach egzaminacyjnych na pierwszy i drugi stopień specjalizacji w zakresie położnictwa i chorób kobiecych.

Profesor Michał Bokiniec był głęboko zaangażowany w kształcenie studentek Wydziału Pielęgniarstwa. W latach 1987-1990 pełnił funkcję Dziekana tego Wydziału. Był autorem wielu podręczników dla studentek Pielęgniarstwa i współautorem programów nauczania.

W dowód uznania jego zasług dla środowiska andrologicznego w 2002 roku został mu nadany tytuł Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Andrologicznego.

W pamięci swoich uczniów i współpracowników Profesor Michał Bokiniec pozostanie jako człowiek, który zawsze był gotów poświęcić swój czas, by pomóc zarówno swoim młodszym kolegom, położnym i wszystkim pracownikom Kliniki. Dobro pacjenta stawał się zawsze na pierwszym miejscu, nie bacząc na swój czas, zdrowie i nawet potrzeby własnej rodziny.

Cześć Jego Pamięci!

DR N. MED. SZYMON BAKALCZUK



Wspomnienie o Profesorze Dionizym Górnym



**Prof. dr hab. Dionizy Górny
1930-2003**

W dniu 2 stycznia 2003 roku zmarł w Lublinie profesor zwyczajny, Dionizy Górny – były Dziekan Wydziału Lekarskiego i wieloletni Kierownik Katedry i Zakładu Patofizjologii Akademii Medycznej w Lublinie. Odszedł od nas wspaniały człowiek, wybitny uczony, ceniony lekarz, nauczyciel i wychowawca wielu pokoleń absolwentów Akademii Medycznej.

Profesor Dionizy Górny urodził się 5 lipca 1930 roku w Rudce Gołębskiej w województwie lubelskim. Szkołę podstawową ukończył w 1942 roku w Kamionce k. Lubartowa. Następnie kontynuował naukę w trudnych warunkach okupacji niemieckiej w gimnazjum ogólnokształcącym, zorganizowanym w ramach tajnego nauczania w Samokłeskach w powiecie lubartowskim. Jednym z profesorów tego tajnego nauczania, który wywarł szczególny wpływ na kształtowanie się osobowości młodych uczestników tych tajnych kompletów był ksiądz Stefan Wyszyński – późniejszy Prymas Tysiąclecia.

W maju 1944 roku zdał egzamin przed Komisją Tajnego Nauczania z zakresu dwóch klas gimnazjum ogólnokształcącego, by kontynuować naukę w wolnej Polsce w Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącym im. A. i J. Vetterów w Lublinie, gdzie w 1948 r. otrzymał świadectwo dojrzałości. Studia medyczne rozpoczął w 1948 roku na Wydziale Lekarskim w Lublinie. Już jako student zaangażował się w pracę naukową i dydaktyczną, pełniąc w latach 1951-53 funkcję zastępcy asystenta w Zakładzie Patofizjologii. Po otrzymaniu dyplomu lekarza medycyny – pracował kolejno na stanowisku asystenta w latach 1953-

57, starszego asystenta (1957-1963). Jako wolontariusz rozpoczął specjalizację chirurgiczną w klinice pod kierunkiem profesora Feliksa Skubiszewskiego. Chirurgia fascynowała go coraz bardziej stanowiąc kanwę pracy doktorskiej napisanej w oparciu o spostrzeżenia kliniczne. Niezależnie od pracy naukowej w Katedrze i Zakładzie Patofizjologii uzyskał w 1957 r. pierwszy stopień specjalizacji w zakresie chirurgii, zaś w 1962 drugi stopień. W 1961 roku doktoryzował się na Wydziale Lekarskim, otrzymując tytuł doktora nauk medycznych. W rok po obronie przyszło mu podjąć niełatwą decyzję rezygnacji z pasjonującej chirurgii celem poświęcenia się bez reszty pracy badacza. W listopadzie 1963 roku zrezygnował ostatecznie z pracy w Klinice Chirurgii AM w Lublinie i poświęcił się wyłącznie pracy naukowej i dydaktycznej w Katedrze i Zakładzie Patofizjologii.

Podjął badania nad neuromediatorami i ich rolą w organizmie, wzajemnego oddziaływania w zakresie przewodnictwa nerwowego. Z tego okresu pozostała mu rzetelność i solidność we wszystkim co robił – cechy, którym pozostał wierny do końca swoich dni. W 1963 roku uzyskał stanowisko adiunkta, a w 1968 na podstawie rozprawy habilitacyjnej nadano mu tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych i objął stanowisko docenta. W 1982 roku został Kierownikiem Katedry i Zakładu Patofizjologii Akademii Medycznej w Lublinie, którą kierował nieprzerwanie do chwili przejścia na emeryturę. Profesorem zwyczajnym został w 1991 r.

W okresie wieloletniej pracy na Uczelni pełnił funkcję wicedyrektora Instytutu Patologii Klinicznej w latach 1973-1976, był kolejno Prodziekanem (1975-78) i Dziekanem (1978-1981) Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Znajdował czas na działalność społeczną

w wielu towarzystwach naukowych. Od roku 1961 był członkiem Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego, pełniąc w latach 1961- 1968 funkcję Sekretarza Oddziału Lubelskiego, a w latach 1975-1984 Sekretarza Zarządu Głównego tegoż Towarzystwa. W latach 1976-1979 przewodniczył Komisji Dydaktycznej Sekcji Patofizjologicznej Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego, w latach 1985-1993 był Przewodniczącym Oddziału Lubelskiego PTF. Od 1991 nieprzerwanie do chwili śmierci był członkiem Zarządu Głównego PTF.

Był znakomitym nauczycielem akademickim i wykładowcą, wyznającym zasadę, że studentów należy traktować poważnie, być ich przyjacielem ale wymagać rzetelnej pracy, obowiązkowości i właściwego stosunku do innych ludzi. Za tę działalność został nagrodzony przez ministra. Profesor był autorem tematyki zajęć praktycznych i programu nauczania patofizjologii, który najpierw wprowadzony w Lubelskiej Akademii Medycznej stał się obowiązujący we wszystkich uczelniach tego typu w kraju.

Profesor Górny jest autorem około 170 prac naukowych, współautorem trzech podręczników z zakresu patofizjologii, promotorem 16 ukończonych przewodów doktorskich, zaś pięć kolejnych jest na ukończeniu oraz jednego przewodu o nadanie doktoratu honoris causa. Był promotorem wielu prac magisterskich. Badania nad aminami katecholowymi, acetylocholiną, toksyna tężcową, przedsiolkowym czynnikiem natriuretycznym (ANP) przyniosły mu sławę nie tylko w kraju ale i za granicą. Opracowane metody badawcze amin katecholowych były z powodzeniem wykorzystywane w praktyce klinicznej.

Został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem KEN, Złotym Krzyżem Zasługi, Zasłużony Nauczyciel PRL, Honorową Odznaką za Zasługi dla

Lubelszczyzny, Odznaką za wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Honorową Odznaką AM w Lublinie i innymi.

Za prace badawcze zespół pod jego kierownictwem otrzymał nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej – II stopnia w 1976 r i pierwszego stopnia kolejno w latach 1979, 1980 i 1995.

Po odejściu na emeryturę, do ostatniej chwili uczestniczył w życiu Katedry i Zakładu Patofizjologii prowadząc wykłady i służąc radą i pomocą. Skromny, życzliwy i nie szukający taniego poklasku starał się przekazać współpracownikom całe bogactwo swojej osobowości – szlachetność i uczciwość, prostolinijność, szczerłość i dobroć.

Z wielkim bólem żegnamy zmarłego przedwcześnie Profesora, wybitnego naukowca i cenionego praktyka, wielkiego humanistę pojmującego medycynę w sposób holistyczny, prawego człowieka, oddanego młodzieży nauczyciela i wychowawcę wielu pokoleń lekarzy.

DR N. WET. KRZYSZTOF LUTNICKI

Profesor Antoni Deryło nie żyje!



**Prof. dr hab.
Antoni Deryło
1935-2003**

W środę, 19 lutego 2003 r. zmarł, przeżywszy 67 lat, prof. zw. dr hab. n. przyr. Antoni Deryło, kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii AM w Lublinie. Uroczystości pogrzebowe odbyły się w poniedziałek, 24 lutego 2003 r. o godz. 12 na cmentarzu przy ul. Droga Męczenników Majdanka w Lublinie

Antoni Józef Deryło urodził się 14 marca 1935 r. w Majdanie Górnym, powiat Tomaszów Lubelski. Był synem Antoniego i Marianny z d. Wawryca. Rodzice prowadząc sześćohektarowe gospodarstwo wychowywali czwórkę dzieci, córkę i trzech synów. Najstarszym dzieckiem był Antoni. W 1942 r. rozpoczął naukę w miejscowej szkole powszechnej, lecz jej nie ukończył, ponieważ w następnym roku rodzice zostali wysiedleni i musiał naukę przerwać. Do szkoły powrócił po wyzwoleniu tych ziem w 1944 r. Po ukończeniu w 1950 r. szkoły podstawowej, w latach 1950-1954 uczył się w Liceum Ogólnokształcącym w Tomaszowie Lubelskim, gdzie uzyskał świadectwo dojrzałości. Bezpośrednio potem odbywał studia na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, które ukończył w 1959 r. uzyskawszy dyplom magistra zoologii.

W latach 1959-1961 był nauczycielem biologii i chemii w Liceum Ogólnokształcącym w Józefowie k. Biłgoraja. Jednak cały czas marzył o pracy naukowej. W 1961 r. spełniły się te marzenia. Uzyskał wówczas zatrudnienie na etacie asystenta w nowo utworzonym rok wcześniej (1960) przez niedawno zmarłego (w październiku 2002 r.) Profesora Gabriela Brzęka – Zakładzie Parazytologii – obecnie: Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii Wydziału Farma-

ceutycznego Akademii Medycznej w Lublinie. To właśnie pod pieczęcią swego Mistrza, Profesora Gabriela Brzęka, nastąpił znaczący rozwój naukowy Zmarłego.

Jako asystent, później starszy asystent i adiunkt brał czynny udział w pracy dydaktycznej, naukowej i organizacyjnej. W 1968 r. na Wydziale BiNoZ UMCS, po publicznej obronie dysertacji doktorskiej pt.: Rola epizootologiczna wszołów (Mallophaga) w przenoszeniu pasterelozy u kur – promotor: prof. dr hab. Gabriel Brzęk, uzyskał stopień doktora nauk przyrodniczych.

Kolejny stopień naukowy – doktora habilitowanego nauk przyrodniczych w zakresie parazytologii – uzyskał po kolokwium habilitacyjnym przeprowadzonym 23 czerwca 1975 r. na Wydziale Biologii Uniwersytetu Warszawskiego, za pracę *Badania nad szkodliwością gospodarczą wszołów (Mallophaga) – opiekun habilitacji: prof. dr hab. Bernard Bezubik*. W 1976 r. wygrał ogólnopolski konkurs na stanowisko kierownika Katedry i Zakładu Zoologii Akademii Rolniczej w Szczecinie, jednak z powodu braku odpowiednich w tym mieście warunków mieszkaniowych musiał z tej pracy zrezygnować. W 1978 r. uzyskał etat docenta w macierzystej Katedrze i Zakładzie Biologii i Parazytologii Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie. W tym samym roku, na własną prośbę, został przeniesiony przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do pracy w Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Został tam powołany na stanowisko kierownika Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii Wydziału Lekarskiego. W tym czasie, w latach 1981-1983, był prodziekanem Wydziału Pielęgniarskiego, a w latach 1984-1986 – Wydziału Lekarskiego. W 1989 r. uzyskał nominację na profesora nadzwyczajnego ŚLAM, w 1990 r. stanowisko profesora, a w 1994 r. tytuł i stanowisko

profesora zwyczajnego. Ze Śląską uczelnią był związany do 30 września 2001 r., bowiem po wygraniu ogólnopolskiego konkursu, z dniem 2 października 2001 r. został kierownikiem Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie. Wcześniej, od 1 stycznia 2001 r. do 30 września 2001 r., był powołany na p. o. kierownika tej Katedry.

Opublikował ponad 100 prac naukowo-badawczych w zakresie parazytologii oraz ekologii i biologii zanieczyszczonych ekosystemów wodnych. Kierował i uczestniczył w badaniach koordynowanych przez Komitet Parazytologii PAN w Warszawie, Zakład Zoologii Systematycznej i Doświadczalnej PAN w Krakowie, Instytut Gruźlicy w Warszawie, Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej oraz Wydział Ochrony Środowiska Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach. Obszerny dział badań dotyczył stopnia degradacji ekosystemów wodnych na terenie Górnego Śląska. Zajmował się też m. in.:

- problematyką ekstensywności i sezonowości inwazji niektórych pasożytów bipatogennych występujących u ludzi i zwierząt hodowlanych,
- badaniami nad udziałem niektórych stawonogów w biologii i transmisji *Toxoplasma gondii*,
- pracami nad wybranymi grupami stawonogów pasożytniczych w naturalnych i zdegradowanych presją przemysłową środowiskach Jury Krakowsko-Częstochowskiej.

Od 1990 r., przez trzy kolejne kadencje, był członkiem Rady Naukowej Instytutu Parazytologii PAN, był także członkiem Komitetu Parazytologii PAN. Przewodniczył Katowickiemu Oddziałowi Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego. Był też członkiem Polskiego Towarzystwa Zoologicznego.

Promował ponad 120 prac magisterskich wykonanych głównie przez

studentów farmacji AM w Lublinie oraz pielęgniarstwa, analityki i farmacji ŚIAM. Był także promotorem 10 przewodów doktorskich oraz opiekunem 2 zakończonych przewodów habilitacyjnych.

Jego wartościowy dorobek naukowy, duże doświadczenie w pracy dydaktycznej, niezwykle życzliwy stosunek do studentów i kolegów z pracy, umiejętność współdziałania z innymi naukowcami oraz rzetelność, skromność, prawość i uczciwość powodowały, iż był chlubą nie tylko Wydziału Farmaceutycznego i Akademii Medycznej w Lublinie.

ANDRZEJ WRÓBEL

Mowa pożegnalna prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka, prorektora do spraw nauki, wygłoszona przed trumną Ś. P. Zmarłego

Nieoczekiwana śmierć Profesora Antoniego Deryło, napełniła żalobą nie tylko najbliższą rodzinę zmarłego, ale całą społeczność akademicką Lublina, a w sposób szczególny – środowisko Akademii Medycznej, gdzie zmarły Profesor pracował wiele lat, najpierw jako nauczyciel akademicki, a ostatnio jako kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii.

Pragnę pożegnać Go dzisiaj w imieniu JM Rektora Akademii Medycznej, Senatu Uczelni, wszystkich pracowników, a w sposób szczególny w imieniu własnym, jako nieodżałowanego Kolegę i Przyjaciela, którego nie dane mi było pożegnać osobiście, gdyż jako człowiek niezwyklej skromności, nikomu – poza najbliższą rodziną, nie ujawniał swojej choroby.

Żegnam Go przede wszystkim jako pracownika nauki oddanego bez reszty pracy naukowej, której poświęcił całe swoje życie zawodowe. Jego badania w dziedzinie parazytologii, ukierunkowane na biologię zanieczyszczenia ekosystemów wodnych, przemyślane i w szczególności planowane, realizowane precyzyjnie i konsekwentnie, z wielką odpowiedzialnością i rzetelnością naukową, zaowocowały licznymi publikacjami oraz uzyskaniem stosunkowo wcześnie, kolejnych stopni a następnie tytułów naukowych.

Osiągnięcia te były dodatkowo utrudnione z powodu braku możliwości zdobywania stopni naukowych na rodzimym Wydziale Farmaceutycznym.

Profesor Antoni Deryło był wyróżniającym się nauczycielem wielu pokoleń studentów, obdarzonym wielkim darem słowa i zdolnościami przekazywania swej wiedzy. W ankietach studentów oceniających nauczycieli akademickich, uzyskiwał zawsze najwyższe oceny.

Cechowała Go wysoka kultura osobista, sprawiedliwa ocena, nie-naganny i ujmujący sposób bycia oraz kontaktów z drugim człowiekiem. Zawsze otwarty, wrażliwy, wsłuchany w problemy, zarówno studentów, jak i współpracowników, gotów był służyć w potrzebie dobrą radą i pomocą.

Godną podkreślenia jest przyjęta w Jego życiu hierarchia wartości, w której znalazły się w odpowiednich proporcjach zaangażowanie w pracę naukową, jak i życie rodzinne. Harmonia rodzinna, zdrowie i szczęście dzieci były nieodzownym warunkiem realizacji Jego wyzwań naukowych.

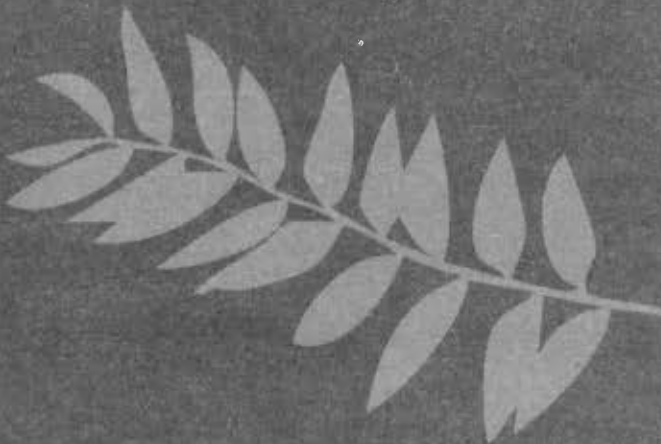
Pragnę pożegnać Profesora Antoniego Deryło, człowieka prawego, szlachetnego o wielkim sercu, oddanego bez reszty naszej Almae Matris, do której powrócił po wielu latach pracy w Śląskiej Akademii Medycznej, spełniwszy w ten sposób

własne życiowe marzenia oraz oczekiwania współpracowników.

Odszedł z naszego grona zasłużony i doceniany pracownik nauki, wybitny specjalista w zakresie biologii i parazytologii, wzorowy nauczyciel akademicki, pielęgnujący tradycje i dobre obyczaje akademickie, wzorowy mąż i ojciec. Takim pozostanie w naszej pamięci i modlitwie.

Drogi Przyjacielu, żegnam Cię dzisiaj w poczuciu wielkiego niedosytu, spowodowanego faktem, że nie mogłem odwiedzić Cię w szpitalu. Będąc zawsze otwartym na problemy innych, swoje cierpienie zdecydowanieś znosić mężnie w otoczeniu tylko najbliższej rodziny. Pamięć o Tobie, człowieku o prawym charakterze i niepowtarzalnej osobowości na zawsze zachowam w moim sercu. Odpoczywaj w pokoju.

Okrytej żalobą Rodzinie i bliskim zmarłego Profesora, składam w Imieniu JM.Rektora AM w Lublinie i swoim własnym, najszczerze wyrazy żalu.



Żegnamy Cię Małgosiu



**Dr n. med.
Małgorzata Dańko-Mrozińska
1953-2002**

25 grudnia 2002 roku, w pierwszy dzień najbardziej rodzinnych świąt, dotarła do Nas wiadomość o nagłej śmierci naszej koleżanki doktor Małgosi Dańko-Mrozińskiej. Jak to – nie mogliśmy pojąć – przecież jeszcze wczoraj, w Wigilię składaliśmy sobie życzenia, w przedświątecznym pośpiechu załatwialiśmy wspólnie sprawy dotyczące naszych pacjentów, snuliśmy karnawałowe plany. A jednak nie dokończymy już zaczętych i zawieszonych, zdawało się na czas świąt, rozmów i działań. Życie niespodzianie dobiegło kresu!

Do dziś to nieznośne uczucie, że Małgosi nie ma wśród nas towarzyszy naszej codziennej pracy w Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy AM w Lublinie. I wciąż Jej nieobecność wydaje się nierealna, nieprawdopodobna, tymczasowa. Tak wiele rzeczy wciąż Ją przypomina. Pacjenci nadal o Nią pytają. Nie wierzą...

W naszej pamięci pozostanie Małgosia zawsze uśmiechnięta, aktywna, wiecznie zabiegana, zaangażowana w pracę zawodową, zatroskana o losy swoich pacjentów, ciepło i z dumą mówiąca o dzieciach. Zafascynowana pływaniem, które odkryła i zdobyła tę umiejętność dość późno, pokonując swój strach przed wodą.

Dr n. med. Małgosia Dańko-Mrozińska urodziła się 2 czerwca 1953 roku w Wesołej koło Dynowa. Dyplom lekarza z wyróżnieniem uzyskała na Akademii Medycznej w Lu-

blinie w 1978 roku. Całą swoją karierę zawodową związała z Kliniką Chorób Płuc i Gruźlicy Akademii Medycznej w naszym mieście. Początkowo pracowała jako stypendystka Studium Doktoranckiego, następnie jako asystentka. W 1982 roku uzyskała tytuł doktora nauk medycznych na podstawie pracy „Porównanie ośrodkowego działania wybranych leków przeciwpłatkowych: streptomycyny, hydrazynu kwasu izonikotynowego, etambutolu, rifampicyny i cykloseryny”. Zdobyła specjalizację z zakresu chorób płuc. Była stypendystką Fundacji im. J. Potockiego. Aktywnie pracowała naukowo, co owocowało czynnym uczestnictwem w wielu Zjazdach krajowych i zagranicznych. Przez wiele lat prowadziła zajęcia ze studentami czwartego i piątego roku Wydziału Lekarskiego. Została w pamięci wielkiej rzeszy studentów jako sumienny i życzliwy, choć wymagający asystent. Była członkiem Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrzyznego i Stowarzyszenia Chorych na Astmę Oskrzelową.

Odejście Małgosi osierociło jej dzieci: Agnieszkę i Maćka, całą rzeszę jej pacjentów i nas, jej koleżanki i kolegów.

Dziś żegnamy Cię Małgosiu ale pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci!

**KOLEDZY I WSPÓŁPRACOWNICY
Z KLINIKI CHOROBY PŁUC I GRUŹLICY
AM W LUBLINIE**

Pamięci Profesor Mieczysławy Trojanowskiej



**Prof. dr hab.
Mieczysława Trojanowska
1915-2003**

Słowa pożegnania wypowiedziane przez
prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka
– prorektora do spraw nauki AM W Lublinie,
podczas uroczystości pogrzebowej.

Śmierć Pani profesor doktor habilitowanej nauk farmaceutycznych Mieczysławy Trojanowskiej napełniła żałobą nie tylko najbliższą rodzinę, ale całą społeczność akademicką miasta Lublina, zaś w sposób szczególnie społeczność Akademii Medycznej w Lublinie. Pragnę pożegnać Ją w imieniu JM Rektora Akademii Medycznej w Lublinie, Senatu Uczelni, Rady Wydziału Farmaceutycznego, jak również wszystkich pracowników Uczelni, a szczególnie w imieniu własnym, jako absolwenta tego samego Wydziału Farmaceutycznego.

Profesor Mieczysława Trojanowska urodziła się 22 kwietnia 1915 r. w Lublinie. Naukę rozpoczęła w Szkole Ćwiczeń w 1923 r., a następnie uczęszczała do gimnazjum im. H. Czarnieckiej, które ukończyła w 1935 r.

W tymże roku została przyjęta na Wydział Matematyczno-Przyrodniczy Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie do roku 1939 studiowała chemię. Podczas okupacji pracowała w Ekspedycji Towarowej PKP w Lublinie. Czynnie uczestniczyła w Powstaniu Warszawskim (za udział w nim otrzymała Warszawski Krzyż Powstańczy), a także w ruchu oporu podczas II Wojny Światowej.

Po wyzwoleniu w 1945 r. kontynuowała studia na Wydziale Farmaceutycznym UMCS w Lublinie, uzyskując w 1949 r. tytuł magistra farmacji – jako jedna z pierwszych absolwentek tego Wydziału.

Już w czasie studiów, bowiem od 1945 r., pracowała w Katedrze Chemii Nieorganicznej i w Katedrze Chemii Farmaceutycznej Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej, a następnie Akademii Medycznej w Lublinie jako młodszy asystent, biorąc czynny udział w organizowaniu pierwszych po wyzwoleniu pracowni chemicznych dla studentów i pracowników naukowych.

Z dniem 1 lipca 1956 r. podjęła pracę w Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Lublinie na stanowisku starszego asystenta.

W roku 1962 decyzją Rady Wydziału Farmaceutycznego AM w Gdańsku uzyskała stopień doktora nauk farmaceutycznych i z dniem 1 kwietnia 1962 r. objęła stanowisko adiunkta. Na podstawie uchwały Rady Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie z dnia 28 września 1966 r. otrzymała stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie toksykologii medyczno-sądowej.

1 czerwca 1970 r. została mianowana docentem, a z dniem 1 maja 1984 r. profesorem AM w Lublinie.

Od początku swojej pracy zawodowej koncentrowała się na problemach toksykologii. Zorganizowała w Uczelni pierwszą pracownię toksykologiczno-chemiczną, która mogła wykonywać ekspertyzy naukowe dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości. Była nauczycielem akademickim o rozległej wiedzy i olbrzymim doświadczeniu. W pracy dała się poznać jako naukowiec szczególnie oddany uprawianej dziedzinie nauki, dbający o wysoki poziom prowadzonych zajęć dydaktycznych i prac naukowo-badawczych oraz umiejący przekazać własną wiedzę i serce

zarówno wielu pokoleniom studentów, jak i współpracowników.

Wychowując młodzież akademicką wielką wagę przywiązywała do kształtowania postaw obywatelskich i patriotycznych, rozwijania poczucia odpowiedzialności, uczciwości.

W uznaniu zasług została uhonorowana, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi oraz wieloma innymi medalami i odznakami. Po zakończeniu czynnej pracy naukowo-dydaktycznej Profesor Mieczysława Trojanowska aktywnie uczestniczyła we wszystkich wydarzeniach uczelni, a szczególnie w obchodach Jubileuszowych Akademii Medycznej, w organizację których włożyła wiele serca i czasu.

Dość wcześnie została wdową; ponosząc niemały trud egzystencjalny wychowywała samotnie dwóch synów (od 7 i 10 roku życia), potrafiła mimo przeciwności losu zapewnić własnym dzieciom klimat pełnej rodziny.

Żegnamy dziś z żalem naszą Profesor, której Imię i dokonania na rzecz naszej Almae Matris pozostaną na zawsze w naszej pamięci.

Rodzinie i najbliższym zmarłej Profesor Mieczysławy Trojanowskiej, składam wyrazy współczucia w Imieniu Jego Magnificencji Rektora, Senatu Uczelni i moim własnym. Pokój Jej duszy!



Ostatnie pożegnanie Doktor Barbary Sztembis



**Dr n. med. Barbara Sztembis
1951-2003**

Śmierć doktor Barbary Sztembis napełniła żalobą nie tylko najbliższą rodzinę, lecz także całą społeczność Akademii Medycznej w Lublinie. Trudno pogodzić się z faktem, że nie ma już Pani Barbary Sztembis wśród nas, zwłaszcza że odeszła od nas nagle, w pełni sił twórczych.

Pragnę pożegnać doktor Barbarę Sztembis w imieniu JM Rektora AM, Senatu Uczelni, Rady Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, w imieniu własnym i wszystkich pracowników Wydziału oraz podziękować za aktywne życie zawodowe na płaszczyźnie pielęgniarskiej.

Dr Barbara Sztembis była adiunktem Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu lubelskiej AM, członkiem Senatu, pielęgniarką wojewódzką, zastępcą dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Chełmie, członkiem Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, członkinią Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Pracowała bardzo aktywnie w wielu komisjach resortu zdrowia.

W uznaniu zasług została uhonorowana Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej i wieloma innymi medalami, odznakami i nagrodami.

Droga Koleżanko Basiu,

Jesteśmy pogrążeni w smutku zwłaszcza, że utraciliśmy utalentowanego dydaktyka, świetnego organizatora i wychowawcę młodzieży, aktywnego społecznika. Straciliśmy Osobę o dużej wiedzy i doświadczeniu, pracowitości i wielkim zaangażowaniu w pracy zawodowej i działalności pielęgniarskiej.

Jestem przekonana, że pamięć o Tobie pozostanie na zawsze w sercach i modlitwie tych, którzy się z Tobą zetknęli.

Rodzinie i najbliższym zmarłej Barbary pragnę w imieniu JM Rektora i Senatu oraz Rady Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie złożyć wyrazy szczerego współczucia, a Osobom uczestniczącym w ostatnim pożegnaniu Barbary Sztembis przekazać przesłanie Ks. Twardowskiego „Spieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą”.

Cześć Twojej Pamięci!
Pokój Twojej Duszy!

IRENA WROŃSKA
DZIEKAN WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA
I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Dr n. med. Barbara Sztembis urodziła się 19 października 1951 roku w Małkowie, woj. chełmskie. W roku 1965 rozpoczęła naukę w Liceum Pielęgniarstwu w Chełmie. Tu też w 1970 roku, po ukończeniu szkoły podjęła pracę nauczyciela zawodu, gdzie pracowała do roku 1976. Od 1976 do 1998 roku pracowała także w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Chełmie pełniąc początkowo funkcję kierownika oddziału ochrony zdrowia, a następnie zastępcy dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego. W tym też czasie pełniła funkcję pielęgniarki wojewódzkiej. W latach 1970-1976 rozpoczęła i ukończyła zaoczne studia magisterskie na wy-

dziale pedagogiki UMCS w Lublinie.

W latach 1976-1987 pełniła funkcję wizytatora szkół medycznych w województwie chełmskim. Od roku 1987 pracowała jako nauczyciel w Medycznym Studium Zawodowym w Kraśnymstawie. W grudniu 1992 roku uzyskała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej na podstawie rozprawy pt. „Udział pielęgniarki środowiskowej w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób układu krążenia”. Pełniąc obowiązki zastępcy dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w latach 1991-1998 i równocześnie pielęgniarki wojewódzkiej, była osobą, która jako jedna z pierwszych w Polsce zorganizowała i uruchomiła oddział opieki paliatywnej z wyjazdowym zespołem opieki domowej w Chełmie. Zorganizowała dla lekarzy i pielęgniarek szkolenia we współdziałaniu z prof. J. Łuczakiem z Poznania. Była kierownikiem i wykładownicą kilkunastu kursów i specjalizacji dla pielęgniarek. Uczestniczyła w wielu konferencjach prezentując na prośbę organizatorów koncepcje zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej osobom z różnymi schorzeniami i w różnym wieku. Recenzowała na prośbę Ministerstwa Zdrowia wiele programów kursów i specjalizacji dla pielęgniarek. Przygotowała także wiele modułów do programów kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek. Dr n. med. Sztembis była współautorką wymagań programowych dla pielęgniarek kształcących się w systemie licencjackim i magisterskim. Aktywnie uczestniczyła w działaniach związanych z powołaniem na Wydziale Pielęgniarstwu AM w Lublinie specjalności pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne.

Od 1999 roku pracowała jednocześnie jako pracownik naukowy Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie na stanowisku adiunkta w Katedrze

i Zakładzie Pielęgniarstwa Społecznego, gdzie prowadziła zajęcia ze studentami oraz jako kierownik chełmskiej filii Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego. Od roku 2001 była także wykładowcą Wyższej Szkoły Zawodowej w Radomiu. Poza tym prowadziła wielokrotnie zajęcia w wielu ośrodkach Polski z zakresu organizacji i zarządzania ochroną zdrowia, marketingu usług zdrowotnych, kontraktowania świadczeń zdrowotnych, edukacji i promocji zdrowia, pielęgniarstwa rodzinnego.

Przez cały czas dr Barbara Sztembis podnosiła własne kwalifikacje zawodowe uczestnicząc w różnorodnych kursach, szkoleniach, stażach:

Dr Barbara Sztembis brała czynny udział w pracach Zespołów i Rad powołanych przez Ministra Zdrowia i inne instytucje, organizacje.

I tak:

Dr Barbara Sztembis była autorką licznych publikacji i wystąpień na konferencjach naukowych.

Była też członkinią Senatu Akademii Medycznej w Lublinie, jak również członkinią w stowarzyszeniach zawodowych: Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwu, Stowarzyszenie Menadżerów Ochrony Zdrowia. Aktywnie działała w samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych. Wielokrotnie była wyróżniana i nagradzana.

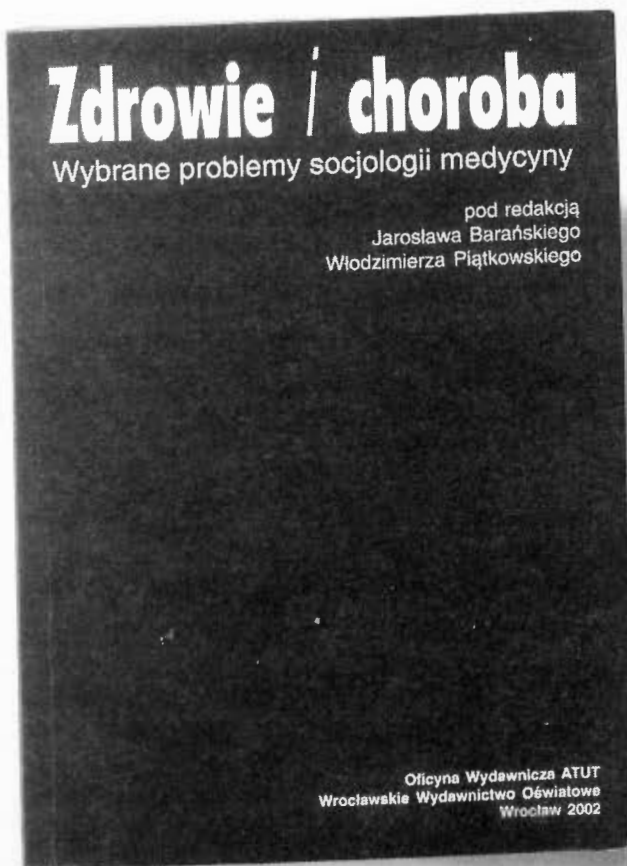
Dr n. med. Barbara Sztembis zmarła 5 marca 2003 roku. Do ostatniej chwili była aktywna zawodowo i zaangażowana w rozwój pielęgniarstwa i sprawy pielęgniarek. I taką ją zachowamy w pamięci.

KIEROWNIK I WSPÓŁPRACOWNICY
Z KATEDRY I ZAKŁADU
PIELĘGNIARSTWA SPOŁECZNEGO

ZDROWIE I CHOROBA WYBRANE PROBLEMY SOCJOLOGII MEDYCyny

Pod red.
Jarosława Barańskiego
Włodzimierza Piątkowskiego

OFICyna WYDAWNICZA ATUT
WROCLAW, 2002



Zdaniem autora, naturalnym punktem odniesienia dla powstającego obszaru badań nad zdrowiem jest promocja zdrowia – interdyscyplinarna dziedzina, w ramach której jest potrzeba pogłębionej refleksji nad zdrowiem jako swoistym fenomenem socjokulturowym

Przesuwanie się zainteresowania systemu medycznego w kierunku obszaru zdrowia implikuje konieczność podkreślenia roli czynników socjokulturowych w kontroli, konserwacji i podnoszeniu potencjału zdrowotnego społeczeństw. Uważa się obecnie, że skuteczne wdrażanie programów profilaktycznych i promujących zdrowie nie jest możliwe bez aktywnego w nich udziału nauk o zachowaniu dostarczających nie tylko podstaw teoretycznych pozwalających zrozumieć zachowania ludzi w zdrowiu i chorobie, ale i dostarczających praktycznych wskazówek, jak zachowania te przewidywać i kreować.

Omawiana książka jest efektem współpracy nie tylko socjologów medycyny, psychologów, lekarzy ale też

specjalistów polityki społecznej czy ekonomiki ochrony zdrowia. Interdyscyplinarny charakter publikacji sprawia, że jest ona godna polecenia zwłaszcza ludziom zajmującym się zawodowo problematyką zdrowia i choroby.

Część pierwsza „Przedmiot i charakter socjologii zdrowia i medycyny” poświęcona jest prezentacji obszaru teoretycznego i badawczego tej najszybciej rozwijającej się subdyscypliny oraz zagadnieniom psychosocjopsychosomatyki.

W. Piątkowski prezentując genezę i przedmiot socjologii medycyny zwraca uwagę na historyczny kontekst kształtowania się tej dyscypliny z jednej strony silnie powiązanej z medycyną z drugiej zaś z naukami społecznymi (socjologią, psychologią, demografią, antropologią). Szukając swej tożsamości nawiązywała ona do koncepcji organicystycznych czy społecznego darwinizmu pozwalających na „identyfikację tego, co było, a co nie, szeroko rozumianym ujęciem socjomedycznym”. Omawiając powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce Piątkowski zauważa, że od początku łączyła ją współpracą i uniwersalizm problematyki badawczej z partnerami z USA i Europy Zachodniej. Autor podkreśla, że przemiany postmodernistyczne społeczeństw oraz przekształcenia współczesnej medycyny (zgodnie z założeniami koncepcji holistycznej uwzględniającej wpływ czynników ekologiczno-społecznych) stwarzają dobre perspektywy dla dalszego rozwoju socjologii medycyny.

W kolejnym rozdziale poświęconym chorobie jako zjawisku socjologicznemu nacisk położony został na prezentację złożonego charakteru pojęcia mogącego być przedmiotem zainteresowania kilku nauk. W perspektywie socjologicznej choroba określana jest jako dewiacja, płaszczyzna konfliktu, piętno czy źródło zależności. Jako uzupełnienie spojrzenia na chorobę Piątkowski proponuje dodanie perspektywy „adaptacyjnej” – zdolności przystosowania się do zmieniających się warunków życia w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych (będącej efektem charakteru i przebiegu procesu socjalizacji) oraz per-

spektywę socjoekologiczną – gdzie kluczową rolę odgrywa środowisko społeczne chorego.

Rozwijająca się socjologia zdrowia umieszcza zdrowie, jego ochronę, promocję w centrum zainteresowań teoretycznych, badawczych i praktycznych. Opisując zdrowie jako zjawisko społeczne autor zaakcentował istnienie wielości stosowanych perspektyw badawczych pozwalających na szerokie rozumienie i rozmaite jego definiowanie (psychologia zdrowia, polityka zdrowotna czy wychowanie zdrowotne). Problemem są relacje tych badań do orientacji pojawiających się w ramach nauk medycznych np. sanelogia, nowe zdrowie publiczne, organizacja ochrony zdrowia.

Zdaniem autora, naturalnym punktem odniesienia dla powstającego obszaru badań nad zdrowiem jest promocja zdrowia – interdyscyplinarna dziedzina w ramach której jest potrzeba pogłębionej refleksji nad zdrowiem jako swoistym fenomenem socjokulturowym.

Promocja zdrowia korzystająca z narzędzi badawczych i metodologii socjologii interesuje się zdrowiem w populacji w kontekście codziennego życia ludzi. Jak zaznacza Piątkowski obszarem działań socjologii jest tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia, rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu. Trudno więc wyobrazić sobie skuteczną promocję zdrowia bez zastosowania socjotechniki. Niewydolność „medyczo-technicznej” wersji promocji zdrowia pod względem ekonomicznym skłania organizatorów ochrony zdrowia do szerszej współpracy z socjologami.

O wpływie czynników socjokulturowych na tworzenie się nowej dziedziny badawczej – psychosocjosomatyki – w obrębie nauk medycznych traktuje kolejny rozdział autorstwa M. Skrzypka. Przedstawiając ewolucję, przedmiot i funkcje psychosocjosomatyki zwraca szczególną uwagę na rolę perspektywy kulturowej otwierającej nowe możliwości zarówno w dziedzinie rozwoju wiedzy jak i jej praktycz-

nych zastosowań w zakresie opieki zdrowotnej. Psychosocjosomatyka zachęca do wielostronnej percepcji zasobów decydujących o zdrowiu i chorobie człowieka, poszerzając w ten sposób spektrum „lekarskiego myślenia”.

W drugiej części omawianej pozycji zatytułowanej „Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą” I. Taranowicz wskazuje na uwarunkowania zachowań w zdrowiu i chorobie szczególnie nacisk kładąc na styl życia uznawany obecnie za podstawowy czynnik kształtujący zdrowie (i decydujący o możliwości wystąpienia choroby). Styl życia oraz zachowania zdrowotne są obecnie jedną z podstawowych kategorii pojęciowych w polityce zdrowotnej i medycynie. Postawione zostaje istotne pytanie dotyczące zachowań zdrowotnych – czym one są i od czego zależą? Czy zachowania zdrowotne to jedynie takie, których związek ze zdrowiem potwierdziła nauka?

Bycie chorym to nie tylko stan biologiczny organizmu, ale i określona sytuacja społeczna chorego. Zdefiniowanie stanu choroby określa wzory zachowania chorego i jego najbliższego otoczenia. Autorka odwołuje się tutaj do klasycznej koncepcji roli chorego T. Parsonsa oraz przeciwstawia mu powstały w latach siedemdziesiątych nurt konsumeryzmu, postulujący zmianę pozycji pacjenta – stającego się klientem świadczonych usług medycznych. Konsumeryzm wprowadza w autonomiczny dotychczas system ochrony zdrowia mechanizmy rynkowe. Zmiany w systemie opieki zdrowotnej, jakie obecnie obserwuje się nie tylko w Polsce, są próbą wdrożenia takich mechanizmów, które by wymusiły bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami. Próby urynkwienia systemu implikują konkurencyjność między placówkami leczniczymi, uzależnienie posiadanych środków od ilości i jakości świadczonych usług.

W dalszej części publikacji zwrócona jest uwaga na zmianę statusu rodziny w sferze opieki zdrowotnej, zarezerwowanej dotychczas dla medycyny instytucjonalnej. Tendencje do współpracy i partnerstwa pomiędzy tymi dwoma segmentami, wzmocnio-

ne zostały przez postulaty WHO dotyczące zmian w strukturze systemu ochrony zdrowia (m. in. wzmocnienie roli lekarza rodzinnego), oraz umacnianie się socjoekologicznego modelu zdrowia – dostrzeganie znaczenia nieprofesjonalnych systemów opieki i leczenia. Rodzina zaczęła być postrzegana jako podstawowy, obok samego pacjenta partner lekarza i medycyny.

Problematykę socjologicznego ujęcia choroby, jako dewiacji społecznej podejmuje w kolejnym rozdziale M. Synowiec-Piłat. Definiowanie zachowań jako dewiacyjnych uzależnione jest od cech miejsca i czasu oraz funkcjonującego w danej kulturze systemu normatywnego. Egzemplifikacją jest prezentacja różnych ujęć problematyki zachowań dewiacyjnych na gruncie socjologii. W potocznym rozumieniu traktowanie choroby w kategoriach dewiacji może budzić pewne kontrowersje. Szczęólnego znaczenia nabiera tu ujmowanie i traktowanie choroby w kategoriach dewiacji wśród personelu medycznego co ma bezpośrednie praktyczne znaczenie. Środowisko medyczne jest dla laików bardzo często grupą odniesienia i wpływa na kształtowanie odpowiednich postaw i zachowań w stosunku do choroby czy osób chorych. Synowiec-Piłat konkluduje, że na pracownikach ochrony zdrowia spoczywa pewnego rodzaju odpowiedzialność obrony człowieka pokrzywdzonego, dyskryminowanego oraz dążenie do poprawienia jego sytuacji życiowej.

Czynnikiem wywierającym duży wpływ na możliwości życiowe jednostki jest zajmowane przez nią miejsce w strukturze społecznej. Społeczeństwa ludzkie zawsze były wielorako zróżnicowane. Różnicowanie to było i nadal jest źródłem nierówności społecznych między ludźmi. Usytuowanie na określonym poziomie struktury w dużej mierze warunkuje i kreuje system potrzeb, wzory życia codziennego, poziom zdrowotności oraz relacje z innymi ludźmi. Obrazem społecznych nierówności w zdrowiu jest występująca dystrybucja zachorowań i umieralności będąca przedmiotem badań zarówno epidemiologów, jak

i socjologów. Wspomniana uprzednio autorka w wyczerpujący sposób prezentuje wykorzystywane w tego typu badaniach zmienne (tj. wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz obiektywne wyznaczniki pozycji społecznej – wykształcenie, dochód) oraz wskazuje na ich modyfikacyjną rolę w zróżnicowaniu poziomu zdrowotności.

Problem zdrowia społeczeństwa i służącego mu aparatu instytucjonalnego będących domeną działań zdrowia publicznego, wskazuje na uwarunkowania zdrowia związane m. in. ze środowiskiem życia i wykonywaną pracą, przypominając jednocześnie, że zdrowie posiada wymiar nie tylko jednostkowy ale i społeczny. Charakteryzując szeroko pojęte warunki środowiskowe modyfikujące zdrowie L. Waszkiewicz zwraca uwagę na ich społeczny wymiar, oraz powinność władz państwowych w sterowaniu zmianami w ich obrębie poprzez odpowiednią politykę środowiskową.

Ocena stanu zdrowia społeczeństwa może być dokonywana także przy pomocy wskaźnika występującej niepełnosprawności. A. Zurek definiując zjawisko niepełnosprawności i posługując się danymi GUS dotyczącymi stanu zdrowia polskiego społeczeństwa zwraca uwagę na jego szeroki zasięg oraz wzrost występowania. Prezentując genezę i rozwój idei pomocy osobom niepełnosprawnym podkreśla znaczącą rolę rehabilitacji psychologicznej i społecznej mającej na celu przygotowanie do efektywnego uczestnictwa w życiu społeczności. Wysoka jakość życia osoby niepełnosprawnej wyraża się nie tylko w zachowanej sprawności, ale i warunkach życia oraz możliwościach samodzielnego zaspokajania potrzeb w tym także uzyskania zatrudnienia i awansu zawodowego.

Problematyce instytucji, zawodów medycznych oraz problemom wynikającym z pełnienia ról zawodowych poświęcona została trzecia część – „Instytucje i zawody medyczne”. Opisanie szpitala jako instytucji społecznej poprzedzone zostało szeroko rozbudowanym wyjaśnieniem pojęcia instytucji jako jednej z podstawowych kategorii

teoretycznych socjologii. Zwrócona została uwaga na zintegrowaną strukturę organizacyjną (której elementy ulegają modyfikacjom i przekształceniom w zależności od zaistniałych warunków) oraz realizowane funkcje ważne ze społecznego punktu widzenia. Autorka zauważa, że współczesny szpital jest instytucją o wysokim stopniu biurokratyzowania. Prezentację goffma-

tyczących przyczyn i obrazu chorób, struktury demograficznej czy funkcjonowania systemu medycznego. Zmiany jakie dokonują się w jego obrębie wpływają bezpośrednio na modyfikację ról społecznych uczestników procesu terapeutycznego – lekarza i pacjenta. J. Barański omawiając interakcję lekarz – pacjent odwołuje się do klasycznych w socjologii medycyny teo-

Pacjent jest aktywnym współuczestnikiem procesu leczenia, podejmuje z lekarzem decyzje i jest za nią odpowiedzialny. Duży wpływ na skuteczność efektu terapeutycznego ma także poziom społecznych kompetencji lekarza – umiejętność skutecznego komunikowania się z pacjentem.

nowskiej koncepcji szpitala jako instytucji totalnej Synowiec-Pilat uzupełniła zdefiniowaniem pojęcia biurokracji odwołując się do klasycznych teorii M. Webera i R. K. Mertona.

Kolejny rozdział poświęcony socjologicznej charakterystyce zawodów medycznych obrazuje rozwój problematyki badawczej w ramach rozwijającej się subdyscypliny, oraz zmieniający się zakres ról społecznych i zawodowych pod wpływem dokonujących się w społeczeństwie zmian do-

rii T. Parsonsa, T. Szasza i M. M. Hollendra, czy E. Freidsona. Podkreślając zmieniający się „status” pacjenta – zwiększenie się jego zakresu autonomii w procesie terapeutycznym wynikającego ze wzrostu jego kompetencji, autor zauważa dokonującą się zmianę w charakterze i jakości interakcji z lekarzem. Pacjent jest aktywnym współuczestnikiem procesu leczenia, podejmuje z lekarzem decyzje i jest za nią odpowiedzialny. Duży wpływ na skuteczność efektu terapeutycznego

ma także poziom społecznych kompetencji lekarza – umiejętność skutecznego komunikowania się z pacjentem. Opisując niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem Barański podkreśla, że komunikacja przebiega w określonym kontekście społecznym i jest procesem kreatywnym, dynamicznym, symbolicznym, interakcyjnym i celowym. Wymieniając najczęściej występujące bariery w komunikowaniu się z pacjentem Autor przypisuje je osobie chorego. Mają one charakter emocjonalny (strach chorego), poznawczy (niewystarczająca wiedza medyczna pacjenta), oraz bariera kulturowa. Remedium lekarza na przekroczenie tych barier jest znajomość technik i zasad usprawniających rozmowę z pacjentem, wynikających z posiadania określonego poziomu wiedzy i kompetencji z zakresu nauk o zachowaniu. Braki w tej dziedzinie mogą być przyczyną działań jatrogennych.

Problem jatrogenii zwraca uwagę na wymiar medyczny i psychologiczny zjawiska. Kontrowersje dotyczące definicji zjawiska spowodowały, że termin ten nie został przyjęty powszechnie przez środowisko medyczne (m. in. medycynę sądową). Autorka zwraca szczególną uwagę na urazy jatrogenne powstałe w rezultacie niewłaściwego psychologicznego oddziaływania lekarza na chorego podczas przekazywania informacji dotyczących stanu zdrowia, planowanej terapii, prowadzenia badań klinicznych. Jako osobną grupę czynników jatrogennych Więckowska określa działania osób nie będących pracownikami służby zdrowia ale zajmującymi się zdrowiem i chorobą (np. propagatorzy oświaty zdrowotnej). Błąd lekarski oraz odpowiedzialność prawna i zawodowa lekarzy jest kolejnym zagadnieniem poruszanym przez autorkę. Przedstawiając rys historyczny problematyki definiowania błędów lekarskich zwraca uwagę na szeroki aktualnie wymiar opisywanego zjawiska. W związku z podnoszeniem ostatnio w publikacjach medycznych problemu odpowiedzialności zawodowej lekarzy proponuje konieczność większego zainteresowania tym zagadnieniem.

Medykalizacja życia człowieka przejawia się m. in. w tendencjach przenoszenia procesu umierania ze środowiska rodzinnego do instytucji medycznych – szpitali i hospicjów. Istnieją różnice obu tych instytucji w podejściu do śmiertelnie chorego, umierającego oraz do osób sprawujących nad nim opiekę, do rodziny. Na podkreślenie zasługuje fakt, że stosunek do umierającego jest uzależniony nie tylko od sposobu myślenia poszczególnych jednostek, ale i całego społeczeństwa. Jak zauważono dalej, współczesne szpitale mimo dokonującej się w nich dużej liczby zgonów nie są odpowiednim miejscem do umierania, zostały zorganizowane do innych potrzeb – leczenia. Wyrazem nieprzygotowania jest brak posiadania wiedzy i praktycznych umiejętności personelu w komunikowaniu się z umierającym, jego rodziną, a także nieprzygotowanie organizacyjne. Jako model alternatywny dla szpitala autorka stawia hospicjum i opiekę paliatywną.

W ostatniej części zatytułowanej „Zdrowie, choroba i medycyna w kontekście przemian systemowych” C. Włodarczyk poddaje ocenie przeprowadzenie reformy opieki zdrowotnej, zwracając uwagę na zmianę systemu medycznego i wynikające z tego konsekwencje natury administracyjnej dotyczące placówek leczniczych, wprowadzenie praw pacjenta, oraz nowe definiowanie funkcji systemu medycznego. Autor ocenia także charakter społecznej percepcji reformy, warunkowany niestety zbyt małym udziałem społeczeństwa w decyzjach na temat zasadniczych zmian w sektorze zdrowotnym.

O kształtowaniu się zachowań zdrowotnych w warunkach występującej deprywacji materialnej społeczeństwa polskiego traktuje rozdział autorstwa M. Wszędźrównego. Ważnym czynnikiem wpływającym na standard życia jest zdrowie (lub jego brak). Rozpatrując biedę w kategoriach społecznych, do jej przyczyn ale i konsekwencji zaliczony został zły stan zdrowia. Bieda zwiększa ryzyko choroby. Można nawet mówić o istnieniu sprzężenia zwrotnego pomiędzy tymi zjawie-

skami. Wszędźrówny zauważa, że można wyodrębnić styl życia charakterystyczny dla środowisk ubóstwa ukształtowany przez deprywację kulturową, finansową, intelektualną. Niezawinięte często przez jednostkę jej położenie społeczne pozbawia ją przynależnego jej prawa do bycia zdrowym. Autor podkreśla, że promowanie zdrowego stylu życia powinno przekraczać granice wyznaczone przez nierówności społeczne przyczyniając się do zwiększenia szans na zdrowie tych, którym obiektywne przyczyny społeczno-ekonomiczne praktycznie to uniemożliwiają.

W ciągu ostatnich dwu dekad korzystanie z usług leczniczych terapeutów nieprofesjonalnych stało się ugruntowanym już sposobem realizowania potrzeb zdrowotnych. Badania socjologiczne nadają cechę uniwersalności temu zjawisku występującemu zarówno w krajach rozwiniętych gospodarczo, jak i rozwijających się. Jak zauważa W. Piątkowski zjawisko to ma społeczne przyczyny i konsekwencje, będąc wpisane w kontekst przekształcającego i rozwijającego się społeczeństwa pluralistycznego. Opis i interpretacja zjawisk socjologicznych otaczających leczenie niemedyczne są ważne nie tylko jako wiedza o funkcjonowaniu społeczeństwa, ale też kluczowe dla medycyny, która już nie jest jedynym świadczeniodawcą usług zdrowotnych. W. Piątkowski prezentację kontekstu i społecznych przyczyn korzystania z usług leczenia niemedycznego poprzedza refleksją, że w badaniach naukowych nad tym fenomenem przeszkodą jest brak ostatecznego ujednoczenia nazewnictwa. Według autora przyczyny powodujące przenoszenie się zaspokajania potrzeb zdrowotnych z obszaru medycyny akademickiej na teren leczenia niemedycznego, mają dwójaki charakter, są to czynniki społeczno-kulturowe oraz związane z przemianami samego systemu medycznego.

MGR ANNA BRYŚIEWICZ

PRZEZ BURZE POD WIATR SZKOLNICTWO I OŚWIATA POLSKA W CZASIE DRUGIEJ WOJNY ŚWIATOWEJ

Układ, opracowanie
i redakcja naukowa
Teresa Zaniewska

WYD. TRANS HUMANA
BIAŁYSTOK, 2001

Przedstawione wydawnictwo pt. „Przez burze pod wiatr” pod redakcją prof. Teresy Zaniewskiej z Uniwersytetu Białostockiego jest zbiorem referatów wygłoszonych podczas konferencji nt. „Szkolnictwa Polskiego i Oświaty na Zachodzie w czasie drugiej wojny światowej”. Konferencja odbyła się we wrześniu 2000 roku w Ciechanowcu. Książka została wydana przez TRANS HUMANE w Białymstoku, w 2001 roku.

W książce w 23 referatach zawarte są relacje wielu autorów, również świadków tych zdarzeń, dotyczące: opieki nad dziećmi polskimi, szczególnie nad tymi, które wyszły z wojskiem z ZSRR, szkolnictwa średniego i wyższego, działalności oświatowej; przedstawione są także sylwetki znaczących Polaków dla zachowania naszej kultury. Dla medyków najciekawsze są teksty omawiające szkolenie lekarzy w tym tak trudnym okresie.

W Szwajcarii internowani polscy żołnierze byli umieszczani w obozach. W Winterthur powstał obóz uniwersytecki, w którym było dziewięć wydziałów, w tym Wydział Medyczny. W szkoleniu brali udział naukowcy polscy

i szwajcarscy. Dyplomy były wydawane przez Wydział Lekarski Uniwersytetu w Zurichu. W latach 1940/41 podjęło studia 27 żołnierzy, a do 1945 studiowało 57, dyplomy doktora medycyny otrzymało 14. Opłaty akademickie były pokrywane w Szwajcarii przez Sekretariat Generalny Europejskiego Funduszu Pomocy Studentom oraz Fundację Kościuszkowską. Do 1945 roku stypendia wypłacał również Rząd Emigracyjny, a następnie Rząd PRL.

W Libanie znalazło się wielu Polaków, którzy uratowali się uchodząc wraz z wojskiem generała Andersa z ZSRR. Rząd libański zezwolił na studia medyczne w Bejrucie w Uniwersytecie Świętego Józefa (założonym w 1840 roku przez polskiego jezuitę Maksymiliana Ryllę), jak również na Uniwersytecie Protestantckim - amerykańskim. Po zdaniu egzaminów końcowych, absolwenci otrzymywali tylko zaświadczenia ukończenia studiów, które jednak nie upoważniały do podjęcia praktyki lekarskiej. W latach 1941-1951 studiowało 128 osób, a ukończyło 78 żołnierzy. Studia w Libanie Rząd Emigracyjny finansował tylko do 1945 roku, a następnie International Refuges Organisation (IRO).

W 1945 roku gen. Władysław Anders umożliwił żołnierzom II Korpusu studia we Włoszech. Przyczyniła się do tego również w dużym stopniu Karolina Lanckorońska. Studia medyczne rozpoczęło w Bolonii 227 żołnierzy przy dużej życzliwości i pomocy tamtejszej ludności. W 1946 roku II Korpus został ewakuowany z Włoch, a studenci rozproszyli się po całym świecie kończąc medycynę w Hiszpanii, Irlandii, Kanadzie i USA. Po 1946 roku, tylko dwudziestoosobowa grupa ukończyła medycynę w Bolonii, dzięki fundacji lekarzy polskich praktykujących w Wielkiej Brytanii.

Prof. Edward Rużyłło pisze nt. powstania i działalności Polskiego Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie w Edynburgu. Żołnierze Armii Polskiej pojawili się w 1940 roku w Szkocji, wśród nich było wielu lekarzy i studentów medycyny. Inicjatorem powstania Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu był profesor genetyki

Francis Albert Eley Crew – komendant szpitala w Zamku Królewskim. Projekt ten uzyskał poparcie władz uniwersyteckich i Rządu Polskiego w Londynie. W dniu 24 lutego 1941 roku został powołany Polski Wydział Lekarski. Pierwszym dziekanem został prof. Antoni Jurasz – chirurg z Poznania. Nauczycielami akademickimi zostali profesorowie, docenci i doktorzy pracujący przed wojną na uniwersytetach w Polsce, a obecnie służący w wojsku; wobec braków kadrowych siedmiu profesorów szkockich objęło wakuujące stanowiska. Dzięki prof. A. Juraszowi utworzono również polski szpital im. I. Paderewskiego, w którym szkolili się lekarze, studenci oraz byli leczeni polscy obywatele. W tym szpitalu prof. Antoni Jurasz zorganizował również tzw. Studium Medicum dla młodzieży (ok. 200 osób) przybyłej z obozów jenieckich oraz po upadku Powstania Warszawskiego.

Prof. E. Rużyłło podaje ciekawe zestawienie dróg, którymi przybyli studenci z Polski do Szkocji – najliczniejszą grupę stanowili uchodźcy zdążający przez Rumunię do Francji, następnie uciekinierzy z ZSRR podążający na zachód Europy przez Persję i Afrykę. W latach 1941-49 studiowało w Edynburgu 341 osób, a 227 otrzymało dyplomy lekarza (dyplomy były wystawione w języku polskim i angielskim). W roku 1945 rząd Wielkiej Brytanii uznał rząd PRL, a więc Wydział Lekarski przestał być instytucją Państwa Polskiego. Próby przeniesienia do kraju nie powiodły się. Pozostałych 33 studentów polskich umieszczono w uczelniach brytyjskich.

Prof. E. Rużyłło pisze, „*Ośmioletnia współpraca i przychylność władz oraz ludności Szkocji pozostanie w pamięci historycznej jako dowód, że nauka i nauczanie zbliża ludzi do siebie, nawet w trudnych warunkach egzystencji jednostki*”.

Zachęcam do przeczytania całego dzieła, będącego kopalnią wiedzy i naszej historii, którą każdy powinien znać.

PROF. DR HAB. BIRUTA FAFROWICZ

Apeluję o rozsądek!

Niedawno widziałem, jak pewien badacz w dokumentach awansowych jako charakterystykę swej działalności podawał sumę wartości impact factor czasopism, w których publikował swe prace.

Posługiwanie się wartością impact factor czasopisma zamiast wpływem danego artykułu sprowadza się do oceny prestiżu czasopism. Choć praktyczne, jest to niebezpieczne. Impact factor nie powinien być używany jako substytut, poza sytuacjami wyjątkowymi.

Eugene Garfield (1996)

Tę niedawną opinię człowieka, który przecież wymyślił impact factor, zacytowałem jako wprowadzenie do kolejnego mojego głosu w dyskusji, jaka od pewnego czasu toczy się na łamach „Forum Akademickiego”, nad przydatnością tego wskaźnika do oceny jakości pracy badawczej. Krytyczne uwagi, jakie wypowiedziałem w artykule „Ostrożnie z tym współczynnikiem” („Forum Akademickie” nr 7-8/1998), nie przekonały zwolenników posługiwania się tym parametrem. O ile wiem, w nie-

których dziedzinach, głównie biomedycznych, jest to główny wskaźnik oceny. A w niektórych instytutach próbuje się nawet szeregować badaczy według wartości impact factor czasopism, w których są publikowane ich prace (przy czym nie jest brana pod uwagę liczba cytowań tych prac, czyli ich odzew w środowisku naukowym). Niedawno widziałem, jak pewien badacz w swych dokumentach awansowych jako charakterystykę swej działalności podawał sumę wartości impact factor czasopism, w których publikował swe prace.

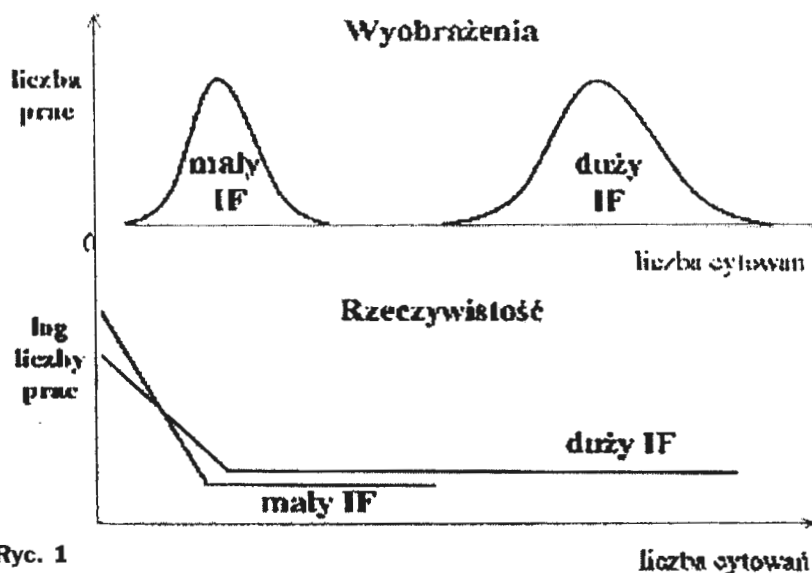
Zapewne żaden z naszych uczonych posługujących się tym wskaźnikiem (dla skrótu będę go oznaczał literami IF) nie prowadził nad nim studiów. Ja natomiast przeprowadziłem niedawno szczegółową analizę, korzystając z danych w bazie NCR 1999. Niektóre wyniki tych badań przedstawiłem w listopadzie ub. r. na konferencji nauko-

SKOŚNY ROZKŁAD

Przypomnę, że wartość IF czasopisma za rok T jest zdefiniowana jako iloraz $IF = N_c/N_p$, gdzie N_c jest liczbą cytowań (w roku T) prac opublikowanych w tym czasopiśmie w latach (T-1) oraz (T-2), natomiast N_p oznacza liczbę prac opublikowanych w tym czasopiśmie w latach (T-1) i (T-2).

Na przykład, IF danego czasopisma za rok 2001 obliczamy sumując wszystkie znalezione w roku 2001 w czasopiśmie całego świata cytowania artykułów ogłoszonych w badanym czasopiśmie w latach 2000 i 1999, i dzieląc tę sumę przez liczbę artykułów, które nasze czasopismo zamieściło w tych dwóch latach.

Już dawno temu zwrócono uwagę na to, że ta definicja jest ułomna, ponieważ, po pierwsze, N_c zawiera cytowania artykułów oraz listów do redakcji, podczas gdy N_p zawiera tylko artykuły. Z tego powodu czasopisma posiadające dział listów do redakcji mają IF bardzo zawyżony w porównaniu z innymi. Po drugie, wartości IF czasopism wykazują ogromne różnice między dziedzinami, a nawet specjalnościami w danej dziedzinie, choćby ze względu na bardzo różną średnią liczbę cytowań jednej pracy oraz różny „obrót” (turnover) informacji w różnych dziedzinach.



Ryc. 1

Wydaje mi się, że wiara w stosowność IF jako wskaźnika jakości dokonana badaczy bierze się z nieuzasadnionego przekonania, iż rozkład liczby cytowań w danym czasopiśmie jest bardzo wąski i jednoznacznie związany z wartością IF. Gdyby tak istotnie było, to parametr IF byłby idealnym narzędziem bibliometrycznym, ponieważ znając wartość IF czasopisma można byłoby automatycznie wiedzieć, jaki oddźwięk w środowisku naukowym wywołał artykuł zamieszczony w tym czasopiśmie.

W rzeczywistości jednak rozkład liczby cytowań jest inny: niezależnie od wartości IF rozkład liczby cytowań artykułów w każdym czasopiśmie jest bardzo „skośny”, to znaczy ma maksimum przy wartości zero, a następnie bardzo szybko spada. Z moich badań wynika, że ten spadek można doskonale opisać funkcją wykładniczą. Jak wiadomo, jeżeli zastosujemy skalę logarytmiczną, to funkcja wykładnicza przedstawia się jak linia prosta (wykres 1). Okazuje się ponadto, że wśród prac publikowanych w każdym czasopiśmie, a więc znów niezależnie od wartości IF, znajdujemy jeszcze pewien „ogon” – liczbę publikacji cytowanych znacznie częściej niż to wynika z wykładniczego rozkładu.

Wymienione cechy charakterystyczne rozkładu liczby cytowań można, jak

sądzę, interpretować następująco. Nieliczne prace stanowiące „ogon” rozkładu to te, które w znacznym stopniu przyczyniają się do rozwoju nauki, natomiast wykładniczo spadające „tło” tworzą prace, które do postępu dają wkład stosunkowo niewielki. Oczywiście, stwierdzenie to ma tylko znaczenie statystyczne, ale chyba każdy się zgodzi, że praca cytowana 50 czy 200 razy wywarła większy wpływ niż praca cytowana zaledwie parę razy lub nie cytowana w ogóle. Upieram się, że tak jest, nawet jeśli pamiętać, że czasem prace błędne też bywają cytowane wiele razy, właśnie dlatego, że korygowanie ich wyników mobilizuje wielu badaczy (tak było niedawno w znanym przypadku rzekomej „zimnej fuzji”). Trzeba też pamiętać o tym, że ze względu na znaczne różnice cytowań w różnych dziedzinach pojęcia „mało” czy „dużo” cytowań muszą być w różnych dziedzinach różne.

DWIE LOTERIE

Moje badania, które dotyczyły tylko fizyki, przeprowadziłem korzystając z bazy NCR Poland, obejmującej lata 1981-99. Zbadałem cytowania prac polskich autorów w 20 czasopismach fizycznych o różnych wartościach IF (1994). Analizowałem tylko rozkład liczby cytowań prac opublikowanych w la-

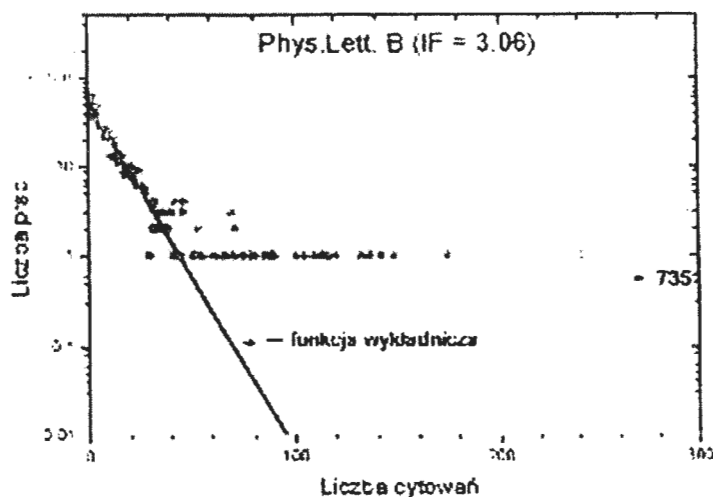
tach 1981-96, a więc mających co najmniej trzy lata (1997-99) na zebranie cytowań. Na wykresie 2 przedstawiam przykładowy wynik, dla „Physics Letters B”, które w fizyce należy do najbardziej prestiżowych czasopism.

Już dawniej był znany fakt, że nawet w czasopismach o stosunkowo dużym IF znaczący procent publikowanych artykułów nie zostaje nigdy cytowany. Nowość wynikająca z mojej analizy, to stwierdzenie, że rozkład liczby cytowań daje się doskonale opisać – z wyjątkiem „ogona” – przez funkcję wykładniczą.

Wartości IF czasopism z nauk biomedycznych są znacznie wyższe niż w fizyce, ale „skośność” rozkładu cytowań jest bardzo podobna. Niedawno francuski badacz M. T. Mannoury stwierdził, że na przykład w bardzo znanym czasopiśmie „Cell”, którego IF w roku 1994 wyniósł aż 39,2, bez cytowania pozostaje 9 proc. artykułów, a aż 16 proc. prac publikowanych w „Proc. Natl. Acad. Sci. USA” (IF = 10,2) też ma zero cytowań.

Oczywiście, istnieje pewna korelacja między wartością IF, a średnią liczbą cytowań prac publikowanych w danym czasopiśmie. W czasopismach z większą wartością IF jest mniej prac w ogóle nie cytowanych lub cytowanych niewiele razy, natomiast więcej jest prac z „ogona”. Ale jest to tylko korelacja statystyczna, a nie ścisła zależność. Na przykład, współczynnik korelacji między wartością IF i maksymalną liczbą cytowań jednej pracy w danym czasopiśmie wynosi zaledwie 0,57.

W świetle moich wyników i tego, co inni zbadali już wcześniej w naukach biomedycznych (np. Per Seglen w 1997 r.), wydaje się zdecydowanie nierozsądne, żeby nie powiedzieć: pozbawione sensu, ocenianie badaczy tylko na podstawie wartości IF czasopism, w których publikują swe prace. Wiem, że dochodzi do sytuacji, moim zdaniem, patologicznych, kiedy sam fakt przyjęcia do druku pracy w czasopiśmie o dużym IF jest nagradzany przez dyrekcję instytutu premią większą niż za przyjęcie artykułu do czasopisma o mniejszym IF. Taka ocena a priori, bez czekania na wynik oceny przez



Ryc. 2

środowisko naukowe, nasuwa mi na myśl następującą analogię. Wyobraźmy sobie dwie loterie pieniężne, jedną, w której wygrywa 40 proc. losów, a najwyższą nagrodą jest pół miliona, oraz drugą, gdzie losów wygranych jest 60 proc., a milionowych nagród cztery. Sam fakt nabycia biletu tej drugiej loterii nie gwarantuje przecież tego, że nabywca będzie miał na pewno większą wygraną niż posiadacz losu tej pierwszej. Tymczasem, według zwolenników posługiwania się wartością IF, zdobywca głównej nagrody w pierwszej loterii byłby ceniony mniej od człowieka, który nabył los na drugiej loterie, ale nic nie wygrał. Zapewniam, że nie jest to żart, ponieważ wielokrotnie próbowano mnie przekonywać, że liczy się tylko IF czasopisma, a nie liczba cytowań.

Oczywiście, ze względu na wspomniane znaczne różnice cytowań w różnych dziedzinach, wartości IF czasopism w tych dziedzinach są także bardzo różne. To jest fakt w zasadzie na tyle dobrze znany, że nie podejmuję się prób klasyfikowania badaczy z różnych dziedzin na podstawie wartości IF. Ale trzeba pamiętać, że nawet w obrębie tej samej dziedziny poszczególne dyscypliny różnią się znacząco pod względem średniej liczby cytowań jednej publikacji oraz obrotu (turnover) informacji. Ma to wpływ na IF czasopism charakterystycznych dla tych dys-

cyplin. Tak więc niewielki sens ma porównywanie, na podstawie wartości IF, laryngologów z onkologami, albo chemików analityków z inżynierami chemikami.

WYJŚĆ Z TŁA

Jakie wnioski można wyciągnąć z przedstawionej tu analizy?

Po pierwsze, wobec znaczącego procentu, jaki we wszystkich czasopismach stanowi „tło” prac mało lub wcale nie cytowanych, a więc zapewne niewiele wnoszących do nauki, sam fakt opublikowania pracy w czasopiśmie o dużej wartości IF nie powinien stanowić podstawy do wyróżniania jej autora. Po drugie, w zasadzie o jakości dorobku badacza powinno się sądzić tylko na podstawie tych jego prac, których liczba cytowań znacząco przekracza wykładnicze „tło”. Granica ta musi być zależna od dziedziny.

A więc, na przykład, w jednej z klasyfikacji stosowanych w fizyce (baza uniwersytetu Stanford, USA) przyjmuje się, że prace cytowane poniżej 10 razy są „mało znane” (czytaj: niewiele wnoszące do nauki), natomiast za „sławne” uznaje się prace o liczbie cytowań przekraczającej 100. Przypomnę, że średnia liczba cytowań jednej pracy w fizyce wynosi 9,5.

Odpowiednie granice liczby cytowań można by ustalić w poszczegól-

nych dziedzinach. W biologii molekularnej, gdzie jedna praca uzyskuje przeciętnie ponad 31 cytowań, praca cytowana tylko 20 razy zapewne może być zaliczona do „tła”, ale taka sama liczba cytowań pracy z matematyki byłaby już znaczna, bo średnia w tej dziedzinie to tylko 5 cytowań na pracę. Inną metodą mogłoby być zliczanie tylko prac, których liczba cytowań jest jakąś uzgodnioną wielokrotnością średniej w danej dziedzinie.

Przestańmy zatem pytać tylko o wartości IF czasopism, w których ktoś publikuje swe prace. Przestańmy pytać o całkowitą liczbę cytowań prac danego badacza. Zamiast tego należy podawać wyłącznie liczbę jego prac „wybitnych”, które były cytowane więcej razy niż wynosi umowna granica w danej dziedzinie czy specjalności.

Na zakończenie jeszcze jedna uwaga. Podstawowa zasada bibliometrii mówi, że im większa jest próbka, tym bardziej wiarygodne są wyniki z jej analizy. O ile więc stosunkowo bezpieczne jest wyciąganie wniosków na temat rankingu poszczególnych państw (baza NSI) czy instytucji (baza NCR), o tyle próby porównywania poszczególnych badaczy na podstawie jakichkolwiek wskaźników bibliometrycznych muszą być dokonywane rzetelnie i wyjątkowo ostrożnie, łatwo bowiem można wyrządzić komuś niezasłużoną krzywdę.

Sam twórca wskaźnika IF Eugene Garfield jest przerażony tym, że jego pomysł, wskutek nieodpowiedzialnych działań niektórych ludzi, zaczął żyć własnym, niekontrolowanym życiem. Właśnie dlatego napisał on w „British Medical Journal” (1996) opinię, którą zacytowałem na początku tego artykułu. Myślę, że warto posłuchać rady Garfielda i zaprzestać wreszcie oceniania badaczy na podstawie przypinanych im etykietek z wartościami IF.

ANDRZEJ KAJETAN WRÓBLEWSKI

FORUM AKADEMICKIE 3/2002

Prof. dr hab. Andrzej Kajetan Wróblewski jest pracownikiem Instytutu Fizyki Doświadczalnej im. Stefana Piętkowskiego na Wydziale Fizyki Uniwersytetu Warszawskiego.

Uśmiech esKulApa

W pociągu jest wielki tłok. Nagle rozlega się wołanie.

- Lekarza! Czy jest tutaj jakiś lekarz?

Z końca wagonu przez tłok przeciska się lekarz i po dotarciu na miejsce słyszy pytanie:

- Choroba gardła na sześć liter?

Lekarz mówi do pacjenta:

- Proszę zażywać te pastylki, po jednej po każdym posiłku.

- Ale panie doktorze, ja już od trzech dni nie miałem nic w ustach.

- Świetnie, w takim razie pastylki starczą panu na dłużej!

Psychiatra mówi do pacjenta:

- Mam dla pana dwie wiadomości: dobrą i złą. Ta zła to, że ma pan Alzheimera.

- A ta dobra?

- Zapomni pan o tym, zanim pan wróci do domu.

Lekarz przegląda wyniki badań pacjentki. Kiwa głową i mówi:

- Oj, nie podoba mi się pani...

- Doktor też niezbyt przystojny - mówi zde gustowana pacjentka.

Do szpitalnej sali, w której leżą pacjenci ze sztucznymi płucami wchodzi elektryk i oznajmia:

- No, panowie. Oddychajcie teraz głęboko, bo na godzinę wyłączam prąd!

Czy ta kuracja czosnkowa, którą panu zleciłem pomogła?

- pyta lekarz pacjenta.

- O tak! Straciłem przeszło dwadzieścia kilogramów wagi i wszystkich przyjaciół.

Kobiecie chorej na astmę lekarz zaleca:

- Niech pani codziennie rano pije jedno surowe jajko.

- Nie może mi pan przepisać innej kuracji?

Ja nie znoszę jajek...

- A kto każe pani je znosić?

- Nie rozumiem, dlaczego mam przepisać panu środki nasenne skoro pół nocy przesiaduje pan w barze...

- To nie mnie, to dla żony...

- Ile ma pan lat? - pyta przed operacją chirurg pacjenta.

- Jutro kończę czterdzieści!

- Oj. Nie wiadomo, nie wiadomo...

- Panie doktorze, jaką gimnastykę należy stosować przy otyłości?

- Przede wszystkim musi pan wcześniej wstawać.

- Z łózka?

- Nie, od stołu...



Ze skarbczyka przysłów, aforyzmów i sentencji

Nic tak szybko nie zżera człowieka jak nuda.

PLATON

Zebranie to najbardziej pracowity sposób tracenia czasu.

JANINA IPOHORSKA

Mniej erudycji, więcej myśli.

STANISŁAW CHAŁUBIŃSKI

Szczęście trzeba rwać jak świeże wiśnie.

WALERY JASTRZĘBIEC

Praca jest balsamem życia, praca jest źródłem cnót.

JOHANN HERDER

Usta uczonego chwającego kolegę to kielich z żółcią zaprawiony miodem.

VICTOR HUGO

Jeśli wrogowie cię chwalą, musiałeś popełnić błąd.

AUGUST BEBEL

Największy jest ból, gdy rany zadają najbliżsi.

EZOP

KWARTALNIK
Alma Mater

Adres redakcji: Rektorat AM, 20-095 Lublin, Al. Racławickie 1, pok. nr 132, tel. +48 81/ 532 59 49

Redagują: Dr n. med. Włodzimierz Matysiak oraz współpracownicy

Skład/tamanie: APS, tel. 0601/ 360 600 Druk: LIBER, tel. 081/ 442 54 44

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, możliwość skracania i adiacji tekstów, zmiany ich tytułów oraz doboru ilustracji.

Kilka chwil z życia Patrona, Prof. Feliksa Skubiszewskiego, zatrzymanych w kadrze



Fotografie pochodzą z albumu rodzinnego
dr Hanny Lackowskiej



Ilustracja fotograficzne oraz zdjęcia dokumentujące życie Uczelni wykonaj Stanisław Sadowski