

Alma Mater



AKADEMIA MEDYCZNA IM. PROFESORA FELIKSA SKUBISZEWSKIEGO W LUBLINIE

NR 3/48

ROK XIII

ISSN 1230-0497

LIPIEC-WRZESIEŃ 2003



**Niemożliwe
stało się
możliwe**

**Dwa i pół roku trwała budowa
Collegium Universum**

► Nowe pomieszczenia, doskonałe warunki pracy

Wreszcie jesteście na swoim





LIPIEC-WRZESIEŃ 2003

W numerze...

Krajowy zjazd naukowy
Lekarze medycyny rodzinnej
obradowali w naszym mieście 24
PROF. DR. HAB. JERZY ŁOPATYŃSKI
DR. N. MED. GRAŻYNA MARDAROWICZ
MGR TERESA NICER
LEK. MED. AGATA MATEJ

Międzynarodowy kongres naukowy
Kongres Międzynarodowej Federacji
Diabetologicznej 28
PROF. DR. HAB. JERZY ŁOPATYŃSKI
DR. N. MED. GRAŻYNA MARDAROWICZ
DR. N. MED. EWA SZYPROWSKA
LEK. MED. AGATA MATEJ
LEK. MED. DOROTA DROZD

Międzynarodowa konferencja naukowa
Model zdrowego stylu życia
jako zadanie interdyscyplinarne 30
DR. N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA

Międzynarodowe sympozjum naukowe
Wczesne wykrywanie jaskry 32
DR. N. MED. TOMASZ ŻARNOWSKI



Szkice jubileuszowe
Zjazd „Klamutówek”
str. 70-89



Dziesięciolecie Fundacji
im. Prof. T. Krwawicza
str. 60



Obóz
społeczno-naukowy
Wola Uhruska '03
str. 154

Ogólnopolska konferencja naukowa

Pielęgniarka i położna
wobec edukacji zdrowotnej 34
DR N. PRZYR. NINA GOZDEK

Międzynarodowe warsztaty naukowe

Europejskie Warsztaty Pielęgniarstwa
w Kazimierzu Dolnym 37
PROF. DR. HAB. IRENA WRÓŃSKA
MGR. PIEL. MARTA CZEKIRDA
MGR. PIEL. WIESŁAW FIDECKI
MGR. PIEL. MARIUSZ WYSOKIŃSKI

Ogólnopolska konferencja naukowa

XX Konferencja Polskiego
Towarzystwa Anatomicznego 38
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK

Międzynarodowy kongres naukowy

Wokół problemów
radiologii stomatologicznej 40
DR N. MED. INGRID RÓŻYŁO-KALINOWSKA

Europejski kongres naukowy

Obradowali chirurdzy
szczękowo-twarzowi 44
PROF. DR. HAB. T. KATARZYNA RÓŻYŁO

Fundacja

10 lat Towarzystwa
Absolwentów i Przyjaciół
Akademii Medycznej
im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego
w Lublinie 48
PROF. DR. HAB. RYSZARD KOCJAN

Fundacja Rozwoju Lubelskiego
Wydziału Farmaceutycznego
im. mgr farm. Witolda Łobarzewskiego .. 58
Zjazd Rady Fundatorów 58
PROF. DR. HAB. RYSZARD KOCJAN

Dziesięciolecie Fundacji
im. Profesora Tadeusza Krwawicza 60
DR N. MED. EWA RAKOWSKA

Profesor Tadeusz Krwawicz 62
DR DOMICELA POMYKAŁSKA-WOŚKO

Patron Uczelni

Pamięci patrona Uczelni 64
PROF. DR. HAB. KRZYSZTOF SKUBISZEWSKI

Dyplomatorium

Pielęgniarka licencjat
absolwentem lubelskiej AM 66
DR N. MED. BARBARA ŚLUSARSKA
DR N. MED. DANUTA ZARZYCKA

Szkice jubileuszowe

Zjazd absolwentek
pierwszego rocznika (1969-1973)
Wydziału Pielęgniarskiego
AM w Lublinie 70
DR N. PRZYR. JOLANTA GÓRAJEK-JÓZWIK

Pozjazdowe reminiscencje 78
PROF. DR. HAB. MARIAN KAZIMIERZ KLAMUT

Batalia o wyższe studia
pielęgniarskie (cz. I) 80
PIEL. DANUTA BAJOREK

Magisterka 84
MGR. PIEL. ELŻBIETA SKRABA

Absolwentki Wydziału Pielęgniarskiego
AM w Lublinie
pionierskiego rocznika 1969-1973 88
DR N. PRZYR. MARIA SZCZYGIELSKA-MAJEWSKA

Nauka

Rola nauki w strategii rozwoju Polski ... 90
PROF. DR. HAB. JACEK ZIMNY

Reforma ochrony zdrowia

Restrukturyzacja ochrony zdrowia
Spółki prawa handlowego
i plan zdrowotny 94
DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA

Szkolenie podyplomowe

Nowoczesne miary zdrowia
populacji ludzkiej 98
DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA
PROF. DR. HAB. MAŁGORZATA POLZ-DACEWICZ
PROF. DR. HAB. LEON JABŁOŃSKI

Epidemiologia żywności i żywienia
(cz. II) 104
PROF. DR. HAB. LEON JABŁOŃSKI
DR N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA

„Nowe” patogeny
Gronkowce koagulazo-ujemne 110
MGR. ANALIT. MED. MAREK JUDA

Szkolenie podyplomowe

Morbus Bleuleri
choroba duszy i ciała 116

DR HAB. BARTOSZ ŁOZA
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK

Wykorzystanie wód geotermalnych
w lecznictwie 118

PROF. DR HAB. TOMASZ KARSKI
PROF. DR JANOS RIGO
DR HAB. GRZEGORZ KANDZIERSKI
DR N. MED. JACEK KARSKI
DR N. MED. JERZY OSTROWSKI
LEK. MED. JAROSŁAW KALAKUCKI
LEK. MED. KRZYSZTOF KALITA

Edukacja medyczna

Studenci w roli edukatorów zdrowia ... 124

MGR MAŁGORZATA OSTROWSKA-OGÓREK
DR N. MED. HANNA KACHANIUK
MGR INŻ. JANUSZ PALUS

Etyka

W obronie wartości życia
Etyka chrześcijańska wobec eutanazji .. 126

MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL

O sumieniu lekarza (cz. I) 132

DR N. HUM. LUCYNA PATYJEWICZ

Psychologia

Wiktoria
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK

Pejzaż polski

Medice, cura te ipsum 140

PROF. DR HAB. BIRUTA PĄFROWICZ

Hyde park

Listy polecane 142

PROF. DR HAB. MARIAN KAZIMIERZ KLAMUT

Felieton aktualny

Narkotyki w szkole 144

DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Wspomnienia

Czudaczka (cz. V) 146

DR MED. SERAFINA SAWICKA
DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Łamy absolwentów

Osiemdziesiąte spotkanie
Klubu Absolwenta'54 152

DR DOMICELA POMYKAŁSKA-WOŚKO

Obóz społeczno-naukowy

Wola Uhruska 2003 154

PROF. DR HAB. KRYSZYNA LUPA

Łamy studenckie

Medycyna wobec zagrożeń
cywilizacyjnych XXI wieku 158

PCHOR. PIOTR ŚWINIARSKI
PCHOR. MICHAŁ PATYK
PCHOR. MICHAŁ ORCZYKOWSKI
PCHOR. BERNARD RABANIUK

Erasmus w Portugalii 160

MAREK JUDA

Studenci pielęgniarstwa
studiów licencjackich w Norwegii 164

IWONA MOGIELNICKA
BERNARD DUTKOWSKI

Jedziemy do Kazimierza! 168

SYLWIA ORŁOWSKA

Trzy miesiące w Portugalii
Program Sokrates-Erasmus 170

MAGDALENA KWIATOSZ

Hiszpania, kraj flamenco,
korridy, barów tapas 172

AGNIESZKA CZESZYK

Sport akademicki

Wakacje na sportowo 174

MAŁGORZATA ZAJDEL

AZS integruje się 177

ANNA SAJNA
JAROSŁAW PAŚNICZEK

Na półkach księgarskich

Zdrowy styl życia psychicznego 178

Domowe sposoby na lepszą pamięć 180

Co piszą inni?

Bibliometryczne nieporozumienia 181



REKTOR I SENAT
AKADEMII MEDYCZNEJ
IM. PROF. FELIKSA SKUBISZEWSKIEGO
W LUBLINIE

mają zaszczyt
zaprosić na

UROCZYSTĄ INAUGURACJĘ ROKU AKADEMICKIEGO 2003/2004

która odbędzie się
3 października 2003 roku o godz. 10:30
w Auditorium Maximum Collegium Novum
Akademii Medycznej w Lublinie
Al. Racławickie 1

PROGRAM UROCZYSTOŚCI

▶ HYMN PAŃSTWOWY

▶ Przemówienie inauguracyjne
JM Rektora
Prof. dr hab. dr h. c. Macieja
Latalskiego

▶ Sprawozdanie z działalności Uczelni
Prorektor do spraw Nauki
prof. dr hab. Kazimierz Główniak

▶ Immatrykulacja studentów

▶ GAUDE MATER POLONIA

▶ Wystąpienie przedstawiciela
studentów

▶ Wręczenie odznaczeń, medali
i wyróżnień

▶ Wykład inauguracyjny
pt. „Chemia kliniczna we
współczesnej medycynie”
Prof. dr hab. Janusza Solskiego

▶ GAUDEAMUS IGITUR

Inauguracyjna Msza Święta
odprawiona zostanie
3 października 2003 roku o godz. 9.00
w Kościele Garnizonowym w Lublinie
Al. Racławickie 20

Koncert Inauguracyjny
odbędzie się
3 października 2003 r. o godz. 15.00
w Hali Sportowej AM
ul. Chodźki 2

Część artystyczna
w wykonaniu
Zespołu Pieśni i Tańca
Akademii Medycznej
Dyrektor artystyczny
– Krystyna Maciąg
Kierownictwo muzyczne
– Ludwik Piłat

Oprawa muzyczna w wykonaniu
Chóru AM w Lublinie
pod dyrekcją Moniki Mielko

Oddanie do użytku gmachu Collegium Universum to wielki sukces menedżerski, organizacyjny, oraz inwestycyjny władz naszej Uczelni, będący efektem osobistego zaangażowania JM Rektora.

– Faktem była moja częsta obecność na placu budowy, ponieważ poświęcałem tej inwestycji wiele czasu i uwagi. Taka jest powinność rektora, który kieruje się dobrem Uczelni, a także poczuciem obowiązku i odpowiedzialności za jej losy.

– **Zapewne nie powiedział Pan jeszcze na temat uczelnianych inwestycji ostatniego słowa...**

– W najbliższym czasie – sądzę, że stanie się to już w przyszłym miesiącu – ruszy przy ul. dr. K. Jaczewskiego budowa kolejnego obiektu „Zakłady Teoretyczne II”. Znajdą w nim siedzibę jednostki organizacyjne Uczelni zlokalizowane w chwili obecnej w obiektach nie będących własnością Uczelni, jak również zakłady mające do tej pory nieodpowiednie warunki egzystencji. W nowym gmachu, usytuowanym pomiędzy Instytutem Medycyny Wsi oraz Kliniką Pneumonologii, przewidziana jest duża sala kongresowa na ok. 600 miejsc.

– **W jakiej fazie znajdują się przygotowania do rozpoczęcia tej budowy?**

– Dysponujemy już projektem wstępnym, który sfinansowało Towarzystwo Absolwentów i Przyjaciół AM oraz Fundacja Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. Witolda Łoborzewskiego, za co obu stowarzyszeniom po raz kolejny serdecznie dziękuję. Bardzo wysoko cenimy wartość i wymowę tego pięknego gestu absolwentów, którzy pamiętają o swej Almae Matris – jakie to budujące. Jest już w naszym posiadaniu dokumentacja techniczna inwestycji oraz

zgoda Wydziału Architektury UM na rozpoczęcie budowy. Rozstrzygnęliśmy także przetarg na głównego wykonawcę gmachu „Zakłady Teoretyczne II”. Problemem jest zieleń, niekoniecznie szlachetna, porastająca przyszły plac budowy: kilka topoli, jak również dziko rosnących drzew. Miasto za ich wycinkę zażądało kilkaset tysięcy złotych.

Jeśli nikt i nic nie pokrzyżuje śmiałych planów przewidując uroczyste otwarcie nowego obiektu za niespełna dwa lata. Myślę, że całkiem realne wydaje się zamierzenie, aby przyszloroczna centralna inauguracja roku akademickiego akademii medycznych odbywała się już w nowej sali kongresowej.

– Sytuacja w jakiej znajduje się Uczelnia pozwala z optymizmem spoglądać w przyszłość.

– To prawda, że ograniczyliśmy do minimum ogromnie kosztowne użytkowanie obecnej bazy lokalowej. Pomimo wielu przeciwności i znanych napięć w budżecie państwa wciąż jesteśmy jedną z nielicznych uczelni medycznych wolną od długów. Nie mam tu oczywiście na myśli długów na koncie szpitali klinicznych, lecz ściśle akademickie zobowiązania finansowe, wynikające z funkcjonowania szkoły wyższej.

– Trwają prace nad projektem „Prawa o szkolnictwie wyższym”. Jakie dostrzega Pan Rektor najistotniejsze, w porównaniu z dotychczasową Ustawą o szkolnictwie wyższym, zmiany w przygotowanym projekcie.

– Na czoło wybija się zrównanie statusu prawnego uczelni państwowych i niepaństwowych, publicznych i niepublicznych, przy wprowadzeniu nowej kategorii uczelni akademickich (posiadających prawo nadawania stopni naukowych) i nieakademickich (takiego prawa nie posiadających). Jeden z zapisów w projekcie



Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański
JM Rektor Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie

za podobne studia, co w znaczącym stopniu może uszczuplić budżet niejednej uczelni.

– Projekt przewiduje przedłużenie obecnej kadencji władz Uczelni.

– Faktycznie, istnieje taka propozycja, ale nie chciałbym w chwili obecnej szerzej wypowiadać się na ten temat, bowiem wszystko może jeszcze ulec zmianie. Pragnę zauważyć, że szkic kolejnej, roboczej wersji nowego „Prawa o szkolnictwie wyższym”, który jest na ukończeniu, wciąż nosi znamiona projektu. Sądzę, że do końca roku prace będą sfinalizowane. Jak powszechnie wiadomo, na końcu procedury legislacyjnej stoją zawsze posłowie i senatorowie, następnie pochyla się nad ustawą i bierze pióro do ręki prezydent RP.

– Co nowego czeka nas w nadchodzącym roku akademickim?

Warto zrozumieć i podjąć współczesne wyzwania

Z JM Rektorem prof. dr hab. Maciejem Latańskim rozmawia dr n. med. Włodzimierz Matysiak

„Prawa o szkolnictwie wyższym” dotyczy ograniczonego prawa nauczycieli akademickich do dodatkowego zatrudnienia. Ustawodawca przewiduje w tej kwestii zwiększenie kompetencji rektora, który będzie wyrażał zgodę na podjęcie dodatkowej pracy. Kolejnym *novum* jest odejście od mianowania pracowników naukowych, z wyjątkiem profesorów. Rektorzy uczelni medycznych postulują zwiększenie środków

na dydaktykę medyczną oraz zapewnienie dotacji na utrzymanie bazy diagnostyczno-terapeutycznej szpitali klinicznych. Ponadto, udało się wreszcie usankcjonować istnienie Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskiej, a także Konferencji tzw. środowiskowych, w tej grupie jest także KRUM. I wreszcie kwestia opłat za studia. Otóż projekt nie obejmuje tzw. studiów wieczorowych, a zatem nie uwzględnia opłat

– Jest tych nowości sporo. Ruzsa po raz pierwszy w Uczelni nowy kierunek studiów licencjackich – ratownictwo medyczne. Rozpoczynają się także dwuletnie studia magisterskie dla absolwentów kierunków licencjackich. Cieszy otrzymany w ostatnich dniach certyfikat akredytacyjny nadany Oddziałowi Stomatologicznemu przez Państwową Komisję Akredytacyjną. Systematycznie postępują prace

adaptacyjne w pomieszczeniach przygotowywanych z myślą o przyszłym Polsko-Ukraińskim Ośrodku Przeszczepiania Szpiku, który powstaje w jednym z budynków dawnego Instytutu Pediatrii przy ul. Staszica.

Zwiększyliśmy w tym roku liczbę studentów Oddziału Anglojęzycznego, którzy mają do wyboru wszystkie uczelnie świata oraz chętniej wybierają lubelską Akademię Medyczną, jako miejsce własnej edukacji. W chwili obecnej studiuje u nas 153 osoby ze Stanów Zjednoczonych i Kanady.

– Jaka przyszłość rysuje się przed szpitalami klinicznymi, czy zostaną przekształcone w spółki prawa handlowego, tzw. spółki użyteczności publicznej?

– Z wielką rezerwą odnoszę się do tego projektu, podobnie jak wszyscy rektorzy akademii medycznych, ponieważ diabeł zwykle tkwi w szczegółach, a tych na razie nie znamy. Złożyliśmy na ręce ministra zdrowia nasze, w tej kwestii, *voluntaratum*. Szpitale kliniczne w sposób niezwykle dotkliwy odczuwają brak środków dla właściwego funkcjonowania. Pełnią rolę organu założycielskiego dla tych zakładów rektorzy uczelni medycznych czują się współodpowiedzialni za ich los. To nas upoważnia do zabierania głosu w tej sprawie i wyrażania własnej opinii, nie zawsze zgodnej z opiniami niektórych kręgów decyzyjnych. Nie zgadzamy się bowiem z lansowanym w tych kręgach poglądem, że każda złotówka przeznaczona na służbę zdrowia jest złotówką zmarnowaną, a wszelkie zło tkwi w niewłaściwym zarządzaniu szpitalami klinicznymi. Mamy ich obecnie w kraju 43. Nie wiem, czy znajdzie się wśród nich taka lecznica akademicka, która rok 2003 zamknie dodatnim lub chociażby zerowym wynikiem finan-

sowym. Czy wobec tego wszyscy dyrektorzy tych szpitali i wszyscy nadzorujący ich rektorzy to ludzie niekompetentni, jacyś nieudacznicy? To raczej mało prawdopodobne, a zatem błąd tkwi w systemie.

– Jak doszło do zadłużenia szpitali, skąd biorą się coraz to większe ich zobowiązania finansowe?

– Źródło długów w tych szpitalach to głównie dwa elementy. Czynią je skutki tzw. „ustawy 203” i jej dalszych następstw oraz koszty świadczeń ponad kontraktowych. Wyплаты związane z „ustawą 203” nie były przewidywane w żadnych budżetach i nie było na nie dodatkowych środków, a muszą być uwzględniane po stronie wydatków szpitali z mocy obowiązującego prawa. I drugi generator długów – świadczenia ponad kontrakt. Pomijając zwykle i tak zaniżoną wycenę procedur szpitali kliniczne nie odsyłają pacjentów, bo nie mają już gdzie ich odesłać. Pozostaje zatem dylemat – nie przyjąć pacjenta, często z innego szpitala niższego szczebla, czy świadomie wpędzać własny szpital w dług? Pominąwszy fakt, że leczenie tego pacjenta jest zwykle droższe, ze względu na towarzyszące powikłania w jego stanie zdrowia, lekarz decyduje się na hospitalizację. Każde mu tak postąpić jego wiedza i obowiązek świadczenia pomocy bez względu na okoliczności. Poza tym aspektem jest jeszcze konkretny wymiar prawny odmowy przyjęcia, a mówiąc w pewnej przenośni – czekający na zewnątrz prokurator.

– Jakie doświadczenia czerpie Pan ze sprawowania funkcji przewodniczącego Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych?

– To na pewno wielki zaszczyt przewodzić korporacji rektorów, ale wynika z tej nominacji mnóstwo obowiązków. Aby im sprostać trzeba przynajmniej raz w tygodniu być w stolicy,

uczestniczyć w konsultacjach, naradach, posiedzeniach. Życie niesie dziś tyle nieoczekiwanych sytuacji, że coraz trudniej to wszystko ogarnąć. Bywają również miłe chwile, gdy pojawia się satysfakcja przy okazji pomyślnego rozwiązania jakiegoś problemu. Przyznam tu choćby batalię o utrzymanie statusu akademickiego szpitali klinicznych, kiedy próbowano je odłączyć od uczelni medycznych.

– W ciągu ostatnich lat stał się Pan zapewne bogatszy o nowe spostrzeżenia, refleksje. Jeśli mogę zapytać: co dla JM Rektora jest problemem osobistym numer jeden?

– Problem osobisty? Chyba sztuka panowania nad mnogością spraw i problemów, które trzeba rozwiązywać, i nad ich złożonością. Wprawdzie niewiele wysiłku poświęcam sprawom bieżącym oraz planowaniu przyszłości Uczelni, ale jest jeszcze wspomniany KRUM, badania naukowe, udział w różnych organizacjach krajowych i międzynarodowych. Moim problemem numer jeden jest więc wielość problemów, które przecież trzeba rozwiązać zgodnie z wymaganiami poprawności metodologicznej i zgodnie z dyrektywami przewidywanej efektywności proponowanych rozwiązań.

– W ubiegłym roku mówiło się o powołaniu kolejnych wydziałów w Uczelni. Czy sprawa jest nadal aktualna?

– Przed dwoma laty, rzeczony pomysł towarzyszył inicjatywie przekształcania akademii medycznych w uniwersytety. Według pewnych przepisów prawnych taki, nowo tworzony uniwersytet powinien mieć minimum sześć wydziałów. Problem istnieje, ale obecnie trudno mówić o sposobach jego rozwiązania. Rektorów oraz społeczności akademickie bardziej niż federacja z uniwersytetem interesuje dziś kondycja finansowa uczelni, co

przekłada się na jej sprawność edukacyjną oraz pozycję w kraju i za granicą.

– Nie umiając sobie poradzić z nurtującymi nas niepokojami lub problemami, zwykli ludzie szukają pomocy u naukowców. Pytamy ich: co pan myśli?, co pan sądzi?, jak pan ocenia?. Oczekujemy bowiem wniosków, rozwiązań i recept. Ciekaw jestem jakie pytania na przykład Pan sobie zadaje?

– Co wybrać? A raczej – co nieustannie wybierać. Jedną z najbardziej pasjonujących, a równocześnie zasmucających cech naszego ludzkiego istnienia, naszej ludzkiej egzystencji jest to, że nie możemy mieć wszystkiego, co chcielibyśmy i teoretycznie moglibyśmy posiadać. Oto banalna ilustracja: które z setek książek, zawierających przecież całe odrębne światy ludzkich doświadczeń, setki wątków autobiograficznych, włączyć i włączać w zakres własnego osobistego doświadczenia. Zresztą tworzyć – znaczy wybierać, więc wszyscy tworzymy w ten sposób własne życie jako swego rodzaju dzieło sztuki, bo świadomie czy nie – zawsze wybieramy.

– Na zakończenie naszej rozmowy, czego można życzyć społeczności uczelnianej z okazji zbliżającej się inauguracji nowego roku akademickiego?

– U progu nowego roku akademickiego życzy sobie wszyscy, abyśmy za rok mogli powiedzieć, że wiele naszych bolączek zostało rozwiązanych lub określono chociaż kierunki działań i podjęto właściwe kroki mające temu służyć. Myślę również, że mimo przeciwności losu warto posiadać umiejętność rozpoznawania znaków czasu, jakie przynosi nam współczesna epoka, a także podjąć nowe, miesione przez nią wyzwania.

– Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał:
WŁODZIMIERZ MATYSIAK

Niemożliwe stało się możliwe

W ciągu 2,5 roku Uczelnia otrzymała nowy gmach Collegium Universum

Po wielu latach zastoju inwestycyjnego w Uczelni, stanął na obszarze kampusu medyków przy ul. Chodźki, wzniesiony w ciągu niespełna 2,5 roku, okazały gmach Collegium Universum.

Wielka to i niezaprzeczalna zasługa JM Rektora prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego, który od pierwszych chwil kierowania Uczelnią rozpoczął kreślenie śmiałych planów inwestycyjnych. Zapowiedział, w głoszonym 5 maja 1999 roku exposé, pilną konieczność poprawy sytuacji lokalowej wielu jednostek organizacyjnych AM, zajmujących w okresie dziesięcioleci nie należące do Uczelni pomieszczenia. Stan ten powodował niemałe napięcia na linii Uczelnia – prawowici właściciele, którzy coraz natrzejwiej zaczęli domagać się zwrotu zajmowanych budynków. W tej sytuacji, nie bez znaczenia dla kondycji finansowej AM był także fakt corocznego ponoszenia wysokich opłat czynszowych.

Znane powszechnie trudności w konstruowaniu budżetu państwa nie nastrojały zbyt optymistycznie do rozpoczynania starań o środki inwestycyjne. Nie zrażony wieloma odmowami, JM Rektor zaangażował własny autorytet, aby otrzymać zgodę na finansowanie nowego budynku dla zakładów teoretycznych i przekonać stołeczne kręgi decyzyjne do celowości przyznania lubelskiej Akademii Medycznej funduszy na ten cel.

Z pomocą pośpieszyli JM Rektorowi Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół AM oraz Fundacja Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. Witolda Łobarzewskiego wyłożywszy w szlachentym geście niemało sponsorskiego grosza na sfinansowanie wstępnego projektu architektonicznego przyszłej inwestycji.

Po kilku miesiącach apeli, próśb, starań nadeszła decyzja o finansowaniu ze środków budżetowych budowy gmachu, który otrzymał roboczą nazwę „Zakłady Teoretyczne AM w Lublinie”. Wkrótce ogłoszono przetarg na wykonanie dokumentacji oraz główne wykonawstwo inwestycji.

6 stycznia 2001 roku ruszyła budowa prowadzona siłami i środkami lubelskiej Przemysłówki S. A. należącej do grupy POLIMEX CEKOP. Doskonałe tempo pracy, jak również jakość wykonania robót budowlanych kazały przypuszczać, że efekt finalny będzie zgodny z oczekiwaniami przyszłych użytkowników. Od pierwszych chwil JM Rektor raz w tygodniu, a nawet częściej odwiedzał plac budowy. Przysłuchiwał się wnikliwie wypowiedziom budowlanych, rozwiązywał mnóstwo bieżących problemów, spoglądał często na harmonogram robót. Ogromne zaangażowanie Magnificencji wielokrotnie budziło zdumienie wśród budowlanych i... profesorów. Ci ostatni przyjmowali z niedowierzaniem informację o częstych wizytach na budowie Rektora M. Latałskiego.



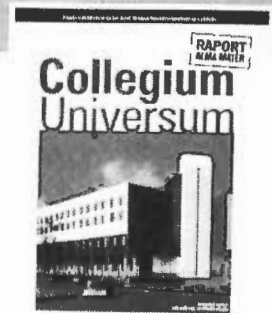
Zaledwie dwa i pół roku upłynęło od rozpoczęcia inwestycji do chwili jej ukończenia. Ulica dr. W. Chodźki zyskała nową oprawę architektoniczną, zaś społeczność akademicka Uczelni wspaniałe warunki do pracy.

Wizyta piszącego te słowa w Collegium Universum zakończyła się pytaniem: czy na pewno jest to budynek stanowiący własność macierzystej Uczelni? Wprawdzie przetarłem oczy, uszczypnąłem się w ramię, lecz nadal nie opuszczały mnie wątpliwości – sen czy to jawa, a może odbywam podróż w czasoprzestrzeni zwiedzając – dajmy na to – podobny budynek Uniwersytetu w Zurychu. Proszę mi wybaczyć ten osobisty ton wynurzeń okolicznościowych.

Budynek stoi tam gdzie powinien się znajdować, a więc w okolicach miasteczka medyków, opodal największego szpitala po wschodniej stronie Wisły, jest okazały, wspaniały, pachnie nowością i nowoczesnością, tak wewnątrz jak i na zewnątrz robi kolosalne wrażenie oraz wita nowych użytkowników.

Trzeba powiedzieć otwarcie i wprost – nie byłoby tego budynku, bez zaistnienia we władzach lubelskiej Akademii Medycznej JM Rektora prof. dr hab. Macieja Latałskiego, który z chwilą objęcia steru w Uczelni udowodnił, że niemożliwe staje się możliwe, gdy przedsięwzięciu towarzyszą kreatywność, zaangażowanie, zapał i poświęcenie autora pomysłu.

DR N. MED. WŁODZIMIERZ MATYSIAK



Więcej nt. Collegium Universum piszemy w raporcie „Alma Mater”, na stronach wkładki okolicznościowej

Uchwała nr XIX/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku
w sprawie uchwalenia „Regulaminu działania Senackiej Komisji Rozwoju i Oceny Kadry Naukowej”

Uchwała nr XX/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku
w sprawie uchwalenia „Regulaminu działania Senackiej Komisji ds. Lecznictwa”

Uchwała nr XXI/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku
w sprawie uchwalenia „Regulaminu działania Senackiej Komisji Współpracy Naukowej z Zagranicą”

Uchwała nr XXII/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku
w sprawie uchwalenia „Regulaminu działania Senackiej Komisji Wynalazczości”

Uchwała nr XXIII/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku
w sprawie uchwalenia „Regulaminu działania Senackiej Komisji Odznaczeń”

Uchwała nr XXIV/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku
w sprawie wyrażenia zgody na obciążenie części nieruchomości gruntowej u zbiegu ulic Chodźki i Hirszfelda, ograniczonym prawem rzeczowym na rzecz Lubelskich Zakładów Energetycznych LUBZEL S. A.

Uchwała nr XXV/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 listopada 2002 roku
w sprawie upoważnienia Kolegium Rektorskiego do wyboru oferty biura rachunkowego w celu badania sprawozdania finansowego Akademii Medycznej w Lublinie za rok 2002

Wysokie wyróżnienie Cerkwi Prawosławnej dla prof. L. Wdowiaka

W dniu 28 czerwca 2003 r., z okazji otwarcia Diecezjalnego Domu Pomocy Społecznej w Lublinie, Jego Eminencja Metropolita Prawosławny Warszawski i całej Polski Sawa w imieniu Św. Soboru Biskupów Św. Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego udekorował za pracę dla dobra Cerkwi prof. dr hab. Leszka Wdowiaka Orderem Św. Równnej Apostołów Marii Magdaleny II stopnia z ozdobami.



Dekoracja odbyła się w nowo oddanej Cerkwi Podwyższenia Krzyża Świętego w obecności Arcybiskupa Lubelskiego i Chełmskiego Abła, Wojewody Lubelskiego Andrzeja Kurowskiego i licznie zgromadzonych przed-

stawicieli władz wojewódzkich i miejskich Lublina. Równocześnie przypominamy, że prof. Leszek Wdowiak był już kawalerem Orderu Św. Równnej Apostołów Marii Magdaleny II stopnia.



Prof. L. Wdowiak konsultantem krajowym w dziedzinie zdrowia publicznego

Minister zdrowia Leszek Sikorski powołał z dniem 22 sierpnia br. prof. dr hab. Leszka Wdowiaka – kierownika Zakładu Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia AM im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie do pełnienia funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego.



Prof. dr hab. Leszek Wdowiak

Wyróżnienie prof. L. Wdowiaka to niewątpliwie również zaszczyt dla uczelni. Leszek Hieronim Wdowiak, lekarz medycyny, profesor zwyczajny Akademii Medycznej. Urodzony 30 września 1948 r. Absolwent LO im. J. Zamojskiego – 1966, AM – 1972. Lek. med., prof. zw. dr hab. n. med. – kierownik Zakładu Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia AM w Lublinie. Były dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie. Były przewodniczący Rady Lubelskiej Regionalnej Kasy Chorych, były członek Krajowego Związku Kas Chorych. Doktorat – 1977, habilitacja – 1985, tytuł prof. – 1994; od 1978 roku kierownik obecnego Zakładu Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Katedry Medycyny Rodzinnej AM. Autor lub współautor 189 prac naukowo-badawczych, opiekun 2 zakończonych

przewodów habilitacyjnych, promotor 25 ukończonych prac doktorskich, 173 prac magisterskich. Główne kierunki badawcze dotyczą: korzystania z usług medycznych, potrzeb i zachowań zdrowotnych, systemów ochrony zdrowia, orzekania o czasowej i stałej niezdolności do pracy, ubezpieczeń społecznych, zdolności do zatrudnienia, prewencji rentowej, zarządzanie marketingowego w opiece zdrowotnej. W latach 1979-82 pełnił funkcje specjalisty regionalnego dla woj. białsko-podlaskiego, chełmskiego, lubelskiego, radomskiego i zamojskiego. Następnie, w latach 1983-1997 był członkiem Krajowego Nadzoru Specjalistycznego w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia. Obecnie konsultant wojewódzki (lubelskie) w dziedzinie zdrowia publicznego. Doradca centralnych instytucji administracji państwowej, członek władz regionalnych i centralnych Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego (przez dwie kadencje Prezes Zarządu Głównego), członek European Society of Medical Sociology, SOFESTEK Francja, były redaktor naczelny „Problemów Medycyny Społecznej”. Członek Rady Naukowej „Zdrowia Publicznego”. Posiada liczne nagrody, ordery, odznaczenia naukowe, zawodowe i społeczne.

Uchwała nr XXVI/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 18 grudnia 2002 roku
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 Zaocznym

Uchwała nr XXVII/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 18 grudnia 2002 roku
w sprawie wyrażenia zgody na dofinansowanie inwestycji „Zakłady Teoretyczne Akademii Medycznej w Lublinie”

Uchwała nr XXVIII/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 18 grudnia 2002 roku
stanowisko Senatu Uczelni w sprawie przystąpienia Polski do Unii Europejskiej

Uchwała nr XXIX/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 18 grudnia 2002 roku
w sprawie zmiany w strukturze organizacyjnej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym nazwy Katedry i Kliniki Otolaryngologii na Katedrę i Klinikę Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej

Uchwała nr XXX/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 18 grudnia 2002 roku
w sprawie zatwierdzenia planu rzeczowo-finansowego Uczelni (proorzorium) na rok 2003

Uchwała nr XXXI/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 18 grudnia 2002 roku
w sprawie utworzenia od roku akademickiego 2003/2004 na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Zaocznym, po studiach licencjackich pielęgniarstwa, 2-letnich studiów magisterskich dziennych i zaocznym o kierunku pielęgniarstwo

Uchwała nr XXXII/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 18 grudnia 2002 roku
w sprawie utworzenia od roku akademickiego 2003/2004
na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu z Oddziałem
Zaocznym dziennych studiów licencjackich o kierunku
pielęgniarstwo ze specjalnością ratownictwo medyczne

Uchwała nr XXXIII/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 18 grudnia 2002 roku
w sprawie zmiany Statutu Akademii Medycznej w Lublinie

Uchwała nr XXXIV/2002
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 18 grudnia 2002 roku
w sprawie oceny działalności i zatwierdzenia rocznego
sprawozdania Rektora

Uchwała nr XXXV/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie nadania tytułu Doctora Honoris Causa
Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego
w Lublinie Profesorowi Nathanowi Woolfowi Levinowi

Uchwała nr XXXVI/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
opinia Senatu w przedmiocie prowadzenia przez
Akademię Medyczną w Lublinie wydzielonej działalności
gospodarczej w formie ogólnodostępnej Apteki Akademickiej

Uchwała nr XXXVII/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie powołania na stanowisko
Dyrektora Biblioteki Głównej

Uchwała nr XXXVIII/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie utworzenia Ośrodka Kształcenia Podyplomowego
i zmiany Statutu

Szkolenie podyplomowe

Neurosonologia

W dniu 26 maja 2003 r. w sali wykładowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 odbył się kurs szkoleniowy „Podstawy neurosonologii” poświęcony zagadnieniom związanym z badaniami ultrasonograficznymi przepływu mózgowego, zorganizowany przez Katedrę i Klinikę Neurologii Akademii Medycznej w Lublinie oraz Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Kierownikiem naukowym kursu i moderatorem był prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii w Lublinie. Gościem specjalnym był docent Ulf Schminke z zaopiecznionej Kliniki Neurologii Ernst-Arndt-Moritz Universität w Greifswaldzie, wykładowca DEGUM (Niemieckie Towarzystwo Neurosonologiczne), Associate Professor Kliniki Neurologii na Uniwersytecie w Winston-Salem, USA. Wygłosił on niezwykle ciekawe wykłady poświęcone

neurologicznemu spojrzeniu na badania dupleksowe tętnic szyjnych i kręgowych. Dr n. med. Joanna Wojczal z Kliniki Neurologii AM w Lublinie przedstawiła natomiast podstawy badania za pomocą przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej. Po części teoretycznej odbyły się ćwiczenia praktyczne. Kurs cieszył się olbrzymim zainteresowaniem lubelskich neurologów. Uczestniczyło w nim pięćdziesiąt osób z całego regionu lubelskiego.

DR N. MED. JOANNA WOJCZAL

Akredytacja dla SPSK nr 4

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny przy ul. Jaczewskiego, największa tego typu placówka w makroregionie środkowo-wschodnim otrzymał po raz kolejny trzyletnią akredytację.

W dniach 16-18 czerwca br. zespół krakowskiego Ośrodka Akredytacyjnego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia dokonał oceny poziomu spełniania przez szpital wymogów zawartych w standardach akredytacyjnych. Posiadanie certyfikatu akredytacyjnego oznacza prawo do posługiwania się mianem szpitala akredytowanego oraz używania logo szpitala akredytowanego. SPSK nr 4 wciąż zajmuje jedno z najlepszych szpitali w kraju. W ubiegłorocznym rankingu dziennika „Rzeczpospolita” zajął wysokie dziesią-



te miejsce. Kierowany od wielu lat przez świetnego menedżera dr n. med. Mariana Przylepę, próbuje radzić sobie z trudnościami finansowymi, wynikającymi z niedostatecznego finansowania usług medycznych przez NFZ. Obecnie w prowadzone są działania restrukturyzacyjne, które mają zoptymalizować funkcję diagnostyczno-terapeutyczną szpitala.

Dr T. Mroczek otrzymał nagrodę Prezesa Rady Ministrów

Dr n. farm. Tomasz Mroczek, asystent w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji otrzymał od premiera Leszka Millera nagrodę za najlepszą ubiegłoroczną pracę doktorską.



Dr n. farm. Tomasz Mroczek

Pisał ją pod kierunkiem promotora prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka. Warto wspomnieć, że jest to już druga w ostatnich latach nagroda Prezesa RM za udział w tym konkursie, przyznana pracownikowi Katedry i Zakładu Farmakognozji AM w Lublinie; poprzednio otrzymała tę nagrodę dr n. farm. Grażyna Zgórnka.

Dr n. farm. Tomasz Mroczek rozpoczął pracę w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji Akademii Medycznej w Lublinie w roku akademickim 1996/97, najpierw jako student, a następnie po uzyskaniu z wyróżnieniem dyplomu magistra farmacji, jako asystent naukowo-dydaktyczny, z dniem 1 października 1997 roku. Obszar jego zainteresowań naukowych obejmował początkowo badania nad związkami taksoidowymi w różnych gatunkach cisa, które rozpoczął już w Kole Naukowym jako student – uzyskawszy pierwszą nagrodę na konferencji Studenckich Kół Naukowych. Tematykę tę kontynuował także w pracy magisterskiej pt. „Badania nad rozdziałem chromatograficznym i trwałością taksoidów izolowanych z igieł i gałązek cisa pospolitego (*Taxus baccata* L.)”. Równoległe prowadzone badania nad związkami kumarynowymi w ramach tematyki koła naukowego zaowocowały izolacją z owoców *Heracleum mantegazzianum* Somm. et Lev., nowego związku o nie opisanej dotąd strukturze. Od dłuższego czasu w wyniku własnych, poszerzonych zainteresowań badawczych dr n. farm. T. Mroczek podjął badania nad poszukiwaniem i izolacją alkaloidów pirolizydynowych, najpierw w rodzinie *Boraginaceae* (*Anchusa officinalis* L., *Symphytum* sp.), gdzie te związki dominują, a następnie w rodzinie *Compositae*. W wyniku kontynuowanych badań własnych nad alkaloidami pirolizydynowymi dr T. Mroczek opracował nową, nie opisywaną w literaturze metodę łącznej izolacji alkaloidów pirolizydynowych różniących się zasadniczo typem struktury oraz właściwościami fizykochemicznymi z zastosowaniem ekstrakcji do fazy stałej w układzie jonowymiernym (kationit), a także dokonał analizy strukturalnej tych związków nowoczesnymi technikami chromatograficznymi (LC-DAD, LC-MS). Uchwałą Rady Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie (styczeń 2003 r.) nadano mgr Tomaszowi Mroczkowi tytuł doktora nauk farmaceutycznych z wyróżnieniem, a także zakwalifikowano jego pracę doktorską do konkursu o nagrodę Prezesa Rady Ministrów. Łącznie – dr T. Mroczek jest autorem lub współautorem 15 publikacji, w tym 10 w czasopismach z IF oraz 2 prac przeglądowych. Ponadto, na pisemną prośbę edytora *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis* dokonał również recenzji pracy nadesłanej do tego czasopisma.

legle prowadzone badania nad związkami kumarynowymi w ramach tematyki koła naukowego zaowocowały izolacją z owoców *Heracleum mantegazzianum* Somm. et Lev., nowego związku o nie opisanej dotąd strukturze. Od dłuższego czasu w wyniku własnych, poszerzonych zainteresowań badawczych dr n. farm. T. Mroczek podjął badania nad poszukiwaniem i izolacją alkaloidów pirolizydynowych, najpierw w rodzinie *Boraginaceae* (*Anchusa officinalis* L., *Symphytum* sp.), gdzie te związki dominują, a następnie w rodzinie *Compositae*. W wyniku kontynuowanych badań własnych nad alkaloidami pirolizydynowymi dr T. Mroczek opracował nową, nie opisywaną w literaturze metodę łącznej izolacji alkaloidów pirolizydynowych różniących się zasadniczo typem struktury oraz właściwościami fizykochemicznymi z zastosowaniem ekstrakcji do fazy stałej w układzie jonowymiernym (kationit), a także dokonał analizy strukturalnej tych związków nowoczesnymi technikami chromatograficznymi (LC-DAD, LC-MS). Uchwałą Rady Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie (styczeń 2003 r.) nadano mgr Tomaszowi Mroczkowi tytuł doktora nauk farmaceutycznych z wyróżnieniem, a także zakwalifikowano jego pracę doktorską do konkursu o nagrodę Prezesa Rady Ministrów. Łącznie – dr T. Mroczek jest autorem lub współautorem 15 publikacji, w tym 10 w czasopismach z IF oraz 2 prac przeglądowych. Ponadto, na pisemną prośbę edytora *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis* dokonał również recenzji pracy nadesłanej do tego czasopisma.

Uchwała nr XXXIX/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia zniesienia na
Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Zakładu Kształcenia
Podplomowego Pielęgniarek i Położnych

Uchwała nr XL/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia zniesienia na
Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Zakładu Historii
Nauk Medycznych Katedry Nauk Humanistycznych

Uchwała nr XLI/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia powołania na
Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Samodzielnej Pracowni Ratownictwa Medycznego

Uchwała nr XLII/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie utworzenia Międzywydziałowego
Zakładu Historii Nauk Medycznych

Uchwała nr XLIII/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia utworzenia
Akademickiego Biura Karier

Uchwała nr XLIV/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie powołania członka Rady Społecznej
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4

Uchwała nr XLV/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia powołania
Komórki Audytu Wewnętrzznego oraz zmiany Statutu

Z prac i działalności Senatu AM

Uchwała nr XLVI/2003
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 26 marca 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Samorządu Studentów

Uchwała nr XLVII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie przystąpienia Akademii Medycznej do spółki
Lubelski Park Naukowo-Technologiczny sp. z o. o.

Uchwała nr XLVIII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie wyrażenia zgody na nieodpłatne odstąpienie na
rzecz Samorządu Województwa Lubelskiego 50% udziału
w użytkowaniu wieczystym działki nr 32/5 położonej
w Lublinie przy ul. dr. W. Chodźki 2 z przeznaczeniem
na lądowisko sanitarne dla helikopterów

Uchwała nr XLIX/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia planu rzeczowo-finansowego
Uczelni na rok 2003

Uchwała nr L/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego
Uczelni za rok 2002

Uchwała nr LI/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie zmiany, w strukturze organizacyjnej
Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym
i Oddziałem Stomatologicznym, nazwy Katedry i Kliniki
Chorób Płuc i Gruzlicy na Katedrę i Klinikę
Pneumonologii, Onkologii i Alergologii

Spotkanie przedstawicieli Uczelni z władzami Hope Medical Institute w Los Angeles

Tradycyjnie od ośmiu lat dyrektor generalny Hope Medical Institute Mahendra Patel zaprasza delegacje z uczelni, które kształcą studentów z USA i Kanady. W tym roku w dniach od 20-30 sierpnia odbyło się dziesiąte spotkanie, w którym uczestniczyły delegacje z Lublina, Katowic, Warszawy i Szczecina.

Naszą Uczelnię reprezentowali: prorektor ds. studenckich prof. dr hab. Teresa Bachanek, dziekan Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Marian Wielosz, prodziekan Oddziału Anglojęzycznego prof. dr hab. Ryszard Maciejewski, dr n. przyr. Wiesława Ogrodnik z Katedry i Zakładu Biochemii i Biologii Molekularnej oraz dr n. med. Ewa Wieleś-Tokarzewska z Katedry i Kliniki Reumatologii.

Odbyło się wiele spotkań z dyrektorem generalnym Hope Medical Institute, na których dyskutowano o metodach zwiększenia efektywności kształcenia studentów z USA i Kanady. Na spotkaniach z bardzo liczną grupą kandydatów na studia w Polsce przedstawialiśmy programy nauczania realizowane w na-

szej Uczelni, pokazaliśmy film o Uczelni, a w nim najpiękniejsze zakątki naszego miasta. Przekazaliśmy dyrektorowi generalnemu tableau absolwentów z 1999, 2000, 2001 i 2002 roku.

Spotkaliśmy się także z przedstawicielami szpitali klinicznych, w których nasi studenci odbywają zajęcia kliniczne. Jednym z nich jest Wyckoff Heights Medical Center w Nowym Yorku. W czasie dyskusji obie strony zgodnie stwierdziły potrzebę hospicacji zajęć klinicznych przez koordynatorów odpowiedzialnych za ich realizację w naszej Uczelni konieczność indywidualnych wyjazdów szkoleniowych. Wszystkie spotkania odbywały się w bardzo miłej atmosferze z udziałem profesorów z uniwersytetów amerykańskich



Tradycyjnie, uroczyste spotkanie zakończyło się zapaleniem przez dziekanów świec, od których studenci zakwalifikowani na studia zapalali własne świece

współpracujących z Hope Medical Institute.

Uzgodniono, że w roku 2004 z przedmiotów podstawowych realizowanych na pierwszym i drugim roku studiów tj. anatomii, histologii, mikrobiologii fizjologii, patomorfologii, farmakologii przeprowadzane będą egzaminy testowe (po-wszeczna, przeprowadzana przez NBME w USA procedura) organizowane przez National Board Medical Examination (NBME). Pierwsza wizyta przedstawiciela NBME odbędzie się w dniach 1-2 października 2003 roku. Wyznaczono Komisję odpowiedzialną za przebieg egzaminów w skład, której wchodzi: **prof. dr hab. Ryszard Maciejewski, prof. dr**

hab. Jacek Roliński i dr n. med. Beata Zuchora.

W czwartym dniu pobytu w Los Angeles otrzymaliśmy teczkę z dokumentami kandydatów do naszej Uczelni. Po ich analizie zakwalifikowaliśmy 45 studentów, z których 25 rozpocznie studia według programu sześcioletniego oraz 20 wg programu czteroletniego. W następnym dniu odbyło się uroczyste spotkanie wszystkich delegacji ze studentami zakwalifikowanymi na studia w akademiach medycznych Lublina, Katowic i Warszawy. Akademia Medyczna w Szczecinie pierwszych studentów będzie mogła przyjąć po uzyskaniu akredytacji z National Board Education w USA.



Lubelska grupa uczestników jubileuszowej, dziesiątej konwencji Hope Medical Institute w Los Angeles



Od lewej: dziękani prof. dr hab. Marian Wielosz (AM w Lublinie), prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz (AM w Katowicach) prof. dr hab. Jerzy Polański (AM w Warszawie)

Uchwała nr LII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia reorganizacji
Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej
z Pracownią Chemii Fizycznej

Uchwała nr LIII/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia utworzenia
Samodzielnej Pracowni Chromatografii Planarnej
w strukturze organizacyjnej Katedry Chemii na Wydziale
Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej

Uchwała nr LIV/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie stanowiska dotyczącego
projektu porozumienia pomiędzy Akademią Medyczną
w Lublinie, Samodzielnym Publicznym Szpitalem
Klinicznym nr 1 w Lublinie, a Gminą Miasto Lublin

Uchwała Nr LV/2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie wyrażenia zgody na obciążenie
ograniczonym prawem rzeczowym
– użytkowaniem nieruchomości będącej w użytkowaniu
wieczystym Akademii Medycznej

Uchwała Nr LVI /2003
Senatu Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
z dnia 7 maja 2003 roku
w sprawie zatwierdzenia otwarcia tytułu inwestycyjnego
pod nazwą „Zakłady Teoretyczne II Akademii Medycznej
im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie”

Park naukowo-technologiczny powstanie w Lublinie

Wola stworzenia zinstytucjonalizowanej platformy współpracy pomiędzy nauką i przemysłem zadecydowała o utworzeniu w Lublinie Lubelskiego Parku Naukowo-Technologicznego, zlokalizowanego w dzielnicy Felin, przy ul. Doświadczalnej.

Uznając inicjatywę utworzenia Lubelskiego Parku Naukowo-Technologicznego, jako istotny element zapewniający postęp technologiczny w regionie oraz rozwój gospodarki województwa lubelskiego, a także czynnik wzrostu jego konkurencyjności na arenie

współpracę akademicko-przemysłową, inicjować współpracę z parkami naukowo-technologicznymi w Europie, promować innowacje i patenty, analizować światowe osiągnięcia badawczo-wdrożeniowe pod kątem ich wykorzystania w gospodarce, udoskonalenia



krajowej i międzynarodowej, zawiązano porozumienie, w którym jego sygnatariusze (Zarząd Województwa Lubelskiego, Zarząd Miasta Lublina, AM, AR, PL, UMCS, Instytut Agrofizyki PAN w Lublinie, Lubelska Fundacja Rozwoju, Lubelski Sejmik Gospodarczy, PP „FS Holding” w Lublinie) zobowiązują się do promowania inicjatywy powołania LPNT, wspierania i podejmowania inicjatyw tworzących zręby przyszłego Parku oraz współdziałania w zakresie prac programowych dotyczących LPNT. Związana Spółka z o.o. „Lubelski Park Naukowo-Technologiczny”, której udziałowcem jest również nasza Uczelnia zamierza koordynować badania pomiędzy centrami badawczymi zaangażowanymi w Lubelski Park Naukowo-Technologiczny, organizować

łać struktury badawczo-wdrożeniowe w regionie, tworzyć warunki do powstawania przedsiębiorstw wykorzystujących nowe technologie, uczestniczyć w programach finansowanych z fundusz pomocowych, w tym m. in. z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Jedno z centrów naukowo-badawczych pod roboczą nazwą „Leki i szczepionki” utworzy lubelska Akademia Medyczna. Przewiduje się opracowania technologii produkcji nowych leków m. in. z wykorzystaniem wyciągów roślinnych, jak również wdrożenie produkcji nowych szczepionek. W Radzie Programowej LPNT Uczelnię reprezentuje, desygnowany przez JM Rektora AM, **prof. dr hab. Kazimierz Główniak**. Do tematu wkrótce powrócimy.

(mat)

Prof. T. Trojanowski przewodniczącym JRAAC

Profesor Tomasz Trojanowski stanął na czele The Joint Residency Advisory and Accreditation Committee (JRAAC), komisji akredytacyjnej oceniającej kompetencje europejskich ośrodków klinicznych szkolących lekarzy w zakresie neurochirurgii.



Prof. dr hab. Tomasz Trojanowski

Jest to agenda powoływana wspólnie przez Unię Europejską Specjalistów Medycznych (UEMS) oraz Europejskie Stowarzyszenie Towarzystw Neurochirurgicznych (EANS) Podstawowe cele, do których dąży komisja akredytacyjna (JRAAC) to ocena standardów edukacji medycznej oraz zapewnienie najwyższego poziomu szkolenia specjalizacyjnego neurochirurgów, jak również organizowanie szkoleń dla szkolących. Warto podkreślić, iż lubelska Klinika Neurochirurgii, posia-

da już od trzech lat wspomnianą akredytację przyznaną przez Joint Residency Advisory and Accreditation Committee (JRAAC), Europejską Unię Specjalistów w Medycynie i Europejskie Stowarzyszenie Towarzystw Neurochirurgicznych.

Oznacza to, że certyfikaty lekarzy specjalistów wyszkolonych w lubelskiej Klinice honorowane są w całej Europie. W dorocznym rankingu tygodnika „Newsweek”, lubelska Klinika Neurochirurgii zajmuje niezmiennie pierwsze miejsce na liście krajowej.

Profesor Tomasz Trojanowski od 1995 roku kieruje Katedrą i Kliniką Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej AM w Lublinie. W chwili obecnej pełni funkcję wiceprezidenta – Światowego Zrzeszenia Towarzystw Neurochirurgicznych (WFNS – World Federation of Neurosurgical Societies). Jest członkiem korespondentem Polskiej Akademii Nauk, oraz przewodniczy Komitetowi Nauk Neurologicznych PAN.

W.M.



Nominacje profesorskie

Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył 4 lipca br. akty nadania tytułu naukowego profesora kilkudziesięciu nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki.

Miło nam poinformować, że tego dnia wśród utytułowanych była również **prof. dr hab. Anna Małgorzata Zajączkowska** – kierownik Kliniki Nefrologii Dziecięcej AM im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie. Składamy serdeczne gratulacje!



Prezydent RP wręcza nominację profesorską **prof. dr hab. Annie Małgorzacie Zajączkowskiej** – kierownikowi Kliniki Nefrologii Dziecięcej

Awanse pracowników naukowych Uczelni

Ostatnio coraz częściej napływają do nas informacje o awansach pracowników naukowych Uczelni.

Prof. dr hab. Jan Kotarski – kierownik I Katedry i Kliniki Ginekologii został wybrany na prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego skupiającego w swych szeregach 3 tys. specjalistów położnictwa i chorób kobiecych. Profesor pracował początkowo w II Klinice Ginekologii Operacyjnej (SPSK nr 4) u prof. dr hab. Jerzego Jakowickiego, ostatnio kieruje kliniką przy ul. Staszica (SPSK nr 1). Jest to drugi w historii PTG wybór lublinianina na prezesa PTG, w latach ubiegłych dostąpił tego zaszczytu nieżyjący **prof. dr hab. Stanisław Liebhart**. **Prof. dr hab. Zbigniew Stel-**

masiak – kierownik Katedry i Kliniki Neurologii został powołany przez ministra **Leszka Sikorskiego** na członka Rady Naukowej przy ministrze zdrowia. Profesor od chwili ukończenia studiów pracował w Klinice Neurologii kierowanej przez **prof. Wiktora Steina** (PSK nr 4), a następnie **przez prof. Wiesława Kawiaka** (SPSK nr 4). **Prof. Z. Stelmasiak** kieruje dziś tą samą Kliniką, w której rozpoczynał pracę, sprawuje (druga, trzyletnia kadencja) funkcję prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Obu panom profesorom serdecznie gratulujemy!



Nagrody ministra zdrowia

Nagrody zespołowe

Prof. dr hab. Andrzej Książek
Dr hab. Wojciech Załuska
Prof. dr hab. Monika Buraczyńska
Dr n. med. Piotr Książek

Prof. dr hab. Marian Wielosz
Dr n. med. Piotr Tutka

Prof. dr hab. Stanisław Czuczwar
Dr hab. Kinga Borowicz
Lek. med. Jarogniew Łuszczki

Prof. dr hab. Zbigniew Zagórski
Prof. dr hab. Waldemar Turski
Dr n. med. Tomasz Żarnowski
Dr n. med. Robert Rejda
Dr n. med. Tomasz Kocki

Dr n. med. Jerzy Bełtowski
Dr n. med. Grażyna Wójcicka
Dr n. med. Andrzej Marciniak

Prof. dr hab. Władysław Gołkiewicz
Dr n. chem. Tadeusz Dzido
Dr n. farm. Beata Polak

Dr n. farm. Dariusz Matosiuk
Prof. dr hab. Sylwia Fidecka
Mgr chem. Agnieszka Kaczor

Prof. dr hab. Monika Waksmundzka-Hajnos
Dr n. farm. Anna Petruczynik
Dr n. farm. Maria Gadzikowska
Mgr farm. Michał Hajnos
Mgr farm. Anna Hawrył

Prof. dr hab. Ryszard Kocjan
Dr n. farm. Ireneusz Sowa
Dr n. farm. Ryszard Świeboda
Mgr farm. Eliza Blicharska
Mgr chem. Anna Błazewicz

Nagroda indywidualna

Dr n. farm. Tomasz Tuzimski

Słuchacze Studium Doktoranckiego rozpoczynający zajęcia w roku akademickim 2003/2004

Lek. med. Jarosław Bartosiński
Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia

Lek. med. Michał Kowalczyk
Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia

Lek. med. Monika Rychlik
Katedra i Zakład Patofizjologii

Lek. med. Michał Tomaszewski
Katedra i Zakład Patofizjologii

Lek. med. Marek Zadrozniak
Katedra i Zakład Patofizjologii

Lek. med. Anna Kędra
Katedra i Zakład Patofizjologii

Lek. med. Alina Buczyjan
Międzywydziałowa Katedra i Zakład Diagnostyki
Laboratoryjnej

**Lek. med. Patrycja
Lachowska-Kotowska**
Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii

**Lek. med. Justyna
Janowska-Nowosad**
Katedra i Zakład Higieny

Lek. med. Krzysztof Giannopoulos
Zakład Immunologii Klinicznej

Lek. med. Bartłomiej Wawrzycki
Zakład Immunologii Klinicznej

Mgr piel. Sylwia Gradowska
Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie

Lek. med. Arkadiusz Baran
Katedra i Zakład Fizjologii Człowieka

Lek. med. Bartłomiej Barczyński
Katedra i Zakład Farmakologii i Toksykologii

Lek. med. Monika Zaręba-Giezek
Katedra i Zakład Farmakologii i Toksykologii

Lek. med. Sylwia Buczek-Kalakucka
Samodzielna Pracownia Wirusologii

Lek. med. Piotr Kosior
Samodzielna Pracownia Wirusologii

Lek. med. Agnieszka Kolacz
Katedra i Zakład Chemii Ogólnej

Lek. stom. Agnieszka Krawczyk
Katedra i Zakład Epidemiologii

Lek. stom. Anna Komsta
Katedra i Zakład Epidemiologii

Lek. med. Andrzej Nowakowski
Katedra i Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej

Lek. med. Maciej Paszkowski
Katedra i Zakład Epidemiologii

Lek. med. Grzegorz Staśkiewicz
i Zakład Radiologii Lęgowo-
Ciepłoty

Lek. med. Tomasz Madej
Katedra i Zakład Radiologii Dziecięcej

Lek. med. Edyta Zielonka
Katedra i Zakład Radiologii Dziecięcej

Lek. med. Paweł Bieliński
Katedra i Zakład Histologii i Embriologii

Lek. med. Kamil Torres
Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka

Lek. med. Agnieszka Bielińska
Zakład Genetyki Medycznej

Lek. med. Aleksandra Kozłowska
Zakład Genetyki Medycznej

Lek. med. Monika Lenart
Zakład Genetyki Medycznej

Lek. stom. Marcin Baran
Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej

Lek. med. Beata Bieniaś
Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej

Lek. med. Artur Niedzielski
Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej

Lek. stom. Agnieszka Adamiak
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej

Lek. stom. Katarzyna Kamińska
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej

Lek. stom. Wojciech Maciąg
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej

Lek. stom. Bożena Robak
Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej

**Lek. stom. Dagmara
Krawczyk-Opiełak**
Samodzielna Pracownia Rentgenodiagnostyki
Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej

Lek. stom. Marta Kusa
Zakład Periodontologii

Mgr anal. med. Marek Juda
Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej

Mgr anal. med. Beata Chudzik
Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej

Lek. med. Marek Jankiewicz
Katedra i Zakład Fizjologii Człowieka

Lek. med. Konrad Futyma
Zakład Genetyki Medycznej

Lek. med. Agnieszka Jermak
Katedra i Zakład Epidemiologii

Lek. med. Anna Kowal
Samodzielna Pracownia Wirusologii

Lek. stom. Wojciech Krajewski
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej

Lek. med. Małgorzata Laskowska
Zakład Genetyki Medycznej

Lek. med. Marcin Markiewicz
Katedra i Zakład Histologii i Embriologii

Lek. med. Ewa Markut-Miotła
Katedra i Zakład Epidemiologii

Lek. med. Michał Solecki
Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka

Lek. med. Karolina Stepien
Katedra i Zakład Patofizjologii

Lek. med. Adam Stadnik
Katedra i Zakład Higieny

Lek. stom. Marcin Danilczuk
Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej

Lek. med. Jaromir Jarecki
Samodzielna Pracownia Wirusologii

Lek. med. Paweł Miotła
Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia

Lek. med. Julia Warmińska
Pracownia Immunologii Chorób Skóry przy Katedrze
i Klinice Dermatologii i Wenerologii i Dermatologii
Dziecięcej

Lek. med. Zbigniew Kielbasa
Międzywydziałowy Zakład Biofizyki

INSTYTUT MEDYCYNY WSI

Lek. med. Monika Durda
Pracownia Izotopowa Diagnostyki Klinicznej
i Doświadczalnej

GRANTY

Komitetu Badań Naukowych

GRANTY WŁASNE

Dr n. med. Franciszek Burdan 140 000 zł

KATEDRA I ZAKŁAD ANATOMII PRAWIDŁOWEJ CZŁOWIEKA

Wpływ prenatalnej blokady cyklooksigenazy na rozwój szkieletu i morfologię chrząstek stawowych.

Prof. dr hab. Andrzej Drop 133 200 zł

I ZAKŁAD RADIOLOGII LEKARSKIEJ

Zastosowanie wielorzędowej tomografii komputerowej w ocenie morfologii miażdżycowego zwężenia tętnic szyjnych.

Lek. med. Anna Gaworczyk 200 000 zł

KLINIKA HEMATOLOGII I ONKOLOGII DZIECIĘCEJ

Monitorowanie choroby resztkowej w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci za pomocą reakcji łańcuchowej polimerazy i cytometrii przepływowej.

Prof. dr hab. Teresa Katarzyna Różyło 180 000 zł

SAMODZIELNA PRACOWNIA RADIOLOGII STOMATOLOGICZNEJ

I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ

Nowe możliwości kompleksowej diagnostyki chorób przyzębia różnymi technikami radiografii cyfrowej oraz chromatograficzna ocena niektórych aspektów patologii jamy ustnej.

GRANTY PROMOTORSKIE

Prof. dr hab. Stanisław Czuczwar 40 000 zł

KATEDRA I ZAKŁAD PATOFIZJOLOGII

Wpływ kofeiny na efekty ochronne nowych leków przeciwpadaczkowych – topiramatu i gabapentyny oraz substancji blokującej miejsce glicynowe receptora NMDA – MRZ2/576 w drgawkach elektrycznych u myszy.

Lek. med. Małgorzata Jargieffo, wykonawca

Prof. dr hab. Janusz Milanowski 35 000 zł

KATEDRA I KLINIKA PNEUMONOLOGII, ONKOLOGII I ALERGOLOGII

Ocena przydatności różnych metod genetycznych w wykrywaniu prątka gruźlicy.

Mgr Sylwia Chocholska, wykonawca

K O M U N I K A T

Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego rocznik 1949-1954

Komitet Organizacyjny VIII Zjazdu Koleżeńskiego uprzejmie informuje, że w dniu 15 maja 2004 roku odbędzie się spotkanie absolwentów rozpoczynających studia na Wydziale Lekarskim UMCS w roku 1949.

Jednocześnie powiadamiamy, że nastąpi uroczyste wręczenie przez władze Akademii Medycznej odnowionych po pięćdziesięciu latach dyplomów lekarza.

Zainteresowanych, którzy jeszcze nie dokonali zgłoszeń, prosimy o przekazanie drogą korespondencyjną potwierdzeń do 15 grudnia 2003 r. na adres: Rektorat Akademii Medycznej, Al. Racławickie 1, 20-950 Lublin, z dopiskiem „VIII Zjazd Koleżeński Absolwentów z roku 1954”. Po przyjęciu zgłoszenia prześlemy wszystkim Koleżankom i Kolegom materiały przedzjazdowe. Prosimy również o ewentualne nadsyłanie posiadanych pamiątek, fotografii, itp. materiałów mających wartość archiwalną (po wykorzystaniu gwarantujemy ich zwrot), które zostaną zaprezentowane podczas Zjazdu lub zamieszczone w planowanej publikacji.

Sekretarz

Dr n. med.

Alina Dziańkowska-Kozak

Przewodniczący

Dr n. med.

Czesław Popik

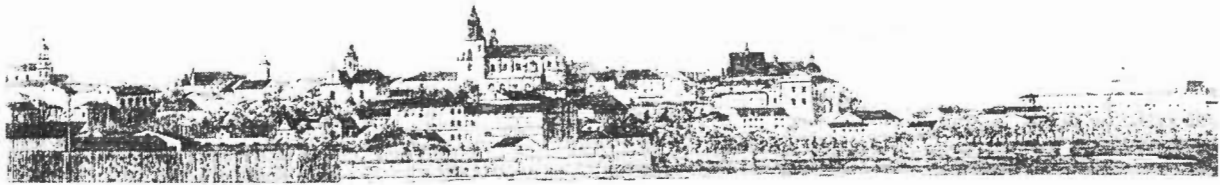
Przepraszamy

Do poprzedniego wydania „Alma Mater” zakradł się chochlik. W rubryce „Z żałobnej karty”, na str. 18 pojawiło się błędne nazwisko zmarłego niedawno kierownika Katedry i Zakładu Farmakodynamiki. Prawidłowo powinno brzmieć: **prof. dr hab. Romuald Langwiński**. Ponadto w podpisie pod fotografią profesora na str. 264 niewłaściwie podano rok urodzenia. Oto prawidłowa treść podpisu: *prof. dr hab. Romuald Langwiński (1933-2003)*. Także na str. 262 w tytule wspomnień zamieszczono niewłaściwe imię **prof. Bulińskiego**. Zamiast Roman, powinno być *Romuald*. Czytelników oraz autora serdecznie przepraszamy.

Z żałobnej karty

W ostatnim czasie odszedł od nas do wieczności
mgr Wiesław Kowalczyk - pełnomocnik rektora do
spraw inwestycji.

*Pokój Jego Duszy!
Cześć Jego Pamięci!*



Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych

▼
UCHWAŁA nr 22/02-05
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
z dnia 12 września 2003 r.

**w sprawie egzaminów wstępnych
 na uczelnie medyczne**

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych oświadcza, że udziela pełnego kredytu zaufania Profesorowi Andrzejowi Kuligowi, jako osobie odpowiedzialnej za przygotowywanie egzaminów wstępnych na państwowe uczelnie medyczne.

Wyrażamy podziękowania i słowa uznania za ogromny trud wkładany w tę działalność. Jednocześnie KRUM zwraca się z prośbą do Pana Profesora o dalszą pracę i przygotowanie egzaminu wstępnego na dotychczasowych zasadach w roku akademickim 2004/2005.

Przewodniczący KRUM
 Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski

▼
UCHWAŁA nr 23/02-05
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
z dnia 12 września 2003 r.

**w sprawie uwag do projektu ustawy
 „Prawo o szkolnictwie wyższym”**

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych uznaje za konieczne wprowadzenie zapisu dotyczącego uczelni medycznej w art. 3 ust. 1 „uczelnia medyczna” o brzmieniu: „uczelnia lub podstawowe jednostki organizacyjne innej uczelni publicznej prowadzącej działalność w dziedzinie nauk medycznych, nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia”.

Przewodniczący KRUM
 Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski

▼
UCHWAŁA nr 24/02-05
Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych
z dnia 12 września 2003 r.

**w sprawie specjalizacji lekarzy
 i lekarzy stomatologów**

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych stoi na stanowisku, że obowiązujące przepisy dotyczące specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów winny zostać znowelizowane. Naszym zdaniem w szczególności powinno się:

- Utrzymać postępowanie konkursowe w postępowaniu kwalifikacyjnym jedynie w przypadku ubiegania się o rezydenturę.
- Zwolnić z postępowania kwalifikacyjnego nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych w drodze konkursu.
- Zwolnić z procesu akredytacji uczelnie medyczne uprawnione z natury rzeczy do prowadzenia kształcenia przed i podyplomowego.
- Opracować standardy akredytacji dla każdej specjalizacji w celu eliminacji dowolności oceny warunków akredytacyjnych.
- Umożliwić nauczycielom akademickim odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w miejscu zatrudnienia, poza limitem uzyskanych miejsc akredytowanych.
- Rozważyć możliwość zmniejszenia liczby i/lub czasu trwania kursów specjalizacyjnych w niektórych specjalizacjach,
- Skoordynować współpracę pomiędzy wszystkimi jednostkami uprawnionymi do prowadzenia kursów szkoleniowych (przywrócić koordynacyjną funkcję CMKP w zakresie organizacji i akredytacji i kursów specjalizacyjnych).
- Uprościć treść wniosku akredytacyjnego kursu specjalizacyjnego.

Przewodniczący KRUM
 Prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski

STANOWISKO
KONFERENCJI REKTORÓW UCZELNI
MEDYCZNYCH
z dnia 12 września 2003 r.
w sprawie planowanego przez
Ministerstwo Zdrowia procesu
restrukturyzacji i zmiany organizacji
prawnej zakładów opieki zdrowotnej.

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych w trosce o przyszłość prawidłowego rozwoju nauk medycznych, kształcenia kadr medycznych, właściwego dostępu pacjentów do świadczeń medycznych w Rzeczypospolitej Polskiej oraz celem uniknięcia zmian, których negatywne skutki nie będą możliwe do odwrócenia w krótkim czasie, przedstawia niniejsze stanowisko, w nadziei na jego wnikliwą analizę przez wszystkich, którzy będą mieli wpływ na treść nowo tworzonej ustawy. Szpitale kliniczne, w ostatnich latach poddane były nieprzemyślanym zmianom w swojej konstrukcji prawnej, zasadach podległości i sposobie finansowania.

Stwierdzamy, że zredagowane ostatnio założenia przemian w ochronie zdrowia z dużym prawdopodobieństwem doprowadzą do upadku szpitali klinicznych i tym samym załamią system kształcenia kadr medycznych w RP, a pacjentom uniemożliwią dostęp do zdobyczy współczesnej medycyny. KRUM z zaniepokojeniem przyjmuje informacje Rady Ministrów z dnia 22 lipca 2003 roku, że celem zmian jest m. in. wywołanie takich przekształceń w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej, aby ich zadłużanie nie przenosiło się na zobowiązania Skarbu Państwa. Naszym zdaniem głównym celem przemian będzie uwolnienie budżetu państwa od odpowiedzialności za zobowiązania spoz-ów po przekształceniach, gdyż większość zobowiązań i tak będzie obciążać szpitale funkcjonujące jako spółki. Należy podkreślić, że wskazywane przez resort zdrowia zleżenie szpitalami może być jedynie jedną z kilkunastu przyczyn zadłużania i pogarszającej się sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zoz wymienio-nych w materiale Ministerstwa Zdrowia z dnia 11 lipca 2003 roku.

Sytuacja ekonomiczna szpitali klinicznych jest coraz bardziej dramatyczna. Ogólne wady systemu takie jak: realny spadek finansowania ochrony zdrowia w stosunku do PKB, zmniejszanie liczby i cen świadczeń kontraktowanych przez kasy chorych – obecnie NFZ, z utrzymaniem obowiązku udzielania pomocy medycznej niezależnie od wartości zawartych kontraktów, niewystarczający poziom finansowania inwestycji i remontów, istotne obciążenia podatkowe, narzucona ustawą podwyżka wynagrodzeń pracowników publicznych zoz (tzw. 203 zł), niewłaściwe uregulowanie sprawy dyżurów zakładowych skutkujące istotnymi obciążeniami finansowymi, brak kontroli nad wtórnym obrotem wierzycelnościami oraz problem braku sieci szpitali publicznych są tylko częścią problemów tych jednostek.

Finansowanie działalności naukowo-dydaktycznej odbywającej się na terenie szpitali klinicznych nie jest nadal właściwie uregulowane. Szpitale kliniczne mają przecież inne zadania niż zakłady opieki zdrowotnej założone przez jednostki samorządowe, trafiają do nich ciężiej chorzy pacjenci, z powikłaniami, rzadkimi chorobami, itp. Stanowiąc ostatnie ogniwo w możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych szpitale kliniczne borykają się z brakiem podmiotu zobowiązanego do sfinansowania działań narzuconych im obowiązującymi aktami prawnymi.

Wydaje się, że ustawowo określony cel tworzenia szpitali klinicznych wynikający z art. 1 ust. 2 pkt 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, to jest realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia konsekwentnie umyka wszystkim reformatorom systemu. Tymczasem ta fundamentalna różnica w statusie zakładów opieki zdrowotnej warunkuje ich inną rolę w systemie i wyklucza porównywanie z zakładami jednostek samorządowych. Te ostatnie są bowiem beneficjentem przed- i podyplomowej działalności dydaktycznej szpitali klinicznych.

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie ustawy o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne jak również po przeanalizowaniu założeń przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki użyteczności publicznej, KRUM wyraża jednoznaczny sprzeciw wobec rozwiązań, które z prawdopodobieństwem granicznym z pewnością zmierzają do likwidacji szpitali klinicznych. Istnieje duże zagrożenie że przy braku jasnej i klarownej strategii kierunków rozwoju służby zdrowia nastąpi likwidacja szpitali klinicznych. Jakkolwiek w samych założeniach zmian, wyraźnie akcentowany jest

problem konieczności uwzględnienia odrębności szpitali klinicznych w kontekście tworzenia spółek, to już w rozwiązaniach szczegółowych brak jest norm potwierdzających ten kierunek. Epizodyczna ustawa o jednorazowej restrukturyzacji i pomocy publicznej dla szpizoz może stać się dla szpitali klinicznych źródłem procesu likwidacji. Uzależnienie umorzenia zobowiązań publicznoprawnych od m. in. zaspokojenia przez szpitale kliniczne we własnym zakresie roszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203 zł” przesądza o niepowodzeniu restrukturyzacji finansowej tych zakładów. W projektowanym zapisie niespełnienie warunków restrukturyzacji finansowej, zgodnie z art. 30 projektu ustawy, skutkuje wystąpieniem przez Ministra Zdrowia do rektora uczelni medycznej z wnioskiem o likwidację szpitala klinicznego.

KRUM stoi na stanowisku, że z uwagi na fakt, iż zadłużenie szpitali klinicznych z tytułu roszczeń pracowników o ustawową podwyżkę „203 zł” nie jest konsekwencją złego zarządu czy też braku nadzoru organu założycielskiego nad gospodarką finansową szpitala, niedopuszczalne jest przerzucanie odpowiedzialności za te zobowiązania wyłącznie na szpitale kliniczne. Również warunek otrzymania dotacji (art. 37 projektu) na realizację programu restrukturyzacji dla zakładów w których na dzień 31 marca 2003 roku nie wystąpiły wymagalne zobowiązania jest w kontekście zobowiązań pracowniczych z tytułu podwyżki 203 zł nie do zaakceptowania. Takie rozwiązanie pozbawia bowiem prawa do pomocy publicznej szpitale, które zrealizowały zapisy ustawy. Obligatoryjny wymóg nie posiadania żadnych zobowiązań na dzień 31 marca 2003 r. pozbawia szpitale kliniczne mające minimalne tego typu zobowiązania możliwości ubiegania się o środki restrukturyzacyjne.

Nie do zaakceptowania jest również propozycja promowania tych zakładów które nie wywiązywały się z terminowego regulowania należności publicznoprawnych. W Szpitalach Klinicznych składki z tytułu ubezpieczenia społecznego były płacone na ogół terminowo, w niektórych przypadkach były ściągane przez komornika. Proponowane rozwiązanie umorzenia tych zobowiązań stanowić będzie usankcjonowanie złej praktyki i podważy zaufanie do państwa prawa.

KRUM podkreśla z całą mocą, że zapisy w projekcie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji szpizoz nie uwzględniają faktu że organem założycielskim zakładów opieki zdrowotnej o charakterze klinicznym są państwowe uczelnie medyczne. Pominiecie tej istotnej okoliczności skutkować będzie niewykonalnością zapisów art. 12 projektu dotyczącego zawarcia umowy z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych. Restrukturyzacja zobowią-

zań cywilnoprawnych w drodze umowy z wierzycielami polegająca na przejęciu nie więcej niż 50% zobowiązań szpitali klinicznych przez uczelnie medyczne jest niewykonalna.

Również rozwiązania dotyczące możliwości uzyskiwania środków finansowych na restrukturyzację zobowiązań w drodze emisji obligacji albo innych papierów wartościowych i występowanie o udzielenie poręczeń pomijają milczeniem stan prawny i faktyczny dotyczący szpitali klinicznych.

KRUM zgłasza jednoznaczny protest przeciwko propozycji przekształcenia szpitali klinicznych w spółki użyteczności publicznej.

W ocenie środowiska akademickiego nowy kierunek reform jest nie do pogodzenia z ideą funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej o charakterze klinicznym.

Spółka użyteczności publicznej niezależnie od jej ostatecznego kształtu powinna działać według zasad gospodarki rynkowej. Tym samym aby mogły być osiągnięte cele ekonomiczne nie wolno na spółkę nakładać żadnych ograniczeń lub ciężarów bez rekompensaty finansowej. Spółka nie będzie mogła odmówić przyjęcia pacjenta nawet jeżeli płatnik odmawia zapłaty za świadczenia wykonane ponad kontrakt również w przypadku wypełnienia kryteriów wynikających z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Powstaje pytanie czy zarząd spółki w sytuacji gdy wie, że musi zaciągać zobowiązania w celu sfinansowania świadczeń zdrowotnych za które nie dostanie zapłaty może odpowiadać całym swoim majątkiem osobistym wobec wierzycieli?

Niebezpieczeństwem dla szpitali klinicznych jest obserwowane dążenie płatnika do zmniejszenia cen świadczeń niewiele mające wspólnego z kosztami, a których celem jest wyłącznie zbilansowanie budżetu płatnika, niezależnie od ilości wykonywanych świadczeń w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej. KRUM widzi poważne zagrożenie w wypełnieniu zadań statutowych uczelni medycznych i szpitali klinicznych w kontekście przewidywanych dążeń zarządu spółki w dopasowywaniu profilu jednostki jedynie do wymogów rachunku ekonomicznego (likwidacja deficytowych finansowo oddziałów).

Wydaje się, że przy takiej koncepcji polityki zdrowotnej nie można mówić o odpowiedzialności państwa za system opieki zdrowotnej. Koordynacja działań w odniesieniu do blisko tysiąca podmiotów ze swoimi Radami Nadzorczymi i uwarunkowaniami lokalnymi stanowić będzie zadanie niewykonalne i nie przyniesie żadnej poprawy w sytuacji pacjentów.

KRUM w trosce o przyszłość procesu kształcenia i rozwoju nauk medycznych w RP oczekuje od projektodawców rozwiązań dających realną szansę prawidłowego funkcjonowania szpitali klinicznych.

Ranking jednostek w roku 2002

Przedziały punktowe:
A > 20
B 10 ÷ 19,99
C 4 ÷ 9,99
D < 3,99

Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym i Oddziałem Stomatologicznym

Lp.	Kat	Jednostka	Płp	L. prac	Punkty	Lp.	Kat	Jednostka	Płp	L. prac	Punkty
1.	A	Katedra i Zakład Epidemiologii	51	4	204	41.	C	Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy	7,29	12	87,5
2.	A	Zakład Immunologii Klinicznej	42,75	4	171	42.	C	Zakład Propedeutyki Pediatrii	7,29	7	51
3.	A	Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej	42,4	5	212	43.	C	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych	7,27	22	160
4.	A	Katedra i Zakład Patofizjologii	41,5	10	415	44.	C	Katedra i Klinika Endokrynologii	7,25	6	43,5
5.	A	I Zakład Radiologii Lekarskiej	40	5	200	45.	C	Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	6,75	8	54
6.	A	II Zakład Radiologii Lekarskiej	38,83	3	116,5	46.	C	Katedra i Klinika Neurochirurgii			
7.	A	Samodzielna Pracownia Wirusologii	33,5	2	67			i Neurochirurgii Dziecięcej	6,6	10	66
8.	A	Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	26,8	5	134	47.	C	Zakład Zarządzania i Ekonomiki			
9.	A	Zakład Radiologii Dziecięcej	26,33	3	79			Ochrony Zdrowia	6,6	5	33
10.	A	Zakład Farmakologii Klinicznej	24,5	2	49	48.	C	Katedra i Zakład Patomorfologii	5,94	17	101
11.	A	Samodzielna Pracownia Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej	22,5	3	67,5	49.	C	Katedra i Klinika Neurologii	5,83	18	105
12.	A	Zakład Farmakologii i Toksykologii	22,16	12	266	50.	C	Klinika Nefrologii Dziecięcej	5,71	7	40
13.	A	Katedra i I Klinika Okulistyki	22,13	8	177	51.	C	Katedra i Zakład Onkologii	5,6	5	28
14.	B	Katedra i Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku	19,7	10	197	52.	C	Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii	5,28	7	37
15.	B	Zakład Genetyki Medycznej	18,85	7	132	53.	C	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych	5,07	13	66
16.	B	Katedra i Zakład Histologii i Embriologii	18,83	6	113	54.	C	Katedra i Klinika Reumatologii	5,07	7	35,5
17.	B	Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii	18,08	6	108,5	55.	C	Katedra i Klinika Gastroenterologii	4,7	10	47
18.	B	Katedra i Zakład Higieny	17,66	6	106	56.	C	I Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	4,66	9	42
19.	B	Klinika Otolaryngologii Dziecięcej	17,5	2	35	57.	C	Międzywydziałowy Zakład Biofizyki	4,64	7	32,5
20.	B	Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej	16,77	9	151	58.	C	Katedra i Zakład Medycyny Nuklearnej	4,6	5	23
21.	B	i Katedra i Klinika Ginekologii	16,75	10	167,5	59.	C	Katedra i Klinika Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej	4,5	18	81
22.	B	Klinika Kardiologii	15,75	4	63	60.	C	Katedra i Zakład Stomatologii Wzrostu i Rozwoju	4,46	15	67
23.	B	Katedra i Klinika Chirurgii Naczyń	15,68	8	125,5	61.	C	Katedra i Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej	4,23	13	55
24.	B	Katedra i Klinika Nefrologii	14	10	140	62.	C	Klinika Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej	4,05	9	36,5
25.	B	II Katedra i Klinika Ginekologii	13,27	11	146	63.	C	Katedra i Klinika Kardiologii	4,02	25	100,5
26.	B	Katedra i Klinika Ortopedii, Traumatologii i Rehabilitacji	12,43	14	174	64.	D	Katedra i Klinika Urologii	3,83	6	23
27.	B	Katedra i Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży	11,66	9	105	65.	D	Zakład Periodontologii	3,8	5	19
28.	B	Klinika Ortopedii Dziecięcej	11,5	8	92	66.	D	I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej	3,76	13	49
29.	B	Międzywydziałowa Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego	11,33	9	102	67.	D	Katedra i Zakład Fizjologii Człowieka	3,53	15	53
30.	B	Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej	10,61	9	95,5	68.	D	Katedra i Zakład Chemii Ogólnej	3,4	10	34
31.	B	Katedra i II Klinika Okulistyki	10,28	7	72	69.	D	Klinika Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej	3,2	5	16
32.	B	II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej	10	14	140	70.	D	Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej	2,18	22	48
33.	B	Klinika Chirurgii Onkologicznej	10	3	30	71.	D	II Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2	5	10
34.	C	Katedra i Klinika Otolaryngologii	9,22	9	83	72.	D	Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej	2	24	48
35.	C	Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej	9,06	8	72,5	73.	D	Klinika Gastroenterologii Dziecięcej	1,5	6	9
36.	C	Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii	8,93	14	125	74.	D	Katedra i Klinika Patologii Noworodków, Niemowląt i Kardiologii	1,18	11	13
37.	C	Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka	8,82	17	150	75.	D	Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej	1	11	11
38.	C	III Katedra i Klinika Ginekologii	8,14	7	57	76.	D	Katedra i Zakład Ortopedii Szczękowej	0,87	8	7
39.	C	Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej	8	6	48						
40.	C	Katedra i Klinika Psychiatrii	7,32	22	161						

Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej

1.	A	Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej	4	83,25	20,81	8.	B	Katedra i Zakład Farmakodynamiki	9	96,5	10,72
2.	B	Katedra i Zakład Syntezy i Technologii Chemicznych Środków Leczniczych	6	111,25	18,54	9.	C	Katedra i Zakład Bromatologii	4	34,15	8,50
3.	B	Katedra i Zakład Farmakognozji	10	170,0	17,0	10.	C	Katedra i Zakład Chemii Organicznej	5	33,75	6,75
4.	B	Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej	21	351,0	16,73	11.	C	Katedra i Zakład Toksykologii	6	39,75	6,62
5.	B	Katedra i Zakład Chemii Leków	12	157,5	13,12	12.	C	Zakład Historii Nauk Medycznych	3	14	4,60
6.	B	Międzywydziałowa Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej	9	99,25	11,30	13.	C	Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej	6	26,25	4,37
7.	B	Zakład Zarządzania i Ekonomiki Farmaceutycznej	3	33	11,00	14.	D	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	10	39	3,90
						15.	D	Katedra i Zakład Biochemii	8	24,25	3,06
						16.	D	Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii	2	0,5	0,25

Płp - liczba punktów uzyskanych przez jednostkę uzyskana po podzieleniu sumy punktów KBN (ostatnia kolumna) przez liczbę pracowników (kolumna środkowa).
L. prac. - liczba pracowników

Ranking opracowany w Proroktoracie do spraw Nauki na podstawie informacji udostępnionych przez dziekanaty poszczególnych Wydziałów.

Medal 50-lecia PAN dla prof. L. Szewczyka

W ramach obchodzonych uroczystości 50-lecia Polskiej Akademii Nauk, Wydział Nauk Medycznych przyznał czterem profesorom medycyny z całej Polski okolicznościowy Medal 50-lecia Polskiej Akademii Nauk za wieloletnią, aktywną pracę w strukturach Polskiej Akademii Nauk.

Medalem 50-lecia został uhonorowany prof. dr hab. Leszek Szewczyk – kierownik III Katedry Pediatrii oraz Kliniki Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej. Należy wspomnieć, że prof. dr hab. Leszek Szewczyk aktualnie został wybrany na przewodniczącego Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk na kolejną kadencję.



Prof. L. Szewczyk na czele kwartalnika endokrynologicznego



Prof. dr hab. Leszek Szewczyk

Zarząd Polskiego Towarzystwa Endokrynologów Dziecięcych powierzył prof. dr hab. Leszkowi Szewczykowi (członkowi Zarządu PTED) funkcję Redaktora Naczelnego nowego kwartalnika endokrynologicznego „Endokrynologia Pediatryczna”.

Kwartalnik jest poświęcony problematyce endokrynologicznej dzieci i młodzieży. Publikuje prace z zakresu problematyki wzrastania, tyreologii, diabetologii, osteologii, andrologii rozwojowej, dziewczęcej endokrynologii ginekologicznej, neuroendokrynologii, psychoendokrynologii i innych problemów naukowych oraz klinicznych szeroko pojmowanej endokrynologii wieku rozwojowego od okresu noworodkowego począwszy, po okres uzyskania pełnej dojrzałości.

Neurologicy na Kongresie w Finlandii

W dniach 30 sierpnia – 2 września 2003 roku odbył się w Helsinkach kolejny, VII Kongres Europejskiej Federacji Towarzystw Neurologicznych (EFNS).

Kongres ten jest jednym z najważniejszych corocznych wydarzeń neurologicznych. W tym roku, podobnie jak w latach poprzednich, uczestniczyła w nim liczna grupa polskich, w tym lubelskich neurologów. Klinikę Neurologii AM w Lublinie reprezentowali: prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak, dr n. med. Maria Pilarczyk, dr n. med. Joanna Iłżecka, dr n. med. Andrzej Fidor, dr n. med. Ewa Belniak, dr n. med. Urszula Chyrchel, dr n. med. Konrad Rejdał oraz lek. med. Joanna Bielewicz.

Kongres obejmował szeroki zakres zagadnień neurologicznych. Pierwszego dnia odbyły się kursy szkoleniowe, natomiast kolejne dni wypełnione były sesjami ustnymi, plakatowymi i satelitarnymi dotyczącymi takich zagadnień jak: udar mózgu, stwardnienie rozsiane, otępienie, stwardnienie boczne zanikowe, choroba Parkinsona, padaczka, zaburzenia ruchowe, choroby nerwowo-mięśniowe, bóle głowy, neuroobrazowanie,

neuroepidemiologia, neurorehabilitacja, neuroonkologia, neurotraumatologia, choroby obwodowego układu nerwowego. Odbyły się również sesje specjalne, w których poruszono między innymi takie zagadnienia jak neuroetyka, czy historia neurologii.

Z Kliniki Neurologii AM w Lublinie przedstawiono kilka prac. Dr n. med. Joanna Iłżecka przedstawiła pracę na temat zależności typu początku stwardnienia bocznego zanikowego od wieku i płci chorych, dr n. med. Konrad Rejdał zaprezentował pracę biochemiczną dotyczącą krwawienia podpajęczynówkowego, natomiast dr n. med. Urszula Chyrchel przedstawiła pracę kazuistyczną na temat przewlekłej neuropatii ruchowej.

Uczestnictwo w kongresie pozwoliło nie tylko na prezentację prac, ale również na zapoznanie się z aktualnymi światowymi osiągnięciami w dziedzinie neurologii.

DR N. MED. JOANNA IŁŻECKA



Prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak i dr n. med. Joanna Iłżecka

Lekarze medycyny rodzinnej obradowali w naszym mieście

► Lublin kolebką medycyny rodzinnej

W dniach 11-13 września 2003 r. w Lublinie, w mieście będącym kolebką medycyny rodzinnej, odbył się pod patronatem honorowym Ministra Zdrowia Leszka Sikorskiego i JM Rektora Lubelskiej Akademii Medycznej – prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latalskiego III Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

PROF. DR HAB. JERZY ŁOPATYŃSKI
DR N. MED. GRAŻYNA MARDAROWICZ
MGR TERESA NICER
LEK. MED. AGATA MATEJ

ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
KATEDRA MEDYCYNY RODZINNEJ
AM W LUBLINIE

Organizatorem był Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Lublinie z przewodniczącym Lubelskiego Komitetu Organizacyjnego prof. dr hab. Jerzym Łopatyńskim. Wiceprzewodniczącą była dr n. med. Grażyna Mardarowicz, sekretarzem mgr Teresa Nicer, sekretarzem technicznym Grażyna Ilczuk, członkami Komitetu Organizacyjnego: lek. med. Iwona Chmiel-Perzyńska, lek. med. Agata Matej, dr n. med. Ewa Szyrowska, dr n. med. Wojciech Szydłowski, lek. med. Grzegorz Szcześniak, dr n. med. Piotr Książek, lek. med. Barbara Żmurowska. W organizacji Zjazdu brał czynny udział Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Redaktor Naczelny kwartalnika „Polska Medycyna Rodzinna” prof. dr hab. Andrzej Steciwko – kierownik Katedry i



Prof. dr hab. Jerzy Łopatyński otrzymał od prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej prof. dr hab. Andrzeja Steciwko Statuetkę Hipokratesa



JM Rektor AM w Lublinie – prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański, wieloletni konsultant krajowy w zakresie medycyny ogólnej, nie ukrywał wzruszenia i wielkiego sentymentu, jakim darzy środowisko lekarzy rodzinnych

Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu i jego współpracownicy. Firma AGORA International była organizatorem strony technicznej Zjazdu.

Mottem tego, jakże ważnego ogólnopolskiego wydarzenia było: „Lekarz Rodzinny Mecenaszem Naszego Zdrowia od Narodzin aż po Starość”. Nadszedł moment, aby rola lekarza rodzin-

nego została prawdziwie doceniona – nie tylko w gronie medycznym, ale w całym naszym społeczeństwie, uparcie dążącym do nowoczesności. Dziś najważniejsze jest, aby lekarze pierwsze-





**Prof. dr hab. Jerzy Łopatyński –
kierownik Katedry Medycyny
Rodzinnej i Zakładu Podstawowej
Opieki Zdrowotnej AM w Lublinie**

go kontaktu byli jak najlepiej wykształceni i stale podnosili własne kwalifikacje. Trzy pierwsze sesje, które bezpośrednio poprzedziły Uroczystość Otwarcia Zjazdu, to: „Uzależnienia”, „Onkologiczna” i „Medycyna Ratunkowa”.

Pierwsza sesja poświęcona była najważniejszym problemom związanym z uzależnieniem, szczególnie od narkotyków i alkoholu, wykrywaniu narkotyków, detoksykacji i farmakoterapii uzależnień w praktyce lekarza rodzinnego oraz związkom przyczynowo-skutkowym zachowań zdrowotnych z występowaniem uzależnień u dzieci i młodzieży.

W sesji „Onkologicznej” przedstawiono najbardziej podstawowe i praktyczne metody wczesnego wykrywania chorób nowotworowych. Temat niezwykle ważny, ponieważ lekarz pierwszego kontaktu jest najbardziej odpowiedzialny za moment, w którym zostaje zdiagnozowana choroba, od której zależy życie pacjenta. Pozostałe wykłady poświęcone były podstawowej

diagnostyce hematologicznej oraz roli lekarza rodzinnego w diagnozowaniu i prowadzeniu rodziny z dziedziczną predyspozycją do nowotworów.

W sesji „Medycyna ratunkowa” opisano najczęstsze stany nagłe, z który-

„Lekarz Rodzinny Mecenasem Naszego Zdrowia od Narodzin aż po Starość”

mi każdy lekarz może zetknąć się podczas codziennej praktyki, i w których czas oraz umiejętności lekarza decydują o życiu człowieka. Wyodrębnił najbardziej istotne zmiany w aktualnych zasadach resuscytacji.



III Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oficjalnie rozpoczęto koncertem młodej skrzypaczki, która wykonała solo „Legendę” Henryka Wieniawskiego. Następnie uhonorowano **prof. dr hab. Jerzego Łopatyńskiego** i **prof. dr hab. Zbigniewa Rudkowskiego** z Wrocławia statuetką Hipokratesa i tytułem „Przyjaciela Lekarza Rodzinnej”. Dyplomy „Przyjaciela Lekarza Rodzinnej” przyznano redaktorowi **mgr Janowi Kuźniakowi** oraz Firmie Merck.

Podczas uroczystego otwarcia obecni byli: Wojewoda Lubelski – **Andrzej Kurowski**, przedstawiciele wyższych uczelni lubelskich, Dyrektor Lubelskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia – **dr n. med. Adam Borowicz** i przedstawiciel JE Arcybiskupa Metropolity Lubelskiego **Józefa Zycińskiego**. Piękny list do uczestników Zjazdu wystosował JE Arcybiskup Lubelski i Chelmski Abel. W tym dniu nie mógł być obecny Minister Zdrowia, lecz zaszczylił nas swoją obecnością podczas piątkowych i sobotnich obrad.

Po uroczystości otwarcia Zjazdu wygłoszono pięć wykładów inauguracyjnych. Pierwszy – „Narodziny medycyny rodzinnej w Polsce” – przedstawił JM Rektor AM w Lublinie – **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latalski**, wieloletni konsultant krajowy w zakresie medycyny ogólnej, który nie ukrywał wzruszenia i wielkiego sentymentu, jakim darzy środowisko lekarzy rodzinnych. Pozostałe referaty to: „Stan zdrowia

Polaków, a rola lekarza rodzinnego” – **prof. dr hab. Witold Zatoński**, „Wpływ uwarunkowań zdrowotnych i ekonomicznych na zadania medycyny rodzinnej” – **dr n. med. Krzysztof Kuszewski**, „Reformowanie opieki zdrowotnej w Polsce” – **prof. dr hab. Leszek Wdowiak**, „Rodzina jako podmiot i przedmiot opieki lekarza rodzinnego” – **prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym**.

Część robocza Zjazdu trwała od czwartku aż do sobotniego popołudnia. Wygłoszono 111 referatów w dwudziestu jeden sesjach: pulmonologiczno-alergologicznej, chorób infekcyjnych i antybiotykoterapii, nefrologicznej, endokrynologicznej, neurologicznej, gastrologicznej, naczyniowej, chorób metabolicznych, opieki zdrowotnej od poczęcia po dorosłość, problemów zdrowotnych w marszu ku starości i wybranych problemów medycyny rodzinnej. Równolegle prowadzone były sesje plakatowe, w których przedstawiono 56 prac o bardzo szerokim zakresie tematycznym oraz sesje zorganizowane przez firmy farmaceutyczne: Janssen-Cilag, GlaxoSmithKline, Astra Zeneca, Ferrosan Poland, Krka.

Ze względu na tak ogromną ilość prezentowanych tematów obrady prowadzone były w kilku salach równolegle. Wśród wykładowców znalazły się największe autorytety polskiej medycyny. Podczas Zjazdu poruszony został możliwie najszerszy krąg problemów, z jakimi ma do czynienia na co dzień lekarz rodzinny. Przedstawiono

najważniejsze problemy dotyczące diagnostyki, kliniki i terapii różnych schorzeń.

W obradach uczestniczyło ponad 1,5 tys. osób. Wszyscy byli rejestrowani przez Biuro Zjazdu, otrzymali materiały zjazdowe, a w ostatnim dniu certyfikaty uczestnictwa. Bardzo wielką pomoc w tej pracy wnieśli studenci Kola Naukowego działającego przy naszym Zakładzie, którzy praktycznie prowadzili to Biuro.

Zjazd zakończono konferencją „Okrągłego Stołu”, której motto brzmiało „Dobra współpraca lekarzy rodzinnych i specjalistów gwarantem zdrowia Polaków”. W konferencji tej wziął udział Minister Zdrowia **Leszek Sikorski**.

Zadziwiała nas ogromne zaangażowanie uczestników Zjazdu jako słuchaczy. Zwykle zapelniali sale do ostatniego miejsca i w sposób zaplanowany poszukiwali istotnych dla nich tematów wykładów. Po zakończeniu Zjazdu wielu z nich spontanicznie dziękowało organizatorom za taką właśnie formułę, której podporządkowane było to spotkanie.

Ogromna większość wygłoszonych wykładów została opublikowana w kwartalniku „Polska Medycyna Rodzinna”.

Nieodzowną częścią wszystkich zjazdów lekarskich są zazwyczaj imprezy artystyczne i towarzyskie. Takie spotkania pozwalają zabiegającym, zapracowanym i nie myślącym o sobie lekarzom zapomnieć o codziennych trudach, śmiać się, cieszyć, a czasami bawić się jak dzieci. Były ku temu okazje. Niewyszukane dowcipy **Jerzego Kryszaka**, wspaniałe wodzirejstwo na Biesiadzie Staropolskiej **Jerzego Tyńca**, znane już wszystkim kawały **prof. Aloszy Awdiejewa** — rozbawiały niemal wszystkich do łez i stwarzały fantastyczną atmosferę. Śpiewom, tańcom nie było końca w piątkowy wieczór, podczas którego bawił się z nami honorowy Gość Zjazdu Minister Zdrowia **Leszek Sikorski**.

Lubelscy organizatorzy III Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej są bardzo zmęczeni, ale jednocześnie bardzo szczęśliwi. Szczęśliwi z dwu powodów — ponieważ zjazd się skończył, ale — skończył się, jak wielu sądzi, wielkim sukcesem.

**Zadziwiała nas ogromne
zaangażowanie uczestników
Zjazdu jako słuchaczy. Zwykle
zapelniali sale do ostatniego
miejsca i w sposób zaplanowany
poszukiwali istotnych dla nich
tematów wykładów.**

Kongres Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej

Kolejny, 18 już Kongres Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej odbył się w Paryżu w dniach 24-29 sierpnia 2003 roku.

Organizacja ta zrzesza szereg stowarzyszeń, których celem jest rozwiązywanie problemów pojawiających się u osób z cukrzycą.

Kongresy takie są organizowane co trzy lata.

**PROF. DR HAB. JERZY ŁOPATYŃSKI
DR N. MED. GRAŻYNA MARDAROWICZ
DR N. MED. EWA SZYPROWSKA
LEK. MED. AGATA MATEJ
LEK. MED. DOROTA DROZD**

ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
KATEDRA MEDYCYNY RODZINNEJ
AM W LUBLINIE

O Paryżu wielu mówi, że jest stolicą świata. Co do tego, jak piękny jest Paryż, nikt z nas nie miał wątpliwości. Tam wystarczy być tylko kilka dni, chodzić, patrzeć, aby się tym miastem zauroczyć. Nie można niestety tego powiedzieć o nowym Centrum Kongresowym. Ponad 20 tysięcy uczestników „kłębiło się”, błądziło i szukało właściwej drogi w monstrualnej pigule Centrum. Zgodnie stwierdziliśmy, że przed wpuszczeniem ludzi do ta-

kiej wieży „Babel” należy szkolić ich co najmniej przez jeden dzień. Takiego szkolenia nie było, w związku z tym przez kilka pierwszych godzin próbowaliśmy rozwiązać zagadki elipsoidalnie biegnących korytarzy, zrozumieć niejasne oznakowania sal oraz znaleźć tajemniczo ukryte sanitariaty.

Jeśli już jednak przebrnęło się przez te pierwsze przeszkody atmosfera zjazdu okazywała się przyjazna i umożliwiająca uczestnikom zapoznanie się z najnowszymi osiągnięciami diabetologii, zarówno teoretycznej, jak i praktycznej. Jak zwykle, wszystkim z nas kłopot sprawiało to, że obrady odbywały się często równolegle na 20 spośród 22 sal kongresowych lub w otaczających halę kongresową obiektach. Ponadto stale była dostępna „galeria” prac plakatowych, których zakwalifi-

kowano 1702. Niestety prace te nie mogły być eksponowane przez cały czas trwania kongresu, jak to zwykle bywa. Z racji na niewielki obszar wystawy często na tym samym miejscu były prezentowane trzy lub nawet cztery postery, które wypierały poprzedników.

Mamy tę satysfakcję, że zakwalifikowano z naszego Zakładu dwie prace:

1. **J. Łopatyński, G. Mardarowicz, A. Matej:** „Smoking status and prevalence of diabetes mellitus”

2. **G. Mardarowicz, J. Łopatyński, T. Nicer, A. Matej:** „Obese, hypertensive and dyslipidaemic subjects – who are insulin resistant? A population study in eastern Poland”

Ponadto zauważyliśmy inne prace lubelskie – z Kliniki Endokrynologii: **M. Kowalczyk, A. Nowakowski** „Myocardial ischemia in Type 1 diabetes patients without clinical symptoms of ischemic heart disease”, z Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Kliniki Endokrynologii: **K. Słoma-Madej, H. Donica, J. S. Tarach, A. Nowakowski** „The assessment of homocysteine concentration and lipid parameters in patients with Type 2 diabetes mellitus”, z Kliniki Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej: **L. S. Szewczyk, Y. Azab, A.**

Bury, A. Lozowska „Cortisol levels in new-onset diabetes Type 1 in children”.

Analizując dokładniej, stwierdziliśmy, że w zjeździe brało udział kilkuset lekarzy z Polski i prezentowali oni 71 prac w sesjach plakatowych oraz zaledwie kilka prac przedstawionych w postaci wykładów. Ma się to nijak do naszego udziału we władzach różnych federacji diabetologicznych, gdzie nie zasiadają Polacy. Jesteśmy przekonani, że wchodząc do wspólnej Europy musimy zadbać o to, aby „nasi ludzie” zajmujący się cukrzycą zajęli należne miejsce w tych władzach.

Podczas Kongresu mówiono wiele o kierunkach rozwoju i o przyszłości poszczególnych dziedzin diabetologii. Wygłoszono kilkaset wykładów z następujących dziedzin:

1. Wyspy trzuskowe w modelach zwierzęcych
2. Hormony i metabolizm
3. Cukrzyca typu 1, z uwzględnieniem dzieci i kobiet ciężarnych
4. Cukrzyca typu 2, otyłość i insulinooporność, ze szczególnym zwróceniem uwagi na cukrzycę typu LADA i na współzależności między genami i środowiskiem

5. Powikłania cukrzycy, ze szczególnym uwzględnieniem problemów dotyczących receptorów PPAR i ich roli w stresie oksydacyjnym, dyslipidemii i insulinooporności, angiogenezie i genetycznych podstaw powikłań cukrzycy

6. Problemy terapeutyczne, z podkreśleniem roli analogów insuliny, gli-tazonów, nowej formy zastosowania tzw. czujników glukozowych, a także roli genetyki w rozwoju technik terapeutycznych.

Wiele uwagi poświęcono problemom socjoekonomicznym, z jakimi borykają się takie kraje rozwijające się jak: Indie, Pakistan, Chile, czy Argentyna. To właśnie w tych krajach o dużym zaludnieniu i szybkim rozwoju gospodarczym lawinowo narasta liczba zachorowań na cukrzycę.

W czasie sesji plenarnych i satelitarnych mogliśmy na żywo wysłuchać wykładów takich sław diabetologicznych i autorytetów w swojej dziedzinie jak: **George Alberti** (UK), **Jorn Nerup** (Dania), **Paul Zimmet** (Australia), **Jean-Louis Chasson** (Kanada), **Ralph**



Prof. dr hab. Jerzy Łopatyński, dr n. med. Grażyna Mardarowicz i lek. med. Agata Matej

Defronzo (USA), **Pierre Lefebvre** (Belgia), **Jaakko Tuomilehto** i **MR. Taskinen** (Finlandia), **Andrzej Królewski** (USA).

W salach wystawowych ponad 110 firm farmaceutycznych, wydawniczych i producentów sprzętu technicznego stosowanego w diabetologii prezentowało własne wyroby. Przedstawiono najnowsze modele pomp insuliny, systemy do całodobowego monitorowania glikemii (glucowatch) i nowoczesny sprzęt laboratoryjny.

Warto wspomnieć, że w dniach 22-23 sierpnia br. odbył się w Paryżu satelitarny do IDF Zjazd Pielęgniarek pod hasłem „Godne życie w cukrzycy”, w którym uczestniczyła jedna z pracujących w naszej Poradni Diabetologicznej pielęgniarek — **Dorota Drozd**. Ten artykuł nie jest miejscem, aby podkreślać rolę pielęgniarki w opiece nad osobą z cukrzycą. Jest to jednak rola bardzo ważna.

Ciekawy program socjalny i niepowtarzalna atmosfera Paryża sprawiły, że kongres ten pozostanie na długo w pamięci uczestników.

Chcemy, aby wszyscy, którzy czytają ten tekst, wiedzieli, jak kosztowne jest uczestniczenie w zjeździe naukowym światowej rangi: „monstrualnie” wysoka opłata zjazdu, przelot – ponad 1 000 zł, pobyt w najtańszym hotelu – co najmniej 600 zł/dobę, nie mówiąc już o wyżywieniu i wydatkach socjalnych. Na taki wydatek po prostu nie stać ani nas, ani naszego pracodawcy – Akademii Medycznej. Dlatego chwała naszym Mecenansom, którzy umożliwili nam ten wyjazd, a do tego – w wolnych od obrad chwilach gościli nas serdecznie i ukazywali uroki Paryża, których sami nie byłibyśmy w stanie zobaczyć. Mecenasi ci to firmy farmaceutyczne: GlaxoSmithCline, Servier Polska, Bioton.

Model zdrowego stylu życia jako zadanie interdyscyplinarne

*Opracowanie, wdrożenie i promowanie
zdrowego stylu życia to już w tej chwili
warunek konieczny przetrwania człowieka
i całej społeczności – pisze A. Płotka we
wstępie do książki „Zdrowy styl życia
psychicznego”.*

DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA

ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK Z ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Świadomość zadań stojących przed całym światem nauki jest coraz powszechniejsza. Potwierdzeniem tego zrozumienia jest wielki odzew polskich i zagranicznych naukowców na propozycję organizacji konferencji międzynarodowej. Na zaproszenie z entuzjazmem i z wyrazami uznania dla koncepcji organizatorów odpowiedzieli przedstawiciele wielu dziedzin nauki zarówno z Polski, jak i ośrodków zagranicznych (Białoruś, Litwa, Rosja, Ukraina, Wielka Brytania). Zebrało się ich aż dwustu pięćdziesięciu w Ośrodku Wypoczynkowym „Rubin” nad jeziorem Krasne, w pięknym krajobrazie Pojezierza Łę-

czyńsko-Włodawskiego, jednym z najczystszych akwenów tego Pojezierza. Przewodniczący konferencji **dr n. przyr. Aniela Płotka** i **prof. dr hab. Krzysztof Turowski**, reprezentujący Akademię Medyczną w Lublinie pozyskali jako organizatorów konferencji: Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie, Wyższą Szkołę Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania w Rykach oraz Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Białej Podlaskiej. Jako cel podstawowy konferencji jej przewodniczący sformułowali dyskusję nad modelem zdrowego stylu życia w perspektywie badań naukowych oraz działań społecznych. Zgłoszenia na konferencję przerosły nasze oczekiwania. Jej dorobek to 304 referaty, opublikowane w trzypięciowym wydawnictwie.

Ogromna liczba uczestników, liczba prezentowanych referatów oraz bar-

dzo szeroki zakres prezentowanej tematyki skłoniły kierujących konferencją do zorganizowania w jej ramach aż sześciu sesji naukowych: ► psychologiczne uwarunkowania zdrowia, ► czynniki związane ze zdrowym stylem życia, ► somatyczne uwarunkowania zdrowia, ► edukacja zdrowotna, ► zagrożenia zdrowego stylu życia, ► wzorce zdrowego stylu życia.

W pierwszym dniu konferencji referat wprowadzający wygłosiła dr n. przyr. Aniela Płotka („Zdrowy styl życia człowieka – jego uwarunkowania i zagrożenia”), wytyczając główne kierunki nowych działań i prezentując dokonania wielu dziedzin z perspektywy całościowego, holistycznego spojrzenia na główny problem. Spore zainteresowanie wywołały referaty: **Bożeny Grochmal-Bach** „Sens życia jako wartość”; **Anny Jabłońskiej-Chmielewskiej** i **Marka Chmielewskiego** „Kreowanie zdrowego stylu życia jako zadanie samorządu terytorialnego”. Ten dzień zakończono dyskusją, która przeniosła się aż do wieczornego ogniska i wspólnej kolacji.

Drugi dzień konferencji to czas sześciu sesji, kilkanaście godzin poświęconych psychologicznym uwarunkowaniom zdrowia, czynnikom zdrowe-



go stylu życia, somatycznym uwarunkowaniom zdrowia, edukacji zdrowotnej, wybranym wzorcom zdrowego stylu życia oraz niektórym istotnym za-

grożeniom dla niego. Swoje referaty zaprezentowali psychologowie, pielęgniarki, lekarze, specjaliści od turystyki, wychowania fizycznego, specjaliści od spraw żywienia, pedagogiki zdrowia.

Mimo sporej różnorodności prezentowanej tematyki z różnych dyscyplin, dzięki przemyślanej konstrukcji poszczególnych sesji uczestnicy mieli możliwość jasnego oglądu poszczególnych fragmentów konferencji i śledzenia jej kierunków. Szczególne zainteresowanie i długą dyskusję wywołały wystąpienia: **Ludmiły Sadovnicovej** „Psychologiczne uwarunkowania zdrowego trybu życia i działalności zawodowej”; **Andrzeja Krawańskiego** „Ciało człowieka z perspektywy pedagogiki zdrowia”; **Michała Szepelawy**, **Jerzego Pośpiecha** „Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży – podstawowy komponent stylu życia”.

Pracowity dzień zakończyli uczestnicy uroczystą kolacją, która stała się okazją do pogłębienia kontaktów osobistych, wymiany informacji i wielu projektów naukowych. Gdyby niektóre udało się zrealizować – byłby to jesz-

cze jeden pozytywny efekt przedsięwzięcia lubelskiego.

Następny, ostatni dzień konferencji prowadzący zaplanowali w zgodzie z postulowanym modelem zdrowego stylu życia. Uwzględniając strukturę zmęczenia uczestnikom zaproponowano wypoczynek czynny, połączony z ruchem mięśniowym i odpowiednim transportem tlenu, wyrównującym niedobory powstałe w specyficznych warunkach pracy umysłowej.

Uczestnicy wzięli udział w pieszej wycieczce po Poleskim Parku Narodowym, zakończonej wspólnym posiłkiem w plenerze. W ten sposób praktyka nie pozostała w oderwaniu od teorii, a wszyscy mieli możliwość zapoznania się z oryginalną florą i fauną. Przez lornetki obserwowaliśmy życie ptaków, podziwialiśmy piękno poleskiej przyrody z wież widokowych. Polesia czar – niepowtarzalny urok tajemniczego krajobrazu – nieprzebyte, podmokłe knieje, moczary i jeziora, które stanowią bogactwo Poleskiego Parku Narodowego najlepiej można ocenić samemu podczas pieszej wędrówki z przewodnikiem.



Dr n. przyr. Aniela Płotka – autorka wydanej w tym roku niezwykle interesującej książki pt. „Zdrowy styl życia psychicznego”.

Wczesne wykrywanie jaskry

W dniach 13-14 września 2003 roku w Lublinie, z okazji wręczenia 4 Złotego Medalu Tadeusza Krwawicza Profesorowi Stephenowi Drance odbyło się Międzynarodowe Sympozjum „Wczesne wykrywanie jaskry. Perymetria”.

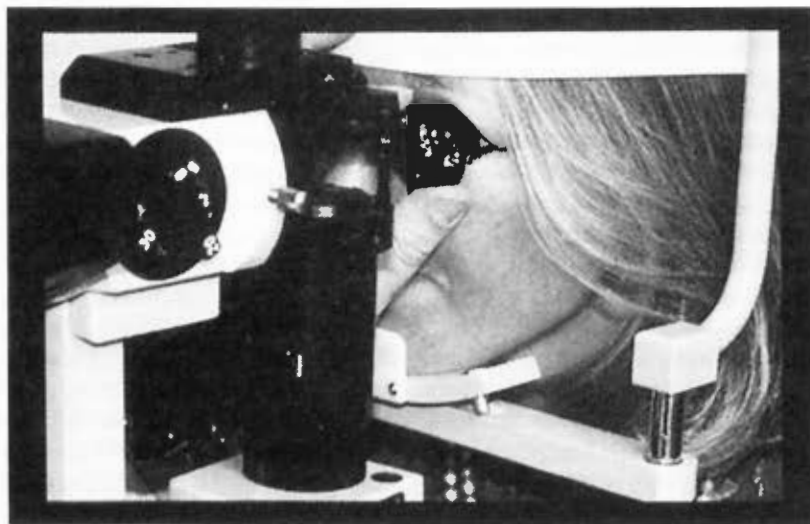
DR N. MED. TOMASZ ŻARNOWSKI
KATEDRA I I KLINIKA OKULISTYKI
AM W LUBLINIE

Sympozjum zorganizowane zostało przez **prof. dr hab. Zbigniewa Zagórskiego** i współpracowników z Katedry im. Tadeusza Krwawicza i I Kliniki Okulistyki AM w Lublinie. Sympozjum patronował JM Rektor Akademii Medycznej w Lublinie **prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański**.

Uroczystość wręczenia 4 Złotego Medalu Tadeusza Krwawicza **prof. Stephenowi Drance** odbyła się 13 września 2003 roku o godz. 11 w Auditorium Maximum Collegium Novum Akademii Medycznej w Lublinie. Po uroczystości został odtworzony z taśmy video wykład okolicznościowy pt. „Wpływ wielośrodkowych badań nad jaskrą z normalnym ciśnieniem na postępowanie w jaskrze otwartego kąta”. Profesor S. Drance niestety nie mógł osobiście uczestniczyć w cere-



**Specjalista krajowy
w dziedzinie okulistyki
prof. dr hab. Jerzy Szaflik**



monii ze względów zdrowotnych. Profesor S. Drance, z pochodzenia Polak urodzony w Bielsku, studiował i specjalizował się w okulistyce w Wielkiej Brytanii, a swoje całe zawodowe życie spędził w Kanadzie. Jest autorem klasycznych już prac, które wywarły wielki wpływ na współczesne poglądy dotyczące patogenezы, diagnostyki i leczenia jaskry. Zainteresowania ba-

dawcze Prof. S. Drance dotyczą przede wszystkim tematyki jaskry normalnego ciśnienia (był twórcą tego pojęcia), a także rozwoju technik perymetrii automatycznej.

Po wykładzie rozpoczęło się sympozjum międzynarodowe poświęcone perymetrii oraz wczesnemu wykrywaniu jaskry. Na program naukowy złożyły się 23 prace, polscy okuliści wygłosili 14 prac, goście zagraniczni 9 prac. Obejmowały one tematykę kliniczną dotyczącą wczesnego wykrywania jaskry (morfologii tarczy n. II, badań przepływów, badań genetycznych, elektrofizjologii) oraz perymetrii (techniki, zastosowanie w jaskrze i neurookulistyce).

W sympozjum wzięli udział wybitni specjaliści zajmujący się powyższą problematyką m. in. **prof. P. Aydin** z Ankary, **prof. A. Junemann** oraz **dr J. Harazny** i **M. Ścibor** z Erlangen, **prof. K. Takchidi** oraz **dr T. Kozlova** z Moskwy, **dr S. Moroi** z Ann Arbor, **dr A. Gudze** ze Lwowa i wielu innych. Wśród gości polskich znaleźli się: m. in., kierownicy klinik okulistycznych z Warszawy, Wrocławia, Poznania, Łodzi, Bytomia, Białegostoku, Szczecina i wielu innych.

W opinii wielu fachowców istnieją liczne kontrowersje oraz trudności z właściwym rozpoznaniem, a następnie optymalnym leczeniem jaskry. W celu ułatwienia lepszego poznania tych zagadnień, po przedstawieniu nowoczesnych metod diagnostycznych w pierwszym dniu sympozjum, 14 września br. odbyła się dyskusja panelowa z udziałem ekspertów krajowych, w tej

grupie był specjalista krajowy w dziedzinie okulistyki **prof. dr hab. Jerzy Szaflik** oraz gości zagranicznych, która pomogła odpowiedzieć na pytanie „Kiedy i jak leczyć jaskrę?” Po sympozjum, w dniach 14-15 września br., zorganizowany został kurs „Neurookulistyka” z udziałem wykładowców z Polski i zagranicy.



Przed prezentacją multimedialną

W opinii wielu fachowców istnieją liczne kontrowersje oraz trudności z właściwym rozpoznaniem, a następnie optymalnym leczeniem jaskry.



Prof. dr hab. Zbigniew Zagórski – kierownik Katedry i I Kliniki Okulistyki AM w Lublinie w gronie współpracowników i uczestników Sympozjum.

Pielęgniarka i położna wobec edukacji zdrowotnej

Pod wspomnianym tytułem obradowała
w dniach 11-13 września br. w Kazimierzu
Dolnym Ogólnopolska Konferencja Naukowa
pod patronatem honorowym JM Rektora
prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego.
Patronatem Medialnym Konferencję objęła
TVP SA Oddział w Lublinie.

DR N. PRZYR. NINA GOZDEK

KATEDRA I ZAKŁAD PEDAGOGIKI
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Celem Konferencji było, między innymi: rozpoznanie i ocena działalności pielęgniarek i położnych w zakresie edukacji zdrowotnej, ukazanie interdyscyplinarnego charakteru edukacji zdrowotnej oraz wymiana doświadczeń między uczestnikami obrad (około 230 osób).

Ogółem wygłoszono 80 referatów. W sesji plenarnej skoncentrowano się na strategii i kierunkach rozwoju edukacji zdrowotnej (prof. Teresa B. Kuliłk); możliwościach realizacji przez pielęgniarki i położne otwartego wychowania zdrowotnego (ks. prof. Marian

Nowak); kompetencjach pielęgniarek w Europie jako współwyznaczniku edukacji (prof. Irena Wronska); prawnych aspektach swobodnego przepływu osób i usług w Unii Europejskiej (mgr Krystyna Walkowska, prof. Leszek Wdowiak); aktualnych potrzebach w zakresie edukacji zdrowotnej (prof. Irena D. Karwat) oraz programie Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (mgr Beata Balińska).

Prezentowane poza sesją plenarną referaty, były skupione wokół następującej problematyki:

1. rola pielęgniarki i położnej w edukacji zdrowotnej;
2. edukacja zdrowotna w procesie kształcenia i doskonalenia zawodowego;
3. edukacja zdrowotna w kształtowaniu zachowań zdrowotnych;

4. programy edukacyjno-zdrowotne, założenia i efektywność;
5. komunikowanie w edukacji zdrowotnej;
6. edukacja zdrowotna w profilaktyce niepełnosprawności i w niepełnosprawności.

Komplementarnym elementem Konferencji był zorganizowany przez Katedrę i Zakład Pedagogiki konkurs na autorski projekt edukacyjno-zdrowotny, opracowany i realizowany przez pielęgniarki i położne (ogłoszony w III-IV kwartale 2002 r. w czasopiśmie zawodowych i samorządowych).

Komisja konkursowa w składzie: przewodnicząca – dr Nina Gozdek, członkowie – dr Wiesława Ciechaniewicz, dr Barbara Ślusarska, dr Danuta Zarzycka, mgr Mariusz Wysokiński kierując się zaproponowanymi przez N. Gozdek kryteriami oceny programów, dokonała rozstrzygnięcia Konkursu i upoważniła przewodniczącą do ogłoszenia wyników w czasopiśmie „Pielęgniarka i Położna” (czerwiec 2003 r.).

Ocena autorskich programów edukacyjno-zdrowotnych, odbywała się w oparciu o następujące kryteria:



Od lewej: prof. dr hab. Irena Wrońska – Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, kierownik Katedry i Zakładu Pedagogiki; prof. dr hab. Teresa B. Kulik – przewodnicząca Komitetu Naukowego Konferencji oraz JM Rektor prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latałski



1. określenie celów szczegółowych programu w formie operacyjnej;
2. precyzyjne określenie zadań do realizacji;
3. konstrukcja programu, uwzględniająca wieloaspektowe podejście do problemu zdrowotnego;
4. metodyka konstruowania programu, uwzględniająca indywidualność i podmiotowość uczestników programu;
5. interdyscyplinarny zespół realizatorów i szeroka sieć współpracujących podmiotów;
6. sposób pozyskiwania uczestników programu;
7. uwzględnianie w projekcie kompleksowej opieki profilaktyczno-leczniczej;

Od lewej: dr n. przyr. Nina Gozdek – przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Konferencji oraz ks. prof. dr hab. Marian Nowak



Sala obrad

8. obecność w projekcie dokumentacji diagnostyczno-edukacyjnej;

9. podejmowanie istotnych problemów zdrowotnych nie zawsze w sposób jednoznaczny określonych w Narodowym Programie Zdrowia;

10. udokumentowane uznanie społeczne dla realizowanego programu.

Interesującym obszarem rozważań, były: ► zagadnienie komunikowania

w edukacji zdrowotnej w drodze przekazu medialnego i przez Internet, ► reklama i systemy teleinformacyjne w promocji zdrowia, ► uwarunkowanie doboru form komunikowania, ► zakres komunikowania interpersonalnego, ► zapotrzebowanie na informację zdrowotną w wybranych grupach pacjentów, ► poglądy pacjentów na zakres i sposób przekazywania informacji zdrowotnej chorym i rodzinie.

Kształtowanie zachowań zdrowotnych analizowano w aspekcie problemu bezrobocia, nałogów, ochrony narządów zmysłów, stylu życia studentów, osób w wieku rozwojowym i w okresie starości, mieszkańców wsi, w chorobach przewlekłych i w niepełnosprawności.

Przewodnią problematyką było eksponowanie roli pielęgniarstwa i położnej w edukacji zdrowotnej w aspekcie misji i funkcji zawodowych, wizji zdrowego społeczeństwa i paradygmatu socjoekologicznego, stanowiącego naukową podstawę koncepcji promocji zdrowia. W ramach dyskusji, wiele cennych rad i wskazówek uczestnicy Konferencji otrzymali od prof. dr hab. Mariana Sygita (Uniwersytet Szczeciński), któremu serdecznie dziękuję w imieniu swoim i osób uczestniczących w Konferencji.

Obrady przebiegały w dobrej i twórczej atmosferze, z jednoczesnym respektowaniem założeń zdrowego stylu życia i dbałości o rekreację.

Od lewej: Prof. dr hab. Leszek Wdowiak – Konsultant Krajowy w dziedzinie Zdrowia Publicznego, dr n. przyr. Nina Gozdek oraz prof. dr hab. Marian Sygit.



Europejskie Warsztaty Pielęgniarstwa w Kazimierzu Dolnym

Po raz pierwszy, organizatorem spotkania w ramach projektu TENN (Thematic European Nursing Network) finansowanego z programu Sokrates-Erazmus, był Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie.

PROF. DR HAB. IRENA WRÓŃSKA

KATEDRA I ZAKŁAD PEDAGOGIKI

MGR PIEL. MARTA CZEKIRDA

MGR PIEL. WIESŁAW FIDECKI

MGR PIEL. MARIUSZ WYSOKIŃSKI

SAMODZIELNA PRACOWNIA
UMIĘJĘTNOŚCI PIELĘGNIARSKICH
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA
I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Spotkanie odbyło się w dniach 28-30 sierpnia 2003 roku w Kazimierzu Dolnym. Organizacja ta skupia nauczycieli pielęgniarstwa z kilkunastu krajów Europy. Udział w tym spotkaniu wzięły osoby z Anglii, Belgii, Niemiec, Finlandii, Estonii, Litwy, Czech, Rumuni, Szwecji. Byli obecni przedstawiciele instytucji dydaktyczno-naukowych takich jak: St Martin's College; Swedish Polytechnic; University of Professional Education of Am-

sterdam; Kaunas University of Medicine; Pirkanmaa Polytechnic; Turku Polytechnic; Catholic University of Professional Education; Lund University; Palacky University in Olomouc.

Nauczyciele akademicy z Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu byli zaproszonymi gośćmi.

Celem programu TENN była analiza struktury praktyki pielęgniarstwa, narzędzi oceny oraz wymiana doświadczeń pomiędzy uczestnikami w zakresie edukacji studentów pielęgniarstwa.

Tematyka konferencji skupiła się na następujących zagadnieniach: pracy mentora i praktykującej pielęgniarki, oraz postępie jaki dokonuje się w pielęgniarstwie.

Wszyscy uczestnicy spotkania zaangażowani byli w dyskusje w poszczególnych podgrupach tematycznych: w pierwszej poruszano zagadnienia związane z mentoringiem w pielęgniar-

stwie; w drugiej skupiono się nad umocowieniem pracy pielęgniarstwa w praktyce; trzecia zajmowała się zagadnieniem liderów w pielęgniarstwie.

Spotkanie było interesujące i inspirowane. Debaty były poświęcone kluczowym tematom dla profesjonalnego pielęgniarstwa. Dzięki temu, że wypowiadali się przedstawiciele różnych środowisk pielęgniarstwa o odmiennych doświadczeniach, możliwe było wyłonienie wielu konstruktywnych wniosków. Uczestnicy deklarowali chęć omawianych udoskonaleń w swoich zakładach pracy, a także podzielenia się osiągniętymi efektami na następnym spotkaniu w Tallinie.

Dla większości uczestników był to pierwszy pobyt w Polsce i w Kazimierzu Dolnym. Organizatorzy wykorzystali ten fakt i zorganizowali wspólnie zwiedzanie tego urokliwego miasteczka oraz rejs statkiem po Wiśle. Wszyscy uczestnicy byli zachwyceni panującą atmosferą, niepowtarzalnym klimatem i urokiem Kazimierza.

XX Konferencja Polskiego Towarzystwa Anatomicznego

**W dniach od 4 do 6 września 2003 roku
odbyła się w Lublinie XX Konferencja
Polskiego Towarzystwa Anatomicznego.
Jest to cyklicznie powtarzające się
spotkanie wszystkich członków
i sympatyków tego towarzystwa naukowego.**

LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK
KATEDRA I KLINIKA PSYCHIATRII
AM W LUBLINIE

Jak wiadomo, anatomia jest nauką podstawową. Stanowi niejako elementarz dla wszystkich dziedzin medycznych, od tych stricte teoretycznych po kliniczne. Jak zrozumieć patologię nie znając fizjologii? Towarzystwo anatomiczne skupia jednak nie tylko lekarzy medycyny, stomatologii czy weterynarii. Spore grono członków stanowią także biolodzy i mikrobiolodzy. Obecność tej grupy była zresztą zaznaczona dość wyraźnie i licznie w wielu pracach i publikacjach, jakie ukazały się w zbiorze streszczeń. Zja-

wiło się także kilkunastu członków PTA pracujących na co dzień różnych akademiach wychowania fizycznego.

Konferencja odbyła się ona pod egidą JM Rektorów AM – **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego** i AR **prof. dr hab. Zbigniewa Targońskiego**. Obydwie szkoły wyższe są oczywiście lubelskie, zaś samo rozpoczęcie miało miejsce w budynku Collegium Novum w al. Racławickich. Słowo wstępne wygłosili – gospodarz czyli przewodniczący Komitetu Organizacyjnego **prof. dr hab. Zbigniew Wójtowicz**, prorektor ds. nauki AM w Lublinie – **prof. dr hab. Andrzej Książek**, rektor AR w Lublinie – wspomniany już **prof. dr hab. Z. Targoński** i ówczesny przewodniczący Polskiego Towarzystwa Anatomicz-

nego **prof. dr hab. Stanisław Szteyn**, wywodzący się zresztą także z Lublina, a obecnie pracujący w Olsztynie.

Po uroczystym otwarciu wszyscy goście przenieśli się do Muzeum Wsi Lubelskiej na imprezę w stylu staropolskim. Nam organizatorom przyświecała zasada, że nie samym chlebem człowiek żyje, zatem tylko strawa duchowa nie zaspokoi wszystkich naszych potrzeb. W związku z tym uznaliśmy, jako grono odpowiedzialne za pobyt naszych gości w Lublinie, że poza licznymi sesjami naukowymi zorganizujemy wprawdzie mniej liczne, ale stojące na równie wysokim poziomie „sesje” nienaukowe – czyli imprezy towarzyszące. Tak też się stało i po czwartkowym pobycie w lubelskim skansenie, w piątek po całym dniu akademickich sesji, wystawianiu licznych prac i publikacji wszyscy wsiadli do czekających autokarów i udali się do Restauracji „Palacowa” w Wierchowiskach, gdzie obrady były kontynuowane, ale w mniej nerwowej i napiętej atmosferze. Prawdą jest, że prace i publikacje zgłoszone do wystawie-

nia przez uczestników XX Konferencji PTA były tak liczne, że gdybym chciał przedstawić tylko streszczenia zajęłoby mi to kilkadziesiąt stron. Myślę, że razem z liczbą ponad 200 zgłoszonych uczestników świadczy to dobitnie o ogromie zainteresowania tą imprezą. Tym ważniejsze jest, że odbyła się ona właśnie w naszym mieście i właśnie w obiektach naszych szkół wyższych (AM i AR). Służy to zarówno promocji miasta, jak też podnosi rangę poszczególnych uczelni.

Nie można w tym miejscu nie wspomnieć zasług **profesorów Zbigniewa Wójtowicza** – kierownika Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka AM, i **profesora Stanisława Fliegera** z lubelskiej Akademii Rolniczej, którzy byli wielkimi orędownikami zlokalizowania tegoż zjazdu w Lublinie. Obydwaj Panowie stanowili zresztą trzon Komitetu Organizacyjnego Zjazdu. Cała impreza zakończyła się w sobotę zebraniem ogólnym Zarządu Głównego Towarzystwa Anatomicznego i wyłonieniem nowych jego władz. Mam nadzieję, że kilka dołączonych zdjęć mojego autorstwa dobitnie pokazuje, że nastroje na konferencji zarówno



poczas jej części oficjalnych jak i nieoficjalnych – dopisały, zaś nam jako organizatorom miło było słuchać szczerych podziękowań za pobyt, miło spędzony czas i zauroczenie naszym pięknym miastem.

Otwarcia Konferencji dokonał prof. dr hab. Zbigniew Wójtowicz – kierownik Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka AM w Lublinie



Podczas bankietu w Wierchowiskach. Od prawej: prof. prof. Stanisław Flieger i Henryk Kobryń

Wokół problemów radiologii stomatologicznej

W dniach 19-23 maja 2003 roku miałam okazję brać udział w obradach Czternastego Międzynarodowego Kongresu Radiologii Stomatologicznej i Szcękowo-twarzowej.

DR N. MED.
INGRID ROZYŁO-KALINOWSKA
II ZAKŁAD RADIOLOGII LEKARSKIEJ
AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE

Kongresy te odbywają się od roku 1968, kiedy w Santiago de Chile założono Międzynarodowe Towarzystwo Radiologii Stomatologicznej i Szcękowo-Twarzowej (International Association of DentoMaxilloFacial Radiology). Warto tu dodać, że honorowym gościem obecnego Kongresu był pracujący w Chile **prof. Gregorio Faivovich**, założyciel Towarzystwa, któremu z tej okazji medal uznania wręczył obecny przewodniczący Towarzystwa, a zarazem Komitetu Organizacyjnego konferencji, **prof. Edemir Costa** z Instytutu Stomatologii Federalnego Uniwersytetu Stanu Santa Catarina w Brazylii. Zarząd Towarzystwa stara się, aby co dwa lata Kongres odbywał się na innym kontynencie, tym razem ponownie była to Ameryka Południowa. Na miejsce

obrad wybrano Florianópolis - stolicę brazylijskiego stanu Santa Catarina, położonego na południu tego piątego co do wielkości kraju świata.

W konferencji uczestniczyło ponad pięćset osób, mimo dużej odległości, zagrożeń związanych z trwającymi na świecie konfliktami międzynarodowymi, a także epidemią SARS, choć nie stety z tego ostatniego powodu z programu w ostatniej chwili wycofano kilka prezentacji nieobecnych przedstawicieli krajów Dalekiego Wschodu. Tym bardziej wart odnotowania jest fakt, że z Polski oprócz mnie osobiście w zjeździe mieli możliwość uczestniczenia: **prof. dr hab. T. Katarzyna Różyło**, kierownik Samodzielnej Pracowni Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szcękowo-Twarzowej Akademii Medycznej w Lublinie, **prof. dr hab. Anatol Dowżenko**, kierownik Zakładu Radiologii Stomatologicznej Akademii Medycznej w Warszawie, jak również **dr n. med. Krystyna Thun-Szretter** oraz **dr n. med. Hanna Markiewicz** z tego Zakładu.

Program Kongresu był bardzo obszerny, co świadczy o coraz większej roli na świecie tej wąskiej, lecz niedocenianej dziedziny, jaką jest radiologia stomatologiczna i szcękowo-twarzowa. Do udziału w konferencji organizatorzy zaprosili szereg światowej sławy specjalistów, wśród nich **prof. Ann Wenzel** z Royal Dental College w Aarhus w Danii czy **prof. Tohru Kurabayashi** z tokijskiego Medical and Dental University, do wygłoszenia specjalnych wykładów plenarnych. Wśród poruszanych zagadnień duży rezonans wzbudziła dokonana przez pracowników Uniwersytetu Londyńskiego analiza metod nauczania i kształcenia w zakresie radiologii stomatologicznej opatrzona dość ironicznym tytułem „*He who can, does. He who cannot, teaches*”. Oprócz sesji naukowych obejmujących liczne referaty i prezentacje plakatowe, w trakcie Kongresu przedstawiono szereg 45 minutowych wykładów przeglądowych, które były tłumaczone symultanicznie na język portugalski i cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem uczestników, zwłaszcza osób szkolących się w zakresie radiologii stomatologicznej i szcękowo-twarzowej. Tematyka tych wykładów obejmowała zarówno zagadnienia przekrojowe, jak możliwości wykorzystania ultrasonografii

w obrazowaniu części twarzowej czaszki, jak też zastosowanie najnowszych osiągnięć technologicznych z zakresu radiologii, takich jak wielorzędowa tomografia komputerowa czy telerradiologia. Podobnie jak na poprzednim Kongresie, który odbył się w sierpniu 2001 roku w Glasgow w Szkocji, tematy programu naukowego obejmowały praktycznie wszystkie zagadnienia z dziedziny radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej, a mianowicie: obrazowanie zębów, szczęk, stawów skroniowo-żuchwowych, gruczołów ślinowych, badania ultrasonograficzne, badania metodą tomografii jądrowego rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, systemy radiografii cyfrowej – zagadnienia techniczne oraz zastosowanie w praktyce klinicznej i ocena konwencjonalnych systemów rentgenowskich. Oprócz rozważań czysto klinicznych, w tematyce zjazdu należne miejsce znalazły też problematyka ochrony przed promieniowaniem rentgenowskim, radiobiologia, radioterapia, czy zastosowanie komputerów i internetu w radiologii.

Podobnie jak na poprzednim Kongresie, który odbył się w sierpniu 2001 roku w Szkocji, tematy programu naukowego obejmowały praktycznie wszystkie zagadnienia z dziedziny radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej



**Prof. T. Katarzyna Różyło
w trakcie sesji plakatowej**



**Autorka i prof.
Tore Larheim
z Wydziału
Dentystyki
Uniwersytetu
w Oslo**

Konferencja poprzedzona była jednodniowym kursem z zakresu tomografii komputerowej i tomografii magnetycznego rezonansu jądrowego w rutynowej diagnostyce części twarzowej czaszki, w tym w schorzeniach układowych.

W trakcie obrad Kongresu odbywała się także wystawa sprzętu rentgenowskiego, na której zaprezentowano m. in. znane również z rynku europejskiego najnowsze cyfrowe aparaty do pantomografii i cefalometrii wraz z oprogramowaniem komputerowym związanym z radiografią cyfrową. Systemy te pozwalają na znaczną redukcję dawki promieniowania, na jaką narażony jest pacjent podczas wykonywania stomatologicznych zdjęć rentgenowskich, a także cyfrową archiwizację i transmisję danych zawartych w plikach graficznych odzwierciedlających obrazy rentgenowskie. W tym miejscu warto podkreślić, że według najnowszych danych radiologia stomatologiczna tylko w niewielkim stopniu przyczynia się do średniego narażenia w populacji na promieniowanie jonizujące pochodzące ze źródeł medycznych. Biorąc pod uwagę fakt, że źródła medyczne stanowią tylko około 1/6 całkowitego przeciętnego narażenia na promieniowanie w USA (i prawdopodobnie jeszcze mniej w innych krajach), można przyjąć, że zagrożenia wynikające z radiologii stomatologicznej są w istocie niewielkie¹.

Organizatorzy zapewнили uczestnikom również bogaty program kulturalny, przy czym najbardziej interesującym jego punktem okazało się wieńczące ceremonię otwarcia przedstawienie historyczno-folklorystyczne „Folia Açoriana”, którego tytuł nawiązuje do kolonizacji okolic Florianópolis przez mieszkańców Wysp Azorskich. W niezwykle barwny sposób to połączenie humorystycznej narracji, śpiewu i tańca, nawiązywało do tradycji i historii stanu Santa Catarina, który był świadkiem potyczek kolonizatorów hiszpańskich i portugalskich, miejscem, do którego następnie przybyli imigranci Niemcy, Polacy, Włosi i Arabowie, a teraz coraz częściej staje się celem letniego najazdu turystów argentyńskich (podobno latem na przepięknych atlantyckich plażach Wyspy Santa Catarina trudno usłyszeć język portugalski w hiszpańskojęzycznym gwarze). Najciekawszym fragmentem „Folia Açoriana” okazał się tradycyjny taniec Boi-de-Mamao, w którym brali udział tancerze przebrani za gigantyczne kolorowe postaci: Boi (wołu), Maricota (ogromnej lalki) oraz Bernuncia (gada według

legend pożerającego ludzi). Taniec ten do mieszanki kulturowej Brazylii wprowadzili koloniści z Azorów, a jest on odzwierciedleniem wizji śmierci i zmartwychwstania.

Dla osób towarzyszących istniała możliwość zwiedzania Florianópolis oraz wyspy i stanu Santa Catarina, w tym licznych plaż położonych na kontynencie i na samej wyspie oraz miejscowości o typowo niemieckiej architekturze, jak Blumenau, Brusque i Joinville, założonych w XIX wieku przez emigrantów z Niemiec. W miarę możliwości czasowych istniały warunki do skorzystania z szeregu wycieczek przed- i pokonferencyjnych, takich jak wyjazd do Foz de Iguaçu w sercu stanu Paraná, na pograniczu Brazylii, Argentyny i Paragwaju. Wbrew obiegowym opiniom o inte-

Oprócz rozważań czysto klinicznych, w tematyce zjazdu należne miejsce znalazły też problematyka ochrony przed promieniowaniem rentgenowskim, radiobiologia, radioterapia, czy zastosowanie komputerów i internetu w radiologii.

riorze Brazylii, miejscowość ta okazała się miejscem typowo turystycznym, gdzie 75 procent dochodu mieszkańców stanowi właśnie turystyka. Swą popularność zawdzięcza ona lokalizacji w pobliżu jednych z najpiękniejszych wodospadów świata – Cataratas do Iguaçu. Położone w Parku Narodowym Iguaçu (wartym odwiedzenia już nawet ze względu na bogactwo lasu subtropikalnego, niezliczone ilości orchidei kwitnących wiosną, barwnych motyli i egzotycznych ptaków), same wodospady są cudem natury i w 1986 roku zostały wpisane na Listę Światowego Dziedzictwa UNESCO. Wodospady na rzece Iguaçu (z języka Indian *Guaraní* oznacza to „wielkie strumienie wody”), rozciągają się na przestrzeni około 4 kilometrów i mierzą 82 m, są więc dwa razy wyższe od wodospadu Niagara. W zależności od poziomu wody na rze-

¹ Aroua A., Burnand B., Decka I., Vader J. P., Vallev J. F.: Nation-wide survey on radiation doses in diagnostic and interventional radiology in Switzerland in 1998. *Health Physics* 2002, 83 (1), 46-55.

ce dzielą się na różną ilość oddzielnych wodospadów, z których największy to Garganta del Diabla (Diabelska Gardziel) leżący po stronie argentyńskiej. Niesamowite wrażenie robi nie tyle podejście pod wodospady po licznych przygotowanych dla zwiedzających pomostach, jak podpłynięcie łodzią możliwie blisko Diabelskiej Gardzieli, zakończone zmożeniem pasażerów pod jednym z wodospadów wchodzących w skład grupy zwanej Trzej Muszkieterowie. Niezwykle egzotyczny jest widok barwnych tukanów przelatujących nad wodospadami. Dodatkową atrakcją turystyczną tego regionu jest elektrownia wodna Itaipú (nazwa też wywodzi się z języka Indian *Guarani* i oznacza „skałę, która śpiewa”) – jak do tej pory największa działająca elektrownia wodna świata. Jest to ogromne przedsięwzięcie narodów Brazylii i Paragwaju, zrealizowane w latach 1975-1991, które zapewnia w chwili obecnej 25 procent energii elektrycznej Brazylii i aż 90 procent Paragwaju. O skali budowli niech świadczą takie porównania – ze stali i żelaza zużytych do jej konstrukcji można by wnieść 380 Wież Eiffla, a z betonu – 210 stadionów Ma-

racaná (największy stadion piłkarski świata w Rio de Janeiro).

Pewnym utrudnieniem dla uczestników Kongresu, którzy przybyli z dalekiej Europy i Azji okazała się różnica czasu, która pomiędzy Polską i Brazylią wynosi pięć godzin, do której to różnicy trudno było przyzwyczaić się w ciągu zaledwie pięciu dni trwania Kongresu. I tak np. ceremonia otwarcia konferencji rozpoczęła się o godzinie 22 czasu lokalnego, czyli o 3 rano polskiego... Była to jednak tylko drobna niedogodność, którą w pełni neutralizowała interesująca tematyka konferencji, niezwykle serdeczność Brazylijczyków, nie tylko członków Komitetu Naukowego i Organizacyjnego, ale i przechodniów spotkanych na ulicy, jak też piękna słoneczna i ciepła aura brazylijskiej jesieni (maj!).

Szczegółowe informacje dotyczące konferencji dostępne są na stronach internetowych www.iadmfr-brasil.ufsc.br zaś zapowiedzi kolejnych kongresów, w tym w roku 2005 w RPA i w 2007 w Chinach, znaleźć będzie można na oficjalnej stronie Międzynarodowego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej www.iadmfr.org



Prof. Neill Serman z Columbia University wręcza autorce dyplom uznania za wygłoszony wykład



Najnowsza aparatura do zewnętrznej radiografii cyfrowej firmy Fuji

Obradowali chirurdzy szczękowo-twarzowi

Muenster, stolica Północnej
Nadrenii-Westfalii, a zarazem od 1991 roku
miasto partnerskie Lublina, w dniach
3-7 września 2002 roku było siedzibą
Szesnastego Europejskiego Kongresu
Chirurgii Szczękowo-twarzowej,
który obradował pod
przewodnictwem
prof. Ulricha Joosa.

PROF. DR HAB. T. KATARZYNA RÓŻYŁO

SAMODZIELNA PRACOWNIA
RENTGENODIAGNOSTYKI STOMATOLOGICZNEJ
I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ
AM W LUBLINIE

Kongresy te odbywają się co dwa lata od 1972 roku, kiedy powstało EACMFS – European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery (Europejskie Towarzystwo Chirurgii Szczękowo-twarzowej). Z każdym rokiem przybywa członków Towarzystwa i coraz więcej osób uczestniczy w zjazdach – tym razem ponad 1400 osób.

Organizatorzy podkreślali, że wśród uczestników Kongresu znalazły się po raz pierwszy pielęgniarki pracujące na oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej, dla których przygotowano odrębny program naukowy i szkoleniowy. Oprócz członków Europejskie-



go Towarzystwa do Muenster przyjechali także członkowie międzynarodowego i amerykańskiego odpowiednika tego towarzystwa – IAOMS i AAOMS. Spotkania z nimi okazały się szczególnie cenne, bo choć uprawiają tę samą dyscyplinę chirurgii, to mają odmienne podejście do szkolenia i codziennej praktyki.

Grono uczestników z Polski również było szerokie, reprezentowane przez niemal wszystkie liczące się ośrodki chirurgii szczękowo-twarzowej w Polsce, m. in. **prof. dr hab. Janusz Piekarczyk** (AM Warszawa), **prof. dr hab. Hubert Wanyura** (AM Warszawa), **prof. dr hab. Jadwiga Stypułkowska** (UJ Kraków), **prof. dr hab. Grzegorz Krzymański** (WAM Warszawa), **prof. dr hab. Zyta Grabowska** (AM Białystok).

Program naukowy Kongresu był bardzo obszerny, obrady odbywały się jednocześnie w pięciu salach. W 52 sesjach naukowych przedstawiono prawie 500 referatów, a także 220 prezentacji plakatowych, którym poświę-



Przed Pałacem Kongresowym (od lewej) prof. dr hab. Janusz Piekarczyk, prof. dr hab. Zyta Grabowska, dr n. med. Danuta Smolarczyk-Wanyura, prof. dr hab. Hubert Wanyura, prof. dr hab. Katarzyna Różyło



Grupa polska, między innymi prof. dr hab. Jadwiga Stypułkowska i autorka

Towarzystwo (EACMFS) stoi na stanowisku, że niezbędne jest ukończenie przez kandydatów na chirurgów szczękowo-twarzowych zarówno studiów lekarskich, jak i dentystycznych

cone były trzy oddzielne sesje dyskusyjne. Tematy programu naukowego Kongresu obejmowały praktycznie wszystkie zagadnienia z dziedziny chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej, jednak zdominowała je tematyka onkologiczna. Należy pamiętać, że choć nowotwory złośliwe części twarzowej

czaszki pojawiają się stosunkowo rzadziej niż inne choroby nowotworowe, to ich objawy bywają niecharakterystyczne, a rozpoznanie często jest opóźnione, co powoduje, że leczenie jest trudne i nierzadko bardzo okaleczające. Niezwykle istotne okazały się wykłady z zakresu chirurgii onkologicznej, estetycznej i rekonstrukcyjnej u pacjentów nowotworowych i tej dziedzinie poświęcono najwięcej sesji naukowych. W trakcie Kongresu zwrócono szczególną uwagę na powikłania po radioterapii oraz jakość życia pacjentów po rozległych zabiegach na części twarzowej czaszki. Nie zabrakło również sesji naukowych poświęconych urazom czy dystrakcji kości szczęki i żuchwy.

Warto wspomnieć, że codziennie obrady naukowe otwierał 1,5-godzinny referat plenarny poświęcony przeglądowi najnowszych trendów w chirurgii szczękowo-twarzowej, jak dystrakcja kości, nowe strategie leczenia w onkologii, zastosowanie obrazowania cyfrowego w diagnostyce schorzeń części twarzowej czaszki, implantologia i inżynieria tkankowa.

Ponadto, dla osób specjalizujących się w zakresie chirurgii części twarzowej czaszki przygotowano kilkanaście kursów tematycznych. W trakcie samego Kongresu odbywały się szkolenia z zakresu leczenia operacyjnego pacjentów z rozszczepami podniebienia, schorzeniami ślinianek, rekonstrukcji i rehabilitacji narządu żucia, sterowanej regeneracji kostnej,



Podczas bankietu ostro dyskutują: prof. dr hab. Grzegorz Krzymański, prof. dr hab. Zyta Grabowska i prof. dr hab. Hubert Wanyura

jak również ważkich, a nierzadko niedocenianych, zagadnień *periimplantitis* (zapalenia przyzębia wokół wszczepionych implantów śródkostnych), chirurgii estetycznej, bądź współpracy interdyscyplinarnej w chirurgii szczękowo-twarzowej. Oprócz tego przed i po Kongresie zainteresowane osoby mogły skorzystać z jedno- i dwudniowych kursów zorganizowanych przez Towarzystwo nie tylko w samym Muenster, ale także na Uniwersytecie w Bochum. EACMF'S zwraca wielką uwagę na młodych lekarzy specjalizujących się w zakresie tej trudnej interdyscyplinarnej dziedziny, jaką jest chirurgia szczękowo-twarzowa. Dlatego też podobne kursy organizowane są nie tylko przy okazji Kongresów. Jak ważne dla EACMF'S są właśnie sprawy szkolenia, świadczyć mogą chociażby burzliwe i owocne obrady Zgromadzenia Głównego Towarzystwa, podczas którego stwierdzono, że należy położyć szczególny nacisk na fakt, że dla chirurga szczękowo-twarzowego konieczne jest formalne wykształcenie zarówno z zakresu medycyny, jak i stomatologii. Towarzystwo (EACMF'S) stoi więc na stanowisku, że niezbędne jest ukończenie przez kandydatów na chirurgów szczękowo-twarzowych zarówno studiów lekarskich, jak i dentystrycznych, bo dopiero na tej podstawie mogą oni budować specjalistyczną wiedzę i odbywać szkolenie doskonalące z zakresu tej dziedziny.

Należy pamiętać, że choć nowotwory złośliwe części twarzowej czaszki pojawiają się stosunkowo rzadziej niż inne choroby nowotworowe, to ich objawy bywają niecharakterystyczne, a rozpoznanie często jest opóźnione, co powoduje, że leczenie jest trudne i nierzadko bardzo okaleczające.

Kongresowi towarzyszyła wystawa sprzętu medycznego, na której kilkadziesiąt firm zaprezentowało m. in. narzędzia i sprzęt chirurgiczny oraz najnowsze wydania książek medycznych.

W czasie wolnym warto było zwiedzić miasto Muenster, którego historia sięga 800 roku naszej ery, kiedy założono tu pierwszy chrześcijański zakon. Najpiękniejsze miejsce Muenster to rynek - *Prinzipalmarkt* - otoczony przez kamienice wznoszone przez pokolenia kupców od XIII wieku. Zniszczony podczas drugiej wojny światowej i odbudowany, pełni obecnie rolę centrum handlowego z ekskluzywnymi sklepami, dużymi domami towarowymi i znanymi kawiarniami. Przy rynku wznosi się kościół Św. Lambertiusa, będący jednym z najwspanialszych przykładów późnego gotyku Westfalii. Na wieży tego kościoła wiszą po dziś dzień trzy klatki, w których w latach trzydziestych XVI w. trzymano zwłoki trzech przywódców ruchu anabaptystów. Godny uwagi jest fronton historycznego gotyckiego ratusza z drugiej połowy XIV wieku, który stanowi symbol miasta. Najbardziej znaną bryłą architektoniczną Muenster jest XIII-wieczna romańska katedra Św. Pawła z gotyckim wystrojem wnętrza, której zegar katedralny rozbudowano od 1540 r.

Zgodnie z tradycją kongresów EACMF'S, dla wszystkich chętnych uczestników w popołudnie wolne od wykładów zaplanowano wycieczkę po Nadrenii-Westfalii, w trakcie której zwiedzić można było między innymi zamek Nordkirehen, zwany Wersalem Westfalii otoczony przez barokowy park, a także stadninę koni w Warendorf, założoną w 1826 roku. Konie z tej stadniny są niezwykle cenne, ponieważ są wierzchowcami zdobywców tytułów olimpijskich i zwycięzców mistrzostw świata w jeździectwie. Ich umiejętności można było podziwiać podczas okolicznościowego pokazu.

Miejsca odbywania się kongresów EACMF'S są wybierane na kilka lat wcześniej - na następny Towarzystwo w osobie nowego przewodniczącego, prof. Bernarda Devauchelle, zaprasza do Tours w Dolinie Loary już w 2004 roku, a następnie chirurdzy szczękowo-twarzowi będą mieli okazję spotkać się i wymienić doświadczenia w Barcelonie (2006) i Padwie (2008).

Szczegółowy program XIV. Kongresu oraz streszczenia doniesień opublikowano w suplementcie do *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, natomiast szczegółowe informacje na temat Kongresów EACMF'S znaleźć można w Internecie na stronach <http://www.eacmf.org>, jak też <http://congress2002.uni-muenster.de>

10 lat Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół

Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie

PROF. DR HAB. RYSZARD KOCJAN
PREZES TAIP AM W LUBLINIE

Szanowni Państwo,

W tym roku mija dziesiąta rocznica powstania Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie. Jest to dobra okazja do przypomnienia genezy powstania Towarzystwa oraz najważniejszych efektów jego pracy w tym okresie. Szczegółowe informacje z naszej działalności zamieszczaliśmy sukcesywnie w kwartalniku „Alma Mater”, tym nie mniej celowym wydaje się przytoczenie niektórych faktów z dziesięcioletniej historii Towarzystwa.

Kadencja 1993-1997

Idea utworzenia Klubu Absolwentów Akademii Medycznej w Lublinie, który ostatecznie przyjął nazwę Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie, powstała we wrześniu 1992 roku z inicjatywy ówczesnego Rektora AM – prof. dr hab. med. Mariana Kazimierza Klamuta, który następnie polecił prof. dr hab. Zbigniewowi Stelmasiakowi zajęcie się sprawami organizacyjnymi.

W maju i czerwcu 1993 roku odbyły się zebrania grupy założycielskiej Towarzystwa, a 4 sierpnia 1993 roku podjęto uchwałę o złożeniu do sądu wniosku rejestracyjnego. Po długich oczekiwaniach i wnoszeniu kolejnych poprawek proceduralnych, w dniu 29 marca 1994 roku Sąd Wojewódzki w Lublinie zarejestrował Towarzystwo Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie oraz jego sta-





tut. W statucie tym zapisano, że głównym celem Towarzystwa jest integrowanie absolwentów byłego Wydziału Lekarskiego i Farmaceutycznego UMCS oraz absolwentów Wydziału Lekarskiego, Farmaceutycznego i Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie w celu utrzymania więzi i współpracy koleżeńskiej oraz utrzymywania kontaktów z macierzystą Uczelnią w celu pielęgnowania Jej tradycji, jak również niesienia Jej pomocy finansowej.

21 kwietnia 1994 roku odbyły się pierwsze wybory do władz Towarzystwa. Prezesem został prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak, wiceprezesami: prof. dr hab. farm. Ryszard Kocjan, prof. dr hab. Grażyna Wójcik, dr n. med. Czesław Popik oraz dr n. med. Marian Przylepa. Skarbnikiem został dr n. farm. Andrzej Kot, a sekretarzem lek. med. Katarzyna Gustaw.

Członkami Zarządu zostali wybrani: prof. dr hab. Marian Kazimierz Klumut, prof. dr hab. Zbigniew Wójtowicz, dr n. med. Marian Kędracki, lek. med. Piotr du Chateau, lek. med. Urszula Chyrchel, lek. stom. Grzegorz Czelej oraz Jerzy Jędrzejek. Członkami Ko-

misji Rewizyjnej wybrano lek. med. Michała Zyśko (przewodniczący), dr n. med. Barbarę Drop (wiceprzewodnicząca) oraz lek. stom. Marka Tomankiewicza (sekretarz). Do Sądu Koleżeńskiego na przewodniczącego wybrano dr n. med. Witolda Lesiuka, na wiceprzewodniczącego lek. med. Je-

rzego Izko, a na sekretarza lek. med. Tadeusza Skowrona.

W dniu 2 października 1994 roku odbyło się I Walne Zgromadzenie Towarzystwa, które zatwierdziło plan działania na najbliższe lata. W czasie kadencji trwającej do końca 1997 roku, Towarzystwo pomagało w zorga-









nizowaniu 8 zjazdów koleżeńskich absolwentów Uczelni oraz propagowało odnawianie dyplomów absolwenczkich po 50 latach od ukończenia studiów. Wznawiało ideę i zorganizowało trzy cieszące się dużą popularnością Bale Medyka (1995, 1996, 1997), a dochód z nich w dużej mierze przeznaczyło na potrzeby Uczelni.

Towarzystwo podjęło m. in. inicjatywę zbierania funduszy na wykonanie portretów olejnych rektorów naszej Uczelni, partycypowało w finansowaniu czasopisma „Alma Mater”, wsparło finansowo budowę pomnika Orłąt Lwowskich oraz w decydującej mierze przyczyniło się do wydania podręcznika dla studentów pt.: „Obliczenia w Chemii Analitycznej”, autorstwa prof. dr hab. Stanisława Przeszlakowskiego.

Towarzystwo było współorganizatorem spotkania z prof. Stanisławem Burzyńskim z USA oraz z prof. Franzem Gerstenbrandem z Austrii i aktywnie pomagało w organizacji obchodów jubileuszowych wydziałów naszej Uczelni.

Na koniec kadencji Towarzystwo liczyło 202 członków, dlatego powiększenie tej liczby stawało się głównym zadaniem Władz Towarzystwa na następną kadencję.

Kadencja 1998-2000

W dniu 10 stycznia 1998 roku odbyło się II Walne Zgromadzenie Towarzystwa, Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie, które podsumowało i pozytywnie oceniło działalność w poprzedniej kadencji oraz wytyczyło kierunki i zakres dalszej pracy Towarzystwa.

Podniosłym akcentem Zgromadzenia było nadanie godności członka honorowego Towarzystwa prof. dr hab. Marianowi Kazimierzowi Klamutowi.

W wyniku przeprowadzonych wyborów, nowym prezesem Towarzystwa został prof. dr hab. Ryszard Kocjan, wiceprezesami dr n. przyr. Kazimiera Adamczyk, dr n. farm. Andrzej Kot, dr n. med. Czesław Popik i dr n. med. Ryszard Sekrecki. Sekretarzem została dr n. farm. Beata Polak, a skarbnikiem mgr farm. Mirosław Hawrył. Członkami Zarządu zostali: prof. dr

hab. Zdzisław Kleinrok, lek. med. Piotru Chateau, mgr piel. Kinga Kulczycka, lek. med. Marek Kamiński, mgr piel. Maria Kępa-Mitura, lek. med. Michał Sagan, dr n. med. Andrzej Stepulak oraz dr n. farm. Andrzej Wróbel. W skład Komisji Rewizyjnej weszli: prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak (przewodniczący), dr med. Marian Przylepa (wiceprzewodniczący), dr n. med. Jerzy Michałak (sekretarz) oraz prof. dr hab. Tomasz Borkowski i prof. dr hab. Janusz Solski.

Do Sądu Koleżeńckiego wybrano: prof. dr hab. Zbigniewa Wójtowicza (przewodniczący), mgr farm. Janusza Kisielewskiego (wiceprzewodniczący), dr n. farm. Annę Petruczyk (sekretarz) oraz dr n. med. Jacka Ciechana i dr n. med. Witolda Lesiuka.

W okresie tym Towarzystwo spełniło znaczną większość próśb o pomoc finansową. Najważniejszym w tym zakresie było przekazanie w 2000 roku 30 tysięcy złotych, które wraz z kwotą 60 tysięcy złotych z Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łoborzewskiego, umożliwiły opłacenie wykonania wstępnych planów budynku dydaktycznego dla naszej Uczelni – Collegium Universum. Innym ważnym przedsięwzięciem z naszej strony na rzecz Uczelni była realizacja w 1998 roku za kwotę ok. 18 tys. zł., 9 portretów dotychczasowych rektorów. Portrety te są holdem dla panów rektorów za Ich ogromną pracę, jaką włożyli w rozwój Uczelni, a jednocześnie stanowią ozdobę naszej sali senackiej.

W 1999 roku kwotą 10 tys. zł dofinansowaliśmy zakup chromatografu jonów dla Katedry Chemii Nieorganicznej i Analitycznej. Aparat ten służyć będzie także innym Katedrom i Klinikom naszej Uczelni. Sumą 7 tys. zł dofinansowaliśmy wydanie monografii o prof. prof. Henryku Nerlo i Stanisławie Piątkowskim oraz o Doktoratach Honoris Causa otrzymanych przez pracowników naszej AM w innych uczelniach.

Spełniliśmy prośbę NSZZ „Solidarność” AM przekazując kwotę 2 tys. zł. na remont budynku w Krywem w Bieszczadach, gdzie m. in. odbywają się praktyki wakacyjne naszych studentów. Mniejszymi kwotami zasililiśmy Zjazd

dy Koleżeńskie Absolwentów Wydziału Farmaceutycznego z roku 1949 i Wydziału Lekarskiego z roku 1954. Pomogliśmy także finansowo (ok. 2 tys. zł) Duszpasterstwu Akademickiemu.

Numer konta Towarzystwa udostępnialiśmy organizatorom 10 zjazdów koleżeńskich i kursu homeopatii, co w dużym stopniu ułatwiało przygotowanie tych imprez oraz służyliśmy bezpośrednio lub pośrednio pomocą organizacyjną. Wszystkim członkom Towarzystwa dostarczaliśmy sukcesywnie i bezpłatnie kolejne egzemplarze pisma naszej Uczelni – kwartalnika „Alma Mater”.

Jako prezes miałem przyjemność reprezentować Towarzystwo w otwarciu pięciu nowych aptek i brać udział w kilku spotkaniach noworocznych organizowanych przez hurtownię farmaceutyczne w Janowie Lubelskim, Kielcach i Lublinie, co zaowocowało m. in. wzrostem liczby członków i funduszy Towarzystwa oraz w pewnym stopniu zasobów finansowych Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łoborzewskiego, z którą ściśle współpracujemy.

Braliśmy aktywny udział w przygotowaniach i obchodach Jubileuszu 50-cio lecia naszej Akademii Medycznej i zorganizowaliśmy 3 kolejne Bale Medyka integrujące społeczność medyczną i przynoszące niemały dochód, dzięki m. in. firmie farmaceutycznej „Natur Produkt” z Warszawy, zapewniającej bezpłatnie oprawę muzyczną.

Na wniosek naszego Towarzystwa, Rada Miejska nazwała kilka ulic Lublina imieniem profesorów, wielce zasłużonych dla Akademii Medycznej – Tadeusza Jacyny-Onyszkiewicza, Hieronima Jawłowskiego, Witolda Klepaczkiego, Tadeusza Krwawicza, Stanisława Piątkowskiego, Feliksa Skubiszewskiego i Mieczysława Stelmasiaka.

Na koniec tej kadencji Towarzystwo liczyło 364 członków, co stanowiło znaczny wzrost w stosunku do poprzedniej kadencji – 202 członków.

Szanowni Państwo,

Tak przedstawiają się najważniejsze wydarzenia z pracy Towarzystwa w latach 1993-2000. Sprawozdanie z działalności Towarzystwa w kaden-



cji 2001-2003, (co będzie tematem obrad IV-go Walnego Zgromadzenia w dniu 22 listopada 2003 r.) znajdą Państwo w innym miejscu tego wydania Alma Mater.

Kadencja 2001-2003

W dniu 20 stycznia 2001 roku III Walne Zgromadzenie Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie podsumowało działalność Towarzystwa w kadencji 1998-2000, wybrało nowe władze tej organizacji na kolejny trzyletni okres oraz przystało dyplomy honorowe Towarzystwa. Otrzymali je: JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latalski, prof. dr hab. dr h. c. Tomasz Borkowski, prof. dr hab. dr h. c. Gabriel Brzęk, prof. dr hab. Kazimierz Głowniak, prof. dr hab. dr h. c. mult. Zdzisław Kleinrok, prof. dr hab. Ryszard Kocjan, prof. dr hab. dr h. c. Bolesław Semczuk, prof. dr hab. dr h. c. Edward Soczewiński, prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak, dr n. med. Czesław Popik, mgr Andrzej Niedzielski i Mirosław Kalisiewicz – prezes firmy „Natur Produkt – Zdrovit” z Warszawy.

Zadania Towarzystwa wytyczone przez III Walne Zgromadzenie, realizowane były w upływającej kadencji przez statutowe władze – Zarząd To-

warzystwa, Komisję Rewizyjną i Sąd Koleżeński, które pracowały w poniższym składzie:

Zarząd Towarzystwa:

Prezes

– prof. dr hab. Ryszard Kocjan
Katedra Chemii Nieorganicznej i Analitycznej

Wiceprezisi

– dr n. przyr. Kazimiera Adamczyk
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji
– dr n. farm. Andrzej Kot
Katedra Bromatologii
– prof. dr hab. Kazimierz Pasternak
Katedra Chemii Ogólnej
– dr n. med. Czesław Popik
emeryt

Sekretarz

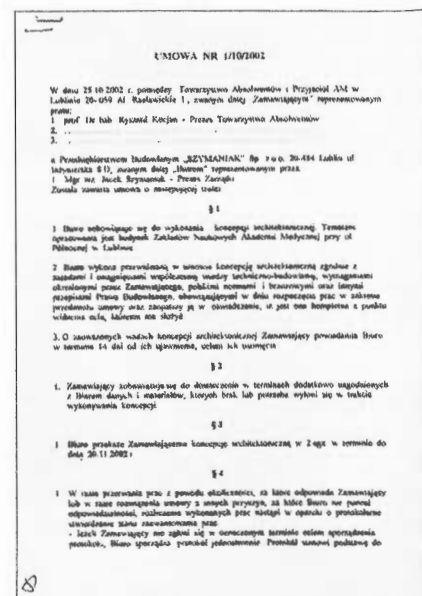
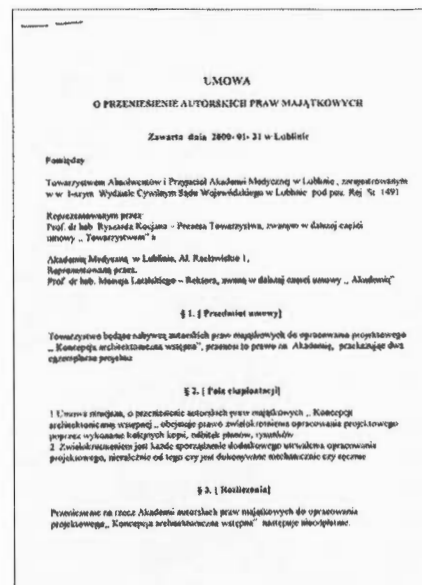
– dr n. farm. Beata Polak
Katedra Chemii Nieorganicznej i Analitycznej

Skarbnik

– dr n. farm. Mirosław Hawrył
Katedra Chemii Nieorganicznej i Analitycznej

Członkowie

– prof. dr hab. Maciej Latalski
Katedra Zdrowia Publicznego
– lek. med. Stanisław Gruszka
ZOZ Baćkowiec



– prof. dr hab. Hanna Hopkała
Katedra Chemii Leków
– mgr prawa Andrzej Niedzielski
Administracja AM
– dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Pa-
lus – Katedra Macierzyństwa
i Prokreacji
– mgr farm. Adam Podolski
Apteka prywatna w Kielcach
– prof. dr hab. Marian Wielosz
Katedra Farmakologii
– prof. dr hab. Irena Wrońska
Katedra Pedagogiki

Komisja Rewizyjna:

Przewodniczący

- prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak
Klinika Neurologii

Członkowie

- dr n. med. Jacek Ciechan
II Klinika Okulistyki
- dr n. med. Marian Przylepa
SPSK-4
- prof. dr hab. Janusz Solski
Katedra Analityki Klinicznej
- mgr farm. Szymon Zajac
Apteka prywatna w Radzynie
Podlaskim

Sąd Koleżeński:

Przewodniczący

- mgr prawa Roman Kałuża
Sąd Rejonowy w Janowie Lubelskim

Członkowie

- mgr farm. Janusz Kisielewski
Apteka prywatna w Lublinie
- dr n. med. Witold Lesiuk
DSK
- mgr farm. Jan Wojda
Apteka prywatna w Ćmielowie
- prof. dr hab. Zbigniew Wójtowicz
Katedra Anatomii Prawidłowej
Człowieka

W dniu 22 listopada 2003 roku IV Walne Zgromadzenie Towarzystwa podsumuje działalność statutowych władz Towarzystwa w mijającym okresie, wybierze nowe władze oraz określi dla nich kierunki i cele dalszych działań. Wtedy też ustępujący Zarząd przedstawi sprawozdanie ze swojej trzyletniej pracy, które zamieszczamy poniżej do wiadomości Szanownych Czytelników „Alma Mater”.

Szanowni Państwo,

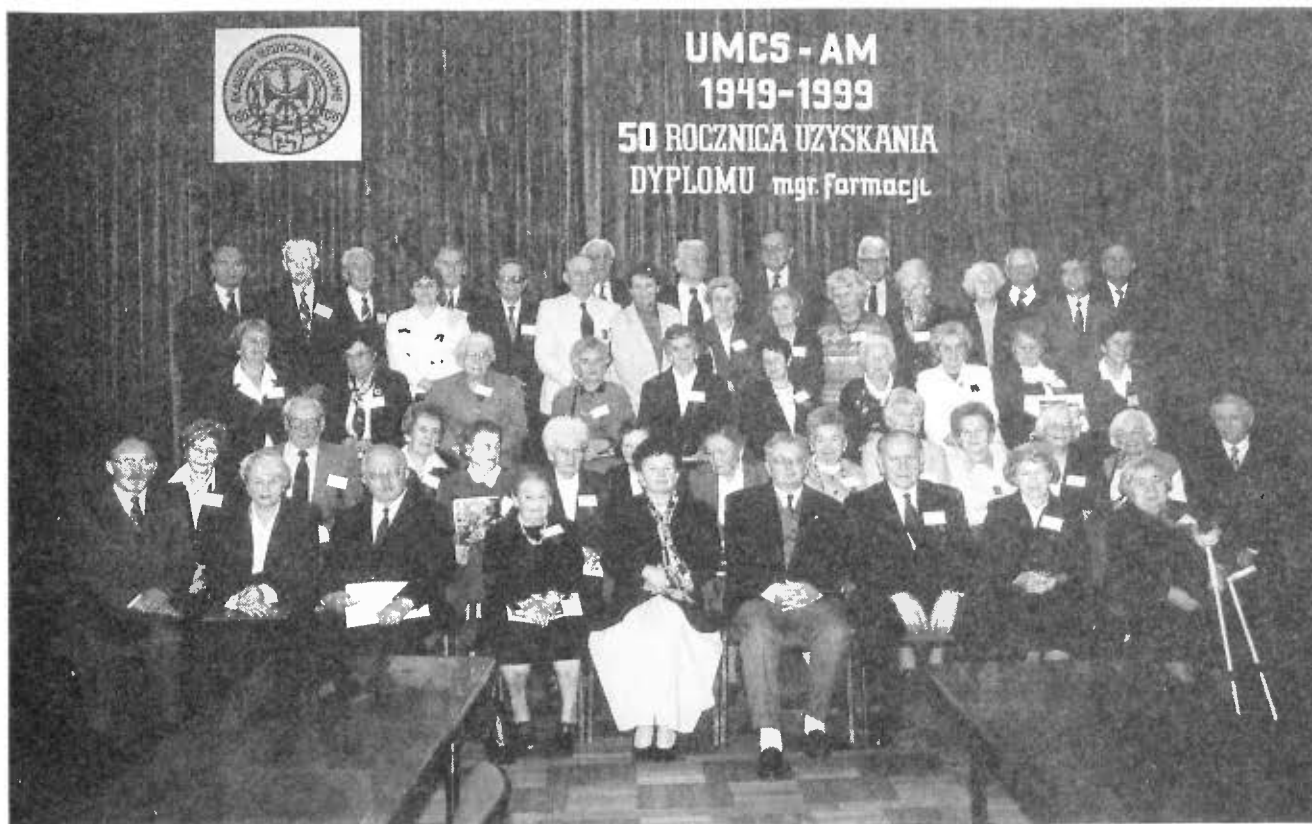
Z wielką przykrością należy stwierdzić, że niestety w bieżącej kadencji zmarło 23 członków Towarzystwa, m. in. członkowie honorowi: były Rektor AM – prof. dr hab. dr h. c. mult. Zdzisław Kleinrok, były Prorektor AM – prof. dr hab. dr h. c. Tomasz Borkowski oraz prof. dr hab. dr h. c. mult. Gabriel Brzęk. Cześć Ich pamięci.

Aktualna liczba członków Towarzystwa wynosi 407 (na początku bieżącej kadencji 364), z czego 99 jest pracownikami Akademii Medycznej, w tym 46 z Wydziału Lekarskiego, 39 z Wydziału Farmaceutycznego, 9 z Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdro-

wiu, 6 z Administracji oraz 11 studentów, członków Studenckiego Towarzystwa Naukowego. Oczywiście gorąco zachęcamy Państwa, do wstępowania do Towarzystwa, co można uczynić deklarując swój akces pisemnie lub bezpośrednio w Rektoracie Akademii Medycznej.

Jednocześnie przypominamy, że wszystkim członkom Towarzystwa dostarczamy bezpłatnie kolejne egzemplarze pisma naszej Uczelni – kwartalnika „Alma Mater”. Serdecznie dziękujemy w tym miejscu władzom naszej Uczelni za wyrażenie zgody na ofrankowanie kopert z wysyłanymi egzemplarzami „Alma Mater”, a Koleżankom i Kolegom z Katedry Chemii Nieorganicznej i Analitycznej za przygotowanie i dostarczanie tych przesyłek na pocztę. Jest to trudna praca, ze względu na liczbę egzemplarzy i rozmiary tego czasopisma ledwie mieszczącego się w kopercie oraz fakt, że wszystkie związane z tym czynności muszą odbyć się w ciągu jednego dnia.

W okresie sprawozdawczym odbyło się ponad 40 zebrań Prezydium To-





TOWARZYSTWO ABSOLWENTÓW I PRZYJACIÓŁ
AKADEMII MEDYCZNEJ
IM. PROF. FELIKSA SKUBISZEWSKIEGO W LUBLINIE

Zaproszenie

W imieniu Zarządu Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół
Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie,
serdecznie zapraszam
członków i sympatyków Towarzystwa na

IV Walne Zgromadzenie połączone z Jubileuszem X-lecia istnienia Towarzystwa

Zgromadzenie to odbędzie się 22 listopada (sobota) 2003 roku o godz. 11 w sali senackiej Rektoratu Akademii Medycznej w Lublinie (Al. Raclawickie 1) i będzie poświęcone podsumowaniu działalności Towarzystwa w upływającej trzyletniej kadencji, wybraniu nowych Władz oraz wytyczeniu celów i zadań na następną kadencję.

Bardzo proszę Państwa o wcześniejsze potwierdzenie swego udziału w Walnym Zgromadzeniu – listownie (na adres: 20-059 Lublin, Al. Raclawickie 1) lub telefonicznie (nr tel. 081- 532-44-92 w. AM 304).

Z szacunkiem

Prof. dr hab. Ryszard Kocjan
Prezes TAiP AM w Lublinie

Lublin, 5 września 2003 r.

PORZĄDEK OBRAD:

1. Powitanie zebranych
2. Wybór Przewodniczącego Walnego Zgromadzenia
3. Wybór Komisji Skrutacyjnej
4. Wybór Komisji Uchwał i Wniosków
5. Sprawozdanie Zarządu Towarzystwa
6. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej
7. Sprawozdanie Sądu Koleżeńskiego
8. Wręczenie Dyplomów Honorowych Towarzystwa
9. Wystąpienie JM Rektora AM
– prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latańskiego
10. Dyskusja nad sprawozdaniami
11. Wybory nowych władz Towarzystwa i ich ukonstytuowanie się
12. Przyjęcie uchwał i zamknięcie obrad
13. Obiad

warzystwa, i 6 zebrań Zarządu. W tym czasie spełniliśmy wszystkie prośby kierowane do nas w sprawie wsparcia finansowego.

W 2002 roku przekazaliśmy 11 tys. zł., które wraz z kwotą 50 tys. zł. z Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łoborzewskiego, umożliwiły opłacenie wstępnych planów Zakładów Teoretycznych II – kolejnego budynku dydaktycznego dla naszej Uczelni. Jak powszechnie wiadomo, warunki lokalowe naszej Akademii są nadal bardzo trudne, dlatego władze Uczelni z Jego Magnificencją Rektorem prof. dr hab. dr h. c. Maciejem Latalskim na czele, jeszcze w trakcie budowy Collegium Uniwersum, czyniły wiele starań, aby doprowadzić do budowy kolejnego obiektu. Towarzystwo chcąc w tym pomóc, podpisało umowę z Biurem Projektowym na wykonanie wstępnych planów budynku i opłaciło koszty tych planów, stając się ich właścicielem, po czym przekazało je Akademii Medycznej. Taka procedura, podobnie jak w przypadku Collegium Uniwersum, umożliwiła władzom Uczelni szybsze rozpisanie konkursu na wykonanie właściwych planów budynku, czynienie starań o dofinansowanie z funduszy centralnych i rozpoczęcie realizacji tej inwestycji jeszcze w 2003 roku.

W latach 2001-2003 pośredniczyliśmy w przekazywaniu dotacji finansowych, przyznawanych Samorządowi Studentów AM przez Urząd Miasta Lublina na organizację Dni Kultury Studenckiej (Juvenalia i Medykalia) oraz sami przekazaliśmy na ten cel 1 tys. zł. Pomagaliśmy także Studenckiemu Towarzystwu Naukowemu AM, przekazując 600 zł na potrzeby związane z organizacją konferencji naukowych.

Na prośbę Pani Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, przeznaczaliśmy ok. 2 tys. zł na zakup albumów dla absolwentów z lat 2001 i 2002 za pracę społeczną w czasie studiów.

W 2001 roku przeznaczaliśmy 2 tys. zł na zakup lamp, a w 2002 roku 7 tys. zł na zakup sprężarki do spektrometru absorpcji atomowej w Katedrze Bromatologii. Aparat ten służy także innym katedrom i klinikom naszej

Uczelni. W 2002 roku dla potrzeb Towarzystwa zakupiliśmy komputer za kwotę 3,5 tys. zł.

Doliczając ok. 3 tys. zł wydanych na zakup materiałów biurowych – łączne wydatki finansowe w latach 2001-2003 wyniosły ok. 30 tys. zł, natomiast aktualny stan zasobów finansowych Towarzystwa wynosi ponad 7 tys. zł.

Na finansowe wpływy Towarzystwa złożyły się składki członkowskie (których wysokość przez ostatnie 3 lata wynosiła 40 zł dla osób pracujących, 20 zł dla emerytów i rencistów oraz 10 zł dla studentów), dochody z 3 Bałłów Medyka oraz dodatkowe wpłaty, które wnieśli Państwo: Kazimierz Belniak, Adam Ciećko, Danuta Kontek, Maria Pałacha, Jan Wojda i Szymon Zajac, Hurtownie Farmaceutyczne: „Aptekarz” z Lublina, „Aspirynka” z Janowa Lubelskiego, „Radix” z Kielc i „Slavex” z Lublina, Izby Aptekarskie z Kielc i Lublina, Izba Lekarska z Lublina, Przedsiębiorstwa Zaopatrzenia Farmaceutycznego „Cefarm” z Kielc i Lublina oraz Sąd Rejonowy z Janowa Lubelskiego (nawiązki zasądzone przez sędziego Romana Kałużę).

Wszystkim sponsorom serdecznie dziękujemy i prosimy także innych Państwa o finansowe wspieranie naszego Towarzystwa.

Numer konta Towarzystwa udostępnialiśmy organizatorom 8 zjazdów koleżeńskich i 3 kursów homeopatii, co w dużym stopniu ułatwiało przygotowanie tych imprez.

Jako prezes miałem przyjemność reprezentować Towarzystwo na kilku spotkaniach okolicznościowych, organizowanych przez hurtownie farmaceutyczne w Janowie Lubelskim, Kielcach i Lublinie, co zaowocowało m. in. wzrostem liczby członków i funduszy Towarzystwa oraz w pewnym stopniu zasobów finansowych Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łoborzewskiego, z którą ściśle współpracujemy. Spośród osób wchodzących w skład Władz Towarzystwa, aktywnymi działaczami wspomnianych Fundacji są także prof. dr hab. Hanna Hopkała, dr dr Stanisław Gruszka i Andrzej Kot oraz mgr mgr Roman Kałuża, Janusz Kisielewski, Adam Podolski i Szymon Zajac.

W mijającym okresie zorganizowaliśmy 3 kolejne Bałły Medyka, na których znana firma farmaceutycznej „Natur Produkt – Zdrovit” z Warszawy, zapewniała nam w dalszym ciągu bezpłatnie oprawę muzyczną. Należy podkreślić, że Bał Medyka w 2004 roku będzie 10 jubileuszowym bałem zorganizowanym przez Towarzystwo.

Wszystkie w/w działania możliwe były dzięki dużemu zaangażowaniu moich najbliższych współpracowników z Prezydium Towarzystwa – wiceprezesów: prof. dr hab. Kazimierza Pasternaka, dr Kazimierzy Adamczyk, dr Andrzeja Kota i dr Czesława Popiaka, sekretarza – dr Beaty Polak oraz skarbnika – dr Mirosława Hawryła. Dziękuję także pozostałym członkom Zarządu Towarzystwa, Komisji Rewizyjnej i Sądu Koleżeńskiemu za doradztwo i wszelką inną pomoc.

Pragnę gorąco podziękować za życzliwość i współpracę Kolegium Rektorskiemu z Jego Magnificencją Rektorem AM – prof. dr hab. dr h. c. Maciejem Latalskim oraz Administracji AM z Dyrektorem Administracyjnym – mgr Andrzejem Niedzielskim na czele. Stwierdzam z satysfakcją, że wszystkie nasze inicjatywy, propozycje i prośby przyjmowane były ze strony władz AM z optymalnym zrozumieniem i w razie potrzeby właściwą pomocą.

Na podkreślenie i podziękowanie zasługuje także duża życzliwość i wszelka pomoc udzielana nam przez dr n. med. Włodzimierza Matysiaka – redaktora kwartalnika „Alma Mater”.

Bardzo serdecznie dziękuję wszystkim członkom Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie z kraju i zagranicy, których członkostwo i opłacane składki umożliwiają funkcjonowanie Towarzystwa.

Na zakończenie, życzę Państwu dużo zdrowia, pomyślności i sukcesów zawodowych, a naszej Uczelni – Akademii Medycznej w Lublinie dalszego, pomyślnego rozwoju.

Z szacunkiem

Prezes TAiP AM w Lublinie
Prof. dr hab. Ryszard Kocjan

Lublin, 5 września 2003 r.

**Fundacja Rozwoju
Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego
im. mgr farm. Witolda Łoborzewskiego**

Zjazd Rady Fundatorów

W dniu 14 czerwca 2003 r. w Rektoracie Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, odbył się kolejny Zjazd Rady Fundatorów Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łoborzewskiego.

PROF. DR HAB. RYSZARD KOCJAN
SEKRETARZ RADY FUNDACJI

Zjazd otworzył Przewodniczący Rady Fundacji – prof. dr hab. Jerzy Łoborzewski, który podziękował wszystkim darczyńcom za dotychczasowe wpłaty pieniężne; szczególnie serdecznie podziękował Prezesowi PZF „Cefarm-Lublin” SA – mgr Bogdanowi Walko za prowadzenie księgowości Fundacji oraz Prezesowi Zarządu Fundacji – mgr Marianowi Mikulskiemu i pozostałym członkom Zarządu i Rady Fundacji za owocną współpracę. Zjazd prowadził Wiceprezes Zarządu Fundacji – mgr Bogdan Walko, a sprawozdanie z działalności Fundacji za ostatnie trzy lata, przedstawił Prezes Zarządu – mgr Marian Mikulski, stwierdzając m. in., że w tym czasie Fundacja spełniła prawie wszystkie prośby o dofinansowania zakupu aparatury naukowej lub realizacji innych celów.



W roku 2000 przeznaczono 14 tys. zł na zakup aparatu do elektroforezy kapilarnej dla Katedry Chemii Leków, 17 tys. zł na zakup spektrometru absorpcji atomowej dla Katedry Bromatologii i 4 tys. zł na zakup degazera dla Katedry Botaniki.

W 2001 roku przekazano 10 tys. zł na zakup wyposażenia do spektrometru absorpcji atomowej dla Katedry



Prof. dr hab. Jerzy Łoborzewski – przewodniczący Rady Fundatorów otrzymuje od JM Rektora AM prof. dr hab. Macieja Łatańskiego Medal Jubileuszowy 50-lecia AM w Lublinie

Bromatologii i 30 tys. zł na zakup dygestoriów dla Katedry Toksykologii.

Natomiast w 2002 roku wydatkowano 15 tys. zł na zakup komputerów i oprogramowania komputerowego dla Katedry Mikrobiologii, 5 tys. zł na zakup termocyklera dla Katedry Biochemii oraz kwotę 50 tys. zł na dofinansowanie kosztów wykonania wstępnego projektu architektonicznego nowego budynku dla Akademii Medycznej. Ponadto w latach 2000-2002 wydatkowano łącznie ok. 6 tys. zł na nagrody za pracę społeczną i bardzo dobre wyniki w nauce w czasie studiów dla absolwentów Wydziału Farmaceutycznego. Tak więc w minionych trzech latach Fundacja wydała ze swoich zasobów ok. 150 tys. zł.

Rada Fundatorów wysoko oceniła pracę i jednomyślnie przyjęła sprawozdanie oraz bilans zysków i strat Zarządu Fundacji, oraz udzieliła Mu pokwitowania z wykonania obowiązków statutowych w mijającej kadencji.

W czasie dyskusji zastanawiano się m. in. nad możliwymi sposobami zwiększenia stanu finansów Fundacji. Przyjęto wnioski, aby zwrócić się do Izb Aptekarskich, które wkrótce zostaną wybrane w Lublinie, Kielcach i Rzeszowie, z propozycją przeznaczenia 1 zł z każdej składki miesięcznej, wpłacanej przez każdego członka Izby na rzecz Fundacji. Realizacja tego wniosku w sposób ciągły dostarczałaby pieniędzy dla Fundacji, a także zwiększałaby liczbę farmaceutów wspomagających Fundację, a tym samym Wydział Farmaceutyczny i Akademię Medyczną im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie.

Następnie Dziekan Wydziału Farmaceutycznego **prof. dr hab. Hanna Hopkała** przedstawiła aktualną sytuację Wydziału, jego osiągnięcia i problemy oraz podziękowała Zarządowi Fundacji za dotacje finansowe na rzecz Wydziału i Uczelni. Pani Dziekan szczególnie podkreśliła pomoc Fundacji w początkowych etapach budowy dwóch obiektów naszej Uczelni, z których gmach Collegium Universum już jest zasiedlany przez przyszłych użytkowników, w tym m. in. pięć katedr Wydziału Farmaceutycznego – Biochemii, Botaniki, Farmacji Stosowanej, Farmakognozji i Mikrobiologii.



Fot. archiwum

Od lewej: mgr farm. Marian Mikulski, mgr farm. Bogdan Walko, mgr farm. Janusz Kisielewski

Powstanie tam także Apteka Akademicka, która będzie przede wszystkim pełnić funkcję szkoleniową dla studentów Wydziału Farmaceutycznego oraz stanie się miejscem prowadzenia kursów szkoleniowych i specjalizacji dla absolwentów naszego Wydziału. Na wniosek mgr M. Mikulskiego, Zjazd przyjął uchwałę wnioskującą nazwanie tej apteki imieniem mgr Witolda Łobarzewskiego, którego zasługi dla aptekarstwa i dla lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego są ogromne.

W dalszej części Zjazdu, zgodnie z regulaminem odbyły się wybory statutowych Władz Fundacji na następną kadencję. W skład nowej Rady Fundatorów weszli: **prof. dr hab. Jerzy Łobarzewski** (przewodniczący), **mgr Kazimierz Belniak** (wiceprzewodniczący), **prof. dr hab. Kazimierz Główniak** (wiceprzewodniczący), **prof. dr hab. Hanna Hopkała** (wiceprzewodniczący) i **prof. dr hab. Ryszard Kocjan** (se-

retarz). Natomiast w skład Zarządu Fundacji zostali wybrani: **mgr Marian Mikulski** (prezes), **mgr Janusz Kisielewski** (wiceprezes – sekretarz), **mgr Bogdan Walko** (wiceprezes) oraz członkowie: **lek. med. Stanisław Gruszka**, **mgr Tomasz Jasiuk**, **dr Henryk Ptasieński**, **mgr Remigiusz Socha** oraz **mgr Jan Wojda**.

W dniu 16 września 2003 r. nowy Zarząd Fundacji przeznaczył 5,4 tys. zł na sfinansowanie tablicy pamiątkowej w gmachu Collegium Universum oraz 20,5 tys. zł na zakup wyposażenia apteki akademickiej, która wkrótce rozpocznie swoją działalność. Aktualnie, po uwzględnieniu ostatnich wydatków, zasoby finansowe wynoszą niewiele ponad 100 tys. zł, a więc tyle ile zgodnie z wcześniejszą uchwałą Rady Fundatorów wynosi nienaruszalny stan zasobów finansowych Fundacji.

Ponieważ potrzeby Wydziału Farmaceutycznego są nadal ogromne, dziękując za dotychczasowe wpłaty, bardzo prosimy Państwa o dalsze darowizny na adres:

**Fundacja Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego
im. mgr farm. Witolda Łobarzewskiego
20-111 Lublin, ul. Bramowa 2/8, tel. (081) 532-22-91, fax 532-38-25
Konto bankowe: Kredyt Bank PBI S. A. Oddział w Lublinie,
15001520-79165-121520008746**

Dowody wpłat mogą służyć do odliczeń podatkowych.

Dziesięciolecie Fundacji im. Profesora Tadeusza Krwawicza

17 kwietnia 1992 r. z inicjatywy prof. dr hab.
Barbary Szwarz-Krwawicz i dr hab. Lesława
Krwawicza ustanowiona została „Fundacja im.
Profesora Tadeusza Krwawicza”.

DR N. MED. EWA RAKOWSKA
I KLINIKA OKULISTYKI
AM W LUBLINIE

Celem Fundacji jest nawiązanie do osiągnięć profesora T. Krwawicza, zarówno w zakresie leczenia chorych, jak i badań naukowych w dziedzinie okulistyki, a także dbanie o wysoki poziom etyczny lekarzy okulistów. Cele te realizowane są poprzez: wprowadzanie i rozwijanie nowoczesnych technik leczniczych, fundowanie stypendiów dla wyróżniających się młodych lekarzy okulistów, nadawanie „złotego medalu Fundacji” wybitnym okulistom zasłużonym w sposób szczególny dla rozwoju tej dyscypliny wiedzy medycznej, zwłaszcza w zakresie osiągnięć i zainteresowań badawczych profesora Tadeusza Krwawicza.

Fundacja zajmuje się również wspieraniem badań naukowych szczególnie poprzez wymianę naukową z ośrodka-

mi w kraju i za granicą. Prowadzi działalność edytorską i wydawniczą. Organizuje konferencje naukowe i szkolenia. W okresie swojej działalności wręczono „złote medale Fundacji” cześćrem wybitnym okulistom. W roku 1993 medal otrzymał **profesor G. O. H. Naumann** z Erlangen, w roku 1996 **profesor F. Fankhauser** z Berna, w roku 1999 **prof. P. Watson** z Cambridge i w roku 2003 **prof. S. Drance** z Vancouver.

W latach 1992-2002 ufundowano jedno stypendium doktoranckie, osiem stypendiów specjalizacyjnych, dofinansowano szereg wyjazdów szkoleniowych oraz udział w sympozjach krajowych i zagranicznych młodych, zdolnych lekarzy posiadających wybitne osiągnięcia naukowe.

Fundacja dofinansowuje również działalność leczniczą Katedry i I Kliniki Okulistyki poprzez zakupy aparatury medycznej, leków, soczewek wewnątrzgałkowych oraz implantów. Dotacje Fundacji stanowią znaczące

wsparcie działalności Lubelskiego Banku Tkanek Oka. W okresie dziesięcioletniego istnienia Fundacja im. Profesora Krwawicza przeznaczyła na realizację działań statutowych niemal milion złotych.

Pierwszym przewodniczącym Rady Fundacji był **profesor Edward Lenkiewicz** z Olsztyna, obecnie przewodniczącą Rady jest **profesor Helena Żygulska-Machowa** z Krakowa. Przewodniczącym Zarządu Fundacji od początku jej założenia jest **profesor Zbigniew Zagórski**. W tym roku minęła piętnasta rocznica śmierci Profesora Tadeusza Krwawicza. Z tej okazji w dniu 17 sierpnia, z inicjatywy wychowanków Profesora z rocznika absolwentów Wydziału Lekarskiego 1949-1954, **dr dr Domicelli Pomykalskiej-Wośko** i **Hanny Klonowskiej**, odprawiona została Msza św. w Kościele Farnym w Kazimierzu Dolnym, w której uczestniczyli przedstawiciele Katedry oraz Fundacji im. Profesora Krwawicza, a także Jego uczniowie. Po mszy złożono wieńce na grobie Profesora na cmentarzu w Kazimierzu.



**Prof. dr hab. dr h. c. mult. Tadeusz Krwawicz
1910-1988**

W piętnastą rocznicę śmierci

Twórca krioftalmologii

Profesor Tadeusz Krwawicz

Wprowadził
lubelską i polską okulistykę
do światowej medycyny



DR DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO

Syn Jana, rusznikarza armii austriackiej i Michaliny z Jasińskich, urodził się 15 stycznia 1910 r., jak sam pisał, w sercu Lwowa, na Cytadeli, przy ul. Wronowskich. Dzieciństwo spędził jednak już w Niżniowie k. Stanisławowa, gdyż ojciec, kończąc zawodową służbę wojskową, objął posadę drogomistrza i kierownika eksploatacji miejscowego kamieniołomu. Następnie wraz z rodzicami i bratem Aleksandrem mieszkał w Kaluszu, gdzie ukończył szkołę powszechną i gimnazjum neoklasyczne (1929).

Pragnąc spełnić oczekiwania rodziców i kontynuując tradycje rodzinne, by zdobyć tytuł inżyniera górnika, postanowił studiować w Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. Już na pierwszym roku uznał to za nieporozumienie, gdyż przyjażniąc się wówczas ze studentami medycyny, jak również słuchając wykładów z higieny prof. Janiszewskiego, uległ wielkiej fascynacji medycyną. Pozostał jeszcze problem powiedzenia o tym rodzicom, szczególnie ojcu. Ten jednak, zawsze wierząc w życiową mądrość syna, sam doradził mu zmianę kierunku studiów.

W 1932 r. rozpoczął studia medyczne na UJK we Lwowie, uzyskawszy w marcu 1933 r. dyplom doktora wszech nauk lekarskich, a w rok później stopień doktora medycyny. Po początko-

wym, krótkim okresie pracy w Zakładzie Histologii u prof. Bolesława Jallowego, został asystentem w Klinice Okulistycznej prof. Bednarskiego. Pracował tam z adiunktem kliniki doc. J. Grzędzielskim, którego podziwiał za doskonałą operatywę i crudycję. I tej gałęzi medycyny – okulistyce – poświęcił się bez reszty. W swojej autobiografii pięknie opisał pierwszą w życiu operację zaćmy. W czasie II wojny światowej nie zrezygnował z pracy w Klinice, niosąc pomoc ogromnej rzeszy potrzebujących, których nie brakowało za sprawą przewalających się frontów. W r. 1944 został wcielony w szeregi II Armii Wojska Polskiego, początkowo do VII Szpitala Garnizonowego w Lublinie, a następnie został kierownikiem oddziału okulistyki II Szpitala Okręgowego. Był także zastępcą komendanta szpitala do spraw lekarskich. Stał, w stopniu majora, został zdemobilizowany i rozpoczął pracę w nowo tworzonym UMCS od organizowania oddziału okulistyki dziecięcej w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Po okresie niepowodzeń w organizowaniu przez profesora Abramowicza i docenta Jasińskiego Kliniki Okulistyki, w r. 1948 powierzono Mu kierownictwo tej placówki, którą w r. 1955 umieszczono w odremontowanym dwiętnastowiecznym Pałacu Chrzanowskich przy ul. Chmielnej. Weześniej, w r. 1949 habilitował się, trzy lata później (w 1952 r.) został profesorem nadzwyczajnym, a po sześciu następujących

latach, w 1957 r. profesorem zwyczajnym. Jako jeden z pierwszych w Polsce okulistów zajął się keratoplastyką. Zastosowano śródrogówkowy sposób warstwowego wszczepiania rogówki w przypadkach niezbyt głębokich bielm, stosując wszczepy świeże jak i liofilizowane. Jednak dopiero kriochirurgia i krioterapia wprowadzona przez profesora Krwawicza do okulistyki, a później i innych specjalności medycznych, stanowiły prawdziwy rewolucyjny przełom naukowy. Szczegółowa publikacja na ten temat ukazała się w r. 1960, wzbudzając ogromne zainteresowanie na całym świecie.

Do współpracy z Profesorem Tadeuszem Krwawiczem dążyły niemal wszystkie znaczące ośrodki okulistyczne. W r. 1962 chicagowski okulista – prof. J. Bellows zorganizował w Chicago zjazd, gdzie Profesor Krwawicz omówił nie tylko krioeekstrakcję zaćmy, ale również inne dziedziny kriochirurgii. Zaczęła się era lawinowego rozwoju nowoczesnej krioftalmologii. W r. 1972 powstało dzieło zbiorowe pod red. Johna G. Bellowsa „Współczesna okulistyka”, gdzie rozdział pt. „Kriochirurgia zaćmy” Bellows zaopatrzył komentarzem: „Rewelacyjne postępy w chirurgii zaćmy, dokonane w ostatniej dekadzie, stanowią rewolucyjny punkt zwrotny w historii okulistyki. Technika krioeekstracji – opracowana przez Krwawicza – dokonała prawdziwej rewolucji w chirurgii zaćmy”. W r. 1966 podczas Kongresu na Florydzie został

pierwszym prezesem Międzynarodowego Towarzystwa Kriooftalmologii. Był m. in. sekretarzem generalnym (1958-1961), wiceprezesem (1962-1966) i prezesem (1966-1967) Lubelskiego Towarzystwa Naukowego, które, dzięki Jego staraniom, uzyskało nową siedzibę – pięknie odrestaurowany Pałac Czartoryskich, do dzisiaj przynoszący chlubę nie tylko lubelskiej nauce, ale także mieszkańcom Lublina. Dwukrotnie otrzymał godność doktora honoris causa: w r. 1975 – w macierzystej Uczelni, Akademii Medycznej w Lublinie i w 1976 r. – w Uniwersytecie Medycznym im. Semmelweisa w Budapeszcie. Opublikował 194 prace naukowe.

Przeszedł na emeryturę w r. 1980. Był człowiekiem bardzo wszechstronnym. Interesował się historią i malarstwem. Fascynowało Go zwłaszcza malarstwo polskie. Był prawdziwym znawcą sztuki, kolekcjonerem. Lubił kontakt z przyrodą i zwierzętami. W dniu 19 marca 1993 r. odbyła się uroczystość nadania Katedrze Okulistyki Akademii Medycznej w Lublinie imienia Profesora Tadeusza Krwawicza, Kierownika Katedry i Kliniki Okuli-

styki w latach 1948-1980. Profesor T. Krwawicz był najbardziej znanym okulistą polskim. Jego największe osiągnięcie stanowiło wprowadzenie w 1960 r. krioelektracji zaćmy – metody, która zrewolucjonizowała nowoczesną chirurgię okulistyczną oraz była bodźcem do dynamicznego rozwoju metod stosujących niskie temperatury w terapii okulistycznej, a także w innych specjalnościach medycznych.

W latach 1960-1980 kilkudziesięciu okulistów z całego świata gościło w klinice lubelskiej, by poznać nowe metody lecznicze. Profesor był inicjatorem adaptacji Pałacu Chrzanowskich przy ul. Chmielnej dla potrzeb Kliniki Okulistycznej w 1955 r. oraz budowy nowego gmachu Kliniki w latach siedemdziesiątych. Profesor T. Krwawicz był laureatem wielu nagród i wyróżnień na całym świecie, z których najważniejsze to: Pierwszy Złoty Medal Barraquera w 1970 r. oraz godność Członka-Założyciela Academia Ophthalmologica Internationalis w 1975 r., skupiającej pięćdziesięciu najwybitniejszych okulistów świata.

W lutym 1992 r., na wniosek kierownika Katedry Okulistyki prof. dr

hab. Zbigniewa Zagórskiego, Senat Akademii Medycznej w Lublinie nadał Katedrze imię Profesora Tadeusza Krwawicza. Miało to symbolizować kontynuację Szkoły Okulistycznej, której twórcą był Profesor Tadeusz Krwawicz. Uroczyste nadanie imienia Profesora zostało połączone z odsłonięciem w hallu głównym Kliniki tablicy pamiątkowej ufundowanej przez Fundację im. Profesora Krwawicza. Fundacja im. Prof. Krwawicza postanowiła raz na trzy lata nagradzać honorowym Złotym Medalem Tadeusza Krwawicza okuliste, który posiada wybitne osiągnięcia w swojej specjalności. Dla uczczenia pamięci Profesora Tadeusza Krwawicza, na wniosek dr n. med. Mariana Kędrackiego, ówczesnego radnego Miejskiej Rady Narodowej, uchwałą tejże Rady, w 1996 r. w dzielnicy Lublina – Lipniak, jednej z ulic nadano imię Profesora Tadeusza Krwawicza.

Kontynuatorem działalności w okulistyce sławnego Ojca, Profesora Tadeusza Krwawicza, jest Jego syn, doc. dr hab. Lesław Krwawicz, który pracował w Klinice Okulistycznej w Lublinie, a od 1980 r. jest ordynatorem Oddziału Okulistyki Szpitala w Kielcach.

Profesor Tadeusz Krwawicz zmarł 17 sierpnia 1988 r. w wieku 78 lat. Został pochowany na cmentarzu w Kazimierzu Dolnym.



Gmach Kliniki Okulistycznej AM w Lublinie



Sala wykładowa Kliniki Okulistycznej, przypominająca fragment oka, wybudowana wg pomysłu prof. T. Krwawicza

Pamięci patrona Uczelni

Kilka wspomnień o moim stryju
prof. Feliksie Skubiszewskim patronie lubelskiej AM*

PROF. DR HAB. KRZYSZTOF SKUBISZEWSKI

Z opowiadań mego ojca Ludwika i samego stryja Feliksa wiem, że był stryjem uczniem gimnazjalnym bardzo pracowitym i sumiennym, ale w kaszę nie pozwalał sobie dmuchać.

Zirytowany jakąś uwagą rosyjskiego nauczyciela (a potrafił ostro reagować – i to mu pozostało), trzasnął drzwiami tak mocno, że z jednego okna w klasie wyleciała szyba. Uszło mu to jakoś na sucho – wówczas szkoła rosyjska była już znacznie mniej represyjna niż przed rokiem 1905. W każdym razie incydent ten nie przeszkodził nagrodzeniu stryja za świetnie złożony egzamin maturalny. Nagrodą była podróż koleją transsyberyjską na Daleki Wschód. W swych listach do mego ojca z dowcipem opisywał stryju swe wrażenia z Chin i Japonii. Niestety korespondencja ta przepadła podczas wojny.

Zupełnie inną przygodą była podróż (a raczej wędrówka) stryja z Moskwy do Millerowa nad Donem w r. 1918, czyli w pełni rewolucji bolszewickiej. Stryj studiował medycynę w Moskwie i tam go zastała rewolucja. Po zakończeniu studiów (dyplom uzyskał w Kijowie w następnym roku) stryju postanowił połączyć się ze swym starszym bratem (a moim ojcem, który w Rosji opiekował się rodzeństwem, jak on sam odcięty od Polski). Podczas I wojny światowej ojcu memu udało się uniknąć służby w wojsku zaborcy – został mianowany kapitanem Rosyjskiego Czerwonego Krzyża z przydziałem do Millerowa w Okręgu

Wojska Dońskiego (czyli kozackiego), gdzie był lekarzem zarządzającym szpitala. Tam w końcu dotarł stryju po długiej jeździe na różne sposoby, a także po pokonaniu niektórych odcinków tej ogromnej trasy pieszo, przedzierając się przez chaos rewolucyjny i linie frontowe między Białymi i Czerwonymi. Ojciec mój opowiadał, że nikt początkowo stryja nie poznał, gdy w zniszczonym ubraniu i płaszczu, z tobołkiem na plecach i tęgim kijem w rękę stanął na progu pięknego domu mego ojca. Potem dzielił losy starszego brata w kraju ogarniętym wojną domową, aby razem z nim i siostrą (może siostrami – nie jestem pewien) na statku francuskim przez Morze Czarne dotrzeć na początku roku 1920 do Warny w Bułgarii. Niebawem stanął w Warszawie.

Ze stolicy przeniósł się stryju do Poznania w roku 1925. Pracował tam i mieszkał mój ojciec od r. 1922, początkowo jako zastępca profesora, potem profesor anatomii i histologii patologicznej na nowo powstałym Uniwersytecie Poznańskim. Stosunki rodzinne były bliskie. Był ojcem chrzestnym mej siostry Marii. Stryj był, pamiętam, częstym gościem u mych rodziców. Cenił sobie także ich kuchnię – stryju znał się na dobrym jedzeniu. Mieszkaliśmy wówczas w dużym mieszkaniu na trzecim piętrze w domu przy ul. Dąbrowskiego 35/37. Niemal każdego roku był stryju u nas na wili, w wigilię Bożego Narodzenia. Ilekroć do nas przychodził, przynosił słodycze, co szczególnie ra-



Prof. dr hab. Krzysztof Skubiszewski
profesor prawa międzynarodowego Uniwersytetu Poznańskiego, minister spraw zagranicznych (1989-1993), obecnie sędzia Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości w Hadze

* Wspomnienie prof. dr hab. Krzysztofa Skubiszewskiego, wygłoszone podczas uroczystości w dniu 4 kwietnia br., z okazji nadania Uczelni im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie.

dowało nas dzieci, od słodyczy zresztą sam nie stronił. Zawsze tryskał dobrym humorem.

Pamiętam także nasze odwiedziny u stryja, zresztą rzadkie, było to bowiem mieszkanie i gospodarstwo kawalerskie. Mieszkanie stryja składało się

z dwóch pokoi, tj. pokoju bawialnego i pokoju sypialnego; gabinet do pracy miał stryj w klinice. Mieszkanie mieściło się w niedużym i starym domu na wysokim parterze, przy ul. Długiej w miejscu, gdzie łączy się ona z Placem Bernardyńskim. Dom był częścią zabudowań Szpitala Przemienienia Pańskiego. Szpital należał do Zgromadzenia Sióstr św. Wincentego á Paulo (tzw. Sióstr Szarytek) i na podstawie umowy między Zgromadzeniem i Uniwersytetem tam funkcjonowała uniwersytecka Klinika Chirurgiczna, którą kierował profesor Antoni Jurasz, uczeń sławnego chirurga niemieckiego Payera. Jurasz był świetnym chirurgiem i wybitnym uczonym, do Poznania przybył z Frankfurtu nad Menem. Gdy w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, korzystając z pobytów w Warszawie, niekiedy odwiedzałem stryja w Lublinie, w rozmowach stale wracał on do swej pracy w klinice poznańskiej. Nic w tym dziwnego. Dzięki swym własnym walorom oraz pracy u znakomitych profesorów w Warszawie i Poznaniu nabył stryj doświadczenie i umiejętności, które potem zaowocowały w Lublinie.

W Poznaniu był stryj chirurgiem bardzo wziętym, nierzadko pacjenci chcieli operować się tylko u niego, co czasami prowadziło do delikatnych sytuacji w klinice. Prowadził szerokie życie towarzyskie i był powszechnie lubiany, miał liczne znajomości w Poznaniu i na prowincji, zwłaszcza wśród ziemian wielkopolskich, spośród których wielu operował. Zapraszali go oni na wypoczynek na wieś, miał np. stałe zaproszenie od pp. Niegolewskich do Bytnia, niedaleko Poznania.

Z chwilą ataku niemieckiego na Polskę (1 września 1939 r.) stryj pozostał w klinice w Poznaniu i nią kierował (prof. A. Jurasz był w wojsku). Niemcy rychło wysiedlili stryja z Poznania. Opuszczając miasto wbrew swej woli nie wiedział, że nie będzie mu już danym powrócić.

Wprawdzie próba taka została podjęta, ale nie dała rezultatu. Gdy w drugiej połowie lat czterdziestych okazało się, że prof. A. Jurasz pozostanie na Zachodzie i tym samym Katedra Chirurgii ulega opróżnieniu, Wydział Le-



Szczególne podziękowania składamy dr Hannie Lackowskiej-Powalka za udostępnienie prywatnego zbioru pamiątek po profesorze Feliksie Skubiszewskim

karski Uniwersytetu Poznańskiego wnioskował o powołanie stryja na tę Katedrę. Jednak władze w Warszawie nie zgodziły się na przeniesienie stryja z Lublina, gdzie od roku 1944 współtworzył Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej i zwłaszcza jego Wydział Lekarski. Z punktu widzenia społecznego była to decyzja słuszna – odejście stryja byłoby osłabieniem młodego wówczas medycznego ośrodka lubelskiego. W Lublinie uzyskał stryj wdzięczne i wielkie pole do działania. A Katedra w Poznaniu przeszła w ręce kompetentnego prof. Romana Drewsa, który w latach trzydziestych był w niej starszym asystentem i chirurgii uczył się u prof. A. Jurasza i mego stryja – ich portrety fotograficzne zdobiły jego gabinet.

Pielęgniarka licencjat absolwentem lubelskiej AM

Zatwierdzone przez
Radę Główną Szkolnictwa
Wyższego w dniu
29 czerwca 2000 roku
minimalne wymagania dla
studiów licencjackich
– kierunek pielęgniarstwo
stanowiły, że studia licencjackie
trwają trzy lata,
są autonomiczną formą
wyższych studiów zawodowych
i kończą się obroną
pracy licencjackiej.

DR N. MED. BARBARA ŚLUSARSKA
DR N. MED. DANUTA ZARZYCKA

SAMODZIELNA PRACOWNIA UMIEJĘTNOŚCI PIELĘGNIARSKICH
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Absolwent studiów pielęgniarzkich na poziomie licencjatu uzyskuje tytuł licencjata w zakresie pielęgniarstwa.

W dniu 30 czerwca 2003 roku, w lubelskiej AM po trzech latach od momentu podjęcia decyzji o kształceniu pielęgniarek na poziomie licencjackim przez Senat Akademii Medycznej w Lublinie, pierwsze absolwentki odebrały dyplomy „pielęgniarki licencjata”. Tytuł zawodowy pielęgniarki licencjata otrzymały w tym dniu w murach wyższej uczelni 32 absolwentki Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie, co jest doniosłym wydarzeniem w ponad półwiecznej tradycji kształcenia zawodowego pielęgniarek w Polsce.

Rozdanie dyplomów odbyło się w kameralnych warunkach Sali Senatu, gdzie wystrój i miejsce dodatkowo nadawały podniosły charakter uroczystości. Uroczystość rozpoczęła się od odśpiewania „Gaudeamus” w wykonaniu chóru Akademii Medycznej pod dyrekcją **dr Moniki Mielko**. Po oficjalnym rozpoczęciu



**Rozdanie dyplomów
odbyło się
w kameralnych
warunkach Sali
Senatu, gdzie
wystrój i miejsce
dodatkowo nadawały
podniosły charakter
uroczystości.**

otwartego posiedzenia Rady Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie i powitaniu przybyłych gości odbyło się wystąpienie Jego Magnificencji Rektora – **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego**. Jego Magnificencja Rektor w sposób szczególnie zwrócił uwagę zebranych na fakt, iż niezależnie od miejsca i czasu wykonywania zawodu pielę-

gniarki, zawsze wymaga on dogłębnej szerokiej wiedzy dotyczącej człowieka, jego funkcjonowania w ujęciu holistycznym, a także przejawiania postawy opiekuńczej i wartości nacechowanych ideą humanizmu.

W kolejnym wystąpieniu Dziekan WPiNoZ **prof. dr hab. Irena Wrońska** podsumowała realizację trzyletniego programu kształcenia pielęgniarek, który przygotował absolwentów do wykonywania zawodu zarówno w sferze wiedzy, umiejętności jak i postaw. Elementem postawy zawodowej istotnym z punktu widzenia praktyki zawodowej, który podkreśliła w swoim wystąpieniu Dziekan WPiNoZ była opiekuńczość pielęgniarki, będąca bezcennym darem dla chorych i cierpiących.

Centralną częścią uroczystości było złożenie ślubowania przez absolwentów oraz wręczenie dyplomów. Treść przyrzeczenia, które składała młodzież w tym ważnym dla nich dniu, była przyjęta przez II Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Warszawie 4 grudnia 1995 roku. Po złożeniu ślubowania odśpiewany został hymn pielęgniarski, którego doniosłe słowa i znamienna przeszłość podkreśliły rangę wydarzenia. Z rąk Jego Magnificen-

Po trzech latach od momentu podjęcia decyzji o kształceniu pielęgniarek na poziomie licencjackim przez Senat Akademii Medycznej w Lublinie, pierwsze absolwentki odebrały dyplomy „pielęgniarki licencjata”



Tytuł zawodowy pielęgniarki licencjata otrzymały w tym dniu w murach wyższej uczelni 32 absolventki Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie, co jest doniosłym wydarzeniem w ponad półwiecznej tradycji kształcenia zawodowego pielęgniarek w Polsce



Jego Magnificencja Rektor – prof. dr hab. dr h. c. Maciej Latański wręcza wyróżnionej absolwentce Dorocie Stępak dyplom pielęgniarki – licencjata

cji Rektora i Dziekana Wydziału odebrało dyplomy i listy gratulacyjne pięć najlepszych absolventek studiów licencjackich WPiNoZ AM w Lublinie w osobach: **Anna Maślak, Aneta Gawlikowska, Monika Wilusz, Sylwia Borowiec i Dorota Stępak**. Pozostałe absolventki dyplomy uprawniające do wykonywania zawodu pielęgniarki miały wręczone przez **prof. dr hab. Teresę Bachanek** – Prorektor ds. Studentek. Wszystkie zaś absolventki otrzymały pamiątkowe książki z dedykacją na nowy etap życia zawodowego, sponsorowane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Lublinie. Zbiory utworów literackich wraz z gratulacjami osiągnięcia sukcesów w zawodzie zostały wręczone przez **mgr Stanisławę Jakonowską-Nowicką** Sekretarz OIPiP w Lublinie.

W kolejnym punkcie programu zaproszeni goście składali gratulacje absolwentom i dzielili się własnymi refleksjami oraz przemyśleniami z mło-

dzieżą na temat współczesnej roli zawodowej pielęgniarki w Polsce i nowym postrzeganiem jej zadań w krajach Zjednoczonej Europy. Spośród licznie przybyłych gości składając gratulacje wystąpiły następujące osoby: **mgr Krystyna Wujek** – Członek Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, **mgr Stanisława Jakonowska-Nowicka** – Sekretarz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, **mgr Teresa Modzelewska** – Przedstawicielka Wydziału Edukacji Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie oraz **mgr Bogusława Bolibok** – reprezentantka Zespołu Szkół Medycznych w Lublinie. Absolwenci otrzymali także gratulacje od młodzieży studiującej. W ich imieniu życzenia i gratulacje złożył student II roku studiów licencjackich **Bernard Dutkowski**. Na koniec uroczystości absolwentka **Sylwia Borowiec** złożyła serdeczne podziękowania za kształtowanie w czasie studiów osobowości zawodowej i wyposażanie absolwentów w rzetelną wiedzę oraz podzieliła się własnymi konstruktywnymi reflek-

sjami na temat przebiegu studiów licencjackich składając serdeczne podziękowania władzom Uczelni, władzom Wydziału, nauczycielom akademickim, pracownikom administracji, opiekunowi roku i wszystkim tym którzy współprzyczynili się do tworzenia warunków zdobywania wiedzy i umiejętności oraz kształtowania postaw pożądaných w zawodzie pielęgniarki.

Uroczystość zakończyła się odśpiewaniem przez chór AM w Lublinie Gaude Mater Polonia. A z atmosfery spotkania, pierwszej tego typu uroczystości w murach lubelskiej Almae Matris, pozostało w pamięci wszystkim zebrany piękne przesłanie płynące ze słów James'a Ckarke:

„Jedyna prawdziwa satysfakcja, jaka istnieje, to przez cały czas wzrastać wewnątrz, stając się coraz bardziej sprawiedliwym, prawdziwym, hojnym, prostym, ludzkim, dobrym, uczynnym. A wszystko to możemy osiągnąć przez codzienne wykonywanie swojej pracy najlepiej, jak potrafimy”.



Elementem postawy zawodowej istotnym z punktu widzenia praktyki zawodowej, który podkreśliła w swoim wystąpieniu Dziekan WPiNoZ, była opiekuńczość pielęgniarki, będąca bezcennym darem dla chorych i cierpiących.

**W trzydziestą rocznicę
ukończenia studiów**

Zjazd absolwentek pierwszego rocznika (1969-1973) Wydziału Pielęgniarskiego AM w Lublinie

Trudno w to uwierzyć, ale w roku 2003 mija trzydzieści lat od chwili, kiedy pierwsi magistrowie pielęgniarstwa opuścili mury Uczelni, która jako pierwsza w Polsce podjęła wyzwanie kształcenia pielęgniarek na poziomie magisterskim. Stało się to okazją do spotkania (12-14 września 2003 r.) w gronie wspaniałych, niezapomnianych Nauczycieli-Wychowawców i Absolwentek.

**DR N. PRZYR.
JOLANTA GORAJEK-JÓZWIK**
ZAKŁAD TEORII PIELĘGNIARSTWA
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE

Jubileuszowy zjazd poprzedziły dwa wcześniejsze: w Myślenicach (1993; 21 absolwentek i jeden nauczyciel akademicki – mgr **Anna Ginalska** – szczególnie blisko związana z absolwentkami rocznika 1973) i Krakowie (1998; 16). Na pierwszym z wymienionych zapadły dwie istotne decyzje: 1) o powołaniu Koła Absolwentek '73 (ukonstytuował się zarząd; ustalono cele i zadania; nie przewidziano formalnej rejestracji Koła), 2) o prowadzeniu Księgi Pamiątkowej. Jest ona aktualizowana i przechowywana w różnych miejscach – zgodnie z życzeniem poszczególnych grup lub pojedynczych osób. Do Lublina, na Jubileuszowy Zjazd, przywieziona została z Krakowa, i tu najprawdopodobniej pozostanie przez kilka miesięcy.



**„Kto kierował, kto był kierowanym, kto uczył, a kto był nauczonym?”.
Od lewej: prof. dr hab. Jadwiga Daniluk, prof. dr hab. Marian Kazimierz Klamut, mgr Anna Ginalska,
dr n. przyr. Teresa Kępska, mgr Urszula Kubus, niżej mgr Danuta Bajorek**

Na zjazd do Lublina przybyły 24 osoby z różnych, często odległych miejsc Polski. Można powiedzieć, że niewiele, ale stanowi to prawie połowę tych, które ukończyły studia.

W trzydziestu latach, jakie minęły od chwili opuszczenia murów Uczelni przez pierwsze absolwentki Wydziału, zawiera się kawał historii pielęgniarstwa, ta zaś bezpośrednio łączy się z teraźniejszością. Bo jak powiedział Piotr Kuncewicz „Przyszłość i przeszłość to dwa skrzydła tego samego ptaka: lecieć można tylko na obu razem” (2001). Dziś nie wypada mówić o akademickim kształceniu pielęgniarek w Polsce bez odwoływania się do tego, co narodziło się wówczas, co wrosło w Uczelnię, co było podstawą i podwaliną dla dzisiejszej, europejskiej koncepcji kształcenia pielęgniarek.

Współczesne pielęgniarstwo, bardziej lub mniej świadomie czerpie z tego, co wypracowano w Polsce w latach, które dla celów tej publikacji można podzielić na dwa komplementarne okresy. Pierwszy z nich to lata 1957-1969,

**„...O młodości! jakoż się daleko!
A to jeszcze wczora, prawie wczora...”**

S. WYSPIAŃSKI¹

kiedy to głównie za sprawą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Sekcji Pielęgniarskiej działającej w Centralnej Radzie Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia, idea kształcenia pielęgniarek na poziomie akademickim (magisterskim), nie tylko nabrała określonych ram, ale została wcielona w życie. Kolejne lata, 1969-1973 to okres, w którym po raz pierwszy w Polsce, i jeszcze dalej – w Europie, możliwość dalszego, magisterskiego

¹ **Maksyma widniejąca na zaproszeniu na Jubileuszowy zjazd Absolwentek pierwszego rocznika (1969-1973) Wydziału Pielęgniarskiego AM w Lublinie**



„Przeszłość należy do przyszłości”.
Prof. dr hab. Marian Kazimierz Klamut (Dziekan Wydziału Pielęgniarskiego w latach 1969-1975), mgr Anna Ginalska (pielęgniarka – jedna z pierwszych zatrudnionych na Wydziale na stanowisku nauczyciela akademickiego), prof. dr hab. Jadwiga Daniluk (obecna Prodziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie)

go kształcenia pielęgniarek dyplomowanych „sprawdzano” na sześćdziesięciosobowej grupie, wyłonionej spośród 480, które we wrześniu 1969 r. przystąpiły do egzaminu wstępnego. Od początku dość oczywiste stało się, że jest to grupa szczególna, która skonsolidowała się bardzo szybko, i co ciekawe – nie wokół osoby, ale idei pielę-



„Kto kogo zapamiętał?”
Absolwentka mgr Elżbieta Dudek (z d. Nicewicz) z dr Andrzejem Peplowskim i prof. dr hab. Andrzejem Niechajem

gniarstwa, w tym wykładanego na poziomie akademickim. Stąd po latach, Absolwentki z 1973 roku zadają sobie pytanie o związek ich idei, z tym, co współczesne pielęgniarstwo ma do zaoferowania. Czy to, do czego dążyły i co z trudem budowały przez trzydzieści lat, współbrzmie z obecną rzeczywistością, czy też należy doszukiwać się przyczyn rysującej się polaryzacji.

Grupę pierwszych studentek tworzyły pielęgniarki, znające dobrze praktyczne pielęgniarstwo, bowiem w momencie rozpoczynania studiów, miały za sobą minimum dwuletnią praktyką zawodową. Wchodząc do Uczelni wiedziały, że pozostaną w niej trzy lata i zrealizują program studiów zawodowych. Wyszły z niej z dyplomem magisterskim, a dokonało się to przy ich aktywnym udziale. Były ambitne i poszukujące, jednocześnie dość niepokorne. Wskazuje na to wiele udokumentowanych faktów i tych przechowywanych w pamięci. Nie chciały pozostać na poziomie proponowanego im jeszcze „lepszego” przygotowania do zawodu, udoku-

mentowanego kolejnym zaświadczeniem, nawet jeśli miałyby być wydane przez uczelnię wyższą. Sięgały znacznie dalej, a to co osiągnęły od początku postrzegane było w kategoriach wartości i taką samą wartością pozostało do dziś. Świadczyć może o tym m. in. zdanie zaczerpnięte z listu jednej z absolwentek rocznika 1973, przebywającej od dwóch lat na kontrakcie w Norwegii. Píše ona, z okazji Zjazdu, do Szanownych Wykładowców i Drogich Koleżanek: „...Norwescy przedstawiciele służby zdrowia umieścili w tekście licencji wstępnej, jaką każda z nas otrzymała, następujące zdanie: *Magisterskie wykształcenie Polaków (polskich pielęgniarek; przyp. J. G-J) ma wiele podobieństw z norweskim i brane jest pod uwagę jako równe z norweskim wykształceniem*”

(M. J., Bekkestna, 7 września 2003 r).

Z absolwentek, które w terminie ukończyły studia, dziesięć pozostało w Uczelni, z czego siedem w Lublinie, a trzy w Krakowie. Przyczyniły się do wykształcenia ogromnej grupy magistrów pielęgniarstwa. Wielu młodych pracowników nauki, aktualnie zatrudnionych w uczelniach to wychowankowie tych, które jako pierwsze zdobywały dyplomy. Współtworzyły podstawy akademickiego kształcenia pielęgniarek, a swój dorobek dydaktyczny i naukowy prezentowały na wielu konferencjach w kraju i poza jego granicami.

Wiele z tych, które przyjechały na Zjazd pracowało na eksponowanych stanowiskach w służbie zdrowia, w tym jako pielęgniarki naczelnie dużych zoz lub szpitali. Inne realizowały się jako nauczycielki zawodu, a także dyrektorki zespołów szkół. Prawdą jest, iż reforma w służbie zdrowia i szkolnictwie pielęgniarskim spowodowały, że niektóre Absolwentki rocznika 1973 skorzystały z możliwości przejścia na emerytu-

Oto kilka ważniejszych dat i wydarzeń, które dla przypomnienia, przywołano w oficjalnej części Zjazdu:

1957 r. – powstanie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP), które utworzenie wyższej uczelni zawodowej dla pielęgniarek postawiło sobie za jeden z pierwszych celów działania.

1958 r. – sformułowanie i przedstawienie postulatów Sekcji Pielęgniarek ZZPSZ i ZG PTP w sprawie Wyższej Szkoły Pielęgniarstwa.

1959 r. – rozpatrzenie przez Kolegium MZiOS sprawy wyższej uczelni pielęgniarskiej i powołanie komisji programowej.

1960 r. – opracowanie projektów założeń organizacyjnych szkoły, planu studiów, statutu i założeń programowych.

1963 r. – (10 stycznia) zorganizowanie konferencji w MZiOS w sprawie Wyższej Szkoły Pielęgniarstwa (dyskusja dotyczyła głównie tego czy ma być to odrębna jednostka czy Wydział w strukturze Akademii Medycznej).

1964-1966 r. – przygotowanie założeń organizacyjno-prawnych, powołanie Komisji do ostatecznego opracowania wniosków w sprawie utworzenia uczelni, wystąpienie Prezydium ZG ZZPSZ w sprawie podjęcia decyzji o powołaniu Wyższej Szkoły Pielęgniarstwa.

1966 r. – przejęcie sprawy utworzenia Wyższej Szkoły Pielęgniarstwa przez Akademię Medyczną w Lublinie.

1967 r. – rozpoczęcie intensywnych prac nad powołaniem do życia Wyższego Studium Pielęgniarstwa (ostatecznie ustalona nazwa), opracowanie programów nauczania.

1968 r. – (10 lipca) powołanie dr hab. Mariana K. Klamuta do kierowania pracami związanymi z uruchomieniem Wyższego Studium Pielęgniarstwa.

1969 r. – (25 czerwca) wejście w życie zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie utworzenia Studium Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie.

1969 r. – (15 września) przeprowadzenie egzaminu wstępnego do Studium Pielęgniarstwa AM w Lublinie.

Nie trudno obliczyć, że od pierwszego postulatu wysuniętego przez powstałe po II wojnie światowej Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, do utworzenia – najpierw trzyletniego Studium Pielęgniarstwa, a następnie Wydziału Pielęgniarskiego, z cztero-

letnim programem studiów magisterskich, minęło ponad dziesięć lat. Brak wcześniejszych doświadczeń w zakresie akademickiego kształcenia pielęgniarek, rzutował bezpośrednio na przekonania i opinie co do charakteru placówki, jaka miała powstać:

od wyższej uczelni pielęgniarskiej, poprzez Wyższą Szkołę Pielęgniarstwa, do Studium Pielęgniarstwa. Podobnie było ze szczegółowym programem dydaktycznym, jaki powinien być w niej realizowany.

*W trzydziestu latach,
jake minęły od chwili
opuszczenia murów
Uczelni przez pierwsze
absolwentki Wydziału,
zawiera się kawał historii
pielęgniarstwa, ta zaś
bezpośrednio łączy się
z terażniejszością.*



„Czy już piszą o nas?”
Od lewej: absolwentka dr n. przyr. Kazimiera Adamczyk (z d. Drożdziel) oraz mgr Anna Ginalska i mgr Barbara Kozieł-Sikora – pierwsze nauczycielki rocznika 1969-1973.



**Absolwentki rocznika
1969-1973**
wraz z pierwszym Dziekanem,
władzami Wydziału,
nauczycielami i wychowawcami



rę (w tym wcześniejszą). Należy spodziewać się, że przynajmniej te, które są wolne od pracy zawodowej, wykorzystają czas na pisanie wspomnień i refleksji związanych ze studiami w lubelskiej Almae Matris, pracą zawodową, szeroko rozumianą opieką, własnym i/lub zespołowym udziale w jej budowaniu.

Trzy absolwentki bezpośrednio po studiach wyjechały za granicę (USA, Szwajcaria, Bułgaria). O jednej z nich wiadomo, że wykonywana przez nią praca jest zgodna z akademickim przygotowaniem pielęgniarskim uzyskanym w Polsce.

Powrót do historii

Spora grupa osób nie może, lub nie chce uwierzyć w to, że idea akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce sięga drugiej połowy lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia. Dla najmłodszych nauczycieli akademickich, jak i współcześnie studiującej młodzieży, rzeczywistość zastana wydaje się być czymś oczywistym. Natomiast wszystko, co ma związek z historią pozwalającą na ukazanie istotnych faktów z przeszłości jawi się im jako coś niechcianego, wstydliwego, do czego nie należy wracać. Dla tych, które pojawiły się w Uczelni w 1969 r. nic nie było tak pewne i oczywiste. Nie było historii akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce, stąd niemal wszystkie inicjatywy w jakich uczestniczyły i/lub samodzielnie podejmowały, przyczyniały się do jej tworzenia. Dziś, z perspektywy trzydziestu minionych lat można śmiało powiedzieć, że gdyby nie ich upór i szczególny rodzaj determinacji, a także zaangażowanie ówczesnych władz Uczelni (na czele z rektorem **prof. dr hab. Mieczysławem Stelmasiakiem**) i Wydziału (dziekanem **doc. dr hab. Marianem K. Klamutem**) możliwość uzyskania w Polsce magisterium z pielęgniarstwa prawdopodobnie jeszcze długo pozostawałaby w sferze planów i prognoz na przyszłość.

Czwartego października 1969 r., sześćdziesiąt pielęgniarek dyplomowanych, po raz pierwszy w Polsce otrzymało indeksy wyższej uczelni. Tego właśnie dnia uruchomiono pierwsze w Polsce studia zawodowe (3-letnie), a w trzy



„Tele Echo” – rozmowa red. Ireny Dziedzic z Dziekanem Wydziału Pielęgniarskiego **doc. dr hab. Marianem Klamutem**





lata później magisterskie (4-letnie) studia pielęgniarskie w AM w Lublinie. W następnych latach powstały dalsze cztery wydziały: w Katowicach (1974), Poznaniu (1975), Krakowie (1975), Wrocławiu (1978).

Wielkie wydarzenie, w postaci uruchomienia pierwszych akademickich studiów pielęgniarskich, stało się przedmiotem licznych publikacji. Zwracano w nich uwagę na znaczenie tego faktu dla społeczności pielęgniarskiej, w tym szeroko rozumianej opieki. Pani **Rachela Hutner**, współtwórczyni akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce (dr h. c. AM w Lublinie; 1995) tak po latach uogólniła: „Powstanie Wydziału Pielęgniarskiego było kolejnym etapem w ewolucji pielęgniarskiej, a konkretnie w kształceniu pielęgniarek. Studia w pewnym sensie były momentem przełomowym w przechodzeniu z koncepcji pielęgniarstwa tradycyjnego w nowoczesne...” (1995).

Studia pielęgniarskie realizowane w Almae Matris Lublinensis były przedmiotem zainteresowania pielęgniarek z Europy i Świata. Przedstawiciele WHO i ICN (Międzynarodowa Rada Pielęgniarek) odwiedzali Lublin. Spotykali się z władzami Uczelni i Wydziału, z nauczycielami poszczególnych przedmiotów, ze studentkami. Wydarzeniem przechowywanym w pamięci wszystkich absolwentek, a przywołanym w refleksyjno-wspomnieniowej części drugiego dnia Zjazdu, było zaproszenie ówczesnego dziekana doc. dr hab. Mariana K. Klamuta do prestiżowego programu telewizyjnego „Tele Echo”, prowadzonego przez red. **Irenę Dziedzic**.

Jubileusz 30-lecia

Powrót, szczególnie po wielu latach do macierzystej Uczelni jest ważnym i niecodziennym wydarzeniem. Towarzyszą mu emocje związane m. in. z poznawaniem i byciem poznawanym. Niemal wszystko związane jest z nową rzeczywistością, jakże inną od tej sprzed trzydziestu lat. Miasto wypiękniało, Uczelnia ma nowe siedziby, a i drzewa wokół PSK 4 urosły. Nie ma już cegielni przy ulicy doktora Witolda Chodźki, którą było widać z wielu okien pobliskich akademików. Ciężka, wykonywana w systemie akordowym praca zatrudnionych tam kobiet, obserwowana



Pozjazdowe reminiscencje

PROF. DR HAB. MARIAN KAZIMIERZ KLAMUT

Po południu prywatne spotkanie na ul. Sandomierskiej pod hasłem „pamiętajcie o ogrodach”. Zapomnieliśmy o metrykach; wszyscy piękni, młodzi, uśmiechnięci, jeśli pojawiły się łzy, to tylko łzy miłego wzruszenia. Były jak zwykle niebanalne upominki: sadzonka urodziwego cyprysu z pamiątkową tabliczką i oryginalny, góralski koszyczek wypełniony oscypkami i prawdziwą kiełbasą. Szczególnie ucieszyła mnie, pięknie zadedykowana książka jednej z absolwentek **dr Anieli Płotki** „Zdrowy styl życia psychicznego”. Zaskakującą niespodzianką był miły sercom wiersz ułożony na tę okazję przez jedną z koleżanek. Jestem bardzo szczęśliwy z udanego Zjazdu, ponieważ traktowałem go jako spotkanie pożegnalne z gronem dojrzałych, mądrych, a zarazem uczuciowych, wrażliwych i godnych zaufania ludzi; pielęgniarzek rozumiejących misję swego zawodu, nie handlujących pięknymi ideałami troski, współczucia, altruizmu, ale pragnącymi wcielić je w życie.

Były najważniejszymi bojowniczkami batalii o akademickie studia pielęgniarstwa, o czym często nie raczą pamiętać ich młodsze koleżanki, które lekceważą „przeszłości ołtarze”. Walka była dużo bardziej twarda i niepewna niż dzisiaj wielu sądzi. Tworzyły absolutnie niepowtarzalną grupę. Odnosiło się wrażenie, że stanowią jeden organizm ze wspólnie bijącym sercem i umysłem nakierowanym na wypełnienie powierzonych przez środowisko misji. Ich pracowitość, poczucie odpowiedzialności, solidarność i mą-

drość zjednywały życzliwość i sympatię wielu godnych szacunku ludzi. To dzięki nim najwybitniejsi ówczesni profesorowie Uczelni: **prof. Tadeusz Jacyna-Onyszkiewicz, prof. Mieczysław Kędra, Jarosław Billewicz-Stankiewicz, prof. Józef Staszyc, prof. Stanisław Piątkowski**, angażowali swój autorytet, wiedzę, powagę tytułów i stanowisk w popieranie idei studiów kończących się stopniem magistra.

Życie to przede wszystkim przeżycia. Zjazd był pięknym, wspaniałym epizodem w życiu jego uczestników.

Lublin, 13 września 2003 r.

Szanowne Panie,

Drogie Koleżanki, Gratuluje świetnie przygotowanego Zjazdu, który pozostanie w pamięci i sercach jako najmiłsze, niepowtarzalne, wspaniałe przeżycie. Spotkanie potwierdziło, że mimo upływu czasu nadal tworzymy duchową wspólnotę i rozumiemy się bez słów. Stałyście się mi jeszcze bliższe i bardziej kochane. Byłyście, jesteście i pozostaniecie zawsze klasą dla siebie.

Dziękuję Wam za wspólnie spędzone lata.

M. K. Klamut

Wpis do Kroniki Zjazdu

na była ukradkiem, jakoś wstydliwie, ale z szacunkiem dla trudu rąk ubrudzonych gliną. Daleka była ona od białych fartuchów pielęgniarek – studentek, czystych szpitali i ciepłych sal wykładowych. Mimo tego, dziwnie bliska.

Cheąc być jak najbliżej miejsc, w których podczas studiów w Lublinie, absolwentki rocznika 1973 spędzały najwięcej czasu, na okres Zjazdu zamieszkały w akademiku na „Chodźkowie”. Miejsce było to samo, ale już nie takie jak dawniej.

Ten szczególny pod wieloma względami Zjazd (12-14 września 2003 r.), rozpoczął się od wspólnego spotkania na uroczystej kolacji przy świecach. To, że uczestniczyły w niej same absolwentki, stworzyło możliwość wyłączonego skupienia się na tym, co tego typu spotkanie niesie ze sobą, w tym na sprawach merytoryczno-organizacyjnych związanych z kolejnymi punktami programu Zjazdu. Zwiedzanie przechowywanego w pamięci „Chodźkowa” i jego najbliższych okolic stanowiło dopełnienie pierwszego dnia spotkania. Warto w tym miejscu dodać, że studentki rocznika 1969-1973 (i jeszcze kilku następnych – aż do otwarcia wydziałów w: Katowicach, Poznaniu, Krakowie i Wrocławiu) reprezentowały niemal wszystkie regiony Polski, tym samym prawie wszystkie miały podstawy, aby mieszkać w akademiku (nr 2).

Sobotni dzień (13 września 2003 r.) rozpoczął się od oficjalnego spotkania z obecnymi władzami Uczelni i Wydziału, jego pierwszym Dziekanem, nauczycielami i wychowawcami, którzy kształtowali nas przez cały okres nauki w Lublinie. Bezpośrednio po tym nastąpiła część poświęcona refleksjom i wspomnieniom. Obie strony – dawni nauczyciele i absolwentki mieli sobie jednakowo dużo do powiedzenia. Same dobre emocje wypełniały tego dnia Salę Senatu, w której zgromadzili się uczestnicy tego szczególnego dla Uczelni i Wydziału spotkania po latach.

Z licznego grona osób zaproszonych (władze Uczelni, Wydziału, nauczyciele i wychowawcy) na oficjalną część jubileuszowego zjazdu absolwentek pierwszego rocznika Wydziału Pielęgniarskiego AM w Lublinie przybyli: **prof. dr hab. Jadwiga Daniluk** (występowała w podwójnej roli, reprezentowała władze Uczelni i Wydziału), dyrektor administracyjny **mgr Andrzej Niedzielski**, profesorowie: **Paweł Misiuna, Andrzej Niechaj**, doktorzy: **Teresa Kępska, Andrzej Peplowski, Wiesław Soroczan**, magistrowie: **Anna Ginalska, Barbara Kozieł-Sikora, Modesta Rusinek** oraz **Halina Marszałek** – kierownik Dziekanatu WP AM (od roku 1972). **Prof. dr hab. Stanisław Kosiński**, z uwagi na obowiązki zawodowe realizowane poza Lublinem, spotkał się Absolwentkami na pożegnalnym śniadaniu niedzielnym (14 września 2003 r.).

Szczególną postacią Jubileuszu był **prof. dr hab. Marian Kazimierz Klamut**, pierwszy Dziekan Wydziału (a wcześniej, w latach 1969-1972 – kierownik Studium Pielęgniarsstwa). Należy zgodzić się, że relacje między absolwentkami 1973 r., a ich Dziekanem najpełniej wyraża wpis do Księgi Pamiątkowej z okazji spotkania po latach. „...Zrozumiałem, że mimo upływu czasu tworzymy wspólnotę i rozumiemy się bez słów. Stałyście się mi jeszcze bardziej bliskie i kochane. Byłyście, jesteście i pozostaniecie na

zawsze klasą dla siebie...” (M. K. Klamut; 13 września 2003). Po wspólnym, sobotnim obiedzie nastąpiło nawiedzenie grobów naszych Nauczycieli i Wychowawców, pochowanych na cmentarzu przy ulicy Lipowej. Wezweńniej, w refleksyjno-wspomnieniowej części spotkania, chwila ciszy uczczono pamięć zmarłych, w tym trzech koleżanek z rocznika 1969-1973.

Kameralne, wieczorne spotkanie z prof. dr hab. Marianną K. Klamutem i Jego Małżonką w ich domu i ogrodzie było ostatnim punktem programu realizowanego w tym dniu. Czas płynął bardzo szybko, a wspomnień było wiele.

Trzeci dzień pobytu w Lublinie rozpoczął się od wspólnego, pożegnalnego śniadania. Towarzyszyła mu radość bycia razem, ale i smutek z powodu konieczności rozstania się. Te, które mogły pozwolić sobie na nieco dłuższe cieszenie się Lublinem i wspólnym towarzystwem wybra-

Studia pielęgniarskie realizowane w Almae Matris Lublinensis były przedmiotem zainteresowania pielęgniarek z Europy i Świata. Przedstawiciele WHO i ICN (Międzynarodowa Rada Pielęgniarek) odwiedzali Lublin

ły się na Stare Miasto. Inne skierowały swe kroki na dworzec kolejowy lub autobusowy. **Prof. dr hab. Stanisław Kosiński**, który z przyczyn niezależnych od niego, przybył na spotkanie dopiero ostatniego dnia, okazał się być doskonałym kompanem do snucia wspomnień związanych ze studiami, ale i słuchania jubilatek w ciepłej i słonecznej tego dnia scenerii staromiejskiej.

Mimo, że jak przystało na tak szacowny Jubileusz, jego obchody zaplanowano na trzy dni (12-14 września 2003 r.), to od razu wiadomo było, że zabraknie czasu na omówienie wielu istotnych zagadnień, w tym bezpośrednio związanych z pielęgniarstwem, pracą zawodową poszczególnych osób, sukcesami, ale i jednostkowymi porażkami. Na szczęście jest Księga Pamiątkowa, na karty której można przelać wiele myśli i uogólnień. Tyle samo można wyczytać z niej, zapoznając się z wpisami poszczególnych osób.

Batalia o wyższe studia pielęgniarskie (cz. I)

Wspomnienia snuje
mgr Danuta Bajorek,
liderka pierwszego rocznika
absolwentek Wydziału
Pielęgniarskiego,
posiadająca dyplom nr 1

PIEL. DANUTA BAJOREK
WROCLAW

Mój romans z pielęgniarstwem rozpoczął się późno, ponieważ byłam już osobą bardzo dorosłą. Wybór zawodu nie był przypadkowy. Szukałam dla siebie takiego miejsca w życiu zawodowym, które mnie da zadowolenie, zaś drugiej stronie pożytek.

Państwową Szkołę Pielęgniarstwa nr 3 wybrałam dlatego, że rekrutowała osoby z pełnym średnim wykształceniem — maturą. Uczyłam się zawodu, nauka trwała dwa lata. Lata pracy, które mijaly po ukończeniu szkoły potwierdzały dobre przygotowanie do zawodu. Dyrektorką PSP nr 3 była **Luba Blum-Bielicka**, nagrodzona za całokształt pracy Medalem Florencji Nightingale.

Nabyta oraz dobrze utrwalona umiejętność pielęgnowania sprawdziła się w różnych placówkach służby zdrowia. Nie bałam się zmieniać miejsca pracy. Każda zmiana łączyła się z nowymi doświadczeniami zawodowymi; pozwalała stale uczyć się czegoś nowego na nowym stanowisku pracy, które nie zawsze miało swój pierwowzór w szkole. Były to lata 1960-1964.

Od września 1964 roku rozpoczęłam pracę na stanowisku starszej instruktorki do spraw pielęgniarstwa, naj-

pierw w Dzielnicy Wrocław-Krzyki, później Wrocław-Psie Pole. Z racji zajmowanego stanowiska zawodowego zostałam powołana przez Inspektorę Miejską do spraw Pielęgniarstwa do Rady Pielęgniarek przy Miejskim Wydziale Zdrowia i Opieki Społecznej. Na posiedzeniach Rady byliśmy informowane (przedstawicielki pięciu dzielnic Wrocławia) o przebiegu rozmów, jakie toczyły się pomiędzy Zarządem Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Sekcją Główną Pielęgniarek Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, a Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej, dotyczących studiów wyższych dla pielęgniarek.

Począwszy od 1954 roku na zjazdach, konferencjach, sympozjach i innych spotkaniach środowisko pielęgniarskie regularnie podnosiło konieczność powołania wyższych studiów dla pielęgniarek. W latach sześćdziesiątych, zwłaszcza w ich drugiej połowie, pielęgniarki wyraźnie zwielokrotniały naciski na Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, w celu podjęcia ostatecznej decyzji utworzenia wyższej uczelni dla pielęgniarek. W latach tych z trudem kielkowała koncepcja wyższych studiów dla pielęgniarek, to zryżkując, to opadając, ale zawsze dając nadzieję. Aby przygotować się do studiów należało podjąć przygotowania:

- zorganizować korepetycje z języka francuskiego,
- powtórzyć materiał z anatomii i fizjologii,
- powtórzyć materiał z pielęgniarstwa ogólnego i specjalistycznego,
- rozecznać stanowisko zakładu pracy i Wydziału Zdrowia, czy nie będzie sprzeciwu,
- uzyskać zgodę męża – zostaje przecież sam na całe długie trzy lata.

Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 25 czerwca 1969 r. (Dziennik Urzędowy MZiOS, nr 13 z dn. 21 sierpnia 1969 r.) powołano do życia trzyletnie Stu-



dium Pielęgniarstwa w Akademii Medycznej w Lublinie. A więc nastąpił ten długo oczekiwany moment, a stało się to w dwudziestą piątą rocznicę rozpoczęcia nauczania medycyny w Lublinie. Nadchodzi moment decyzji. Z Wrocławia na pierwszy ogień zostajemy wytypowane dwie: Danuta Bajorek i Anna Głowacka.



nię, trzy fotografie i podanie o miejsce w akademiku, ponieważ Lublin od Wrocławia dzieli całe 510 km żelaznej drogi, oraz zaświadczenie o zarobkach współmałżonka, na którego utrzymaniu będę pozostawać. Wiem w tym momencie, że skorzystam ze „stypendium Tadeusza”.

Czekanie na zawiadomienie Komisji nie może być bierne, czas szybko leci. Jest sam środek lata. Urlopy. Skoro dokumenty zawiozłam, to muszę

Powrót do rodzinnego miasta

Jadę do Lublina. Wybieram historyczną datę 14 lipca 1969 r. (zdobycie Bastylia w 1789 roku) – gdyż Akademia Medyczna w Lublinie, rodzinnym mieście, jest dla mnie tą Bastylią. Komplet dokumentów złożyłam osobiście w Rektoracie Akademii Medycznej przy ul. Cichej 6. Teraz przychodzi okres największego napięcia. Mam czekać cierpliwie co zdecyduje Komisja Kwalifikacyjna, która niewątpliwie przeglądając będzie dokumenty, czytać życiorysy i podania, odgadywać motywację i chęć zdobywania wiedzy medycznej i paramedycznej. Muszę czekać na wiadomość czy zostanę przyjęta oraz zakwalifikowana do egzaminu wstępnego.

Warunki są nietypowe. Tak wysoko ustawionej poprzeczki podczas przyjęcia na studia nie ma na żadnej uczelni w Polsce. Matura – oryginał, dyplom szkoły pielęgniarskiej – oryginał, rekomendacja zakładu pracy, dwa lata pracy w zawodzie (minimum), a poza tym życiorys, kwestionariusz osobowy kandydata na wyższą uczelnię, wyciąg z dowodu osobistego, dobre zdrowie potwierdzone orzeczeniem o stanie zdrowia kandydata na wyższą uczel-

nię, trzy fotografie i podanie o miejsce w akademiku, ponieważ Lublin od Wrocławia dzieli całe 510 km żelaznej drogi, oraz zaświadczenie o zarobkach współmałżonka, na którego utrzymaniu będę pozostawać. Wiem w tym momencie, że skorzystam ze „stypendium Tadeusza”.

wytrwać w powtarzaniu materiału z trzech wymienionych przedmiotów. Wiem z treści pism do nas skierowanych, że egzaminy rozpoczną się 15 września 1969 r. i mają trwać do 17 września 1969 r. Po przyjeździe do Lublina dowiadujemy się, że egzaminy prawdopodobnie przedłużą się z uwagi na liczną grupę kandydatek.

Zjeżdżamy z całej Polski podczas zlotu gwiazdzonego w dniach 13 i 14 września 1969 roku. 15 września 1969 r. egzamin z języka obcego, 16 września 1969 r. piszemy egzamin z pielęgniarstwa ogólnego i specjalistycznego, 17 września 1969 r. zdajemy egzamin z anatomii i fizjologii. Ostatecznie egzamin wstępny trwał cały tydzień, w dniach od 15 do 22 września 1969 r. Okres ten miał być dla nas pełen niepokoju, domysłów i oczekiwania, ponieważ miejsc było tylko 60, a grupa zdających liczyła 323 osoby. Wiedzieliśmy, że nie ma możliwości powiększenia limitu przyjętych. Do jednego indeksu startowało prawie sześć pielęgniarek – nie lada konkurencja. Komisja kwalifikacyjna też miała trudne zadanie. Jak zawsze pomaga w takich sytuacjach obiektywna ze wszech miar matematyka. Ustanowione punkty za każdy cząstkowy egzamin dawały możliwość obiektywnej oceny.

Nasze zakłady pracy zgodnie z pismem zawiadamiającym o egzaminie delegowały nas na trzy dni 15-17 września 1969 r. Dochodzi jeden dzień 18 września 1969 r. na podsumowanie wyników egzaminu – dla nas dzień przerwy. Na ogłoszenie wyników czekamy wszystkie, żadna nie odjeżdża. Na tym jednak nie koniec. Komisja ma przeprowadzić rozmowy indywidualne, aby z 90 koleżanek, które zdały egzamin wyłonić ostatecznie 60 przyjętych. W imieniu koleżanek występuję do Komisji Egzaminacyjnej o przygotowanie pisma wyjaśniającego powód przedłużenia egzaminu wstępnego do sześciu dni. My ze swojej strony gwarantujemy, że zakłady pracy dostaną to pismo. Bez tego pisma wyjaśniającego możemy po powrocie spodziewać się zwolnienia za samowolne porzucenie pracy. Pisma zostały przygotowane, a my wysłałyśmy do naszych pracodawców.

15 września 1969 r., w dniu egzaminu z języka obcego zgrzyt. Były cztery grupy językowe; największa rosyjska, angielska, niemiecka i najmniejsza francuska. Na egzamin wstępny z języka obcego przydzielono cztery pełne godziny. Trzy pierwsze grupy zaprowadzono do sal – już piszą, pocą się im głowy, gdy tłumaczą „z obcego na nasze”. My czekamy na przydział sali. Nasza grupa z językiem francuskim jest najmniejsza. Mijają minuty, kwadrans, godzina już uciekła, a nasza grupą nikt się nie interesuje. Niepokój i zdenerwowanie rośnie wprost proporcjonalnie do mijającego czasu. Refleksja: chyba o nas zapomniano, a może to zamierzone działanie by grupę z językiem dawnych arystokratycznych salonów, wytwornego towarzystwa od razu skreślić z listy? Nie damy się tak łatwo utracić. Trzeba się przypomnieć. Padają pytania: gdzie nasza sala, czy czas będziemy mieć taki sam jak inne grupy, które już godzinę piszą. Udało się, mamy salę – piszemy.

Po trzydziestu czterech latach od tamtych zdarzeń nie pamiętam czy w drugim dniu było pielęgniarstwo, a może anatomia. W tej chwili nie ma to już większego znaczenia. Z egzaminu z pielęgniarstwa zapamiętałam pewne zdarzenie. Dziś widzę go ostro jak owego dnia. Sala mieści 40-50 osób luźno rozsadzonych by sobie wzajemnie nie przeszkadzać. Rozdano papier ostemplowany, podano tematy. Osoby z nadzoru gotowe. Jakie były tematy, też już nie pamiętam. Trzeba wziąć się do pisania. Na początku w głowie mętlik. Chwila dla opanowania kłębiących się myśli. Należy wybrać te właściwe i najważniejsze treści i bez błędów ortograficznych logicznie przelać i utrwalić je na papierze. Zapamiętałam, że stale brakowało mi kartki, gdy pisałam pielęgniarstwo. Co raz startowałam do stolika po nową ostemplowaną kartkę papieru, co po kolejnym razie skwitowane zostało sarkastyczną uwagą nadzorującej osoby: *wody na papierze nam nie potrzeba*. Moja odpowiedź była krótka: *czy papier jest reglamentowany?* Ja miałam dobrą passę, lekkie pióro, natłok wiadomości w głowie oraz niepohamowaną chęć przelania wszystkiego na ostemplowany papier co wiem na zadany temat. Anatomia z fizjologią, również jako egzamin pisemny minął spokojnie.

Tak minęły trzy pracowite dni. Pogotowie dla nauki i wiedzy zmalało, o ustnych poprawkach w kularach nie

się nie mówiło. Można było odpocząć. Finał miał dopiero nastąpić. Podliczono za pomocą punktów każdą zdającą kandydatkę. Na pierwsze miejsce z najwyższą liczbą punktów wysunęła się **Aniela Eljasiak**. Ja uzyskałam 33 punkty, zmieściłam się w limicie. Nie był to jednak koniec formalności. O wszystkim miała zdecydować rozmowa indywidualna. Co to takiego? O co będą pytać? Ile osób będzie ją prowadzić? Trudno, skoro jest obowiązkowa trzeba się jej poddać.

Rozmowę prowadzi dwóch panów. W toku tej rozmowy dowiaduję się, że moje małżeństwo jest zagrożone, ponieważ muszę opuścić dom na dłuższy czas, a odległość nie pozwoli na częste odwiedziny. Odległość to jedna przeszkoda, a finanse to druga. Moja reakcja była zawarta w pytaniu: *czy mam dostarczyć zgodę męża na piśmie potwierdzoną notarialnie?* Więcej pytań nie pamiętam.

Na ostatecznie zatwierdzonej liście jestem, a ponieważ jest ona sporządzona alfabetycznie mam numer 1. Tego samego dnia wracam do Wrocławia. Zakład pracy nie robi trudności, z dniem 30 września 1969 r. rozwiązuje ze mną umowę o pracę; urlop na studia mi nie przysługuje. Przygotowanie domu też wymaga starania i uzgodnień z mężem oraz rodzicami. Wszystko daje się ułożyć. Do Lublina wyjeżdżam 29 września 1969 r., tak aby mieć choćby jeden dzień rezerwy do zagospodarowania się. Przydzielono mi pokój nr 421 na czwartym piętrze. W akademiku jest taki zwyczaj, że pierwszaki mieszkają na najwyższym piętrze, a co roku przechodzą na niższe piętro.

Idzie nowe

W przydzielonym pokoju jestem pierwsza. Koleżanki będą przypadkowe, ale czy nie można jakoś pokierować przypadkiem? Na wykazie do zakwaterowania wpisuję uwagę: *proszę o koleżanki niepalące*. Nie podobała się ta moja uwaga kierownicze akademika. Na pytanie, co to ma oznaczać wyjaśniłam, że nie mam wątpliwości, na pewno znajdują się takie dwie koleżanki jak ja, które nie palą.

Akademik, w którym zamieszkałyśmy zlokalizowany był na peryferiach miasta, za rogatką ul. Lubartowskiej. Na piechotę do miasta na zajęcia był niezły marsz, ale można było również dojechać autobusem nr 12 do Bramy Krakowskiej. Akademik staje się naszym domem. Mieszkam z Anielą Eljasiak i **Hanną Malesą**.

Pierwsze organizacyjne zebranie, przedstawiano nam władze Studium, opiekuna naszego roku – wszystko to spoiła już mgła zapomnienia. Kiedy i w jakich okolicznościach zebranie całego roku powołało mnie jako swojego przedstawiciela w osobie pierwszej starościny też nie pamiętam. Moim zadaniem stał się codzienny kontakt z dziekanatem oraz zgłaszanie naszych trudności w tym nietypowym okresie adaptacji do nowych warunków życia i nauki. Od pierwszego dnia powierzonych mi obowiązków starościny roku miałam zajęcie w sekretariacie dziekanatu. Otrzymałam listę przyjętych na pierwszy rok studentek, czyste blankiety legitymacji studenckich i indeksów. Miałam je wypełnić danymi osobowymi, jak najwyraźniej i jak najstarszanniej, jak tylko to potrafię. Zadanie odpowiedzialne, wszak te dokumenty mają nam służyć na

pewno przez pierwsze trzy lata, a jak dobrze wszystko będzie się układać to może i dłużej. Z prawdziwą łezką wzruszenia w oku patrzę od czasu do czasu na mój indeks numer 1 i fotografię legitymacji studenckiej, też noszącą nr

Z grupy 60 + 2 (wolontariuszki) osób przybyłych z różnych stron, z bagażem doświadczeń życiowych i zawodowych należało ukształtować grupę myślącą i działającą pod hasłem: *studium pielęgniarstwa AM ma być przyczynkiem w historii powstania Wydziału Pielęgniarskiego.*

W Akademii Medycznej istnieją już:

Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym i Wydział Farmaceutyczny, i oto rodzi się Wydział Pielęgniarski.

Długie nocne rodaków rozmowy nieomylnie prowadziły do jednego wniosku i celu zarazem. Musimy dobrze uczyć się, aby wykazać, że pielęgniarki potrafią stanąć w szranki ze studentami innych wydziałów. Dyscyplina studiów okazała się jedyną drogą do wykazania, że potrafimy i stać nas na dobre oceny z przedmiotów wykładanych. Pierwsze miesiące studiów uzmysłowiły nam jak bardzo odstałyśmy od ćwiczenia szarych komórek. Jakby tego było mało brak pomocy naukowych takich jak podręczniki i skrypty, jednoznacznie wyznaczał rytm dnia. Obecność na wykładach i ćwiczeniach stuprocentowa. Dobrze zapisany wykład stanowił w tych okolicznościach bezcenny skarb. Wielokrotnie zdarzało się, że po wykładach w akademiku uzupełniałyśmy wzajemnie nasze skróty

zapisane karty. Wykłady i ćwiczenia odbywały się w zakładach i katedrach usytuowanych w różnych dzielnicach miasta. Byłyśmy nietypową grupą studencką – jednolitą zawodowo i tylko żeńską. Podczas studiów konieczna jest stała mobilizacja do nauki. Praktycznie nie ma wolnego czasu, nawet w nocy potrafią snić się pytania egzaminacyjne.

Znajomość topografii miasta, którą pamiętałam z lat dziecięcych, w dużym stopniu ułatwiała mi poruszanie się w czasie zajęć dydaktycznych. Wiele ulic zmieniło w ostatnich latach

nazwę: wtedy Kapucyńska – dziś Oster-

wy, gdzie mieścił się nasz Dziekanat, dawniej Dy-

mitrowa obecnie ul. Radziwiłłowska, gdzie swoją lokalizację miała Katedra Higieny Ogólnej i Wsi.

Zdawałyśmy sobie sprawę, że od naszej postawy, dyscypliny studiów, zaangażowania, jednności myślenia i działania zależy wiele – niemal wszystko. Dobrze stopnie, wysoko oceniane kolokwia i egzaminy miały być przepustką do wejścia w środowisko akademickie Akademii Medycznej. Drugim naszym obowiązkiem było staranie o utrzymanie pełnej drożności studiów, a mogło to nastąpić z chwilą przekształcenia Studium w Wydział.

Do pierwszej sesji egzaminacyjnej dotrwało nas 55. Siedem koleżanek zrezygnowało jeszcze w przedbiegach. Nie potrafiły przestawić się na inny tryb życia, wszak studia to nie to samo co praca zawodowa.

C. D. N



Magisterka

**Dyplom magistra
pielęgniarstwa AM w Lublinie
odbierałam w gronie
pierwszych absolwentek
i wątkowi związanemu
z magisterium poświęcam te
wspomnienia.**

MGR PIEL. ELŻBIETA SKRABA Z D. NOJEK
KRAKÓW

Zadaniem Wydziału Pielęgniarstwa, zgodnie z obowiązującym w tym czasie zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, było kształcenie nauczycieli dla szkół pielęgniarskich oraz kadry organizacyjno-administracyjnej dla placówek służby zdrowia.

Dlatego w okresie pierwszych dwóch lat studiów obowiązywał wspólny program, a dopiero od trzeciego roku rozpoczynało się kształcenie kierunkowe. Wybrałam kierunek organizacyjno-administracyjny pragnąc później pracować na różnych stanowiskach w administracji służby zdrowia.

Wiedza teoretyczna, wzbogacona zajęciami praktycznymi przekazywana była przez kadrę dydaktyczną, szczególnie zatrudnioną w Zakładzie Pracy Pielęgniarskiej Wydziału. Problem pojawił się w momencie wyboru promotora pracy magisterskiej, jak również tematu pracy. Brakowało kadry naukowo-dydaktycznej do prowadzenia prac magisterskich, a co za tym idzie wyboru takiego tematu pracy magisterskiej, który byłby zgodny z moimi zainteresowaniami. Będąc na kierunku administracyjnym dokonałam wyboru promotora **doc. dr hab. Bohdana Komorowskiego**, który był kierownikiem Zakładu Pedagogiki i wykladał nam pedagogikę. Była to osobowość nieprzeciętna, człowiek wysokiej kultury osobistej, przykład dobrego dydaktyka, komunikatywny i o dużym poczuciu hu-

moru, odpowiedniego do sytuacji. Wiedziałam i wierzyłam, że u takiego promotora poradzę sobie przy pisaniu pracy magisterskiej, i że przy pierwszych krokach będzie mnie wspierał i służył pomocą. Bardzo bałam się wszystkiego, co wiązało się z metodologią, lub statystyką. Zanim ustaliłam z promotorem temat pracy magisterskiej długo nad myślałam nad projektem. W podjęciu decyzji pomocne były seminaria, podczas których duża i liczna 16-osobowa grupa studentek spotykała się i dyskutowała. Miałyśmy zapewnienie od **doc. dr hab. Bohdana Komorowskiego**, że zawsze jeśli nie będzie odpowiadał nam temat lub promotor możemy zmienić i przenieść się do któregośkolwiek innego nauczyciela akademickiego. Były takie koleżanki, które skorzystały z tej ewentualności, nawet moja najlepsza przyjaciółka, z którą przez całe studia byłam w jednej grupie ćwiczeniowej i mieszkaliśmy w jednym pokoju, odeszła do innego promotora.

Wytrwale chodziłam na seminaria, zawsze i tylko do jednego i tego samego „mojego pedagoga”, aż zintegrowałam się z grupą i podjęłam ostateczną decyzję, że będę pisała pracę magisterską z pedagogiki mimo, iż jestem na kierunku administracyjnym. Wszystkie tematy wybrane przez każdą z nas były pionierskie, nieporównywalne z żadną inną pracą, brak było literatury, danych statystycznych.

Tym bardziej powstawało coraz więcej obaw i wątpliwości czy poradzę sobie, jak napiszę, jak ja to obronię... Każdy przemyślany przeze mnie temat chciałam odnieść do pracy lub organizacji pracy pielęgniarki w szpitalu. Powstała koncepcja połączenia wiedzy medycznej z naukami społecznymi, takimi jak np. pedagogika czy prakseologia. Wówczas nowym pojęciem był „zespół interdyscyplinarny” pracujący w szpitalu, który miał zapobiec automatyzacji i rutynizacji zawodu, traktować pacjenta jako człowieka z jego wszystkimi potrzebami, a nie jako jednostkę chorobową. Zespół, bezpośrednio pracujący w oddziale szpitala z pacjentem, składać się miał z lekarza, pielęgniarki jako przedstawicieli zawodów medycznych i innych tj. psychologa, pedagoga jako przedstawicieli zawodów pozamedycznych. Aby pielęgniarka mogła być członkiem takiego zespołu należało ją odpowied-



Odbieram dyplom z rąk prof. dr hab. Mariana Klamuta – Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa AM w Lublinie

nie do tej roli przygotować, jeszcze w trakcie nauki zawodu, czyli w szkole pielęgniarskiej. I temu problemowi poświęcałam temat pracy, który w ostatecznej wersji brzmiał: „Rola przygotowania pedagogicznego pielęgniarki do pracy w zespole terapeutycznym szpitala”.

Grupa seminaryjna doc. dr hab. Bohdana Komorowskiego była bardzo punktualna, zdyscyplinowana i pracowicie przygotowująca się do każdego zajęcia seminaryjnych. Na seminariach omawiany był każdorazowo uzgodniony z grupą problem z pracy magisterskiej. Dyskutowanie i rozwiązywanie problemów było zawsze burzliwe, odbywało się pod czujnym okiem promotora, który pozwalał wypowiedzieć własne zdanie każdej

z uczestniczek seminarium. Podsumowaniem był wniosek promotora wypracowany przez całą grupę.

Ta metoda seminariów pozwoliła rozwijać aktywność podczas zajęć, jak również wskazywała, jak pisać pracę, na co zwracać szczególną uwagę, jak podejść do własnego problemu, lub jak podczas seminarium przedstawić własny problem.

Silną motywację dawała świadomość, że pisałam prawdziwie pionierską pracę magisterską, oraz perspektywa uwieńczenia studiów tytułem magistra pielęgniarstwa



Elżbieta Nojek
stanowisko podpis

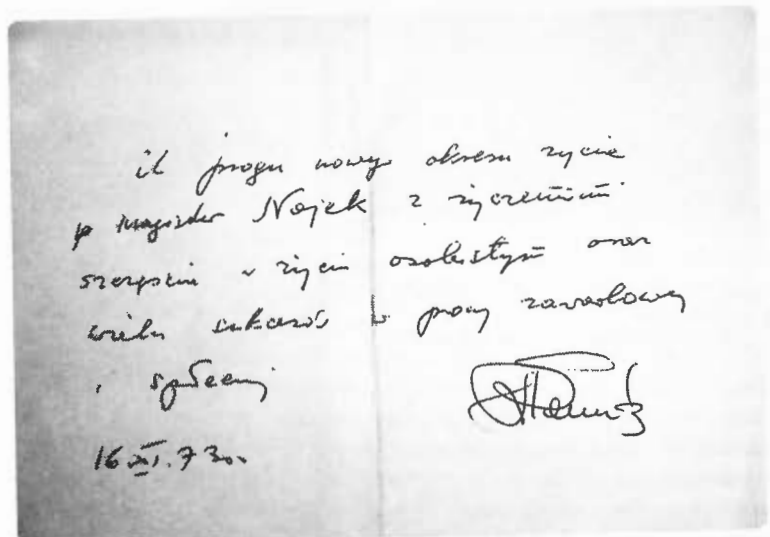
Mz/AM 18 PWiDA 200 60 /Wz
 Dyktando Nr 1 Wz do Zam 748.72 100



Seminarium magisterskie

Prowadzone w ten sposób seminaria często przeplatane były dobrymi i trafnymi dowcipami promotora, co pozwalało rozładować napięcie i trwa do dziś we wspomnieniach. Pisanie i poprawianie było na porządku dziennym, a pisało się ręcznie długopisami, które zazwyczaj były miernej jakości. Dzisiaj jest komputer, wygoda wielka, postęp ogromny. Pracę oddawało się następnie do maszynistki, która przepisywała tekst na maszynie, za co należało jej płacić według stawki za pojedynczą stronę. Dlatego rękopis musiał być napisany bardzo starannie, czytelnie. Od pisania ręcznego do dzisiaj noszę pamiątkę na środkowym palcu prawej ręki, tzw. nagniotek, czyli „odcisk”. Silną motywację dawała świadomość, że pisałam prawdziwie pionierską pracę magisterską, oraz perspektywa, że uwieczę studia tytułem magistra pielęgniarstwa. Kiedy nadszedł termin obrony pracy pojawił się stres. Trzęsłam się jak „osika”. Wszystkie zdawane wcześniej egzaminy były „pestką” w porównaniu z tym ostatnim. Do dzisiaj nie wiem jak odpowiadałam, ale wiem że pracę obroniłam na ocenę bardzo dobrą. Radość była nie do opisania.

Zaproszenia na uroczystość rozdania dyplomów otrzymałyśmy na dzień 16 listopada 1973 roku. Pracowałam już w Państwowym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Krakowie. Przyjechałam i odbierałam z rąk



Dedykacja Dziekana doc. dr hab. Mariana Klamuta

obecnego, a „ukochanego” przez nas zawsze Dziekana Wydziału Pielęgniarskiego **prof. dr hab. Mariana Klamuta**. Każda z nas robiła sobie z Dziekanem foto i na odwrocie zdjęcia otrzymywała stosowną dedykację.

W dyplomie magistra pielęgniarstwa wpisana mam datę uzyskania tytułu magistra pielęgniarstwa. To był dzień 11 lipca 1973 roku, a więc trzydzieści lat temu. Nie byłoby jednak puenty w tych wspomnieniach, gdyby nie fakt, że mój numer dyplomu to 21, czyli szczęśliwe oczko, jak mawiają ci, którzy w to wierzą, a ja w szczęście bardzo wierzę.



Magistrantki prof. dr hab. Bohdana Komorowskiego



Absolwentki Wydziału Pielęgniarskiego AM w Lublinie pionierskiego rocznika 1969-1973

Już w 1954 roku związkowy aktyw pielęgniarski formułował potrzebę zorganizowania wyższej uczelni pielęgniarskiej. Postulat zorganizowania wyższej uczelni pojawił się w 1957 roku na I Krajowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Krajowym Zjeździe Sekcji Pielęgniarek Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. W czerwcu 1959 r.

DR N. PRZYR. MARIA SZCZYGIELSKA-MAJEWSKA

SAMODZIELNA PRACOWNIA FIZJOTERAPII
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej powołuje Komisję Programową wyższych studiów pielęgniarskich z udziałem sekcji pielęgniarek ZZPSZ i PTP. Od tego momentu do chwili utworzenia uczelni odbyło się szereg dyskusji dotyczących potrzeby, profilu, programu i ostatecznego kształtu uczelni.

Dnia 25 czerwca 1969 r. ukazało się Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (Dz. Urz. MZiOS z dn. 21 sierpnia 1969, nr 13 poz. 40) w sprawie utworzenia Studium Pielęgniarstwa przy AM w Lublinie. Okres nauki został określony na trzy lata. W czerwcu na stanowisko Kierownika Studium został powołany doc. dr hab. Marian Klamut.

We wrześniu 1969 r. odbyła się rekrutacja na pierwszy rok studiów, miejsc było 60. Zainteresowanie środowiska pielęgniarskiego studiami było bardzo duże, o czym świadczyła liczba podań. Na studia zgłosiły się 353 osoby, egzamin wstępny zdawało 323 osoby, zdało 90. Na pierwszy rok studiów przyjęto 60 osób z najwyższą punktacją. Inauguracja roku akademickiego odbyła się 1 października 1969 r. Program studiów był bardzo bogaty i ciekawy, 70 procent programu nauczania stanowiły treści humanistyczne, 30 proc. biomedyczne. Po wielu staraniach władz Uczelni, środowiska pielęgniarskiego i studentów 19 sierpnia 1972 roku zarządzeniem Ministra Zdrowia

i Opieki Społecznej przekształcono Studium Pielęgniarstwa na Wydział Pielęgniarski z czteroletnim okresem kształcenia.

Studia ukończyły 54 osoby: **Danuta Bajorek, Helena Baran, Teresa Bender, Janina Kolosa, Jolanta Górajek, Kazimiera Drożdziel-Adameczyk, Iwona Janik, Teresa Jaros, Urszula Kubus, Maria Kwiatkowska, Henryka Stasiak, Elżbieta Szumirska, Walentyna Wawrzyniak, Ludwika Woźniak, Aniela Plotka, Ewa Sudol, Maria Wiąckiewicz, Liliana Tuzik-Midzio, Elżbieta Nicewicz, Janina Pestka, Cecylia Pajewska, Barbara Jankowska, Julia Romanowicz, Gabriela Luczak, Hanna Malesa, Barbara Giska, Helena Kamińska, Alicja Kizielewicz, Marianna Młynarczyk, Wiesława Malesa, Grażyna Szarugiewicz, Maria Szczygielska, Krystyna Opolska, Mariola Hościło, Teresa Opalska, Pelagia Sosnowska-Wiszniewska, Romana Teper, Helena Tomasiak, Elżbieta Nojek, Anna Gierach, Halina Piekarcz, Krystyna Bińkowska, Jadwiga Dolińska, Aniela Eliasiak, Renata Głębica, Halina Jankowska, Krystyna Łysionek, Maria Pozór, Bogumiła Szyszowska, Bogusława Hryckiewicz, Maria Żydek, Bogumiła Dul, Grażyna Kukła, Nina Sawicka.**

Uroczyste rozdanie pierwszych dyplomów magisterskich absolwentkom Wydziału Pielęgniarskiego odbyło się w październiku 1973 roku. Była to bardzo uroczysta chwila nie tylko dla nas absolwentek, ale także dla lubelskiej AM i całej służby zdrowia. Jak znacząca to była chwila świadczy gratulacje Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dla AM i absolwentek oraz dziesiątki telegramów jakie wpłynęły na ręce dziekana od uczelni medycznych i wydziałów zdrowia z kraju, Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia i towarzystw pielęgniarskich w Europie. Również obecni na uroczystości goście gratulując absolwentkom zdobycia dyplomów magisterskich podkreślali jak wielkie nadzieje łączy z tym faktem służba zdrowia.

„Trudno w to uwierzyć, ale w tym roku mija już trzydzieści lat od chwili kiedy opuściliśmy mury Uczelni, która jako pierwsza w Polsce podjęła wyzwanie kształcenia pielęgniarek na poziomie magisterskim. Istnieje zatem doskonała okazja, aby spotkać się z gronie naszych wspaniałych, niezapomnianych Nauczycieli, Wychowawców i Absolwentów”. Takie słowa znalazły się na zaproszeniu skierowanym do wszystkich nauczycieli i absolwentów jubileuszowego zjazdu rocznika 1973, który został zorganizowany w dniach 12-14 września 2003 roku w Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie. Wraz z zaproszeniem do absolwentów została skierowana ankieta dotycząca ich losów po ukończeniu studiów, opracowana przez Komitet Organizacyjny Jubileuszowego Zjazdu.

Spośród 54 absolwentek pionierskiego rocznika studiów pielęgniarskich, trzy już nie żyją: Bogumiła Dul, Maria Żydek i Renata Głębica-Kupny. Do pozostałych 51 osób zostały skierowane zaproszenia na jubileuszowe spotkanie w Lublinie wraz z ankietą dotyczącą ich losów po ukończeniu studiów. W jubileuszowym spotkaniu wzięło udział 25 Koleżanek: **Danuta Bajorek, Helena Baran-**

-Szymd, Kazimiera Drożdziel-Adameczyk, Anna Gierach-Golebiowska, Barbara Giska, Jolanta Górajek-Jóźwik, Maria Hościło-Gruszka, Barbara Jankowska, Teresa Jaros, Helena Kamińska-Barańska, Alicja Kizielewicz-Szaduro, Janina Kolosa-Binkowska, Urszula Kubus, Marianna Młynarczyk, Elżbieta Nicewicz-Dudek, Elżbieta Nojek-Skraba, Teresa Opalska-Kamińska, Cecylia Pajewska, Janina Pestka-Hojan, Aniela Plotka, Ewa Sudol-Jednorowicz, Maria Szczygielska-Majewska, Elżbieta Szumirska-Grubba, Walentyna Wawrzyniak-Kozłowska, Maria Wiąckiewicz-Gąsowska, Ludwika Woźniak-Mądzik.

Nie zawiodłyśmy pokładanych w nas nadziei. Staraliśmy się jak najlepiej wykonywać swoje obowiązki na zajmowanych stanowiskach i w pełni wykorzystać wiedzę zdobytą w Uczelni w doskonaleniu jakości opieki pielęgniarskiej, jakości procesu dydaktycznego młodszych koleżanek oraz jakości organizacji pracy pielęgniarskiej jak również w pracy naukowej poprzez liczne publikacje książkowe i w czasopiśmie naukowych, organizację i udział w wielu kongresach, sympozjach i zjazdach naukowych.

W grupie 21 osób, które wypełniły ankietę dotyczącą sytuacji po studiach, 7 uzyskało stopień naukowy w tym: 2 – doktora nauk przyrodniczych, 4 – doktora nauk medycznych i 1 – doktora nauk humanistycznych. Dodatkowo studia pozapielęgniarskie ukończyły 4 osoby a specjalizację pierwszego i drugiego stopnia w różnych dziedzinach ochrony zdrowia uzyskało 10 osób. Na stanowisku naczelnej pielęgniarki zespołu opieki zdrowotnej w wielu miastach na terenie kraju pracuje 8 osób, a na stanowisku dyrektora zespołu szkół medycznych, przedszkola lub żłobka – 7 osób, na stanowisku nauczyciela akademickiego pracuje 5 osób w tym jedna jest kierownikiem zakładu naukowego, 4 osoby są już na emeryturze, a dwie na rencie. Zadowolone z wykonywanej pracy wyraziło 15 osób, 5 jest tylko częściowo zadowolonych, a tylko jedna nie jest zadowolona z wykonywanej pracy. Większość, bo aż 11 osób oceniło swoją sytuację materialną jako średnią, 8 jako dobrą, tylko 2 osoby stwierdziły, że ich sytuacja materialna jest ciężka. Spośród 21 osób ankietowanych 17 posiada własne rodziny, w tej grupie jedna posiada czworo dzieci, dwie – troje, dziewięć – dwoje, i cztery jedno dziecko. Dzieci Koleżanek w większości są już po studiach i pracują (15 osób), dziewięćoro studiuje, czworo to uczniowie gimnazjum i jedno dziecko to uczeń szkoły podstawowej.

Mężowie Koleżanek w większości są aktywni zawodowo, czterech jest na emeryturze, jeden bezrobotny i jeden na rencie. Spośród pracujących dominują zawody: lekarza, nauczyciela, ekonomisty, prawnika, psychologa, trzech prowadzi własną firmę.

Ponad 90 procent Koleżanek proponuje zjazdy absolwentek pionierskiego rocznika co trzy lata, a 100 procent popiera prowadzenie kroniki. Również ponad 90 procent Koleżanek proponuje przygotowanie pracy magisterskiej na temat losów absolwentek pionierskiego rocznika studiów pielęgniarskich i chętnie udostępni wszelkie materiały dotyczące własnej sytuacji. Wiele naszych Koleżanek za zasługi w pracy zawodowej i naukowej otrzymało liczne nagrody i wyróżnienia.

Rola nauki w strategii rozwoju Polski

Nakłady na szkolnictwo wyższe i naukę w Polsce
są najniższe w Europie od lat.

PROF. DR HAB. JACEK ZIMNY*
AKADEMIA GÓRNICZO-HUTNICZA
W KRAKOWIE

Strategiczne interesy państwa są przez to zagrożone. Od lat przestaje się odnawiać kapitał młodych naukowców. W okresie 2000-2005 odejdzie na emeryturę blisko 60 procent profesorów. Kto ich zastąpi? Spada liczba nadawanych doktoratów i nowych habilitacji. Żadna statystyka nie wygląda tak przerażająco jak dane o rozwoju w Polsce kadry naukowej¹. Tymczasem wykształcenie, wiedza i umiejętności, to fundamentalne czynniki decydujące o społecznej i ekonomicznej pozycji nowoczesnego państwa.

Tylko te państwa, które w długofalowej strategii rozwoju uwzględniają przewodnią rolę nauki nad innymi dobrami – będą w stanie sprostać nowym wyzwaniom cywilizacyjnym. Jeżeli nie przyjmiemy tego aksjomatu za kamień węgielny budowy zrębów nowoczesnego, suwerennego państwa, musimy się liczyć z dalszą degradacją cywilizacyjną. Zasadniczymi zasobami i głównymi źródłami wszechstronnego rozwoju państw i narodów będą zawsze własne bogactwa naturalne, aktywni i twórcy ludzie oraz wiedza, dziś szczególnie techniczna. W tych dziedzinach możemy się

ścigać ze światem. To jest nasz patriotyczny obowiązek, racja stanu i z tego wynika, zasadniczo przewartościowany, inny niż dotychczas model rozwoju Polski.

Troska Jana Pawła II o polską naukę i kulturę

W czasie historycznego spotkania Ojca Świętego z Rektorami Uczelni Akademickich z całej Polski w Watykanie w grudniu 1995, profesor Michał Seweryński, Rektor Uniwersytetu Łódzkiego i Przewodniczący Konferencji Rektorów Uniwersytetów Polskich, wyraził „... troskę i niepokój o przyszłość nauki i szkolnictwa wyższego w Ojczyźnie...”.

W odpowiedzi Ojciec Święty powiedział m. in.: „...Nauka stanowi jeden z zasadniczych filarów kultury...”, „...Po latach rządów totalitarnych systemu marksistowskiego nauka polska musi nadrobić wiele strat i opóźnień...”, „...Sytuacja demokracji i wolności wymaga od środowisk akademickich wiele inicjatyw, wiele przedsiębiorczości, rzec można i poczucia odpowiedzialności. Wymaga też czujności ażeby wolności z takim trudem i za taką cenę odzyskanej nie utracić pod wpływem rozmaitych presji, czy manipulacji, od których nie są wolne również współczesne demokracje...”.

„...Obecnie pojawiają się nowe trudności i nowe zagrożenia. Jednym z nich jest posta-

* Autor jest profesorem AGH w Krakowie, przewodniczącym Polskiej Geotermalnej Asocjacji do spraw krajowych, członkiem Komitetu Problemów Energetyki przy Prezydium PAN, członkiem Międzyparlamentarnej Grupy do spraw Restrukturyzacji Energetyki w Polsce.



Żadna statystyka nie wygląda tak przerazająco jak dane o rozwoju w Polsce kadry naukowej

*wa skrajnego utylitaryzmu, który kryterium korzyści ekonomicznej, uważa za normę najważniejszą i aplikuje ją do wszystkich dziedzin życia, także do sfery kultury i nauki. Stąd niedofinansowanie rozmaitych dziedzin badań naukowych, czy szkolnictwa wyższego, uznanych arbitralnie za nieopłacalne, czy wręcz niepotrzebne. Tymczasem w odniesieniu do nauki jednostronne stosowanie takiego kryterium jest krótkowzroczne i szkodliwe. Szkodzi nie tylko nauce i kulturze, ale szkodzi przede wszystkim człowiekowi”.*²

Wykorzystać własne zasoby naturalne i ludzkie

Sposobem na zdynamizowanie rozwoju kraju i narodu jest najlepsze wykorzystanie ludzi, nauki i bogactw naturalnych. To przyszłościowa siła napędowa gospodarki. W globalizującym się świecie, konieczna jest koncentracja środków oraz wybór kierunków rozwoju i priorytetów w nauce. W Polsce jak dotąd ich nie ma. Nowa wiedza i umiejętności technologiczno –

ekonomiczne stają się głównymi atutami przodujących krajów. Wzrasta znaczenie i opłacalność badań podstawowych i stosowanych (przykład: farmacja).

Jakie kierunki nauki i gałęzie przemysłu rozwijać?

Należy kontynuować wszystko co dobre, jak też tworzyć i rozwijać nowe obszary teorii i praktyki, które posiadają tzw. największy potencjał rozwoju⁶; dziedziny, które mają okres świetności przed sobą.

W latach 2003-2006 przez szkoły średnie, potem przez szkoły wyższe przetoczy się fala wyżu demograficznego młodych Polaków¹. To oni winni być już adresatem nowej strategii rozwoju Polski opartej na nauce, wiedzy i nowych kierunkach rozwoju gospodarki. Inaczej nie mamy dużych szans, ani w UE, ani poza nią. Tragiczny od początku „transformacji”, niekontrolowany upadek gospodarki, nauki i kultury musimy jak najszybciej zatrzymać, zaś dramatyczną sytuację kraju wykorzystać jako uzdrowieńczą

kurację szokową. Według danych Unii Europejskiej oraz Stowarzyszenia Biznesu Unii Europejskiej (UNICE), nawet po przystąpieniu Polski do Unii, tempo wzrostu polskiej gospodarki osiągnie tylko 1 do 2 proc. rocznie, co pozwoli uzyskać poziom rozwoju najsłabszych krajów Unii dopiero za 25 lat, zaś dzisiejszej Hiszpanii za 35 lat. Jak stwierdza Komisja Europejska, jeszcze przynajmniej przez pięć lat bezrobocie w Polsce będzie wynosić średnio 20 proc.³

Co na to rządzący?

Mimo wielu zapowiedzi, rząd SLD-PSL-UP nie ma pomysłów ani determinacji w celu gruntownej przebudowy państwa, stabilizacji i poprawy życia ludności, ożywienia gospodarczego. Dramatycznym problemem rządu L. Millera jest fakt, iż jego „program” sprowadza się do jednego: należy wejść za wszelką cenę do Unii Europejskiej, a co potem będzie zobaczymy?

Innego programu politycznego ani gospodarczego rząd nie ma, a przecież zasadnicze problemy dopiero się

zaczynają. Gdybyśmy mieli opracowany wcześniej, strategiczny, kompleksowy program rozwoju edukacji, nauki i gospodarki – jakże inaczej wyglądałyby tzw. „negocjacje akcesyjne”.

Jaka jest pozycja obecna nauki polskiej?

W Polsce na badania naukowe i wdrożenia (B+R) przeznaczają się łącznie 0,6 proc. dochodu narodowego (z budżetu 0,44 proc.). To bardzo mało od lat. Inne kraje kandydackie przeznaczają znacznie więcej: Słowenia 1,4 proc., Czechy 1,4 proc. Celem Unii jest osiągnięcie średnio 3 proc. rocznie. Włochy wydają 1 proc., podobnie

proc. W tym czasie Polska kształciła około 1200 studentów na 100 000 mieszkańców, a nakłady na naukę wynosiły około 0,6 proc. PKB. 5 I tak jest do dziś!

Obniża się poziom polskich uczelni, zmniejsza się liczebność kadry naukowej, spada prestiż nauki i uczonych. Nakłady na naukę są dramatycznie niskie od lat.¹

W ocenie genewskiego Światowego Forum Gospodarczego, w 2002 roku ocena konkurencyjności Polski odnotowała największy spadek. Polska „spadła” z 41 na 51 miejsce. Spośród 55 krajów rozwijających się, sklasyfikowanych przez UNESCO, Polska znajduje na 49 miejscu.²

I nie może być rozpowszechniana w nieskończoność fałszywa argumentacja o braku pieniędzy na wszystko

Grecja. Najbardziej dynamiczne kraje to Szwecja i Finlandia – na poziomie 3,6 proc. Finlandia na początku lat dziewięćdziesiątych przeżywała jeszcze większy kryzys gospodarczy niż aktualnie Polska. Dzięki między innymi bardzo wysokim nakładom na naukę, szybko uporowała się z kłopotami ekonomicznymi.¹

W 1981 roku Hiszpania była nieobecna w pierwszej dwudziestce krajów najaktywniejszych w obszarze nauki; Polska była wtedy na wysokim piętnastym miejscu. W 1993 roku Hiszpania jest już na dwunastym miejscu, Polska spadła na dziewiętnaste. Co się stało? W latach osiemdziesiątych Hiszpania przeznaczała na naukę 0,33 PKB z budżetu, Polska ponad 1,5 proc!²

W drugiej połowie lat osiemdziesiątych Hiszpania zmieniła strategię rozwoju – postawiła na naukę! Zwiększono trzykrotnie płace pracowników naukowych, zwiększono rekrutację na studia państwowe do 4000 studentów na 100 000 mieszkańców. Nakłady na naukę, badania i rozwój wzrosły do 1

Ratować naukę polską

Tak w Europie, jak i w Polsce, kończą egzystencję „stare” gałęzie przemysłu. To winno prowadzić do rozwoju. Aby zmienić, należy dokonać wyboru najważniejszych przyszłościowo dziedzin nauki, na nich się skoncentrować i wdrożyć je powszechnie w praktyce. Przykładem może być tu znowu Hiszpania, region Basków. W 1985 roku miał on dochód 10.600 USD na mieszkańca, dziś ten wskaźnik zwiększył się prawie 3-krotnie. W tym czasie nakłady na naukę i badania wzrosły tam 3 razy: z około 0,50 proc. do 1,52 proc. PKB. Bezrobocie zaś spadło z 21 proc. do 7 proc.³

Hiszpanie przyjęli odmienną strategię rozwoju: postawili na naukę, skoncentrowali się na kilku wybranych jej obszarach, otworzyli trzy nowe uniwersytety państwowe, trzy parki technologiczne. Postawili na swoje mocne atuty: przemysł budowy maszyn. Dziś powstaje tu przeszło 80 proc. produkcji przemysłu maszynowego całej Hiszpanii.⁴

A Polska? My też musimy określić własne silne dziedziny, które możemy i winniśmy rozwijać przyszłościowo. Ważne jest ponadto, aby nie dublować tego co już wcześniej i lepiej inni robią w Europie i świecie. W tej dramatycznej sytuacji naukowcy, włącznie z prezesem Polskiej Akademii Nauk, w 1999 roku utworzyli Komitet Ratowania Nauki Polskiej, uzasadniając konieczność zwiększenia nakładów na naukę na poziomie 2 proc. PKB od roku 2002.⁴

Inny przykład, Korea Południowa

W 1962 r. PKB na mieszkańca Korei Płd. wynosił tylko 50 USD rocznie; w tym roku rząd ogłosił: „Program rozwoju kraju opartego na nauce i nowoczesnych technologiach”. Od tego czasu PKB wzrósł blisko 100-krotnie. Korea jest „tygrysem” gospodarczym Azji. Japonia przegrywa z Koreą na rzecz przemysłu samochodowego, stocznioowego i elektronicznego, także w produkcji mikrochipów. Według danych japońskich, Korea opanowała przeszło 50 proc. światowego rynku produkcji tych podzespołów.

Od roku 1981 jest pierwsza na świecie w dynamice przyrostu produkcji, wynoszącej przeszło 1200 proc. Drugi jest Tajwan (900 proc.), trzecie Chiny (800 proc.), ósma omawiana tu Hiszpania (400 proc.). Polska znajduje się na około 40 miejscu.⁵

Jakie gałęzie nauki i techniki dla Polski?

Nauka to siła napędowa gospodarki. Tylko rozwój oparty na wiedzy, jest w stanie sprostać europejskiej konkurencji i światowej globalizacji. Jakie winny być priorytety naukowe dla Polski? Wynikają one z potencjału kraju, jego potrzeb i możliwości oraz konkurencji międzynarodowej. Trzeba się specjalizować, bo w dzisiejszym świecie żadne państwo nie jest w stanie zajmować się wszystkim.

Co może być przodującymi kierunkami rozwoju nauki polskiej?⁶ Z obszaru:

► „człowiek” – biotechnologie, biologia molekularna, genetyka, farmakologia, samowystarczalność żywnościowa kraju,

► „współczesne technologie informatyczne” – technologie softwarowe, systemy rozproszone, optoelektronika, technologie wiedzy, systemy inteligentne,

► „materiałoznawstwo i inżynieria materiałowa” – nanotechnologie, materiały inteligentne, bioinżynieria medyczna,

► „środowisko człowieka – zrównoważony rozwój” – geologia i zasoby naturalne, odnawialne zasoby energii: geoenerytyka, geotermia; ekobudownictwo inteligentne,

► „energia – transport” – czyste źródła energii: wodór; czyste technologie energetyczne z własnego węgla, gazu i wody morskiej, samowystarczalność

► energetyka kraju; transport wodny; morski; statki.

Jakie są tendencje światowe w nauce?

Od lat w Europie i w Polsce dominuje koncepcja nauk akademickich polegająca na prymacie nauk podstawowych nad stosowanymi; przekonaniu, że edukacja jest „ważniejsza” niż badania i że dyscypliny klasyczne są „lepsze” niż interdyscyplinarne.⁵

Zasadniczą trudnością w tworzeniu nowych koncepcji i strategii jest nie tyle ich postrzeżenie, ile zerwanie ze „starym”. Pozycja naukowa UE względem USA i Japonii pogarsza się.^{6,8} Czysto poznawcze cele nauki służą coraz powszechniej celom użytecznym. Nie oznacza to jednak bagatelizowania badań podstawowych, humanistyki i nauk społecznych. Tu również konieczny jest „zrównoważony i trwały rozwój”.

Co z tego wynika dla Polski?

W świetle przedstawionych danych, tendencji i koncepcji rozwoju nauki światowej, wynikają dla Polski następujące wnioski^{5,7}:

1. Edukacja, nauka i kultura są najważniejszym, fundamentalnym i koniecznym warunkiem rozwoju cywilizacyjnego i gospodarczego.

2. Bez wyboru najważniejszych dla nas, kierunków rozwoju nauki i wdrożeń – nie mamy szans w jednoczącej się Europie i globalizacji świata.

3. Nie stać nas na finansowanie wszystkiego.

4. Trzeba tworzyć nowe kierunki innowacyjne.

5. Tradycyjny model rozwoju nauki: badania podstawowe – stosowane – technologie – wdrożenia – produkty – wyczerpał się. Modelem efektywniejszym jest rozwój dynamiczny nauki, tj. równoczesny udział tych etapów w jej rozwoju.

Najważniejszy priorytet dla edukacji i nauki

Jak wykazano, najważniejszym priorytetem na najbliższe 10-20 lat winno być jak najlepsze wykorzystanie zasobów ludzkich, potencjału intelektualnego narodu oraz własnych bogactw narodowych. Celem tych działań winno być, przy zachowaniu pełnej odrębności i suwerenności narodowej, jak najracjonalniejsze zbliżenie się do poziomu życia wiodących krajów Zachodu, i maksymalne wykorzystanie wszystkich możliwości jakie wynikają z dotychczasowych umów międzynarodowych w zakresie nauki, z krajami świata.

Jak dotychczas, nasze roczne wpłaty do UE z tytułu współpracy w obszarze „Nauka” – są znacznie większe niż „przyznawane” corocznie środki na zgłaszane projekty naukowo-badawcze (granty).⁵

Ponieważ „inwestycje w człowieka” są najbardziej efektywne, tylko ten kierunek rozwoju państwa opartego na wiedzy, dużym wysiłku edukacyjnym wszystkich szczebli oraz wysokim poziomie wyższego wykształcenia (wraz ze znajomością języków obcych) – może zapewnić Polsce najlepszy możliwy status w Europie i jej ważną rolę w przyszłej wspólnocie europejskiej państw i narodów.

Najważniejsze oczekiwania

Tym zadaniom winny być jak najszybciej podporządkowane bezwzględnie, wszystkie inne działania rządu i władz. I nie może być rozpowszechniana w nieskończoność fałszywa argumentacja o braku pieniędzy na wszystko. Lepiej jest sfinansować nowe centrum naukowo-badawcze niż kilka kilometrów autostrady. Lepiej postawić na własny naród, zdrowy, wykształcony, chcący rozwijać nowoczesne dyscypliny nauki i techniki – niż wikłać go coraz bardziej w kosmopolityczny, służący innym silnym i bogatym – kolejny wariant neokolonializmu państwowego. Polska w światowym rozwoju nauki może i powinna jak najszybciej znaleźć się w pierwszej grupie. To spowoduje naturalny i wszechstronny rozwój Polski. Takie są oczekiwania Narodu z tysięcletnią tradycją.

Jan Paweł II: „...*Takiej właśnie mądrości chciałbym życzyć moim Rodakom, ażeby troska o sprawę kultury, a zwłaszcza nauki i szkolnictwa wyższego znajdowała u nich zawsze należne jej miejsce. Jest to wielkie ‘dobro wspólne’ Narodu, na które pomimo istniejących trudności ekonomicznych nie może zabraknąć środków...*”².

PRZYPISY

1 Roczniki Statystyczne – Polska, 1996-2002, Warszawa.

2 Jan Paweł II: Przemówienie do Rektorów Uniwersytetów Polskich, L'Osservatore Romano (Wersja polska), 5 stycznia 1996.

3 „Prestiż – relacje gospodarcze” – magazyn poświęcony promocji polskiej gospodarki, nr 36, grudzień 2002, Warszawa.

4 K. Forowicz: „Taki kraj, jaka nauka”, Rzeczpospolita nr 136, 1999.

5 „Sprawy nauki” – Biuletyn Komitetu Badań Naukowych, Warszawa, od 1995 r.

6 R. Tadeusiewicz: „Kształcenie inżynierów, a wymagania społeczeństwa informacyjnego”, XXIII Kongres Techników Polskich, 2001.

7 L. Kuźnicki, Komitet Prognoz „Polska w XXI wieku” przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Ekspertyza p. t. „Droga do roku 2010, Raport w sprawie opracowania długofalowej strategii rozwoju Polski na okres 15 lat”, Warszawa 1995.

8 Materiały Sejmowe, 1998-2002, Kancelaria Sejmu, Warszawa

Restrukturyzacja ochrony zdrowia

Spółki prawa handlowego i plan zdrowotny

Wszystko wskazuje na to, że w ślad za wejściem w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, ochronę zdrowia w Polsce, a w tym i na Lubelszczyźnie czekają w 2004 r. dalsze rewolucyjne zmiany restrukturyzacyjne. Czas odpowie na pytanie, czy będą to zmiany na lepsze.

DR N. MED.
ANNA JABLONSKA-CHMIELEWSKA
KATEDRA I ZAKŁAD EPIDEMIOLOGII
AM W LUBLINIE

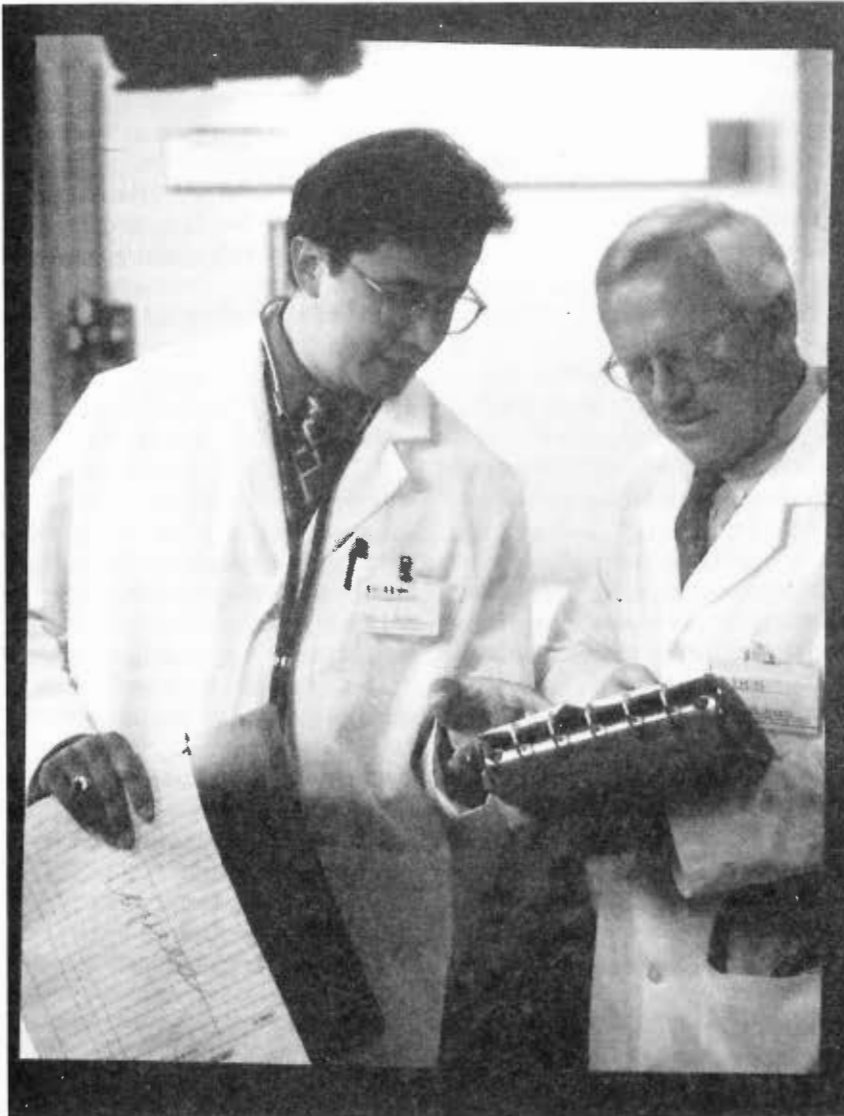
Jak podaje „Gazeta Prawna”, Ministerstwo Zdrowia opracowuje projekty dwóch ustaw, które umożliwią przeprowadzenie restrukturyzacji znanego, ogromnego zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. Planuje się, by ustawy weszły w życie z początkiem przyszłego roku. Pierwszą z nich będzie nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która umożliwi przekształce-

nie zespołów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, drugą – ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Według danych Ministerstwa Zdrowia dług publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynosi ok. 6,3 mld zł, z czego 12 proc. wykupiły firmy skupujące długi. Pomysły na zmniejszenie tego długu są różne, w tym np. współpłacenie przez pacjentów za niektóre usługi zdrowotne, co jest praktykowane np. we Francji, albo wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (istniejących np. w Anglii), które również zasililiby finanso-

wo istniejący system. Funkcjonowanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, do którego to rozwiązania bardziej skłaniają się polscy reformatorzy służby zdrowia, praktycznie miałyby oznaczać, że ci, którzy je wykupią, zapewnią sobie lepszą jakość świadczeń, a w systemie będzie ogólnie więcej środków, dzięki którym poprawi się dostępność usług.

Przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego służyć by miało przede wszystkim uszczelnieniu i zacieśnieniu gospodarki oraz kontroli finansowej w tych zakładach. Na rynku dostępnych jest bardzo wiele pozycji piśmiennictwa dotyczących przepisów określających rodzaje spółek, zasady ich tworzenia, funkcjonowania i likwidacji. Należy rozumieć, że przepisy dotyczące spółek prawa handlowego musiałyby się stać w dużej mierze obligatoryjne przy przekształceniach zakładów opieki zdrowotnej. Tworzy się na tę okoliczność nową formułę – spółki użyteczności publicznej, dotychczas niesprawdzoną w gospodarce i ekonomii. Wydaje się, że należy też pogratu-



**Przekształcenie zakładów
opieki zdrowotnej w spółki
prawa handlowego służyć by
miało przede wszystkim
uszczelnieniu i zacieśnieniu
gospodarki oraz kontroli
finansowej w tych zakładach.**

lować osobom pracującym w służbie zdrowia, które w przeszłości zdały tzw. „egzamin do rad nadzorczych spółek skarbu państwa”, co teraz na pewno ułatwi im znalezienie się w mechanizmie przekształceń. Obecnie egzamin ten prowadzony jest w sposób scentralizowany w Ministerstwie Skarbu Państwa i ma charakter konkursowy.

Drugą nowością mogącą w istotny sposób wpłynąć na zakres i jakość opieki zdrowotnej w kraju i województwie jest odpowiednio krajowy i wojewódzki plan zdrowotny. Tworzenie wspomnianych planów określa ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

**Ważniejsze artykuły ustawy
dotyczące tworzenia planów
stanowią:**

Art. 101.

W celu określenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych oraz warunków należytego zabezpieczenia tych potrzeb tworzy się:

1) plany zdrowotne województwa, zwane dalej „wojewódzkimi planami zdrowotnymi”, które stanowią wytyczne dla wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych;

2) plan zdrowotny dla służb mundurowych, który stanowi wytyczne dla planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych.

Art. 102.

1. Projekt wojewódzkiego planu zdrowotnego opracowuje zarząd województwa, a zatwierdza sejmik województwa, w drodze uchwały.

2. Projekt planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowywany jest wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

3. Plany, o których mowa w ust. 1 i 2, określają najważniejsze krótkoterminowe i długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągnięcia.

4. W wojewódzkim planie zdrowotnym na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej obywateli i jej uwarunko-

wań ustala się priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych.

Art. 102.7. Przy opracowywaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego zarząd województwa zasięga opinii wojewody, organów powiatów i samorządów zawodów medycznych.

Art. 104.

1. Wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych są opracowywane i uchwalane co najmniej na następny rok kalendarzowy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Plany zdrowotne, o których mowa w ust. 1, mogą uwzględniać długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągnięcia na 4 kolejne lata.

3. W przypadku opracowania czteroletniego planu zdrowotnego podlega on corocznej aktualizacji. Do aktualizacji planu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy o tworzeniu i zmianie planu zdrowotnego, o których mowa w niniejszym rozdziale.

4. Sejmik województwa przekazuje uchwalony wojewódzki plan zdrowotny do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu do dnia 15 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

5. Przygotowany i wspólnie przyjęty plan zdrowotny dla służb mundurowych Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych przekazuje do centrali Funduszu do dnia 15 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

Art. 105.

1. Właściwy wojewódzki oddział Funduszu opiniuje wojewódzki plan zdrowotny pod względem zabezpieczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i ciągłości ich udzielania dla ubezpieczonych.

2. Wojewódzki oddział Funduszu na podstawie przedłożonego wojewódzkiego planu zdrowotnego oraz analizy informacji statystycznych o realizacji świadczeń zdrowotnych na terenie danego województwa w latach poprzednich przygotowuje projekt wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń

zdrowotnych, zwanego dalej „wojewódzkim planem zabezpieczenia”.

3. Komórka organizacyjna centrali Funduszu, o której mowa w art. 38 ust. 5, na podstawie przedłożonego planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowuje projekt planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych, zwanego dalej „planem zabezpieczenia dla służb mundurowych”.

4. Projekty planów, o których mowa w ust. 2 i 3, określają w szczególności liczbę i zakres świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi oraz w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych.

5. Plan zabezpieczenia wraz z zaopiniowanym planem zdrowotnym właściwy oddział wojewódzki Funduszu przekazuje najpóźniej do dnia 15 maja roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, do centrali Funduszu.

6. W przypadku stwierdzenia, że plan zdrowotny nie gwarantuje zabezpieczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i ciągłości ich udzielania, w opinii, o której mowa w ust. 1, właściwy oddział wojewódzki Funduszu zamieszcza propozycje zmian.

7. Jeżeli sejmik województwa nie przedstawi właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu wojewódzkiego planu zdrowotnego w terminie

określonym w art. 104 ust. 4, plan ten oraz wojewódzki plan zabezpieczenia przygotowuje, we współpracy z wojewodą, właściwy oddział wojewódzki Funduszu i przekazuje go bezpośrednio do centrali Funduszu w terminie do dnia 15 maja roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

8. W przypadku gdy Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych nie prześlą do Funduszu planu, o którym mowa w art. 102 ust. 2, w terminie, o którym mowa w ust. 7, plan ten przygotowuje Zarząd Funduszu.

Art. 106.

1. Zarząd Funduszu na podstawie wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych oraz wojewódzkich planów zabezpieczenia i planu zabezpieczenia dla służb mundurowych opracowuje projekt Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, zwanego dalej „krajowym planem”, uwzględniając opinie, uwagi i propozycje oddziałów wojewódzkich Funduszu.

2. Krajowy plan opracowywany jest na rok kalendarzowy.

3. Projekt krajowego planu określa w szczególności liczbę oraz zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu.



4. Zarząd Funduszu przedstawia projekt krajowego planu Radzie Funduszu w terminie do dnia 15 czerwca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

5. Rada Funduszu przyjmuje projekt krajowego planu do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

6. Przyjęty przez Radę Funduszu projekt krajowego planu przekazywany jest w ciągu 7 dni:

1) w części odnoszącej się do danego województwa – do właściwego sejmiku województwa i wojewody;

2) w zakresie planu zabezpieczenia dla służb mundurowych – do właściwych ministrów.

7. Rada Funduszu wraz z projektem krajowego planu przedkłada ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych oraz opinie i propozycje zmian do tych planów zgłoszone przez oddziały wojewódzkie Funduszu oraz komórkę organizacyjną wymienioną w art. 38 ust. 5.

8. Sejmik województwa i wojewoda, za pośrednictwem właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, może przedstawić opinie do przedłożonej mu części projektu krajowego planu w terminie do dnia 21 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

9. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych mogą przedstawić Zarządowi Funduszu opinie do przedłożonego im projektu krajowego planu w terminie do dnia 21 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia może wnieść uwagi do projektu krajowego planu w terminie do dnia 21 lipca poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

Art. 108.

1. W krajowym planie określa się prognozowane środki przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych w kraju oraz maksymalne ceny za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych.

2. Przy ustalaniu krajowego planu Fundusz jest obowiązany do przestrzegania:

1) zasady zrównoważenia kosztów z przychodami;

2) wymagań wynikających z aktualnej wiedzy i praktyki medycznej niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych.

3. Krajowy plan stanowi podstawę do sporządzania przez Zarząd Funduszu projektu planu finansowego Funduszu.

Art. 109.

1. Krajowy plan tworzy się w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu, uwzględniając możliwe do zabezpieczenia potrzeby zdrowotne ubezpieczonych.

2. Realizacja krajowego planu następuje w drodze zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami, przez oddziały Funduszu.

Art. 111.

1. Zmiany krajowego planu dokonuje Rada Funduszu na wniosek złożony za pośrednictwem Zarządu Funduszu.

2. Uprawnionymi do wystąpienia z wnioskiem o zmianę krajowego planu są:

1) minister właściwy do spraw zdrowia;

2) w zakresie ich dotyczącym:

a) na wspólny wniosek Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych,

b) sejmik województwa,

c) oddziały wojewódzkie Funduszu.

3. Zmiana krajowego planu wymaga zatwierdzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Nie dotyczy to przypadku, gdy krajowy plan został zmieniony na skutek uwzględnienia w całości wniosku ministra właściwego do spraw zdrowia.

Komentarz

Kluczem do jakości ochrony zdrowia w województwie będzie wojewódzki plan zdrowotny. Należy rozumieć, że ma on być on owocem uzgodnień pomiędzy samorządami terytorialnymi, zawodowymi i administracją rzą-

dową, sprawdzony i zaakceptowany przez Wojewódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia i stanowić podwalinę Krajowego Planu Zdrowotnego. Co istotne, będzie stanowił podstawę do finansowania zakładów opieki zdrowotnej.

Tu powstają jednak pewne pytania. Pierwsze, to, czy wszechobecna polityka nie spowoduje wypaczeń w poszczególnych etapach tworzenia i treściach takiego planu. Kadra, zwłaszcza kierownicza, Narodowego Funduszu Zdrowia jest bardzo zróżnicowana pod względem kompetencji zawodowych i z ubolewaniem należy zauważyć, że przeważnie nie pochodzi, jak powszechnie wiadomo, z ogólnodostępnej rekrutacji, i może być na różnych szczeblach poddawana naciskom politycznym. Nie wiadomo też dokładnie, jakie komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia upoważnione są do weryfikacji Wojewódzkich Planów Zdrowotnych, co następnie może stanowić zagrożenie dla jakości ochrony zdrowia w województwie.

Jak niezwykle Wojewódzki Plan Zdrowotny jest ważny w terytorialnym systemie ochrony zdrowia świadczy fakt, że lubelski Zespół Kryzysowy do spraw Organizacji Ochrony Zdrowia (powołany przez Sejmik) proponując międzywojewódzką współpracę w zakresie ochrony zdrowia w postulatach ze stanowiska z dn. 16 września 2003 r. formułuje m. in. zadania:

► współpraca i koordynacja prac w zakresie tworzenia Wojewódzkich Planów Zdrowotnych;

► wyznaczanie i uwzględnianie w Wojewódzkich Planach Zdrowotnych rzeczywistej wartości świadczeń udzielonych mieszkańcom poza jego granicami;

► wypracowanie stanowiska i wspólnego występowania w sprawie sposobu podziału środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia w trakcie tworzenia Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych.

Jak już wspomniałam na wstępie – najbliższy czas zapewne zweryfikuje efekty tej „eksperymentalnej terapii wstrząsowej polskiego systemu ochrony zdrowia”.

Nowoczesne miary zdrowia populacji ludzkiej

**Narastające potrzeby mierzenia zdrowia
celem przewidywania potrzeb finansowych
i planowania zabezpieczeń leczniczych
oraz społecznych były motorem
napędowym badań nad ustalaniem nowych
norm i miar zdrowia.**

**DR N. MED.
ANNA JABŁONSKA-CHMIELEWSKA**
KATEDRA I ZAKŁAD EPIDEMIOLOGII

**PROF. DR HAB.
MAŁGORZATA POLZ-DĄCEWICZ
PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI**
SAMODZIELNA PRACOWNIA WIRUSOLOGII
AM W LUBLINIE

Najczęściej wykorzystywanym przez epidemiologów i najważniejszym pomiarem i wskaźnikiem stanu zdrowia ludności był i w zasadzie jest nadal wskaźnik umieralności w danej populacji i miary od niego pochodne, oparte na liczbie i przyczynach zgonów, klasyfikowanych według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. W ostatnich dziesięcioleciach klasyfikacje zgonów prowadzono na podstawie dziewiątego, a obecnie dziesiątego wydania tej klasyfikacji, zatwierdzonej przez WHO [1]. Przybliżyła nas to do prawie pełnej porównywalności przyczyn zgonów opartych na tej klasyfikacji, w skali

międzynarodowej. Jednak istnieją problemy w porównywalności danych z krajów rozwiniętych i rozwijających się, wynikające z możliwości kadrowych i poziomu wiedzy zdrowotnej w tych krajach. Dotyczy to tylko zgonów, a przecież obecnie większość chorób nie kończy się zgonem. Choroby te, zarówno ostre jak i przewlekłe, po rekonwalescencji i rehabilitacji, pozostawiają następstwa, (oprócz umieralności) i kończą się bardzo często, głównie niepełnosprawnością, wskutek czego znacznie obniżają jakość zdrowia i życia jednostek oraz zdrowotność populacji. Obecnie bardzo rozbudowane możliwości diagnozowania i leczenia wielu chorób, dawniej szybko kończących się śmiercią, (np. choroby nowotworowe, niewydolność krążenia i oddechowa, udary mózgowe), przedłużają życie chorych oraz zwiększają liczbę osób i lat przeżytych w stanie niepełnosprawności.

W rozwiniętych państwach o dobrze zorganizowanej administracji, w tym administracji ochrony zdrowia, oprócz zgonów, do określania zdrowotności populacji bierze się pod uwagę wskaźniki zapadalności, chorobowości, śmiertelności i hospitalizacji. Wskaźniki te obliczane są w postaci uogólnionej (dla populacji) i w postaciach szczegółowych (ilość i jakość poszczególnych chorób). Narazie,

w około połowie państw na ziemi nie prowadzi się w ogóle lub czyni to w niepełnym zakresie ewidencję tych zjawisk zdrowotnych, co znacznie utrudnia globalne obliczenia obciążeń związanych z ochroną zdrowia.

Po kilkuletnich dyskusjach i ustaleniach wprowadzono kilkanaście nowych miar jakości życia pojedynczej osoby i sumując je, całej populacji (np. w kraju). Opisano je w pierwszym tomie wspomnianej monografii zbiorowej [3]. Cztery z tych miar napewno mają podstawowe znaczenie nie tylko teoretyczne, naukowe lecz także praktyczne, administracyjne.

Pierwszą miarą są lata życia skorygowane jakością (ang. skrót: QUALY)*, czyli lata życia przeżyte w pełnym zdrowiu (zależnie od wieku, płci, wpływu środowiska życia i pracy). Popularnie przedstawia się tę miarę jako średnią długość życia w danej populacji, a na podstawie tych liczb łatwo jest opracować tzw. tablice lat przeżycia (umieralności) w poszczególnych przedziałach wiekowych, osobno dla kobiet i osobno dla mężczyzn.

Każda z chorób (każdy z urazów) podwójnie obciąża zdrowotnie jednostkę i populację. Są to:

a. lata życia utracone z powodu przedwczesnej umieralności (skrót ang. PYLL)* i,

b. lata życia przeżyte z niepełnosprawnością (skrót ang. YLD)*. Do zdrowotnej niepełnosprawności osoby zalicza się czas (dni) choroby lub urazu, np. dni hospitalizacji, dni rekonwalescencji i rehabilitacji, lata ciągłego leczenia chorób, ich skutki i następstwa dla zdrowia jednostki i dla opieki państwowej (finanse), liczone w latach.

c. lata życia skorygowane niepełnosprawnością, (DALY = Disability-Adjusted Life Years)* stanowią one sumę utraconych lat życia (Years of Live Lost – YLL)* i lat przeżytych z niepełnosprawnością (Years Lived with Disability – YLD), w danej populacji. Miernik ten, oparty na czasie, koryguje się stopniem niepełnosprawności (niesprawności). W Polsce są trzy stopnie ustawowe: znaczny, umiarkowany i lekki. Jest to ogólny typ miernika utraty zdrowia osoby, a także (głównie) populacji, inny niż zgony (umieralność



„Wszystko, co można pomierzyć i policzyć, jest nauką, a to co nie jest policzalne, nią nie jest”.

Leonardo da Vinci

i jej odmiany), chorobowość, zapadalność, hospitalizacja. Miernik ten ma dużą wartość, m. in., oceny komfortu życia jednostki, przydatności rodzinnej i społecznej, i jest bardzo ważny także w rozważaniach długoletnich obciążeń poszczególnych jednostek, jak przychodnie, ośrodki zdrowia, szpitale oraz ekonomicznej oceny wydatków ponoszonych na zdrowie.

Biorąc powyższe potrzeby pod uwagę, epidemiolodzy postanowili opracować dalsze, dodatkowe metody mie-

rzenia zdrowia populacji. Problem był trudny, ale jego rozwiązanie stał się konieczne, niezbędne, nie tylko epidemiologom i urzędnikom, ale także lekarzom leczącym chorych („choroba przyczyną innej choroby”) i lekarzom orzecznikom, ze względów ekonomicznych. Chodziło (i nadal jest to ważne) o sprawiedliwe, a więc jednokowe określanie wysokości rent i odszkodowań przyznawanych wszystkim osobom po przebytych chorobach i urazach, „ile i za jakie uszkodzenia?”.

Główne cele

Dalekosiężne cele wprowadzania nowych miar zdrowia populacji to:

a. włączenie do międzynarodowych i krajowych dyskusji na tematy zdrowia populacji kolejnych wyników obliczeń i szacunków, innych niż umieralność ogólna, szczegółowa i około porodowa, czyli dodaje się jeszcze dokładną analizę, następstw pochorobowych i związanych z tym skutków zarówno zdrowotnych, jak ściśle z nimi związanych skutków ekonomicznych i społecznych, z którymi na codzień ma problemy podstawowa ochrona zdrowia i opieka społeczna.

b. z wielu względów (których tu nie przedstawiamy) umieralność i niepełnosprawność, ujmowane tylko liczbo-

wo, nie są w pełni obiektywnymi miarami zdrowia populacji. Poważny wpływ mają tu inne, pośrednie czynniki, m. in. także mocno działają kierunki interpretacji danych przez politycznych zwolenników lub przeciwników „opiekuńczości” państwa nad zdrowiem. Przykładem są tzw. maksymaliści (patrz poniżej: słownik) o lewicowych przekonaniach i minimaliści chętnie używający pieniędzy podatników do innych celów niż zdrowotne.

c. nowe mierniki zdrowia mogą być wykorzystywane do wyboru, przez decydentów, opcji interwencji ekonomicznych dla utrzymywania zdrowia, czyli wysokości finansowania zdrowia, w sensie całościowym (profilaktyka, płace, kadry, odtwarzalność kadr, nowe obiekty, remonty itd).

d. szybki rozwój dziedziny wiedzy medycznej zwanej zdrowiem publicznym, ściśle związanej z administracją państwową, samorządową i administracją ochrony zdrowia, może działać rozważnie i skutecznie na poziomie państwa, województw, powiatów i gmin, wówczas gdy mają one dokładne dane statystyczne, szacunkowe i opisowe. Do tego działania konieczne są liczne i wielokierunkowe pomiary cech zdrowia osób i jakości zdrowia populacji, dokonywane przez kompetentnych specjalistów powszechnie przyjętymi i w miarę prostymi miarami. Rozwój i specjalizowanie się nauk medycznych stworzyło konieczność dalszego udoskonalania pomiarów zdrowia osób i całych populacji ludzi, zamieszkujących określone rejony kuli ziemskiej.

Słownik używanych pojęć

Badanie Globalnego Obciążenia Chorobami (Global Burden of Disease Study – GBD), od 1992 r. ma na celu wyliczenie obciążenia populacji ludzkiej chorobami i urazami. Dotyczy to wszystkich państw. Do tego celu opracowano wskaźnik zwany w skrócie DALY.

DALE = Disability-Adjusted Life Expectancy patrz: Oczekiwana długość życia skorygowana niepełnosprawnością.

DALY = Disability-Adjusted Life Years = Lata Życia Skorygowane Niepełnosprawnością, stanowią one sumę Utraconych Lat Życia (Years of Live Lost – YLL) i Lat Przeżytych z Niepełnosprawnością (Years Lived with Disability – YLD), w danej populacji. Miernik ten, oparty na czasie, koryguje się stopniem niepełnosprawności (niesprawności). Jest to ogólny typ miernika zdrowia osoby, a także (głównie) populacji, inny niż zgony (umieralność i jej odmiany), chorobowość, zapadalność. Miernik ten ma jedną z dużych wartości, m. in., oceny komfortu życia, przydatności rodzinnej i społecznej, i jest bardzo ważny także w rozważaniach ekonomicznej oceny wydatków na zdrowie.

DFLE = Disability-Free Life Expectancy, patrz: Oczekiwana długość życia bez niepełnosprawności.

GBD, patrz: Badanie Globalnego Obciążenia Chorobami.

HDI = human development index, patrz: wskaźnik rozwoju ludzkości.

IMR = infant mortality rate = współczynnik umieralności niemowląt.

Jakość życia człowieka, związana ze zdrowiem (health related-quality of live – HRQL), to: możliwość dobrej jakości, percepcja (health perception), czyli psychologiczny sposób odczuwania własnego zdrowia, stany funkcjonalne organizmu (functional states) i także możliwe, istniejące upośledzenia (impairments) organizmu. Do pełnej oceny i badania jakości życia osoby opracowano 17 cech i układów (liczne są bardzo subtelne i trudne do mierzenia).

Lata Przeżyte z Niepełnosprawnością (Years Lived with Disability – YLD), liczba lat niepełnosprawności osoby od czasu lekarskiego, prawnego stwierdzenia rodzaju niepełnosprawności lub niesprawności (np. tetraplegia). Problem ten jest omawiany w Międzynarodowej Klasyfikacji Upośledzenia, Niesprawności i Kalectwa (ICIDH, oprac. WHO 1980 i dalsze prace).

Lata życia skorygowane jakością (QUALY), liczba lat przeżytych w pełnym zdrowiu. Określane to jest licznymi warunkami (zależnie od wieku, płci, wpływu środowiska itd).

Maksymalista – w medycznym pojęciu zdrowia (ochrony i opieki zdrowotnej) to osoba, która wyznaje pogląd o pełnej realizacji założonego systemu etycznego, tj. pełna (bezpłatna) pomoc zdrowotna osobie potrzebującej, niezależnie od możliwości finansowych systemu (państwa, samorządu), niezależnie od kosztów leczenia choroby, niezależnie od wypracowanych w życiu przez osobę uprawnień, jej podstawy moralnej, jej miejsca urodzenia, rasy i państwowości.

Minimalista – w medycznym pojęciu zdrowia (ochrony i opieki zdrowotnej) to osoba, która wyznaje pogląd o konieczności mimimalnej realizacji założonego systemu etycznego, tj. tylko zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych osoby i populacji, jak higiena publiczna (profilaktyka populacyjna), zwalczanie epidemii, pomoc ratownictwa ogólnego i pogotowia ratunkowego. Pozostałe usługi medyczne powinna opłacać osoba zainteresowana leczeniem (także drogim i długotrwałym), rehabilitacją i profilaktyką (np. płatne szczepienia przeciw licznym chorobom zakaźnym) oraz opieką społeczną.

Niepełnosprawność, niepełne, określone upośledzenie funkcji (jednej lub kilku, np. lokomocji) lub części (jakiejs) funkcji organizmu, np. upośledzenie umysłowe. Ustawowo odróżnia się dwa stopnie: umiarkowane i lekkie. Osoba może podjąć pracę (może ale nie musi) o wysiłku i czasie dostosowanym do stopnia dysfunkcji organizmu.

e. tradycyjnie w polskiej medycynie nie wypadało poruszać problemów ekonomicznych związanych ze zdrowiem, a szczególnie z ciężkimi chorobami. Oprócz przyczyn etycznych, brak było oficjalnie jakichkolwiek miar i ustaleń w zakresie kosztów leczenia i przydatności profilaktyki. Ta sytuacja ciąży do dziś na administracji ochrony zdrowia, osobowości decydentów i poglądach społeczeństwa. Wyrazistym przykładem jest brak dotychczas podstawowych wycen hospitalizacji pacjentów, a także brak wycen usług pielęgniarskich, lekarskich i leczniczych. Próby ustalania takich wycen w państwowej ochronie zdrowia trafiają na niewidzialne i rzekomo nie usuwalne przeszkody i są skutecznie blokowane. Nie ma

chętnych do podjęcia tych czynności. Bez tych podstawowych ustaleń i decyzji nie uda się przeprowadzić mądrej ekonomicznie i skutecznej reformy ochrony zdrowia.

f. obliczanie kosztów całości usług medycznych, w planowaniu budżetu, oparte było i jest nadal na wyrażonym zapotrzebowaniu na usługi zdrowotne (bieżąca, roczna statystyka). Nie

To prawda, że to co jest dobrze pomierzone i policzone, ma siłę przekonywania o celowości działań, wymagań i konieczności rezygnacji ze skrajnych obciążeń zdrowotnych.

Niepełnosprawność wtórna, wskutek braku opieki medycznej, braku pracy (chronionej) lub niechęci osoby poszkodowanej do rehabilitacji i nawrót niepełnosprawności w zakresie określonych funkcji. Ma to miejsce, po wypisie ze szpitala lub sanatorium, najczęściej w mikrośrodkowisku (dom, rodzina, domy opieki) życia osoby poszkodowanej.

Niepełnosprawności (niepełnosprawności) współwystępujące, dzielone są na zależne od siebie i niezależne. Używane są do oceny stopnia utrudnień życiowych osób niepełnosprawnych.

Niesprawność (pełna), stan zdrowia uniemożliwiający samodzielne zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych, osoba wymaga stałej pomocy osoby drugiej, nawet w prostych czynnościach życiowych (dawniej inwalida I°). Osoba jest niezdolna do podjęcia jakiegokolwiek pracy. Ustawowo taka sytuacja zdrowotna osoby określona jest jako znaczna niepełnosprawność.

Oczekiwana długość życia bez niepełnosprawności, (DFLE) długość takiego życia oblicza się aż dla siedmiu klas niepełnosprawności w każdej grupie wiekowej, według specjalnego wzoru. Uzyskiwane dane są przydatne w ocenie rozwoju potrzeb zdrowotnych i ekonomicznych.

Oczekiwana długość życia skorygowana niepełnosprawnością (DALE), od średniej liczby długości życia w danej populacji odejmuje się liczbę skorygowanych lat przeżytych w niepełnosprawności oraz skorygowanych o ciężkość niepełnosprawności (ujętej stopniami w osobnych ustaleniach). Problem (porównawczy) w tym, że każdy kraj (kontynent) podaje różne miary średniej długości życia danej populacji.

Potencjalnie utracone lata życia (Potential Years of Live Lost – PYLL), prosty pomiar czasu utraconego wskutek przedwczesnej umieralności, polega na odjęciu lat przeżycia od średniej długości życia w danej populacji. Po przekształceniach statystycznych danych o umieralności

w poszczególnych przedziałach wiekowych w danej populacji, otrzymuje się przeciętną sumę oczekiwanych i utraconych lat życia na jednostkę (wszystkie lub tylko zmarłe – zależnie od wstawionej wartości mianownika).

PTO (person trade – off), osobista skala pomiaru preferencji zdrowotnych (0 = pełne zdrowie, 1 = śmierć) oparta na własnej refleksji, ujmująca 22 choroby. Między innymi, bardzo zróżnicowane są oceny poszczególnych respondentów w decyzji, np. czy lepiej wydać pieniądze na przedłużenie życia jednej osobie o dziesięć lat, czy (tę samą sumę) dla dziesięciu osób i przedłużyć ich życie tylko o 1 rok.

PYLL, patrz: potencjalnie utracone lata życia.

QUALY (Quality-Adjusted Life Years), patrz: Lata życia skorygowane jakością.

Utracone lata życia (YLL), (przedwczesne zgony), lata życia zmarłej osoby odjęte od średniej długości życia w danej populacji. Oblicza się je według grup przyczyn (tak jak struktury zgonów) oraz krajów (bogate, rozwijające się, biedne).

Skale wartościowania (mierzenia) zdrowia i życia; opracowano kilkanaście takich skal, więcej lub mniej uniwersalnych i mniej lub więcej arbitralnych.

Wskaźnik rozwoju ludzkości (HDI), od 1995 r. normatywny wskaźnik obejmujący: oczekiwaną średnią długość życia w danej populacji, dochód na głowę ludności i odsetek osób czytających i piszących. Ważny i przydatny wskaźnik w ukięrowaniu (trendach) i ocenie polityki zdrowotnej państwa oraz skierowywania do najbardziej potrzebujących krajów, międzynarodowej pomocy w zakresie zdrowia.

YLD, patrz: Lata Przeżyte z Niepełnosprawnością.

YLL (Years of Life Lost), patrz: Utracone lata życia.

Rodzaj urazu	Waga niepełnosprawności	Leczeni	Czas trwania - nie leczenia
Złamanie kości ręki	0,100	0,100	0,070
Zł. k. promieniowej lub łokciowej – ostre	0,180	0,180	0,112
Zł. k. udowej – ostre	0,372	0,372	0,241
Zł. k. czaszki – ostre	0,431	0,431	0,107
Zł. kręgosłupa – ostre	0,266	0,266	0,140
Uraz rdz. kręgowego – na całe życie	0,725	0,725	Przez całe dalsze życie (!)
Uraz wew. czaszkowy	0,359	0,359	0,067
Amputacja ramienia	0,308	0,257	Całe życie (!)
Amputacja nogi	0,300	0,300	Całe życie (!)
Oparzenia 20-60%	0,469	0,441	0,360
Zatrucia	0,608	0,608	0,008
Tetraplegia	0,945	0,945	Całe życie (!)

Tabela 1. Szacunkowa ocena wybranych urazów, w zakresie 45-59 lat [3]. (skala 0 = pełne zdrowie, 1 = śmierć, w podziale na 1000 poziomów)

bierze się pod uwagę zaniechań profilaktycznych i nie wyrażonych, a istniejących w populacji potrzeb zdrowotnych. Potrzeby te można określić na podstawie lekarskich badań przesiewowych większych populacji, jak np. powiatu.

Działania organizacji międzynarodowych

Od ponad dwunastu lat w pełni, a częściowo już w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, pod nadzorem WHO i przy współudziale finansowym Banku Światowego, pod kierunkiem Christophera Murraya i Alana Lopeza [3] przy współpracy liczących się ośrodków naukowych, prowadzono badania Globalnego Obciążenia Chorobami (Global Burden of Disease Study – GBD). Tworzono szacunki i prognozy, używając różnych miar epidemiologicznych, takich jak: zapadalność, chorobowość oraz umieralność z powodu poszczególnych chorób. Już w 1990 r. opublikowano zestaw szacunków nasilenia chorobowości i urazów i pośrednio ich wpływ na politykę zdrowotną.

Należy podkreślić, że z tych wczesnych badań wyciągnięto narzucony sytuacją zdrowotną i analizą naukową bardzo istotny wniosek. O zdrowot-

ności populacji decyduje nie tylko jakość (zawodowa), ilość i wiek zmarłych, nie tylko jakość i ilość chorób, lecz także ilość i jakość urazów (przy pracy i w wypadkach komunikacyjnych), a szczególnie duże znaczenie zdrowotne i ekonomiczne mają następstwa chorób i urazów, nazywane niepełnosprawnością lub niesprawnością. Te ostatnie występują w różnej skali nasilenia u poszczególnych osób i ilościowo w określonych populacjach ludzi. Stąd dane o tych problemach zdrowotnych opublikowano jako Globalne Obciążenia Chorobami i Urazami [3]. Okazało się, że o wiele łatwiej takie zestawy szacunków można wyliczyć i ustalić dla każdego kraju z osobna. Są one bardziej wiarygodne. Uogólniany zestaw szacunków dla całego świata lub kontynentu może zawierać znaczące błędy.

Ośrodki ustalające nowe miary

Na podkreślenie zasługuje fakt, że dwa, amerykańskie, światowe ośrodki naukowe przez dziesięć lat planowały i realizowały ustalenia co do wartości miar powszechnych chorób, urazów i ich następstw [3]. Prowadzono te badania we współpracy dziesięciu ośrodków naukowych z kilku kon-

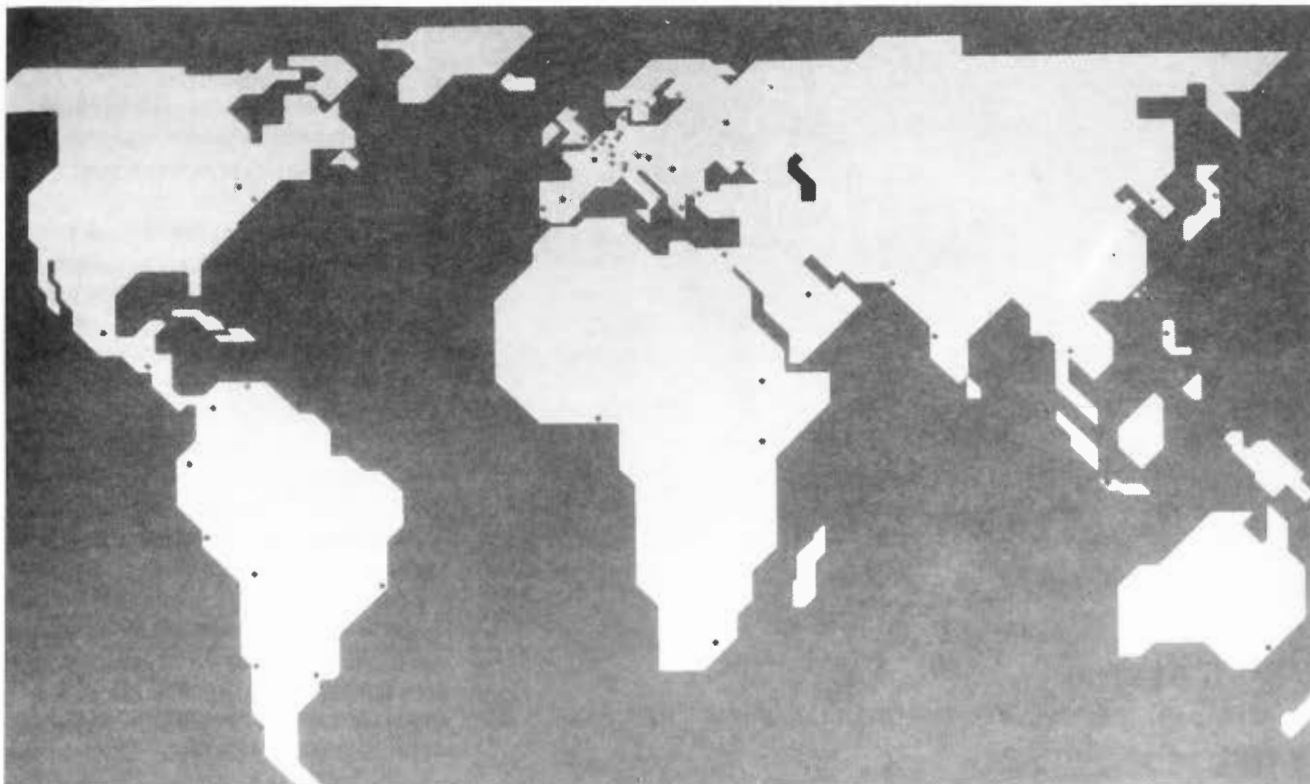
tynentów, w których dokonywano krytycznej wyceny wartości utraty zdrowia i życia osób względem różnych chorób i ich następstw, urazów i ich następstw, oraz z niepełnosprawności nabytej, wrodzonej i wtórnej.

Szacunkowe wartości miar zawarte zostały w zakresie liczb czterocyfrowych od 0 do 1.000, gdzie 0 oznacza pełne zdrowie, a 1 oznacza śmierć. Celem przejrzystości szacunki podawano po przecinku za zerem, np. w wieku 45-59 lat; złamanie kości stopy oceniono na 0,077 stopnia utrudnienia życia, ale uraz rdzenia kręgowego oceniono na 0,725 stopnia utrudnienia życia, a tetraplegię na 0,945.

Dobitnie problemy te obrazuje tabela 1, jako przykład ocen i weryfikacji chorób, urazów i następstw.

W polskich ustawach, szczególnie w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. [4] ustalono trzy stopnie niepełnosprawności, jako: znaczny, umiarkowany i lekki. Granice tych stopni są arbitralne, określane według osobistych poglądów i często trudne do uzasadnienia. Z tym są ściśle związane ustalenia co do niemożliwości pracy osoby, jej możliwości podjęcia pracy chronionej, możliwości normalnej pracy w wyuczonym zawodzie lub po przekwalifikowaniu osoby niepełnosprawnej. Także z dokładnym ustaleniem stopnia niepełnosprawności łączy się wysokość finansowego zadośćuczynienia przez pracodawcę albo wysokość renty wypłacanej przez państwo. Mieści się tu ogromna ilość możliwych uszkodzeń i osłabień funkcji narządów. Często jedynym rozwiązaniem lub łagodzeniem sytuacji osoby uszkodowanej jest arbitralność, najlepiej komisyjna.

W naszym kraju, w oficjalnej statystyce zdrowotnej (Roczniki Statystyczne i Roczniki Statystyczne Ochrony Zdrowia – krajowe i wojewódzkie), poza liczbą osób niepełnosprawnych w populacji, nie uwzględnia się wyżej omówionych, choćby niektórych wskaźników. Częściową analizę sytuacji zdrowotnej, w oparciu tylko o chorobowość szczegółową, w Polsce przeprowadzono w ośrodku warszawskim [2]. Do poważnego zastanowienia się nad przyczynami zmusza nas fakt, że mimo opublikowania tych wskaźników od oko-



**Okazało się, że
o wiele łatwiej
zestawy szacunków
można wyliczyć i ustalić
dla każdego kraju
z osobna. Są one
bardziej wiarygodne.
Uogólniany zestaw
szacunków dla całego
świata lub kontynentu
może zawierać
znaczące błędy.**

ło dziesięciu lat w piśmiennictwie międzynarodowym i około czterech lat w piśmiennictwie polskim [3], w pracach naukowych – w tym w doktorskich i habilitacyjnych – najczęściej nie wspomina się o tych wskaźnikach. Ten fakt utrzymuje krajową wiedzę medyczną z tego zakresu na poziomie sprzed 30-50 lat. Uwaga ta dotyczy także naszej Uczelni.

Wnioski z tego krótkiego omówienia są jednoznaczne. Administracja ochrony zdrowia w naszym kraju, przy współpracy z wyspecjalizowanymi ośrodkami naukowymi i kompetentnymi osobami (epidemiologia, medycyna społeczna), powinna niezwłocznie wprowadzić omówione wyżej miary do oceny zdrowotności populacji i związanych z tym rzeczywistych potrzeb materialnych i finansowych w świetle możliwości podatkowych i praw ekonomicznych. Można z powodzeniem wykorzystać do tego celu zgromadzone dane statystyczne z ubiegłych lat. Należy szeroko omawiać realne konieczności ekonomicznego zabezpieczenia zdrowia populacji i chorych osób. Społecznicy i naukowcy opracowali odpowiednie narzędzia i miary zdrowia, z których warto korzystać także w naszym kraju. To prawda, że to co jest dobrze pomierzone i policzone, ma siłę przekonywania o celowości działań, wymagań i konieczności rezygnacji ze skrajnych obciążeń zdrowotnych.

LITERATURA:

- [1.] Kopczyński J., Tyszkowski P., Brzychcy K. P.: Konsekwencje zmian metodologicznych Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. *Wiadomości Statystyczne* 2001, 46, 36-49.
- [2.] Kopczyński J. i in.: Umieralność szczegółowa z powodu niektórych chorób przewlekłych w Polsce w latach 1960-2000. Wyd.: Akademia Medyczna w Warszawie. Warszawa 2003.
- [3.] Murray Christopher J. L., Lopez Alan D.: *Globalne Obciążenie Chorobami*. Tom I. Wydawnictwo Medyczne „Mesalius”. Kraków 2000.
- [4.] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. nr 123, poz. 776).

Epidemiologia żywności i żywienia (cz. II)

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

Poglądy epidemiologów na żywność i żywienie

Szczególną ostrożność należy zachować w sytuacji, gdy odżywiamy się poza własnym domem, należy wówczas korzystać z budzących zaufanie restauracji, jadalni, stolówek. W zakupionych produktach trzeba zwracać uwagę na szczelność opakowania, datę przydatności do spożycia oraz na ich wygląd.

Spełnienie powyższych warunków umożliwia, m. in. przerwanie dróg przenoszenia bakterii, pasożytów i wirusów oraz utrzymywanie zdrowia.

Bakteryjne zakażenia żywności

W epidemiologii bardzo ważna jest okoliczność, z jakich źródeł oraz jakimi drogami szczą się choroby, w tym choroby przewodu pokarmowego. Drogą do organizmu, zarazków wywołujących te choroby, prawie zawsze są pokarmy lub woda albo inne płyny. Istotne jest jakie były źródła i pośrednie drogi przeniesienia zarazków na surowce, półprodukty i produkty żywnościowe. Poznanie takiego mechanizmu umożliwia wprowadzenie metod zapobiegawczych, uniemożliwiających zakażenie żywności i przenoszenie zarazków.

Nie tylko epidemiologów, ale lekarzy praktyków, a pośrednio także dietetyków, w tym dietetyków klinicznych bardzo interesuje, jakie czynniki etiologiczne, głównie ja-

kie gatunki bakterii (i wirusów) wywołują zakażenia i zatrucia pokarmowe.

Częściej spotykane czynniki etiologiczne

Zatrucia o etiologii bakteryjnej, mimo różnych czynników etiologicznych, cechują pewne wspólne objawy jak: biegunka, bóle brzucha, nudności, wymioty (często gwałtowne), bóle i zawroty głowy, niekiedy podwyższona ciepłota ciała, osłabienie, odwodnienie i w skrajnych sytuacjach stany zagrożenia życia na tle zaburzeń wodno-elektrolitowych, szczególnie niemowląt i osób bardzo starych.

W Polsce najczęściej przyczyną zatruc pokarmowych są:

1. Pałeczki z rodzaju *Salmonella*, (z wyłączeniem pałeczek durów – brzusznego i rzekomych A, B, C) powodujące salmonelozę, tj. zatrucia wywoływane przez endotoksyny tych bakterii, najczęściej są to *S. typhimurium* i *S. enteritidis* oraz inne gatunki, tzw. „odzwierzęce”, czyli liczne odmiany serologiczne wstępujące w organizmach zwierząt hodowlanych, jak kury, bydło rogate, świnię. Często rzadkie odmiany tych bakterii przywożone są z paszą lub mięsem sprowadzanym z zagranicy. Jeszcze rzadziej zatrucia pokarmowe wywołują niektóre gatunki *Shigella*, tj. *Sh. sonnei* i *Sh. flexneri* (pałeczki czerwonki).

2. Stafylokokozę, tj. zatrucia wywoływane przez enterotoksyny gronkowcowe, *Staphylococcus*, a ściślej przez enterotoksyny gronkowcowe odporne na trawienie. Nosicielami takich gronkowców są ludzie, a więc są konieczne profilaktyczne badania personelu przygotowującego żywność.

3. Botulizm, tj. zatrucie jadem laseczki kielbasianej, *Clostridium botulinum*, lub rzadziej przez toksyny *Cl. perfringens* typ A. Dotyczy to głównie konserw rybnych, mięsnych i cząstek roślinnych.

4. Bakterie warunkowo chorobotwórcze: *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Campylobacter foetus*, *Yersinia enterocolica*, *Bacillus cereus* i inne. Ta ostatnia grupa zatruc występuje na terenie naszego kraju znacznie rzadziej i w wyjątkowych sytuacjach, to jest po spożyciu źle przechowywanych pokarmów.



Szczególną ostrożność należy zachować w sytuacji, gdy odżywiamy się poza własnym domem, należy wówczas korzystać z budzących zaufanie restauracji, jadalni, stołówek.

Nośnikami bakterii lub ich toksyn mogą być: lody, ciastka, mięso oraz wyroby mięsne, konserwy (beztlenowce), soki owocowe, mleko i jego przetwory, woda z niewłaściwych źródeł (miejsce), skorupka jaj ptasich, zbyt długo przechowywane pokarmy. Do nośników (dróg szerzenia się) bakterie dostają się ze źródeł jakimi są ludzie chorzy, nosiciele, zwierzęta (także nosiciele lub osoby chore). Typowym przykładem są jaja kurze.

Mechanizmy zakażenia żywności

Z epidemiologicznego punktu widzenia bakteryjne zakażenia żywności i ich wpływ na zdrowie ludzi można podzielić na następujące grupy:

Żywność stanowi podstawę życia ludzi, zwierząt i roślin we wszystkich środowiskach na globie ziemskim

a. zakażenia czynne surowców (np. kurcze jajka, mięso chorego zwierzęcia);

b. zakażenia bierne surowców, półproduktów i gotowej żywności (np. przez nie myte ręce);

c. zakażenia wtórne półproduktów i gotowej żywności (np. kilkugodzinne przechowywanie gotowych pokarmów latem w ciepłej).

Zatrucia i zakażenia pokarmowe

Zakażenia i zatrucia pokarmowe możemy podzielić na zakażenia, głównie o etiologii bakteryjnej, „biologicznej” i zatrucia o etiologii „chemicznej”. Nierzadko, szczególnie w pierwszej fazie występujących objawów, trudno je odróżnić.

Zakażenia organizmu (przewodu pokarmowego) mogą być wywoływane przez wirusy, bakterie i ich toksyny, riketsje, pasożyty, pierwotniaki. Szczególnymi przypadkami zatruc pokarmowych o etiologii „biologicznej” są zatrucia toksynami grzybów.

Zatrucia o etiologii chemicznej najczęściej są powodowane przez różnego rodzaju zanieczyszczenia żywności środkami chemicznymi (jak np. konserwanty, barwniki, antybiotyki, pestycydy, fungicydy).

Najczęściej zdarzają się zatrucia pokarmowe pochodzenia bakteryjnego, tj. od 30 do 35 tysięcy ognisk rocznie w Polsce. Zatrucia te w naszym kraju stanowią poważny problem epidemiologiczny, szczególnie w porze letniej i wczesnej jesieni, kiedy to podczas migracji turystycznej, wczasowej oraz organizacji obozów młodzieżowych jest znacznie trudniej utrzymać odpowiedni poziom w zakresie higieny żywienia, przechowywania i produkcji żywności.

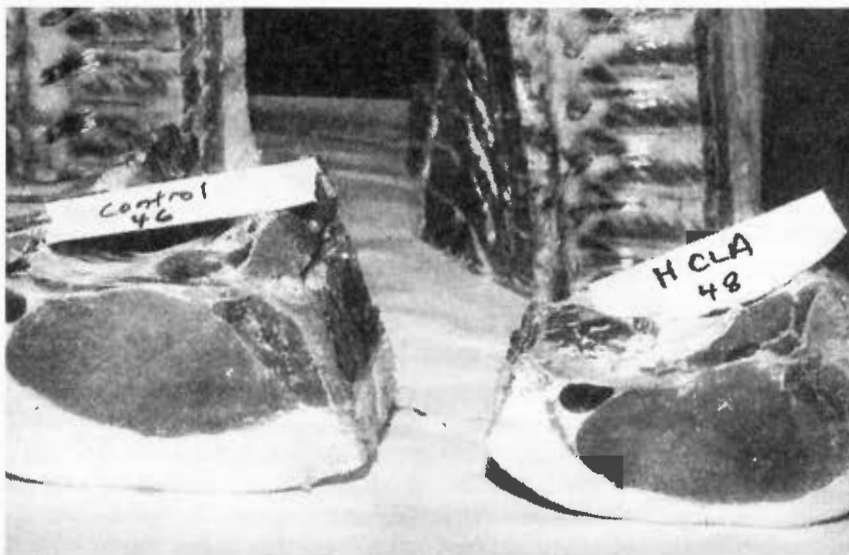
Zatrucie pokarmowe (*intoxicatio alimentaris, gastroenteritis acuta*) o etiologii zakaźnej to ostra choroba żołądka i jelit występująca po krótkim (30 min. – 2 godz.) lub dłuższym (3-10 godz.) czasie od spożycia pokarmów zakażonych drobnoustrojami lub ich toksynami. Po zatruciu jadem pałeczki kiełbasianej – *Clostridium botulinum*) objawy zatrucia występują po 36-48 godz. Należy pamiętać, że zatrucie pokarmowe o nieco innych obja-

wach może wystąpić po spożyciu trujących grzybów lub pokarmów (owoce) z pestycydami lub fungicydami.

Zakażenia pokarmowe na świecie

Jedną z najważniejszych przyczyn zgonów w krajach Afryki, Ameryki Łacińskiej, Azji i wybrzeży zachodniego Pacyfiku są zakażenia jelitowe i biegunki. Ocenia się, że blisko 30% ogólnej liczby zgonów dzieci w wieku przedszkolnym powodują tam ostre biegunki, a roczna liczba zmarłych dzieci w tych krajach może sięgać 18 milionów. W krajach rozwiniętych gospodarczo biegunki nie stanowią wprawdzie tak wielkiego zagrożenia dla życia małych dzieci, ale w dalszym ciągu są jedną z najczęstszych przyczyn zachorowań. Tym nie mniej ocenia się, że np. w Stanach Zjednoczonych choroby pochodzenia pokarmowego występują u 6-80 milionów osób rocznie, a zachorowania te w 9000 przypadków kończą się zgonem.

ków, a także z nowymi nośnikami, jakie stanowi żywność. Czynniki patogene szerzące się drogą pokarmową powodują ostre objawy zapalenia żołądka i jelit. Wiele chorób pochodzenia pokarmowego może powodować również chroniczne następstwa lub inwalidztwo. Np. listerioza może wywoływać poronienia lub powodować zapalenie opon mózgowych u osób z postacią chroniczną choroby, a zakażenia *Escherichia coli* 0157:H7 przyczyniają się w dużym stopniu do występowania zespołu krwotoczno-mocznicowego (HUS), odpowiedzialnego za większość przypadków ostrego uszkodzenia nerek u dzieci. Samonelozę mogą powodować posocznice i odczynowe zapalenia stawów, a kamylobakterioza – zespół Guillaina-Barrego, najbardziej powszechną przyczyną porażenia wiotkich występujących w końcu XX wieku. Powstają również nowe czynniki etiologiczne zakażeń pokarmowych, np. w latach siedemdziesiątych *Camphylobacter je-*



Nośnikami bakterii lub ich toksyn mogą być: lody, ciastka, mięso oraz wyroby mięsne, konserwy (beztlenowce), soki owocowe, mleko i jego przetwory, woda z niewłaściwych źródeł (miejs), skorupka jaj ptasich, zbyt długo przechowywane pokarmy

Epidemiologia chorób pochodzenia pokarmowego podlega szybkim zmianom. Ma to związek z pojawieniem się nowo poznawanych czynników patogennych, ze wzrostem występowania dobrze poznanych czynni-

juni nie był znany jako czynnik powodujący zachorowania u ludzi. Obecnie bakteria ta jest jednym z wiodących czynników etiologicznych zakażeń pokarmowych w Stanach Zjednoczonych.

Wirusowe zakażenia związane z żywnością i żywieniem

Rzadko bierze się pod uwagę możliwość zakażenia żywności wirusami. Służby weterynaryjne zwracają baczniejszą uwagę na pryszczycę i w ostatnich latach na priony. Inne wirusy nie są tak dokładnie pilnowane. Cechy epidemiczne tych drobnoustrojów wymagają jednak zwiększonej uwagi ze strony wytwórców żywności oraz służb higienicznych i sanitarnych.

Problematyką związaną z obecnością zarazków w środowisku i przeniesieniem ich do organizmów ludzi i zwierząt zajmuje się mikrobiologia sanitarna. W mikrobiologii sanitarnej, w szeregu państw, są wyosobnione działy zwane wirusologią sanitarną. Jest tu zbierana wiedza o tych wirusach, które są patogenne dla człowieka i zwierząt, a równocześnie są dość odporne na niekorzystne dla nich działania czynników środowiska, mogą więc długo trwać w stanie zakaźnym, w takich środowiskach jak woda, żywność, powietrze, wody kanalizacyjne i przedmioty codziennego użytku. W tym dziale także grupuje się metody pobierania materiałów ze środowiska, ilościowe i jakościowe metody badania obecności wirusów w tych materiałach oraz metody przerywania dróg przenoszenia wirusów na organizmy ssaków. Z tym związane są liczne metody sanizacji środowiska, m. in. przez dezynfekcję, gotowanie, czasem przez pasteryzację i tyndalizację, np. produktów żywnościowych. Obowiązują tu także ogólne metody przeciwepidemiczne jak: izolacja i leczenie źródła zakażenia, wykrywanie nosicieli i likwidacja nosicielstwa, szczepienia ochronne w populacji, promocja sanizacji środowiska i higieny osobistej.

Ekologiczne podstawy zanieczyszczenia wirusami

Do czynników ułatwiających szerzenie się zakażeń wirusowych typu endemicznego, z okresowym pojawianiem się ognisk epidemicznych i typu epidemicznego zalicza się:

► Genetycznie utrwaloną zdolność wirusa do przeżywalności w określonym środowisku, np. w wodzie (pitnej), w konserwowanych, zamrażanych surowcach, półproduktach i produktach żywnościowych oraz w zanieczyszczonych wodach ściekowych i powierzchniowych. Przykładem są enterowirusy – głównie polio-, coxackie i echo wirusy.

► Istnienie rezerwuaru (zbiornika) zakażenia, często w postaci przewlekłego, powszechnego nosicielstwa w populacji lub lekko przebiegających, trudnych do szczegółowego rozpoznania, postaci niektórych chorób wirusowych (biegunki). Wirusy z rezerwuaru do środowiska ciągle są przekazywane, na przykład w ludzkim kale, do wód ściekowych lub do wód powierzchniowych.

► Bezobjawową „wymianę” wirusa w biotopie (rezerwuarze) między osobnikami tego samego gatunku, np. między ludźmi, albo między różnymi gatunkami, np. z rezerwuaru zwierzęcego do populacji ludzkiej i odwrotnie, czego dobrym przykładem są wirusy grypy.

► Drogi szerzenia się danego gatunku wirusa, przez drogi bezpośrednie lub krótkie, trudniejsze do przerywania, np. biegunki między dziećmi, między dziećmi i dorosłymi w rodzinie albo przez drogi pośrednie. Ważną rolę odgrywają drogi fekalno-oralne, a więc droga wodna (kał nosiciela – woda – organizm wrażliwy), droga pokarmowa (zakażone zwierzę – mięso tego zwierzęcia – organizm wrażliwy) i drogi wodno-pokarmowe, gdzie można wyliczyć kilka ogniw przenoszenia (np. kał nosiciela – woda – mycie lub płukanie naczyń albo warzyw, owoców – organizm wrażliwy). Inne to drogi przez przedmioty codziennego użytku, niekiedy o kilku ogniwach.

► Okres wylegania objawowej postaci zakażenia czyli choroby. Szczególnym utrudnieniem dla epidemiologów są wirusy o długim, nieznanym lub zmiennym okresie wylegania, np. enterowirusy.

► Odporność zakażonego organizmu. Przy dużej odporności może być zakażenie lekkie, nierozpoznawalne. Przy małej lub osłabionej odporności skutki nawet banalnego zakażenia, np.

przez wirusy jelitowe, mogą być poważne lub niebezpieczne, np. biegunki u dzieci. Należy podkreślić, że z jednej strony odporność organizmów i z drugiej sanizacja środowiska warunkują (równoważą) częstość pojawiania się epidemii w środowisku endemicznym. Mimo powszechnego występowania w środowisku, głównie w wodach, szczególnie enterowirusów, epidemie występują bardzo rzadko.

► Warunki ekonomiczno-socjalne a więc i sanitarne zakażanej populacji. Przebieg wirusowych biegunek dziecięcych w krajach rozwijających się (duża śmiertelność) i w krajach rozwiniętych (bardzo mała, wyjątkowa śmiertelność) jest widocznym przykładem wpływu warunków ekonomicznych i opieki sanitarno-epidemiologicznej na przebieg chorób. Gorsze warunki życia społeczeństwa sprzyjają epidemicznemu szerzeniu się chorób wirusowych, w tym najczęściej chorób przewodu pokarmowego.

► Sezon albo pora roku. Choroby przewodu pokarmowego o etiologii wirusowej nasilają się w sezonie letnio-jesiennym.

Grupy wirusów „pokarmowych”

Nasuwa się pytanie, które grupy i gatunki wirusów mogą występować w żywności i przenosić się przez żywność? Należy tu wnieść zastrzeżenie, że przez żywność można przenosić różne gatunki wirusów. To znaczy, mogą być przenoszone tymi drogami nie tylko wirusy jelitowe i enterowirusy. Najczęściej jednak z żywnością, żywieniem i przewodem pokarmowym związane są wymienione niżej grupy wirusów.

Picornavirus. Duża rodzina wirusów *Parvoviridae* – są to małe, dwudziesto ściennie wirusy zawierające RNA w białkowym kapsydzie. Izolowano i opisano około 200 odmian serologicznych, uporządkowanych w gatunki, podgatunki, a nawet pododmiany, np. ECHO 6 (prim), ECHO 6 (second). Rozmnażają się głównie w przewodzie pokarmowym i układzie oddechowym człowieka i innych ssaków. Dobrze znoszą trudne warunki wilgotnego środowiska, jak zasolenie, zmienne pH, antybioza innych drobnoustrojów, za-

marzanie wody, obecność szkodliwych związków chemicznych i in.

Wyróżnia się:

a. **Enterovirus** z czterema podgatunkami, tj. *Poliovirus* – dzikie i szczepionkowe – 3 odmiany serologiczne; *Coxsackievirus A i B* – ponad 30 odmian; *Echovirus* ponad 30 odmian, oraz *Enterovirus* typy 68 do 72. Typ 72 to wirus zapalenia wątroby typu A, przenoszony drogami wodno-pokarmowymi i bezpośrednimi.

b. **Aphthovirus** – wirus pryszczycy zwierząt (ssaków) i ludzi.

c. **Rhinovirus** – wirusy kataru, ponad 100 odmian;

d. **Cardiovirus** – wirusy zapalenia mięśnia serca.

Biegunki letnie, ale nie epidemiczne, najczęściej wywołują wirusy **Coxsackie A 3, 4, 7**, oraz **ECHO** – kilkanaście typów (2, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 19, 22, 23, 24, i in.). Biegunki letnie o przebiegu epidemicznym wywołują **ECHO 14, 18**, a także inne. Biegunki te występują u starszych dzieci w sezonie letnim.

W wodach dość obficie występują niektóre odmiany enterowirusów, szczególnie często podczas epidemii w danym rejonie z wód izoluje się: *Coxsackie A 16*, *Coxsackie B 1*, **ECHO 9, 14, 18**; *Enterovirus 72*. Dawniej obficie izolowano także dzikie szczepy *Poliovirus*. Obecnie łatwo izoluje się z wód i ze środowiska życia ludzi poliovirusy szczepionkowe, które utrudniają izolację innych gatunków enterowirusów, stanowiąc w wodach dość swoiste „zanieczyszczenie”, konkurujące w posiewach z innymi enterowirusami. Można się ich wyzbyć za pomocą wysokowartościowych swoistych surowic, dodawanych do inokulum przed posiewem. Zależność jest taka, że ilość cząsteczek odmiany danego wirusa w 100 ml wody zwiększa się podczas epidemii choroby w danym rejonie.

Aphthovirus – wirus pryszczycy, przenoszony jest m. in. w mięsie zakażonych (i poddanych cichemu ubojowi zwierząt, u nas głównie świń). Jedyńm skutecznym sposobem ochrony jest dokładna kontrola zdrowia zwierząt parzystokopytnych, likwidacja ewentualnych epidemii i niedopuszczenie takiego mięsa do spożycia.

W Polsce od około 30 lat nie stwierdzano pryszczycy u zwierząt. Konieczna tu jest współpraca ze służbami weterynaryjnymi, które interesują się endemiami i epidemiami pryszczycy także u sąsiadów, tuż za granicą.

Kardiowirusy, których nosicielami są m. in. myszy, teoretycznie rzecz biorąc mogą dostawać się do źle przechowywanej żywności, np. z moczem myszy. **Rinowirusy** w zakresie zanieczyszczenia żywności nie odgrywają uodwodnionej roli.

Wirusy jelitowe

Celem odróżnienia licznych grup wirusów izolowanych z przewodu pokarmowego od znanych od dawna enterowirusów nazwano je wirusami jelitowymi.

a. **Rotavirus**, z dużej rodziny *Reoviridae*, małe, okrągłe (rota, łac. koło) wirusy jelitowe wywołujące epidemiczne zapalenia żołądka i jelit objawiające się m. in. wymiotami, gorączką oraz ostrymi i niebezpiecznymi biegunkami u małych dzieci.

b. **SRV** (small round viruses) – czynnik Norwalk (miejsowość w stanie Ohio -USA), epidemie biegunek u dorosłych, często po spożyciu małży i innych skorupiaków.

c. Inne małe, okrągłe wirusy: **Coronavirus**, **Calicivirus**, **Astrovirus** najczęściej widoczne w mikroskopie elektronowym i izolowane z kału podczas epidemii biegunek. Ich rola patogenetyczna jest nadal intensywnie badana. Nazwy są pochodnymi kształtu ich kapsomerów podobnych do układu korony, kielicha i gwiazdy.

Adenovirus, ale tylko typy serologiczne 40 i 41, rodzina *Mastadenoviridae*, wywołują epidemie biegunek u starszych dzieci, często z powikłaniami.

Togavirus, rodzaj *Flavivirus*. W Polsce występuje tylko jedna odmiana antygenowa: wirus kleszczowego zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, który bezobjawowo może zakażać (za pośrednictwem kleszczy) krowy i kozy. Niebezpieczne dla człowieka jest pasożytkowanie kleszcza oraz m. in. picie mleka zakażonych zwierząt

Diagnostyka

Diagnostyka – u ludzi, polega w wyspecjalizowanych laboratoriach na próbach izolacji z pobranych materiałów od chorych lub w wybranych jednostkach, na prowadzeniu badań serologicznych.

Diagnostyka – w środowisku: woda, żywność, przedmioty codziennego użytku. Badania takie wykonywane są w specjalistycznych laboratoriach wirusologii sanitarnej. Nic nie wiadomo o wykonywaniu takich badań w Polsce.

Badanie obecności enterowirusów w wodzie, a konkretnie określenie ilości jednostek litynkotwórczych, czyli praktycznie liczby cząsteczek aktywnego wirusa, w 100 ml wody, przeprowadza się przez ultra wirowanie pobranej wody w określonych warunkach. Przygotowanie osadu jest podobne jak w badaniu innych materiałów (dodaje się antybiotyki, zobojętnia do pH 7,2, zamrażanie i odtajanie). Opracowano kilkanaście innych metod adsorpcji wirusów zwody. Obecnie posiewu do hodowli komórek dokonuje się metoda litynkowa, choć możliwe jest zastosowanie innych sposobów. Jest to badanie nie tylko jakościowe ale też i ilościowe (półilościowe).

Niezależnie od tego czy prowadziemy badania poziomu wirusów w wodach, w Polsce, czy nie, należy przypuszczać, że podobnie jak w innych krajach o klimacie umiarkowanym, niektóre odmiany m. in. biegunkotwórczych wirusów występują w wodach, w tym napewno w basenach, kąpieliskach i pływalniach oraz w tzw. wodach otwartych. Badania wód otwartych w innych krajach wskazują, że w 80% pobranych prób, w 100 ml wody było od 70 do 1200, przeciętnie około 500 jednostek litynkotwórczych takich wirusów jak **ECHO**, *Coxsackie* oraz występował *Enterovirus* nr 72. Sezonowe nasilenie się biegunek wirusowych i wzw typu A wskazuje, że możliwa jest także droga szerzenia się tych chorób za pośrednictwem wody i środków żywnościowych.

Izolacja niektórych gatunków wirusów ze środków spożywczych, szczególnie z mięsa i wyrobów masarskich oraz z przedmiotów codziennego użytku nie jest łatwa, lecz jest możliwa, je-

śli dokonywana bywa przez odpowiednio przeszkolony personel (dokładność metod pobierania, rozdrabniania i zawieszania w odpowiednich płynach badanej żywności, spłukiwanie naczyń oraz pobieranie wymazów z badanych powierzchni, itp.) w odpowiednio przystosowanym laboratorium wirusologii sanitarnej.

Działania przeciwepidemiczne służb sanitarnych

Oprócz *poliomyelitis* przeciwko innym enterowirusom nie stosuje się szczepionek (choć jest to praktycznie możliwe). Pozostają więc metody profilaktyki nieswoistej, którą należy podzielić na zapobieganie w środowisku i zapobieganie indywidualne.

W środowisku obowiązuje:

▶ Kontrola i używanie wody „spożywczej”, zarówno w miastach, jak i we wsiach.

▶ Higienizacja i higiena biotopów, tj. martwego środowiska i żyjących w nim ludzi. M. in. biegunki wirusowe są rozpowszechnione na terenach o niskim, złym stanie higieny oraz przeludnionych. W polskich warunkach ważną rolę spełnia promocja zdrowia, m. in. także w tym zakresie.

▶ Odpowiednie zabezpieczenie odpadów, ustępów i ścieków, tj. asenizacja, utylizacja

i biologiczne oczyszczanie. Dotyczy to także małych pojedynczych gospodarstw, z których wody deszczowe i podskórne przenoszą wirusy do większych zbiorników i rzek a nierzadko do miejscowych studni.

▶ Odpowiednie postępowanie z żywnością, szczególnie z warzywami i owocami, zarówno podczas produkcji (podlewanie), jak i podczas transportu i przygotowywania do konsumpcji (mycie warzyw). Bardzo ważne są także sposoby przechowywania warzyw.

▶ Higiena technologii przygotowywania i podawania żywności, szczególnie w punktach zbiorowego żywienia, a więc latem w stołówkach obozowych, w małych barach turystycznych itd.

▶ Ogólnie, obowiązują zasady przerywania dróg fekalno-oralnych.

Profilaktyka indywidualna

Zasady są identyczne jak przy zapobieganiu bakteryjnym chorobom przewodu pokarmowego.

W wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych należy uruchomić laboratoria wirusologii sanitarnej. Moglibyśmy mieć wówczas dokładniejszy wgląd w zanieczyszczenie środowiska życia ludzi, także za przyczyną wirusów patogennych dla ludzi.

Najczęściej zdarzają się zatrucia pokarmowe pochodzenia bakteryjnego. Zatrucia te w naszym kraju stanowią poważny problem epidemiologiczny, szczególnie w porze letniej i wczesnej jesieni, kiedy to podczas migracji turystycznej, wczasowej oraz organizacji obozów młodzieżowych jest znacznie trudniej utrzymać odpowiedni poziom w zakresie higieny żywienia, przechowywania i produkcji żywności.



PIŚMIENNICTWO

1. Armstrong Gregory I., Hollingsworth J., 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 i 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.

„Nowe” patogeny

Gronkowce koagulazo-ujemne

Gronkowce koagulazo-ujemne (CNS – coagulase-negative staphylococci) są ważnym elementem mikroflory organizmu ludzkiego. Stymulują układ immunologiczny, umożliwiając jego prawidłową funkcję, hamują kolonizację makroorganizmu przez inne drobnoustroje, itp.

MGR ANALIT. MED. MAREK JUDA

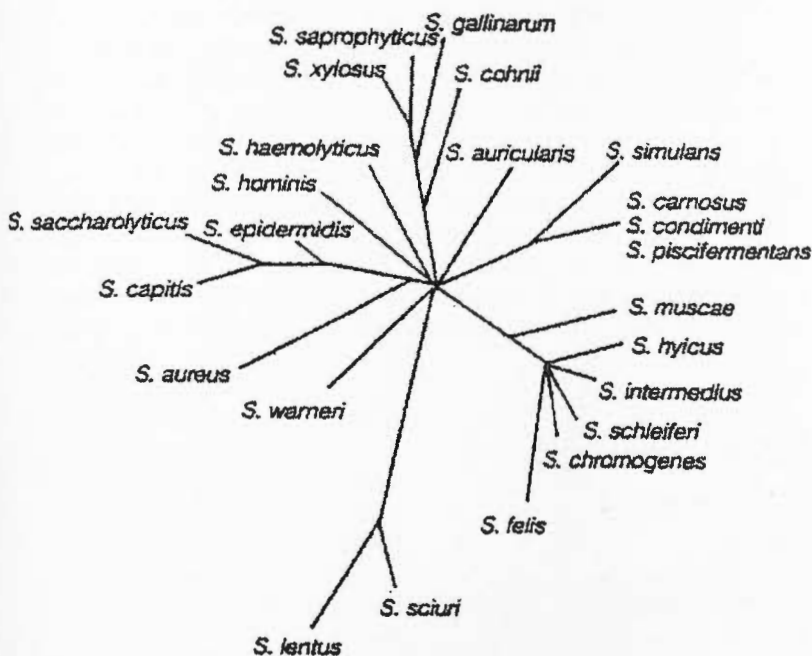
KATEDRA I ZAKŁAD
MIKROBIOLOGII FARMACEUTYCZNEJ
AM W LUBLINIE

To właśnie ta grupa mikroorganizmów bardzo dobrze ukazuje problem narastającego udziału w patologii człowieka drobnoustrojów oportunistycznych, uznawanych do niedawna za niechorobotwórcze. Sytuacja taka zmusza do poznawania mechanizmów warunkujących chorobotwórczość CNS oraz czynników predysponujących do tych zakażeń.

1. Systematyka gronkowców

Do rodzaju *Staphylococcus* (gronkowce), wchodzącego w skład rodziny *Micrococcaceae*, obecnie należy 31 gatunków i 8 podgatunków, a ponad połowa z nich występuje u człowieka [2]. Problem systematyki gronkowców pojawił się już od momentu, kiedy Sir Alexander Ogston, wprowadził nazwę „staphylococcus” do opisanego ziarniaków, które wyizolował z ropnia mózgu człowieka w 1886 roku. Jednym z pierwszych znaczących kroków w systematyce tej grupy drobnoustrojów, był podział ze względu na zdolność do wykrzepiania plazmy [6]. Pozwoliło to na wyodrębnienie grupy gronkowców koagulazo-dodatnich, z głównym przedstawicielem *S. aureus*, oraz na gronkowce koagulazo-ujemne (CNS – coagulase-negative staphylococci), wśród których najczęściej izolowanym gatunkiem jest *S. epidermidis*. Nazwa ta po raz pierwszy pojawiła się w 1891 r. (*S. epidermidis albus*) dla określenia drobnoustroju, wykazującego słabe właściwości patogenne, który na podłożach mikrobiologicznych wyrasta w postaci białych kolonii. To różniło go od ówczesnego *S. pyogenes aureus* (obecnie *S. aureus*), który różni się zazwyczaj w postaci żółtych kolonii i posiada silne właściwości chorobotwórcze [6].

Dalsze badania nad gronkowcami koagulazo-ujemnymi prowadzące do odkrywania coraz to nowszych gatunków, wymusiło poszu-



Ryc. 1. Drzewo filogenetyczne ukazujące pokrewieństwo pomiędzy drobnoustrojami z rodzaju *Staphylococcus* [2].

Podział gronkowców koagulazo-ujemnych uwzględniający wrażliwość na nowobiocynę

Wrażliwe na nowobiocynę

S. epidermidis
S. haemolyticus
S. auricularis
S. capitis spp. *capitis*
S. capitis spp. *ureolyticus*
S. caprae
S. hominis
S. lugdunensis
S. pasteurii
S. saccharolyticus
S. schleiferi spp. *schleiferi*
S. simulans
S. warneri

Oporne na nowobiocynę

S. saprophyticus spp. *saprophyticus*
S. cohnii spp. *cohnii*
S. sciuri
S. xylosus

Tabela 1.

kiwanie cech, które umożliwiłyby sklasyfikowanie tak zróżnicowanej grupy bakterii. Jednym z najbardziej przydatnych podziałów CNS jest klasyfikacja ze względu na wykazywaną wrażliwość na nowobiocynę. W oparciu o to kryterium wyodrębniono dwie grupy gronkowców koagulazo-ujemnych: wrażliwe i odporne na nowobiocynę, co przedstawia Tabela 1 [7]. Jeden z najnowszych podziałów (Tabela 2), uwzględnia charakterystyczne cechy fenotypowe oraz stopień homologii pomiędzy poszczególnymi gatunkami na podstawie hybrydyzacji DNA-DNA [2]. To dzięki metodom biologii molekularnej doszło do weryfikacji systematyki gronkowców. Analiza polimorfizmu sekwencji konserwatywnych w genach kodujących 16S rRNA (rybotypowanie), umożliwiła opracowanie drzewa filogenetycznego tej grupy drobnoustrojów, obrazując bliskie pokrewieństwo pomiędzy poszczególnymi gatunkami (Rycina 1).

2. Chorobotwórczość gronkowców koagulazo-ujemnych

W związku z tym, że CNS stanowią 65-90% flory fizjologicznej skóry, błon śluzowych jamy ustnej i nosogardzieli oraz pochwy i cewki moczowej, przez bardzo długi okres czasu uważano je za drobnoustroje niechorobotwórcze. Dlatego też w momencie ich izolacji z materiału klinicznego były one uznawane raczej za kontaminację niż właściwy czynnik etiologiczny zakażenia [7]. Pogląd dotyczący chorobotwórczości gronkowców koagulazo-ujemnych ewoluował wraz z pojawianiem się zakażeń, a nawet przypadków śmiertelnych, których czynnikami etiologicznymi była ta grupa drobnoustrojów. VIII wydanie „Bergey's Manual” opisuje gatunek *S. epidermidis* jako „komensale lub pasożyty, a wiele szczepów to patogeny pierwotne lub czynniki etiologiczne wtórnych zakażeń”. Jednak dopiero w IX wydaniu tego dzieła (1986 rok), został on opisany jako „patogen oportunistyczny” [6].

Na zakażenia wywołane przez CNS są podatne osoby z obniżoną odpornością organizmu, a więc:

▶ zakażone wirusem HIV, a głównie z pełnoobjawowym AIDS,

► po ciężkich zabiegach głównie kardio- i neurochirurgicznych,

► z wprowadzonymi lub wszczepionymi do tkanek różnymi biomateriałami,

► w przypadku niedorozwoju układu immunologicznego (np. u wcześniaków czy noworodków z niską masą urodzeniową),

► z poważnymi zaburzeniami funkcji układu immunologicznego (np. w przebiegu procesu nowotworowego),

► leczone cytostatykami i/lub preparatami immunosupresyjnymi,

► po antybiotykoterapii.

z polimerów wywołane przez CNS ukazuje Tabela 3 [7].

Od momentu podważenia opinii o niechorobotwórczości gronkowców koagulazo-ujemnych, zaczęto prowadzić badania nad czynnikami ich patogenności. W ostatnich latach badania koncentrują się głównie na właściwościach adhezyjnych, uwarunkowanych oddziaływaniami nieswoistymi jak i swoistymi [2]. Właściwości te umożliwiają tworzenie struktury biofilmu, przylegającej do powierzchni stałych, składającej się z komórek drobnoustrojów należących do jednego lub kilku nawet gatunków, otoczo-

tyna, witronektyna, kolageny, laminina. W dalszej kolejności struktury fimbrio-podobne rozpoznają te białka jako swoiste receptory i łączą się z nimi. Podobny mechanizm adhezji stwierdzono u *S. saprophyticus*, z tym, że struktury fimbriopodobne tego gatunku mają szczególne powinowactwo do nabłonka dróg moczowych. Należy dodać, że w przypadku tego gronkowca w przyleganiu do błon śluzowych uczestniczą również fibryle, nie mające funkcji hemaglutyniny [2, 8].

Polisacharyd PS/A (polysaccharide adhesin), umożliwia przede wszystkim agregację bakterii, a zbudowany jest głównie z glukozy i N-acetyloglukozaminy. Inny antygen polisacharydowy PIA (polysaccharide-intracellular antygen) jest glukozaminoglikanem, składającym się z reszt 2-deoksy-2-amino-D-glukopyranozolowych, z których ponad 85% jest N-acetylowanych. Synteza tego antygeny jest kodowana przez gen *icaABC*. Polisacharyd PIA warunkuje nie tylko właściwości adhezyjne, ale i zdolność komórek bakteryjnych do akumulacji śluzu, co umożliwia ich wzajemne przyleganie. W przypadku szczepów *S. epidermidis* PIA-dodatnich (posiadających antygen PIA), stwierdzono dodatkowo obecność białka AAP (accumulation-associated protein), które warunkuje tworzenie agregatów komórkowych po wstępnej adhezji do powierzchni [2].

Komórki bakteryjne tworzące strukturę biofilmu „chronią się” w jego wnętrzu przed takimi niekorzystnymi czynnikami jak: działanie antybiotyków i chemioterapeutyków, fagocytoza, działanie przeciwciał, opsonizacja. Jak wspomniano wcześniej biofilm, stanowi potencjalne źródło dla zakażeń ogólnoustrojowych i narządowych, co wynika z możliwości odrywania się komórek potomnych, które wraz z krwią wędrują po całym organizmie [8].

Do czynników zjadliwości CNS należą również peptydoglikan, kwas teichojowy, białko wiążące transferynę oraz enzymy zewnątrzkomórkowe, takie jak:

► ureaza, odpowiadająca za zdolność rozkładu mocznika (jeden z głównych czynników chorobotwórczości *S. saprophyticus*),

Podział gronkowców koagulazo-ujemnych w oparciu o charakterystyczne cechy fenotypowe i stopień homologii na podstawie hybryd DNA-DNA

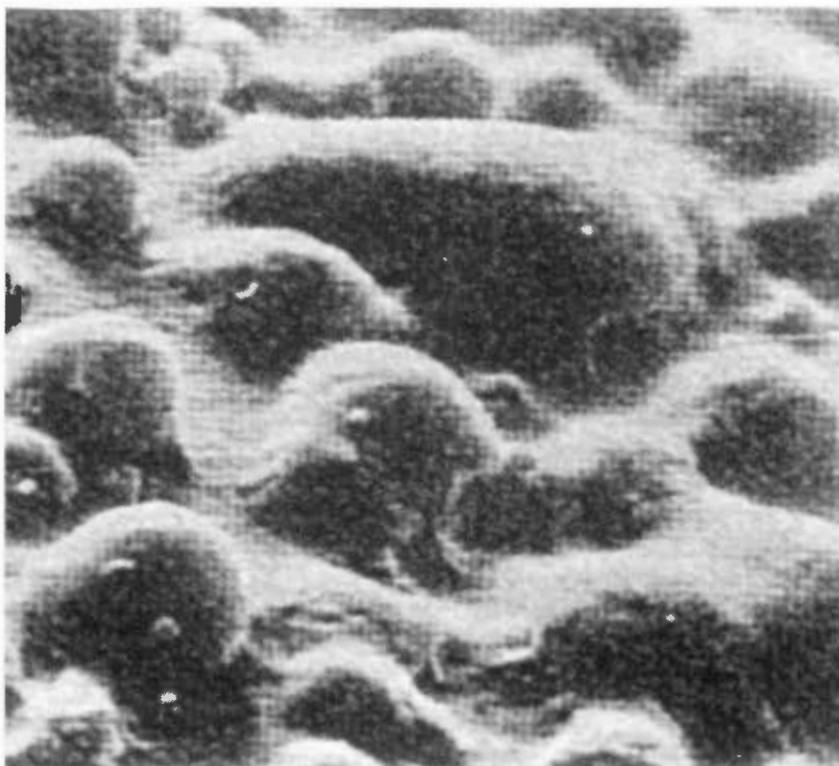
1. Grupa <i>S. epidermidis</i> :	<i>S. epidermidis</i> , <i>S. capitís</i> , <i>S. caprae</i> , <i>S. saccharolyticus</i> , <i>S. warneri</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. hominis</i>
2. Grupa <i>S. saprophyticus</i> :	<i>S. saprophyticus</i> , <i>S. cohnii</i> , <i>S. xylosus</i> dodatkowo <i>S. klosii</i> , <i>S. arlettae</i>
3. Grupa <i>S. simulans</i> :	<i>S. simulans</i> , <i>S. carnosus</i>
4. Grupa <i>S. intermedius</i> :	<i>S. intermedius</i> , <i>S. delphini</i>
5. Grupa <i>S. hyicus</i> :	<i>S. hyicus</i> , <i>S. chromogenes</i>
6. Grupa <i>S. sciuri</i> :	<i>S. sciuri</i> , <i>S. lentus</i> , <i>S. vitulus</i> , <i>S. pulvereri</i>

Tabela 2.

Ważną grupą zakażeń szpitalnych wywoływanych przez CNS są infekcje związane ze stosowaniem biomateriałów (cewniki, wszczepy, zastawki naczyniowe, sztuczne zastawki serca, protezy, systemy ceowników dla dializy otrzewnowej w warunkach ambulatoryjnych i inne). Większość klinicyków określa je jako „zakażenia gronkowcowe związane z polimerami” (PA-SI – polymer-associated staphylococcal infections) [8]. Tak zakażone polimery są wrotami do rozwoju posocznicy, zapalenia wsierdza, zapalenia otrzewnej, zapalenia zastawek tętniczych, itp. Przykłady zakażeń związanych ze stosowaniem biomateriałów

nych glikokaliksem, czyli zewnątrzkomórkową substancją o charakterze śluzowym (ESS – extracellular slime substance).

Struktury fimbrio-podobne obecne na powierzchni *S. epidermidis* zbudowane są z białek SSP-1 i SSP-2 (*Staphylococcus* surface protein). To dzięki nim komórki gronkowca bezpośrednio przylegają do powierzchni biomateriałów, ale także ulegają adhezji poprzez tzw. mechanizm lektyno-zależny. W pierwszej fazie tego zjawiska dochodzi do absorbowania na powierzchni biomateriału białek gospodarza (ECM – extracellular matrix protein), takich jak: fibrynogen, fibronek-



Ryc.2 Biofilm bakteryjny - zdjęcie z mikroskopu elektronowego [4]

- ▶ termostabilna dezoksyrybonukleaza (DNA-za), hydrolizująca DNA,

- ▶ lipaza, działająca chemotaktycznie na leukocyty wielojądrzaste, ale sprzyjająca również kolonizacji w wyniku rozkładu obojętnych kwasów tłuszczowych skóry,

- ▶ fibrynolizyna (stafylokinaza), czynnik aktywujący plazminogen, która upłynnia skrzep, co w konsekwencji umożliwi rozprzestrzenianie się gronkowca w tkankach,

- ▶ hemolizyny α , γ , δ ale również β wykrytą u dwóch gatunków.

Należy dodać, że hemolizyna δ może być ważnym czynnikiem w zakażeniach miejscowych wywoływanych przez CNS, jako, że działa ona dermonekrotycznie [2, 8]. Liczne produkty *S. epidermidis*, a w szczególności peptydoglikan, indukują uwalnianie przez ludzkie monocyty takich mediatorów reakcji zapalnej jak TNF- α , IL-1 β i IL-6 [8].

3. Mechanizmy lekooporności gronkowców koagulazo-ujemnych

W ostatnich latach poważnym problemem terapeutycznym jest szybko rozprzestrzeniająca się lekooporność gronkowców, co znacznie ogranicza wybór skutecznego leku. Co prawda w zakażeniach wywoływanych przez *Staphylococcus* spp. mogą być stosowane różne antybiotyki i chemioterapeutyki, ale coraz częściej w środowisku szpitalnym dochodzi do selekcji szczepów wieloopornych (MDR – multidrug resistant).

Najczęściej stosowanymi antybiotykami w leczeniu zakażeń wywoływanych przez *Staphylococcus* spp. są β -laktamy. Stanowią one około 85% wszystkich środków przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w lecznictwie. Oporność gronkowców na antybiotyki β -laktamowe uwarunkowana jest dwoma mechanizmami:

- ▶ produkcją enzymów hydrolitycznych, zwanych β -laktamazami,
- ▶ modyfikacją białek PBP (penicilin binding protein).

β -laktamazy są produktami ekspresji genów *bla*. Wyróżnia się 4 klasy tych enzymów (A, B, C, D), a β -lakta-

mazy gronkowców należą do grupy A i C. Enzymy te są wydzielane do środowiska zewnętrznego, gdzie rozkładają pierścień β-laktamowy antybiotyku, hamując jego działanie przeciwdrobnoustrojowe [4].

Mechanizm oporności polegający na modyfikacji białek PBP zwany jest metycylinoopornością; jest równoznaczny z opornością na wszystkie antybiotyki β-laktamowe, w tym preparaty skojarzone z inhibitorami β-laktamaz (np. amoksyacylina + kwas klawulanowy). Metycylinooporne szczepy gronkowców koagulazo-ujemnych (MRCNS – methicillin-resistant coagulase-negative staphylococci), często wykazują również oporność na inne leki przeciwdrobnoustrojowe: aminoglikozydy, makrolidy, tetracykliny, linkozamidy, fluorochinolony, a nawet glikopeptydy [4].

Do często izolowanych CNS należą szczepy o tzw. zwiększonej oporności na oksacyliny. Fenotypowo charakteryzują się one opornością na oksacyliny, natomiast są wrażliwe na preparaty skojarzone składające się z antybiotyku β-laktamowego oraz inhibitora β-laktamaz. U podłoża tego zjawiska leży nadprodukcja β-laktamaz lub produkcja tych enzymów o różnym spektrum substratowym [1].

Oporność gronkowców na aminoglikozydy, polega na produkcji enzymów inaktywujących te antybiotyki. Opisano przynajmniej trzy enzymy kodowane przez różne loci:

- ▶ gen *aac (6'')-aph (2'')*,
- ▶ gen *ant(4'')-Ia*,
- ▶ gen *aph(3'')-IIIa*.

Należy dodać, iż każdy z tych genów warunkuje oporność na różne środki z tej grupy antybiotyków: gen *aac (6'')*, *aph (2'')* odpowiada za oporność na gentamycynę, gen *ant (4'')-Ia* na amikacynę, kanamycynę, tobramycynę i amikacynę, a gen *aph (3'')-IIIa* warunkuje oporność na neomycynę i kanamycynę. Wyżej wymienione loci zlokalizowane są przeważnie na plazmidach, aczkolwiek opisano szczepy z obecnością ich na chromosomie bakteryjnym [4].

U gronkowców opisano trzy różne mechanizmy odpowiadające za oporność na makrolidy, linkozamidy i streptograminy B, nazwanej opornością typu MLS_B. Jest to przykład tzw. oporności krzyżowej. Pierwszym mechanizmem oporności, a zarazem najczęściej występującym jest posttranslacyjna modyfikacja 23S rRNA, poprzez adenino-N⁶-metylotransferazę. Gen modyfikujący tą metylazę, został nazwany genem *erm* (erythromycin ribosome methylation). Oporność tego typu może mieć charakter indukcyjny lub konstytutywny, co wyraża się różnym wzorem lekooporności. Jeżeli ekspresja genu ma charakter indukcyjny, to bakterie są odporne tylko na 14- i 15-członowe makrolidy, a zachowana jest wrażliwość na linkozamidy i streptograminy (16-członowe makrolidy). Natomiast w przypadku oporności o charakterze konstytutywnym, drobnoustroje są odporne na wszystkie antybiotyki z grupy MLS_B. Charakter oporności nie zależy od klasy genu *erm* (A, B, C), ale od sekwencji regionu regulatorowego dla genu strukturalnego kodującego tą metylazę [4].

Inne mechanizmy odpowiadające za oporność na antybiotyki z grupy MLS_B, polegają na:

▶ czynnym wypompowywaniu leku z wnętrza komórki z udziałem zlokalizowanych w błonie cytoplazmatycznej pomp białkowych, kodowanych przez geny *mef*, *msh*, *vga*. Powodują one bardzo niskie stężenie leku wewnątrz komórki i tym samym utrzymują rybosomy „wolne” od środka przeciwdrobnoustrojowego,

▶ modyfikację antybiotyku przez enzymy EreA i EreB (produkty ekspresji genów *ereA* i *ereB*).

Zakażenia związane ze stosowaniem biopolimerów, wywołane przez gronkowce koagulazo-ujemne

Rodzaj zakażenia	Rodzaj ciała obcego
Posocznica i zapalenie wsierdza	Cewniki i porty wewnątrznaczyniowe Protezy naczyniowe Rozruszniki serca i odprowadzenia defibrylatorów Sztuczne zastawki serca Cewniki umożliwiające komorowo-przedśionkowy odpływ płynu mózgowo-rdzeniowego
Zapalenie otrzewnej	Cewniki umożliwiające komorowo-otrzewnowy odpływ płynu mózgowo-rdzeniowego Układy cewników do przewlekłej ambulatoryjnej dializy otrzewnej
Zapalenie komórek mózgowych	Komorowo-przedśionkowe i komorowo-otrzewnowe odpływy płynu mózgowo-rdzeniowego Zewnętrzne odpływy płynu mózgowo-rdzeniowego

Tabela 3.

Bibliografia:

1. Barg N., Chambers H., Kernodle D.: Borderline susceptibility to antistaphylococcal penicillins is not conferred exclusively by the hyperproduction of β -lactamase. *Antimicrob. Agents Chemother.* 1991, 35, 1975-1979.

2. Bartoszewicz-Potyrała M., Przondo-Mordarska A.: Cechy gronkowców koagulazoujemnych warunkujące ich chorobotwórczość. *Post. Mikrobiol.* 2002, 41, 351-366.

3. Cuny Ch., Werner G., Braulle Ch., Klare I., Witte W.: Diagnostic of staphylococci with special reference to MRSA. *J. Lab. Med.* 2002, 26, 165-173.

4. Fluit A. D., Visser M. R., Schmitz F. J.: Molecular detection of antimicrobial resistance. *C. Microbiol. Rev.* 2001, 14, 836-871.

5. Marsh P, Martin M.: *Mikrobiologia jamy ustnej*. Wydaw. Nauk. PWN, Warszawa 1994.

6. Szewczyk E., Sobiś M.: Gronkowce koagulazoujemne – klasyfikacja, występowanie, chorobotwórczość. *Post. Mikrobiol.* 1988, 27, 175-191.

7. Von Eiff Ch., Proctor R. A. G.: Gronkowce koagulazoujemne. *Medycyna Po Dyplomie* 2002, 11, 189-200.

8. Zaremba M. L., Borowski J.: *Mikrobiologia lekarska*. Wydaw. Lek. PZWL, Warszawa 1997



Dodatkowo u gatunku *S. haemolyticus* opisano kilka nukleotydylotransferaz (gen *linA*), warunkujących oporność na linkomycynę [4].

Oporność na tetracykliny związana jest z dwoma mechanizmami:

- ▶ obecnością pomp białkowych, kodowanych przez geny *tetL* i *tekK*, które usuwają aktywnie antybiotyki,

- ▶ inaktywacją antybiotyku przez jego modyfikację poprzez enzym, produkt ekspresji genu *tetX* (jest to na razie jedyny opisany enzym inaktywujący tetracykliny) [4].

Oporność na fluorochinolony ma charakter spontanicznej jednostopniowej mutacji, co powoduje redukcję powinowactwa podjednostki topoizomerazy DNA bakteryjnego do chemioterapeutyku. Częstość tej mutacji jest bardzo niska i wynosi od 10^9 do 10^{11} [4, 8].

W przypadku zakażeń wywołanych przez szczepy metycylinooporne stosowane są antybiotyki z grupy glikopeptydów (wankomycyna, teikoplanina). Mechanizm oporności po-

lega na produkcji zmodyfikowanych prekursorów peptydoglikanu, które przestają być punktami uchwytu dla antybiotyku. Pojawienie się gronkowców wankomycynoopornych (VRCNS – vancomycin-resistant coagulase-negative staphylococci), zmusiło do poszukiwania nowych leków przeciwbakteryjnych aktywnych wobec tych drobnoustrojów. Obecnie w Polsce zarejestrowane są dwa takie preparaty: Zyvoxid (należący do oksazolidynonów) oraz Synercid (składający się z dwóch streptogramin: chinupristyny + dalfopristyny).

Znajomość czynników chorobotwórczości CNS umożliwia lepsze poznanie mechanizmów ich patogenności, a w konsekwencji pozwala na poszukiwanie sposobów walki nie tylko w przypadku już zaistniałego zakażenia, ale również działań profilaktycznych. Poznanie molekularnego podłoża oporności na antybiotyki i chemioterapeutyki, umożliwia poszukiwanie nowych leków przeciwbakteryjnych skutecznych wobec szczepów gronkowców, opornych na dotychczas stosowane preparaty.

Morbus Bleuleri choroba duszy i ciała

Tytułowa choroba Bleulera powszechnie znana jako schizofrenia jest chyba jedną z najpoważniejszych, z jakimi boryka się dawna i obecna psychiatria kliniczna.

DR HAB. BARTOSZ ŁOZA
LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK
KATEDRA I KLINIKA PSYCHIATRII
AM W LUBLINIE

Zaliczana jest do chorób nawracających, zatem pacjent raz leczony musi być pod opieką lekarza przez dalsze miesiące i lata. Dnia 14 września obchodzimy, jak co roku, dzień solidarności właśnie z osobami cierpiącymi z powodu schizofrenii. Grupa psychoz schizofrenicznych – bo tak zwykli nazywać ją badacze jest chorobą, nie dość że tajemniczą, to na dodatek powodującą dużego stopnia stygmatyzację pacjentów. Zdarza się niestety, że nawet lekarze innych, niepsychiatrycznych specjalności podchodzą z dużą rezerwą i pobłażaniem do opisywanego problemu. Na szczęście nie jest to liczna grupa, ale jednak wciąż są to lekarze...

Oczywiście trudno nie zauważyć, że w schizofrenii objawy, zwłaszcza te namacalne, somatyczne, w gruncie rzeczy łatwe do stwierdzenia, diagnozy i dalszego postępowania, a nade wszystko zrozumienia nie pojawiają się na pierwszym planie. Być może

właśnie dlatego schizofreniczni pacjenci spychani bywają poza margines i to, jak zaznaczyłem, nie tylko przez sąsiadów i ogół społeczeństwa, ale także przez (o zgrozo!) personel medyczny. Gdybyśmy chcieli się jednak głębiej zastanowić, to czy przypadkiem ten psychiczny ból jakiego doświadczają „nasi” pacjenci nie jest czymś bardziej dokuczliwym i żadnym współzucia od tego z czym zwykliśmy wszyscy zgłaszać się do lekarza? W zasadzie pytanie to, i jemu podobne, na zawsze pozostaną bez ostatecznej odpowiedzi, ale przynajmniej spróbujemy czasem o tym pomyśleć w takich jak opisane kategoriach. Opisując ten ważny temat nie sposób oprócz przypomnienia o dniach solidarności z chorymi nie przedstawić w wielkim skrócie istoty problemu.

Co do choroby jako, jednostki nozologicznej, to zainteresowanie wzbudza ona nie od dzisiaj. Nazwa schizofrenia pochodzi od greckich słów oznaczających rozszewpiam - *schizo* i rozum - *phren*, a jej twórcą jest Eugene Bleuler. Już ponad osiemdziesiąt lat trwają dyskusje nad zasadnością jej używania. Nawet sam wspomniany powyżej autor zastępując w 1911 roku

Kraepelinowskie pojęcie *dementia praecox* użył liczby mnogiej i opisał „grupę schizofrenii”. W chwili obecnej rozważania takie mają wymiar jedynie akademicki i teoretyczny, ponieważ pojęcie to zakorzeniło się tak głęboko wśród lekarzy i chorych, że nie sposób w tej chwili niczego zmienić.

W jakikolwiek sposób określano by tę kategorię diagnostyczną w najprzeróżniejszych klasyfikacjach to etiologia i niektóre jej objawy pozostaną zawsze w pewnym stopniu spójne i jednolite. Postaram się teraz przybliżyć w wielkim skrócie obraz choroby z którą cała światowa psychiatria zmaga się od wielu już lat.

Objawy

Żeby rozpoznać schizofrenię jej objawy muszą być obecne przez pewien okres (miesiąc). Wyróżnia się kilka rodzajów zaburzeń schizofrenicznych, które mają inne leczenie i rokowanie:

- ▶ w schizofrenii paranoidalnej objawami dominującymi są urojenia (najczęściej o treści prześladowczej, niewierności, ksobnej, wielkościowej) i omamy (najczęściej słuchowe o treści grożącej lub rozkazującej);

- ▶ schizofrenia hebefreniczna charakteryzuje się zupełnym dezorganizowaniem zachowania chorego, jego uczuciowość staje się płytka i niedopasowana do sytuacji, zaś wypowiedzi i zachowania są chaotyczne i bezcelowe;

▶ dla schizofrenii katatonicznej najbardziej charakterystyczny jest obraz zahamowania ruchowego, chory usztywnia się i przybiera nienaturalne pozycje (np. stanie na jednej nodze, uniesienie głowy powyżej poduszki), które utrzymuje przez godziny, a nawet dni; w tym czasie chory nie przyjmuje posiłków stąd jest to stan zagrożenia życia; ten stan nazywany jest osłupieniem; osłupienie może być nagle przerwane gwałtownym pobudzeniem się chorego, które może być zagrożeniem dla życia lub zdrowia chorego lub jego otoczenia;

▶ schizofrenia prosta wyróżnia się brakiem objawów wytwórczych oraz powolnym, lecz postępującym pogarszaniem się codziennego funkcjonowania pacjenta, jego wyników w pracy lub szkole; ta postać schizofrenii ma złe rokowanie;

▶ schizofrenia rezydualna lub inaczej ubytkowa to stan po wygaśnięciu schizofrenii, kiedy u chorego nie występują objawy wytwórcze, obecne są za to tzw. objawy negatywne (np. spowolnienie myślenia, mowy i ruchów, apatia, brak troski o wygląd, obniżenie uczuciowości). Czasami, kiedy u chorego utrzymują się pojedyncze objawy zaburzeń schizofrenicznych i towarzyszą im objawy depresyjne rozpoznaje się depresję poschizofreniczną.

Niezwykle istotne jest, że występowanie pojedynczego objawu któregośkolwiek z wymienionych zaburzeń schizofrenicznych nie jest równoznaczne z rozpoznaniem schizofrenii! Rozpoznanie powinien postawić tylko i wyłącznie lekarz psychiatra.

Etiologia

Jak dotychczas nie ma badań, które jednoznacznie określiłyby przyczynę lub przyczyny schizofrenii. Wszystko opiera się na hipotezach mówiących zarówno o charakterze samej choroby, jak i różnych jej przyczynach. Według profesora Stanisława Pużyńskiego można je ująć w trzy podstawowe grupy:

1. Schizofrenia jest chorobą wywołaną endogennie. Tu miałyby odgrywać zasadniczą rolę czynniki genetyczne i metaboliczne. Znajduje to w pewnym stopniu potwierdzenie



wśród rodzin osób chorych, gdzie zapadalność jest wyraźnie większa. Szczytowy przykład stanowią kanadyjskie siostry – czworaczki, które zachorowały na schizofrenię w wieku od 21 do 25 lat. Równocześnie jednak z chorobą rodziców sama rodzina staje się dysfunkcyjna, traci pełnię władz wychowawczych, co także nie pozostaje bez wpływu na dalszy los i zdrowie psychiczne dzieci.

2. Schizofrenia jest chorobą egzogenną. Związana byłaby zatem z działaniem czynników zewnętrznych takich jak wirusy, zjawiska immunologiczne, zatrucia substancjami toksycznymi itp. Potwierdzeniem tej teorii są przypadki osób, u których nadmiar alkoholu lub kontakt z narkotykami zainicjował początek psychozy. Z drugiej strony rozważania tego problemu przypominają niekończącą się dyskusję o jajku i kurze. Przy bliższym i bardziej wnikliwym badaniu nie wiadomo do końca czy pacjenci sięgnęli po szkodliwe substancje i potem cierpieli z powodu psychozy, czy też tłący się proces i jego nieprzyjemne skutki spo-

wodowały zainteresowanie się pacjenta innymi „alternatywnymi” środkami farmakologicznymi.

3. Ostatnia z teorii, chyba najbardziej potwierdzona i najbliższa wynikom współczesnych badań nad chorobą mówi o wieloetapowym kształtowaniu osobowości chorego, co po połączeniu z innymi czynnikami zaowocować może procesem schizofrenicznym.

Niezależnie od tego jaka jest lub są przyczyny schizofrenii należy pamiętać o tym, że to na nas – lekarzach, pielęgniarkach i pozostałych pracownikach służby zdrowia spoczywa obowiązek postrzegania ogółu schorzeń psychicznych za choroby i traktowanie pacjentów z szacunkiem należnym każdej chorej osobie. Z drugiej strony przykre jest to, że zapadalność na schizofrenię od dawna utrzymuje się na poziomie 1%, nigdy zatem nie wiadomo czy nie ucierpi nikt z naszych bliskich, a z tego co wiem dopiero takie smutne przypadki w niektórych ludziach otwierają pokłady tolerancji i zrozumienia.

Wykorzystanie wód geotermalnych w lecznictwie

Istnieje wiele przykładów dobroczynnego oddziaływania „środowiska ciepłej wody” na organizm człowieka. Rozwój płodu następuje również w środowisku wody, a ilość wód płodowych odgrywa istotną rolę w rozwoju dziecka [5, 7]. Niedobór wód płodowych może być przyczyną powstania wad związanych między innymi z tzw. „zespołem przykurczów” [5, 8, 9, 11, 16]. W późniejszym życiu człowieka „ciepłe środowisko wody” odgrywa niezwykle pozytywną rolę w rozwoju rosnącego organizmu, a szczególnie w leczeniu balneo- i hydroterapeutycznym.

PROF. DR HAB. TOMASZ KARSKI
KATEDRA I KLINIKA ORTOPEDII DZIECIĘCEJ I REHABILITACJI
AM W LUBLINIE

PROF. DR JANOS RIGO
KLINIKA ORTOPEDYCZNA
UNIwersYTETU W DEBRECZYŃNIE

DR HAB. GRZEGORZ KANDZIERSKI
DR N. MED. JACEK KARSKI
DR N. MED. JERZY OSTROWSKI
LEK. MED. JAROSŁAW KAŁAKUCKI
KATEDRA I KLINIKA ORTOPEDII DZIECIĘCEJ I REHABILITACJI
AM W LUBLINIE

LEK. MED. KRZYSZTOF KALITA
ODDZIAŁ ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII
W JANOWIE LUBELSKIM

Początek leczenia wodami geotermalnymi sięga czasów starożytności. Niestety w wiekach średnich kąpiele zarzucono jako coś „nieprzyzwoitego, a nawet zdrożnego” [14]. Rozwój hydroterapii – a także balneoterapii nastąpił w drugiej połowie XIX wieku i związany jest między innymi z nazwiskiem śląskiego kowala Priessnitz. Wincenty Priessnitz (1799-1851), kowal z Grafenberga na Śląsku, wpadł na pomysł stosowania zimnej wody w różnych chorobach. Ulubionym jego sposobem hydroterapii był natrysk (ślądk nazwa „prysznic”). W roku 1829 Priessnitz otworzył „Zakład Wodolecznicy” z liczbą 29 leczonych osób. Już w roku 1839 liczba pacjentów korzystających z hydroterapii wzrosła do 1700 osób [14].

Istnieje wiele jednostek chorobowych w ortopedii, traumatologii, neurologii i reumatologii skutecznie leczonych za pomocą hydro- i bal-

neoterapii [1, 3, 4, 12, 15]. Te działy lecznictwa są znane w Polsce, ale w niektórych krajach Europy są szczególnie rozwinięte – przykładem są Węgry.

Walory leczniczych wód geotermalnych na Węgrzech

Leczenie balneologiczne na Węgrzech jest bardzo popularne i chętnie zalecane przez lekarzy [2,13]. Na terenie całego kraju istnieją liczne źródła ciepłej wody. Wody geotermalne są na powierzchni lub płytko pod powierzchnią ziemi (np. Heviz), niekiedy trzeba je wydobywać z głębokich odwiertów jak np. w Szeged, gdzie ciepłe wody uzyskuje się z głębokości 5000 m. Na Węgrzech zbudowano liczne sanatoria, szpitale, ośrodki leczniczo-wypoczynkowe, ośrodki rekreacyjne i sportowe. Szczególnie w ostatnich latach balneo- i hydroterapia jest tam stale rozwijana.

Oto krótka charakterystyka niektórych miejscowości, charakteru wód i chorób leczonych w tych ośrodkach:

► **Budapeszt** – posiada 120 punktów z ciepłymi basenami i ośrodkami leczniczymi. Dziennie wydobywa się na powierzchnię 70 000 m³ ciepłej wody. Istnieje 7 ośrodków leczniczych i 8 otwartych basenów. Jedne z większych zlokalizowane są na wyspie Św. Małgorzaty, a także w takich kurortach jak Gellert, Lukacs, Csaszar, Rudas, Szechenyi.

Ciepłe wody w rejonie Budapesztu zawierają siarkę i siarczany wapnia. W ośrodkach tych leczy się choroby reumatyczne, wszystkie choroby narządu ruchu, a także zaburzenia w obrębie narządu ruchu będące skutkami uszkodzeń urazowych powstałych w wypadkach drogowych, w pracy i z innych przyczyn.

► **Heviz** – na pow. 47 500 m² znajduje się jezioro z ciepłą wodą. Ze źródeł na środku jeziora codziennie wydobywa się na powierzchnię około 80 000 m³ ciepłej wody o temperaturze 39-42°. W lecie temperatura jeziora ma 33-34°, w zimie 26-28°. Woda jeziora zawiera jony siarkowe. Borowina w Heviz jest radioaktywna (2,2 millicurie). Na brzegu jeziora w formie „czynnej terapii ruchowej” moż-

Hajduszoboszlo



Hotel Nora Kurort – znany jako „Mekka chorych na reumatyzm” oraz raj dla plażowiczów. Charakterystyczne dla uzdrowiska jest duże nasłonecznienie, mikroklimat oraz wysoka zawartość słonej, jodowanej pary wodnej w powietrzu.

Najcenniejszym skarbem miasta jest Kąpielisko Zdrojowe. Kąpiele w uzdrowisku służą osobom cierpiącym na wszelkie schorzenia narządów ru-

chu, reumatyczne, choroby skórne i choroby kobiece. Kuracja pitna pomaga przy chorobach przewodu pokarmowego, nerwicach, stanach lękowych i bezsenności. Hajduszoboszlo to miasto położone na Wielkiej Nizinie Węgierskiej, 21 km na zachód od Debreczyna. Co roku ok. milion kuracjuszy korzysta z doskonałych właściwości wody zawierającej sól kuchenną, jod, brom, fluor, żelazo, mangan i związki mineralne, wspomagające leczenie zaburzeń trawiennych, oddechowych, schorzeń ginekologicznych i skórnych.

na brodziec „po kolana”, a nawet „po biodra” w radioaktywnej borowinie. W ciepłych wodach jeziora chorzy wykonują gimnastykę leczniczą, co zmniejsza napięcie i bolesność mięśni. Użytkiwana ciepła woda wykorzystywana jest do kąpieli w wannach i basenach. Terapia w Heviz skuteczna jest w reumatoidalnych chorobach kręgosłupa, w chorobach mięśni i nerwów,

a także w dniu moczanowej i zmianach zwyrodnieniowych stawów. Jest bardzo skuteczna w dyskopatiach myalgiiach, neuralgiach, w rwie kulszowej i w zmianach pourazowych, a także w porażeniach. Ośrodki sanatoryjne mają 300, a pensjonaty 1300 łóżek.

► **Hajduszoboszlo** – z głębi ziemi, na powierzchnię wydobywa się codziennie 4000 m³ wody o temperatu-



Eger słynie również z kompleksu basenów termalnych o temp. 28–32°C z zawartością wapnia, magnezu i wodorowęglanu



rze 73°. Woda jest odpowiednio wychładzana i służy do napełniania basenów leczniczych, których powierzchnia łącznie wynosi około 650 m², z temp. wody od 26 do 38°C. Poza tym istnieją baseny ogólnie dostępne do pływania rekreacyjnego i sportowego o powierzchni 5280 m² i temperaturze wody od 26° do 36°C. W leczeniu, dodatkowo, do dyspozycji są okłady borowinowe, masaże podwodne, gimnastyka i elektroterapia. W Hajduszoboszlo leczy się choroby narządu ruchu, zespoły bólowe kończyn, kręgosłupa (neurogenne i naczyniowe), przewlekłe reumatoidalne zapalenia stawów, zmiany zwyrodnieniowe stawów, zapalenie nerwów, porażenie (np. po Heine-Medina) i inne.

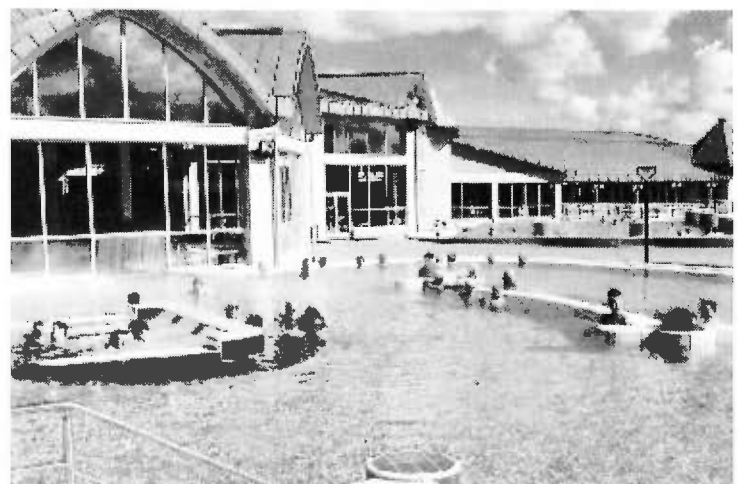
Ośrodek posiada 1300 łóżek oraz 600 do 1000 łóżek na prywatnych kwaterach, a także 380 łóżek będących w dyspozycji Związków Zawodowych.

► **Balatonfüred** – źródła ciepłej wody zawierają kwaśne węglany. Ośrodek ten jest naj-

starszym ośrodkiem leczniczym na Węgrzech – powstał w XVII wieku. W ośrodku tym leczy się skutecznie bóle w *angina pectoris* w tym napadowe bóle serca, niemierności serca, nad- i niedociśnienie krwi. Ośrodek posiada 360 łóżek.

► **Harkany** – jest około 1860 źródeł na głębokości 30-50 m. Obecnie czynne są 3 źródła z dziennym wydobyciem 6120 m³ o temperaturze 61-62°C. W jednym litrze tej wody jest 8 mg jonów siarkowych, obecnie są także węglany sodu i sól kuchenna. Powierzchnia basenów obejmuje około 140 m². Baseny z letnią wodą obejmują powierzchnię 2500 m². W Harkany leczy się zmiany reumatoidalne, a także choroby stawów, mięśni i nerwów np. zmiany zwyrodnieniowe stawów kończyn i kręgosłupa, myalgie, neuralgie, zapalenie nerwów, rwę kulszową, uszkodzenia pourazowe i zespoły bólowe stawów oraz choroby ginekologiczne.

Baseny termalne z gorącą wodą leczniczą



W Harkany są szpitale uzdrowiskowe z możliwością kąpieli, fizykoterapii, z pełną diagnostyką kliniczną, laboratoryjną i radiologiczną.

► **Debreczyn** – wody pochodzą z największego zbiornika leżącego na równinie węgierskiej. Woda ze źródeł ma temperaturę 59-63°C. Wody geotermalne zawierają jod, brom i sól kuchenną. Są korzystne w chorobach reumatoidalnych stawów, w chorobach mięśni, dyskopatiach, przykurczach, chorobach ginekologicznych. Ośrodek Lecznicy Gyogyfürdő pozostaje pod fachową opieką lekarską i jest konsultowany przez Wydział Medyczny Uniwersytetu w Debreczynie. W ośrodku Gyogyfürdő leczeni są pacjenci Kliniki Ortopedycznej w Debreczynie. Do Debreczyna stale jeździ prof. Tomasz Karski.

► **Parad** – leży w górach Matra 220-300 m nad poziomem morza i posiada wyjątkowo korzystne warunki klimatyczne. Źródła Parad (*Paradfürde*) istnieją od XVIII wieku. W 1951 roku powstał tam 160-łóżkowy Szpital Sanatoryjny, z czego 40 łóżek przeznaczonych jest dla kobiet z chorobami ginekologicznymi. Wody zawierają żelazo, arsen, potas, siarczan aluminium i służą do leczenia przewlekłych chorób kobiecych. Ponadto leczone są tutaj choroby żołądka i wątroby.

► **Eger** – źródła pochodzą z XVIII wieku. Wody mają temperaturę 26-32°C. Źródła są radioaktywne. Wody te są wskazane przy przewlekłych chorobach reumatoidalnych, zapaleniach nerwów, skutków urazów i porażeni, w dnacie moczanowej i w chorobach układu nerwowego.

► **Bükkszek** – temperatura wód ma około 42°C. Wody zawierają związki alkaliczne i kwaśne węglany. W Bükkszek leczone są choroby reumatoidalne i kobiece. Wody nadają się do picia w chorobach żołądka, cukrzycy i w zapaleniach dróg oddechowych.

Choroby, dysfunkcje i wady narządu ruchu leczone hydro- i balneotermoterapią

Oto jednostki chorobowe skutecznie leczone za pomocą zabiegów kinezyterapeutycznych w wodach geotermalnych [1, 3, 4, 6, 8, 10, 13].

► Dzieci z mózgowym porażeniem (MPDz)

Spastyczne napięcie mięśni wskutek porażeni kurczowych, a także częściowo utrwalone przykurcze strukturalne ustępują w środowisku ciepłej wody podczas zabiegów rehabilitacji, a szczególnie podczas redresji wykonanych według metody RAO [3, 7, 12].

W mózgowym porażeniu dziecięcym wskutek zwiększonego napięcia mięśni następuje czynnościowe ograniczenie ruchomości stawów (częściej kończyn dolnych), następnie stawy trwale tracą ruch, co nazywamy przykurczami (*contracturae*). Powoduje to wadliwe ustawienie całej kończyny, zaburza lub uniemożliwia chód. Typowym dla dzieci z MPDz jest chód w rotacji wewnętrznej, ze spastycznym ograniczeniem długości kroku, pociąganiem stopą po podłożu i utratą naturalnej płynności marszu.

Ciepłe wody geotermiczne dla tej grupy pacjentów mają znaczenie podstawowe, a ich zalety to: bezbolesność ćwiczeń, większy lub pełny zakres uzyskanej ruchomości stawów po ćwiczeniach i wydatne zmniejszenie spastyczności mięśni. Leczenie balneologiczne umożliwia chodzenie i stanie u dzieci dotychczas nie chodzących oraz wydatnie poprawia chód u dzieci już chodzących.

► Dzieci po operacji wrodzonego zwłknięcia bioder

W tej grupie pacjentów cel balneo- i hydroterapii również sprowadza się do odzyskania pełnego zakresu ruchów stawu biodrowego, a przez zwiększenie odwiedzenia bioder także do poprawienia scentrowania głowy kości udowej w panewce. W środowisku ciepłej wody ustępuje pooperacyjna bolesność tkanek. Dzieci odzyskują sprawność, poprawiają swój chód, odzyskują zdrowie.

► Choroba Perthesa

Choroba ta dotyczy chłopców (przeważnie) i dziewcząt w wieku 5-11 lat. Istotą choroby jest martwica głowy kości udowej przebiegająca z bolesnością i utratą ruchów biodra. Nie leczona lub źle leczona choroba Perthesa kończy się zniekształceniem głowy

kości udowej i ostatecznie przykurczem biodra ze skróceniem kończyny, zanikami mięśni i utykaniem. Prowadzi to do trwałego kalectwa. Leczenie – szczególnie w ostatniej fazie choroby – jest trudne, ale ćwiczenia w ciepłej wodzie zwiększają szansę częściowych sukcesów terapeutycznych.

► Młodzieńcze zluszczenie głowy kości udowej

Ta choroba dotyczy chłopców i dziewcząt w wieku 13-15 lat i polega na przemieszczeniu głowy w stosunku do szyjki kości udowej, a to prowadzi do przykurczu wyprostnego oraz do ustawienia biodra w rotacji zewnętrznej. Często w przebiegu zluszczenia dochodzi do martwicy głowy kości udowej. Dzieci z tą chorobą mają zwykle dużą nadwagę. Leczenie balneologiczne, przez specjalne ćwiczenia, jest bardzo skuteczne we wstępnej fazie choroby (*stadium incipiens*).

Nowe leczenie rehabilitacyjne tej jednostki chorobowej (jako leczenie wyłączne) wprowadziła lubelska Klinika Ortopedii Dziecięcej i Rehabilitacji przed kilku laty. Terapia polega na odzyskaniu w środowisku ciepłej wody ruchu rotacji wewnętrznej chorego biodra. Fakt odzyskania tego ruchu oznacza zatrzymanie postępu choroby, a po odpowiednio długiej terapii pełne wyleczenie. W czasie tego leczenia konieczne jest około roczne odciążenie chorej kończyny za pomocą lasek łokciowych.

U dzieci, po zabiegach operacyjnych leczenie balneologiczne w ciepłych wodach jest leczeniem bardzo ważnym. Środowisko ciepłej wody plus odpowiednia kinezyterapia stanowią doskonałą ochronę głowy kości udowej przed zaburzeniami ukrwienia związanymi z samą chorobą i przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym.

► Skoliozy tzw. idiopatyczne

Wobec wykrycia etiologii tej ciężkiej deformacji ciała (pierwszy referat – 1995/Szeged) [8, 9, 10] stało się możliwe leczenie przyczynowe. Czynnikiem etiologicznym tzw. skolioz idiopatycznych jest przykurcz odwiedzeniowy (często zgięciowo-odwiedzeniowy i w rotacji zewnętrznej) prawego biodra prowadzący do zaburzeń bio-

Wnioski

BIBLIOGRAFIA

- [1] DEGA W., SENGER A., 1966 – Ortopedia i Rehabilitacja, PZWL, Warszawa, stron 512.
- [2] FARKAS K., 1962 – Magyarorszag Gyogyfordoi. Thermalbäder in Ungarn, Medicina, Budapest, stron 350.
- [3] FRELEK-KARSKA M., KARSKI T., SAK G., ŚWIST I., 1994 Dzieci z mózgowym porażeniem w Sanatorium Rehabilitacyjnym im. Janusza Korczaka w Krasnobrodzie. Materiały II Sympozjum Sekcji Ortopedii Dziecięcej Zakopane 1993. Foliom, Lublin, 101-105.
- [4] GAŹDZIK T. S., 1998 – Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa, stron 421.
- [5] GREEN N. E., GRIFFIN P. P., 1982 – Hip dysplasia associated with abduction contracture of the contralateral hip. J. B. J. S., 63-A. 1273-1281.
- [6] KADAS E., KISS K., 1997 – The physiotherapy of the scoliosis. Manuskrypt autorów referatu wygłoszonego na Sympozjum Polsko-Węgierskim w Szeged. 16.11: 21.11., Szeged, Węgry.
- [7] KARSKI J., FRELEK-KARSKA M., KARSKI T., OKOŃSKI M., 1993 – Wczesne postępowanie profilaktyczno-lecznicze w okresie noworodkowo-niemowlęcym u dzieci zagrożonych mózgowym porażeniem, Materiały II Sympozjum Sekcji Ortopedii Dziecięcej, Zakopane, 1993, Foliom, Lublin, 1994, 65-69.
- [8] KARSKI T., 1996 – Kontraktoren und Wachstumsstörungen im Hüft – und Beckenbereich in der Etiologie der sogenannten „Idiopathischen Skoliosen“ – biomechanische Überlegungen. Orthop. Praxis, 3/1996, 32, 155-160.

► Zastosowanie ciepłych wód jest „leczeniem z wyboru” wielu jednostek chorobowych narządu ruchu. Balneoterapia w ciepłych wodach geotermalnych poprawia sprawność człowieka, wydolność w codziennym życiu i w pracy. Doskonale poprawia samopoczucie, sprawność ruchową i zdrowie psychiczne całego społeczeństwa (przykładem są Węgry).

► Ciepłe kąpiele geotermalne przez poprawę krążenia w obrębie centralnego układu nerwowego (w obrębie mózgu) poprawiają postrzeganie, wnioskowanie i cały proces myślowy człowieka. Po kąpielach geotermalnych człowiek staje się „mądrzejszy i bardziej pracowity”.

► Z punktu widzenia społecznego, istnieje w Polsce pilna potrzeba wierceń dla uzyskania wód geotermalnych do leczenia chorób i dysfunkcji narządu ruchu, a także innych chorób u dzieci, młodzieży, ale szczególnie u osób starszych. Możliwe jest też wykorzystanie istniejących już odwiertów. Według danych prof. Sokołowskiego z PAN jest ich w Polsce od 7 do 9 tysięcy!

► Budowa sieci ośrodków przyrodoleczniczych (szpitale, sanatoria, pensjonaty, hotele) umożliwi skuteczne leczenie naszego społeczeństwa, a także wzbogaci i uatrakcyjni nasz kraj. Nastąpi wymierna oszczędność (w milionach złotych rocznie w skali kraju) i ochronienie wielu ludzi przed zwolnieniami lekarskimi, zasiłkami rentowymi i odejściem od pracy.

► Do budowy ujęć wód geotermalnych (przy braku polskich funduszy) można zaangażować doświadczone firmy zagraniczne np. węgierskie; wydzierżawić firmie budującej ujęcie obiekt na określony czas, co umożliwi spłacenie kosztów inwestycji. Sieć sanatoriów i ośrodków przyrodoleczniczych uatrakcyjni nasz kraj dla turystów zagranicznych, przyniesie zyski ekonomiczne. Nowe ośrodki dadzą zatrudnienie wielu osobom z różnych grup zawodowych. Nastąpi dalszy rozwój polskiej medycyny, a szczególnie rehabilitacji, ortopedii, neurologii, pulmonologii, ginekologii, reumatologii i innych działów.

mechanicznych u rosnącego dziecka. Rozwój deformacji związany jest z chodzeniem i staniem. Obejmuje miednicę, kość krzyżową, kręgosłup lędźwiowy i piersiowy.

Istnieją dwie grupy etiopatogenetyczne deformacji. W pierwszej grupie zniekształcenie zaczyna się w 4-5 roku życia i przez wiele lat przebieg jest utajony. Pierwsza jest deformacja rotacyjna, następuje zanik kyfozy piersiowej i lordozy lędźwiowej. Powstają płaskie, sztywne plecy. Ten typ wady związany jest z chodzeniem i przeniesieniem brakujących ruchów z prawego biodra na miednicę i kręgosłup. Już pierwotnie rozwija się skolioza lędźwiowo-piersiowa typu „S”.

Druga grupa etiopatogenetyczna związana jest z nawykiem permanentnego stania na spoczynku na prawej kończynie dolnej. Skoliozy ujawniają się dopiero około 11-13 roku życia i są to jedynie deformacje lędźwiowe,

krzyżowe lub lędźwiowo-piersiowe lewostronne. Przyczyną utrwalania się każdej ze skolioz jest przykurcz więzadeł, torebek, ścięgien i mięśni po stronie wklęsłej (w miejscu konkawacji) każdego skrzywienia.

Pokonywanie przykurczów w środowisku ciepłej wody jest łatwe, bezbolesne i efektywne, a tym samym przynosi korzystne wyniki [6, 8, 9, 10].

Leczenie w wodach geotermalnych jest niezwykle skuteczne

► **Wady postawy dotyczące bioder i barków**

Wady te są przeważnie dziedziczone po rodzicach. Powodują zmianę osi ciała i kończyn. Są przyczyną zniekształcenia sylwetki, upośledzeń ruchów i sprawności fizycznej dziecka, a w latach późniejszych przyczyną bólów i niezdolności do pracy. Pierwszą grupę wad postawy stanowią dzieci i młodzież z przodopochyleniem miednicy, wystającym brzuchem, wysuniętymi do tyłu pośladkami i hyperlordozą. Przyczyną jest przykurcz zgięciowy bioder, a szczególnie przykurcz mięśnia prostego uda. Wada postawy tego typu jest bardzo częsta, bowiem dotyczy około 10% populacji dzieci i młodzieży polskiej. Druga grupa wad postawy to dzieci z antepulsyjnymi przykurczami barków w 80% dziedziczone po rodzicach, w 20% związane z czynnikami psychologicznymi (próba chowania rozwijających się piersi u dziewcząt przez wysuwanie barków do przodu). Przykurcz prowadzi do wytworzenia tzw. pleców okrągłych (dorsum rotundum). Istnieje osobna jednostka chorobowa – choroba Schauermana, której obrazem są też plecy okrągłe.

We wszystkich tych deformacjach doskonale wyniki uzyskuje się po leczeniu w ciepłych wodach, przez specjalne ćwiczenia redresyjne i specjalny program kinezyterapii.

► **Zmiany preartrotyczne i artrotyczne stawów, szczególnie bioder**

Choroba przebiega z utratą właściwości fizyczno-mechanicznych głowy kości udowej łącznie z obniżeniem jej wysokości i zniekształceniem. Artroza biodra u starszych osób to „*crux medicorum*” ortopedii: występuje u około 50% społeczeństwa. Choroba ta powoduje bóle, ograniczenia ruchów, jest przyczyną dużej niewydolności w codziennym życiu, przyczyną absencji w pracy i rent. Artroza biodra w fazie prodromalnej lub przy *coxarthrosis incipiens* jest podatna na leczenie balneoklimatyczne.

Nowoczesne leczenie balneo- i hydroterapeutyczne polega na odzyskaniu pełnego zakresu ruchu bioder, unikaniu przeciążeń statycznych, a także stosowaniu leczenia witaminowo-mineralnego mającego na celu wzmocnienie struktury kości.

Leczenie w wodach geotermalnych jest niezwykle skuteczne, a wiele przykładów tej skuteczności opisali szczególnie ortopedzi zagraniczni (obserwacje węgierskie) [2, 13].

► **Artroza kolana i artroza rzepkowo-udowa**

Wśród wielu przyczyn tych chorób bardzo istotnym czynnikiem etiologicznym jest zabu-

wienie osi kolana (nie wyleczona w dzieciństwie koślawość kolan lub „wysoka szpotałość” goleni), podwichnięcie wyprostne lub zgięciowe rzepki lub chondromalacja rzepki.

Leczenie geotermalne w każdym okresie trwania choroby jest leczeniem bardzo skutecznym, ponieważ likwiduje ból, umożliwia odzyskanie ruchów, a przez to chroni przed zanikami mięśni, umożliwia lepsze chodzenie i lepsze życie bez cierpienia.

► **Przykurcze barków i tzw. „bark zamrożony”**

W tej jednostce chorobowej następuje pierwotne bólowe ograniczenie ruchów, zwykle wskutek zwyrodnienia przyczepów mięśni rotatorów, a także przeciążenia ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia. Później rozwija się strukturalny przykurcz barku – tzw. bark zamrożony. Ćwiczenia barku w ciepłej wodzie są właściwie jedynym skutecznym remedium w tym cierpieniu. Po balneoterapii w ciepłej wodzie następuje odzyskanie ruchu barku, a to oznacza bezbolesność, powrót do normalnego życia i pracy.

► **Spondyloartroza – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa**

Zmiany te powstają u ludzi w wieku średnim i starszym na podłożu przeciążeń związanych z pracą i latami życia, a także wskutek zmian niedokrwiennych (te zaś mogą być związane m. in. z paleniem tytoniu).

Gimnastyka lecznicza w ciepłej wodzie i pływanie łagodzi bóle przywracając ruchomość kręgosłupa, umożliwia normalne lub prawie normalne funkcjonowanie człowieka w rodzinie, społeczeństwie i zakładzie pracy.

Podsumowanie

Istnieją sprawdzone, skuteczne programy zabiegów balneo- i hydroterapii w wodach geotermalnych [2, 10, 13]. Systematyczne korzystanie z tej formy terapii chroni wiele społeczeństw przed niepotrzebnymi lub nadmiernymi wcześniej występującymi chorobami narządu ruchu, chorobami układu krążenia i układu oddechowego.

Dołączenie do balneoterapii zabiegów kinezyterapeutycznych, masaży podwodnego i innych zabiegów znanych w ortopedii i rehabilitacji (jak autorzy mieli okazję obserwować na Węgrzech) bardzo skutecznie wzbogaca leczenie w wodach geotermalnych [2, 13].

[9] KARSKI T., 1996- Przykurcze i zaburzenia rośnięcia w obrębie biodra i miednicy przyczyną rozwoju tzw. „skolioz idiopatycznych”. Rozważania biomechaniczne, Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Polska., LXI, 1,143-150.

[10] KARSKI T., 1998-The rehabilitation exercises in the therapy and prophylaxis of the so-called idiopathic scoliosis”, Acta Orthopaedica Jugoslavica, 29.1, 5-9.

[11] MAU H., 1979 – Zur Etiopathogenese von Skoliose, Huftdysplasie und Schiefhals im Säuglingsalter, Zeitschrift f. Orthop., 5. 601- sos.

[12] PIĄTKOWSKI W., KARSKI T., RAGANOWICZ T., 1994 – Metody usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w opiniach rodziców, Materiały II Sympozjum Sekcji Ortopedii Dziecięcej, Zakopane 1993. Foliom. Lublin, 107-109.

[13] RIGO J., 1999 – Die Bedeutung der Thermalbadbehandlung in der Orthopädie, Maszynopis referatu wygłoszonego na Posiedzeniu w Klinice Ortopedycznej w Debreczynie, 8-9.09.

[14] SZUMOWSKI W., 1961 – Historia medycyny, PZWL, Warszawa, stron 395.

[15] THOM H., 1982 – Die infantilen Zerebralparesen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart. New York, stron 546.

[16] WYNN-DAVIES (1975) w Normelly H., 1985 – Asymmetric rib growth as an aetiological factor in idiopathic scoliosis in adolescent girls, Stockholm, 1-103.

Studenci w roli edukatorów zdrowia

Wychowanie zdrowotne w szkole – to z jednej strony „materiał kształtowany”, czyli dzieci i młodzież, którzy wymagają przekazania im wiedzy i umiejętności aby potrafili dokonywać dobrych dla zdrowia wyborów, oraz „materiał kształtujący”, czyli ci, którzy wyposażeni w tę wiedzę i umiejętności potrafią je skutecznie przekazać.

**MGR MAŁGORZATA
OSTROWSKA-OGÓREK
DR N. MED. HANNA KACHANIUK**

KATEDRA I ZAKŁAD
PIELĘGNIARSTWA SPOŁECZNEGO
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA
I NAUK O ZDROWIU AM W LUBLINIE

MGR INŻ. JANUSZ PALUS
ZESPÓŁ SZKÓŁ ENERGETYCZNYCH W LUBLINIE

Aby skuteczność ta mogła być wystarczająca w kontekście dążenia do utrzymania zdrowia, konieczne jest właściwe przygotowanie metodyczne i merytoryczne nauczycieli wychowania zdrowotnego. Do takich nauczycieli niewątpliwie zaliczani są przyszli magistrowie pielęgniarstwa. Dlatego też Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie podejmuje współpracę z różnymi placówkami wychowania i nauczania na różnych etapach kształcenia.

Na szczególną uwagę zasługuje współpraca Katedry i Zakładu Pielę-

gniarnictwa Społecznego z Zespołem Szkół Energetycznych przy ul. Długiej w Lublinie, która trwa już ponad dwa lata. Dzięki decyzji władz Uczelni – JM Rektora AM **prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latałskiego** i Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu **prof. dr hab. Ireny Wrońskiej** oraz uprzejmości dyrekcji szkoły na czele z **mgr inż. Włodzimierzem Arciszewskim** i grona pedagogicznego, a w szczególności dużemu osobistemu zaangażowaniu **mgr inż. Janusza Palusa** – nauczyciela informatyki, studenci III roku pielęgniarstwa, w ramach przedmiotu: pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania, mogli realizować zajęcia z wychowania zdrowotnego wśród młodzieży, doskonaląc w ten sposób umiejętności i warsztat metodyczny nauczyciela zdrowia.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż duże znaczenie dla powodzenia prowadzonej edukacji w szkole ma funkcja koordynatora zajęć wychowania zdrowotnego w ZSZŁ, który zajął się spr-

wą udostępnienia pomieszczeń szkolnych na zajęcia studentów, oprowadzał kolejne grupy studenckie po szkole zaznajamiając z jej specyfiką, organizacją, warunkami kształcenia, wreszcie z problemami, z którymi boryka się szkoła i ucząca się w niej młodzież. Aby realizacja zajęć mogła mieć miejsce, konieczne jest również skorelowanie harmonogramu zajęć uczniów w szkole z czasem ćwiczeń studentów i uzyskanie zgody poszczególnych nauczycieli na wejście studentów do klas.

Wreszcie bardzo istotną sprawą jest pomoc w ustaleniu zapotrzebowania młodzieży na konkretne treści i zagadnienia dotyczące zdrowia. Otwartość kadry nauczycielskiej na propozycje ze strony nauczycieli akademickich i studentów oraz mądrość w ocenie potrzeb edukacyjnych wśród uczniów była bardzo ważnym elementem w całokształcie działań podejmowanych w ramach wychowania zdrowotnego w szkole. Należy podkreślić duże zaangażowanie poszczególnych nauczycieli, a w szczególności: **mgr D. Kotuły**, **mgr T. Łapy**, **mgr J. Krzaka**, **mgr J. Popka**, **mgr inż. W. Schodzińskiej**, **mgr inż. A. Pietrak**, **mgr E. Grygoruk**, **mgr U. Wendrowskiej**, **mgr A. Michalaka**, **mgr B. Strawskiego**, **mgr inż. G. Kulaka**, **mgr inż. I. Kowalskiej**, **mgr inż. W. Regulicz**, **mgr inż. W. Tokarskiego**, **mgr A. Pietrys**.

Tematyka zajęć była różnorodna. Największym zainteresowaniem cieszyły się lekcje nt. udzielania pierw-

szej pomocy ofiarom wypadku i w sytuacjach różnych obrażeń ciała (złamania, zwichnięcia, zranienia, zatrucia, poparzenia, omdlenia itp.). Studenci realizowali również zajęcia na temat zdrowego stylu życia, sposobów radzenia sobie z nałogiem palenia, umiejętności utrzymania zdrowia psychicznego i radzenia sobie z nauką (np. przygotowanie do matury). Przeprowadzono też ćwiczenia z młodzieżą w zakresie zwiększania własnej samooceny i umiejętności odmawiania w sytuacji bycia namawianym do zachowań antyzdrowotnych.

Zajęcia prowadzone przez studentów były przyjmowane z dużym aplauzem zarówno przez uczniów jak i nauczycieli, wszyscy chętnie uczestniczyli w ćwiczeniach, wykazywali duże zainteresowanie tematami oraz chęć znacznie częstszych tego typu spotkań. Jednocześnie należy podkreślić, że uczniowie tej szkoły, reprezentujący młodzież o bardzo różnym i często niewystarczającym poziomie wiedzy na tematy związane z utrzymaniem zdrowia (młodzież pochodzi w większości z miejscowości podlubelskich), mają bardzo duże zapotrzebowanie na zajęcia wskazujące jak należy utrzymywać zdrowy styl życia i unikać różnego rodzaju nałogów. Tym bardziej, że społeczność szkoły w 99% płci męskiej, charakteryzuje się dużym nasileniem zachowań negatywnych dla zdrowia, jak np. masowe palenie tytoniu, częste nadużywanie alkoholu, bardzo niska aktywność fizyczna i pozostawiający sporo do życzenia poziom higieny osobistej. To właśnie obecność w szkole i uczestnictwo w zajęciach pogłębiających wiedzę i umiejętności z zakresu pozytywnych dla zdrowia zachowań jest dla większości tych chłopców ostatnią możliwością uzyskania takiej wiedzy od specjalistów, zanim opuszczą szkołę i wkroczą w dorosłe, samodzielne życie. A przecież, „czym skorupka za młodu...”, takie będziemy mieć dorosłe społeczeństwo za kilka, kilkanaście lat.

Prezentując współpracę między Katedrą i Zakładem Pielęgniarstwa Społecznego Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu oraz Zespołem Szkół Energetycznych należy podkreślić bardzo duży wkład pracy pedagoga szkol-

nego, **mgr Alicji Krzyżanowskiej** we wprowadzenie studentów w tajniki pracy pedagoga w szkole, zapoznanie z metodami postępowania i różnorodnością problematyki z jaką spotyka się wśród młodzieży. Ukazanie zasad, jakimi kieruje się w rozwiązywaniu problemów uczniów, a także wiele cennych uwag pedagoga szkolnego dotyczących pracy wychowawczej, dały studentom znacznie szersze spojrzenie na rolę tego specjalisty w szkole, a jednocześnie pozwoliły bardziej docenić i zrozumieć konieczność współpracy pedagoga i pielęgniarki szkolnej w celu rozwiązywania problemów zdrowot-

nych, szkolnych i społecznych uczniów. Z różnorodnością problemów zdrowotnych występujących wśród uczniów szkoły zapoznała studentów odbywających tam ćwiczenia pielęgniarka szkolna, **p. Beata Kamińska**. Odnosząc się do wszystkich zadań, jakie realizuje pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania, przybliżyła studentom specyfikę pracy pielęgniarki i przedstawiła jej realia. Jest to ważny element zajęć ćwiczeniowych, kiedy student może zweryfikować posiadaną wiedzę z praktyką i zobaczyć jak ona funkcjonuje w codziennej rzeczywistości.



W obronie wartości życia

Etyka chrześcijańska wobec eutanazji

Zgodnie z nauczaniem Kościoła katolickiego ważną rolę w systemie opieki medycznej powinna odgrywać problematyka pacjenta nieuleczalnie chorego, bowiem chrześcijaństwo nadało cierpieniu i śmierci sens szczególny.

MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL
OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI

Chrześcijanie wierzą, że chociaż cierpienie i śmierć są obiektywnie złe, to można im nadać pozytywną wartość wynikającą ze zbawczej działalności Jezusa Chrystusa, który przyjął jedno i drugie. W cierpieniu i śmierci towarzyszy człowiekowi Bóg, dlatego mogą one mieć wartość zadośćuczynną oraz być udziałem w mesjańskiej misji Jezusa. Cierpienie jest ponadto tajemnicą, którą nie zawsze można do końca zgłębić ludzkim rozumem, ale można ją zaakceptować ufając miłującej Opatrzności Boga – dobrego Ojca.

W chrześcijaństwie śmierć jest jedynie przejściem z doczesności, w której często doznajemy cierpienia i choroby, do wieczności, gdzie żadne zło już nie istnieje. Zgodnie z tymi zasadami cierpienie i śmierć mają przyczynę – grzech i działanie szatana, mają też cel i wartość – udział w cierpieniu Jezusa, zjednoczenie z Ukrzyżowanym, własna rola w zbawieniu świata i ludzi.

Kościół wielokrotnie wypowiadał się na temat eutanazji. Jednakowoż wszystkie oficjalne dokumenty wiąże wspólna paralela – poszanowanie prawa człowieka do życia, które jest święte i nietykalne. Eutanazja (rozumiana jako czynne spowodowanie śmierci pacjenta) jest zabójstwem, a prawo dopuszczające możliwość pozbawienia życia nieuleczalnie chorego człowieka jest uzurpowaniem sobie prawa, którego nikt nie posiada, ponieważ tylko Bóg jest Panem życia i śmierci. Do dokonania aktu eutanazji nie upoważnia też litość wobec osób dotkniętych śmiertelną chorobą, gdyż zdaniem autorów „Karty Pracowników Służby Zdrowia”: „...nie chodzi w tym wypadku o udzielenie choremu pomocy, ale o zamierzone zabójstwo człowieka”.¹

Taka postawa Kościoła podyktowana jest z jednej strony wiernością przekazywanemu objawieniu, a z drugiej strony miłością bliźniego.

Pierwsze oficjalne potępienie eutanazji miało miejsce w 1940 roku. Zadano wtedy św. Oficjum pytanie, skierowane przez społeczność niemiecką, następującej treści: „Czy wolno zabijać bezpośrednio z rozkazu władzy państwowej tych, którzy chociaż nie popełnili żadnej winy służącej na karę śmierci, jednakże z przyczyn ich obciążen fizycznych i psychicznych już więcej nie są użytecz-



**Ja zabijam
i Ja sam ożywiam
(PWT 32, 39)**

„...Medycyna, która z tytułu swego powołania ma służyć obronie życia ludzkiego i opiece nad nim, w niektórych dziedzinach staje się coraz częściej narzędziem czynów wymierzonych przeciw człowiekowi i tym samym zniekształca swoje oblicze, zaprzecza samej sobie i uwłacza godności tych, którzy ją uprawiają...”

(JAN PAWEŁ II, EV 4)

ni dla narodu, lecz raczej uważa się ich za ciężar i przeszkodę na drodze rozwoju?”. W odpowiedzi św. Oficjum czytamy m. in.: „Takie działanie jest przeciwne prawu naturalnemu i boskiemu pozytywnemu”.

Papież Pius XII już w swojej pierwszej, programowej dla pontyfikatu encyklice „Summi Pontificatus” przypominał niebezpieczeństwa błędów moralnych, w jakie popadli ludzie na skutek zapomnienia i odrzucenia prawa naturalnego. Papież odrzucił zdecydowanie koncepcję nieograniczonej władzy państwa nad obywatelem. Również w wielu przemówieniach podkreślał, że Bóg, źródło wszelkiej sprawiedliwości, zastrzegł sobie prawo władania nad życiem i śmiercią, dlatego bezpośrednio zniszczenie życia – zdaniem papieża – nie da się usprawiedliwić

w żaden sposób. Przykazanie „Nie zabijaj” stanowi jakby syntezę lekarskich obowiązków, a to z kolei implikuje określone zobowiązania dla lekarzy, którzy są szczególnie powołani do ochrony życia ludzkiego. Lekarz, jak dowodzi Pius XII, powinien być wierny zasadom etyki lekarskiej i moralności chrześcijańskiej, ponieważ w ten sposób będzie „najwierniejszym przyjacielem jednostki i społeczeństwa”. Bezpośrednie spowodowanie śmierci, wynikające z zaakceptowania koncepcji „życia bez wartości”, obojętne czy chodzi o życie już rozwinięte, dochodzące do swego kresu, czy jeszcze nienarodzone, nie można usprawiedliwić w żaden sposób.

Prawo lekarskie musi być zawsze podporządkowane, według Piusa XII, moralności lekarskiej, która winna wy-

rażać porządek moralny ustalony przez Boga. Stąd „Prawo lekarskie nie może nigdy zezwolić, żeby lekarz lub pacjent stosowali eutanazję bezpośrednią”.

Poglądy sprzyjające eutanazji odrzucił zdecydowanie w encyklice „*Mystici Corporis Christi*”. Człowiek myślący, argumentuje papież powinien dostrzec, że to sprzeciwia się prawu naturalnemu i boskiemu, obciąża sumienia wszystkich i zagraża najintymniejszym uczuciom ludzkim. Krew tych niewinnych ludzi, tak ukochanych przez Zbawiciela, jak i godnych najwyższego współczucia „wola z ziemi do Boga”.

Najbardziej głośne było przemówienie Piusa XII z 1957 roku skierowane do anestezjologów. Grupie lekarzy, którzy postawili pytanie: „Czy zgodnie z religią i zasadami moralnymi można zezwolić lekarzowi i choremu na uśmierzenie bólu i pozbawianie świadomości za pomocą lekarstw narkotyzujących, chociażby groziła śmierć i przewidywano, że zastosowanie tych środków skróci życie?”. Papież odpowiedział: „Wolno, jeśli nie ma innych środków, i gdy w konkretnych okolicznościach nie przeszkodzi to w wypełnianiu innych obowiązków religijnych i moralnych”. Dalej jednak Pius XII upomniał: „bez ważnej przyczyny nie godzi się pozbawiać umierającego świadomości”. Wielu autorów komentowało to wystąpienie na różne sposoby, stwierdzając, że papież odrzucił wyraźnie

„Prawo lekarskie nie może nigdy zezwolić, żeby lekarz lub pacjent stosowali eutanazję bezpośrednią”.

eutanazję bezpośrednią, ale nauka o środkach nadzwyczajnych pozwala sądzić, że pośrednio aprobuje eutanazję negatywną, bierną, co jednak nie wydaje się zupełnie ścisłe, bowiem papież uznał bezpośrednie dysponowanie swoim ciałem za niedozwolone, gdyż człowiek jest jedynie jego „użytkownikiem”, a nie „panem i właścicielem”.

Tę myśl w kilka lat później podjął Sobór Watykański II. Kładąc nacisk na szacunek dla człowieka i jego osobową godność, uznano, że to wszystko, co godzi w samo życie ludzkie, a tym samym i eutanazję, za praktyki hańbiące i „sprzeczne z czcią należną Stwórcy”.²

Wydarzenia ostatnich dwudziestu lat, związane z intensyfikacją ruchów na rzecz legalizacji eutanazji i poparciem dla takich działań ze strony kilku państw, wywołały gwałtowny sprzeciw Stolicy Apostolskiej. Magisterium Kościoła stanęło w obronie wartości życia. Do najważniejszych dokumentów, podejmujących ten temat, należą: Deklaracja Kongregacji Nauki Wiary „*Iura et bona*”, encyklika „*Evangelium vitae*” oraz Katechizm Kościoła Katolickiego.³

Nauczanie Kościoła dokonało wpięrw doprecyzowania pojęcia eutanazja, co ma służyć uniknięciu wielu nieporozumień na skutek używania tego terminu w różnych zakresach znaczeniowych. „Deklaracja o eutanazji” podaje trzy różne znaczenia słowa *eutanazja*:

1. Etymologicznie *eutanazja* oznaczała w starożytności łagodną śmierć, bez przykrych cierpień.
2. Obecnie nie uwzględnia się już pierwotnego znaczenia tego słowa, lecz bierze się pod uwagę pewien zabieg medyczny, zmierzający do zmniejszenia bólów choroby lub agonii, niekiedy związany nawet z niebezpieczeństwem skrócenia życia.
3. Słowo to jest ponadto stosowane w zawężonym sensie na oznaczenie zadania śmierci z miłosierdzia, to znaczy, by wyeliminować cierpienia związane z ostatnimi chwilami życia, lub by dzieciom anormalnym, nieuleczalnie chorym, ewentualnie chorym umysłowo skrócić nieszcześliwe życie, które mogłoby przedłużyć wiele lat stając się poważnym ciężarem dla rodziny lub społeczeństwa.

Po przedstawieniu różnych znaczeń terminu *eutanazja* dokument „*Iura et bona*” podaje następujące określenie: „Eutanazja oznacza czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub zamierzenia działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia. Tak więc eutanazja wiąże się z intencją działającego oraz stosowanymi środkami”.⁴ Jan Paweł II, przyjmując to samo znaczenie pojęcia *eutanazja*, podkreśla w „*Evangelium vitae*”, iż stanowi ono jej ścisły i właściwy sens.⁵ Tak zdefiniowany zakres pojęcia *eutanazja* nie obejmuje jednak postępowania, które w literaturze przedmiotu nazywane jest rezygnacją z „uporczywej terapii”, a także działań, których pierwszym celem jest złagodzenie cierpienia. Zarówno „Deklaracja o eutanazji”, jak

i encyklika „*Evangelium vitae*” wyraźnie oddzielają eutanazję od rezygnacji ze środków nieproporcjonalnych oraz od działań uśmierzających cierpienie.⁶ To, co „Deklaracja o eutanazji” oraz encyklika „*Evangelium vitae*” nazywają eutanazją, bywa czasem określane jako *eutanazja bezpośrednia* w odróżnieniu od *eutanazji pośredniej*, czyli takich działań, które będąc rezygnacją ze środków nieproporcjonalnych lub łagodząc cierpienia, pośrednio przyspieszają śmierć.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż tak rozumiana *eutanazja pośrednia* nie jest w rozumieniu Kościoła, *eutanazją* w ścisłym i właściwym sensie. Z kolei termin *eutanazja bezpośrednia* jako odróżnienie od podania narkotyku pośrednio przyspieszającego śmierć, był już używany przez Piusa XII. Termin ten występuje także w Katechizmie.⁷ W świetle encykliki „*Evangelium vitae*” traci na znaczeniu określenie eutanazja pośrednia, gdyż jak czytamy we fragmencie: „Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej uporczywej terapii, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być



1 Karta Pracowników Służby Zdrowia, Papieska Rada do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Watykan 1995, nr 117.

2 Por. Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym, Sobór Watykański II, Konstytucje, dekrety, deklaracje. Poznań 1968, nr 27.

3 Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji, *Iura et bona*, Rzym 1980. W dalszej części pracy na oznaczenie tego dokumentu będzie stosowany skrót DoE, a cyfra po nim oznacza numer cytowanego fragmentu; Jan Paweł II, *Evangelium vitae*.

4 *O wartości i nienaruszalności ludzkiego życia*, Rzym 1995. Dalej stosować będę skrót EV, z kolejnymi cyframi odpowiadającymi cytowanym fragmentom encykliki; Katechizm Kościoła Katolickiego, Poznań 1994. Następnie ze skrótem KKK wraz z oznaczeniami fragmentów.

4 DoE nr 2.

5 Por. EV 65.

6 G. B. Sala, *Ciągłość i nowość w nauczaniu „Evangelium vitae”*, tłum. K. Borowczyk, [w:] Jan Paweł II, *Evangelium vitae*. Tekst i komentarze. Lublin 1997, s. 301.

7 KKK 2277.

8 EV 65; Por. DoE nr 3 i 4.

9 Ibidem; Por. DoE nr 4.

10 Por. *Encyklopedia Katolicka*, op. cit., t. IV, s. 1346.

W chrześcijaństwie śmierć jest jedynie przejściem z doczesności, w której często doznajemy cierpienia i choroby, do wieczności, gdzie żadne zło już nie istnieje. Zgodnie z tymi zasadami cierpienie i śmierć mają przyczynę – grzech i działanie szatana, mają też cel i wartość – udział w cierpieniu Jezusa, zjednoczenie z Ukrzyżowanym, własna rola w zbawieniu świata i ludzi

adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach”.⁸

Jan Paweł II przypomina też, że obowiązujące moralna powinność leczenia i poddania się leczeniu, jednakże taką powinność trzeba odnieść do konkretnej sytuacji, gdyż należy ocenić, czy „stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia”. W rozumieniu Magisterium Kościoła rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją, a wyraża raczej „akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”.⁹ W definicji eutanazji sformułowa-

nej przez Deklarację „*Iura et bona*”, a przyjętej w encyklice „*Evangelium vitae*” ważne są dwa rozróżnienia. Pierwsze z nich mówi, iż eutanazja to „czynność lub zaniechanie”, a zatem wskazuje na to, że może być dokonana przez konkretne działanie, tzn. przez podanie zabójczego środka lub przez zaniechanie działania, czyli zrezygnowanie ze środków proporcjonalnych. Przy tym rozróżnieniu można mówić o eutanazji czynnej i biernej. Zgodnie z nauką Kościoła zarówno jedna jak i druga stanowią eutanazję w sensie ścisłym i właściwym. Encyklika „*Evangelium vitae*”, która uczy, iż eutanazja może być dokonana przez działanie lub jego zaniechanie, upoważnia i zobowiązuje do rozumienia jej zarówno w sensie czynnym, jak i biernym.

W tym miejscu należy zaznaczyć, iż eutanazja bierna jest przez niektórych rozumiana jako rezygnacja za środków nieproporcjonalnych.¹⁰ Niemniej w świetle dokumentów Kościoła nie jest to właściwy sens pojęcia eutanazja.

W przytoczonej definicji, która pojawia się w nauczaniu społecznym Kościoła pojawia się jeszcze jedno istotne rozróżnienie: „Eutanazję należy [...] rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod”. Eutanazja ma miejsce wówczas, gdy intencją czy to osoby z otocze-

munii z Biskupami Kościoła katolickiego, potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej. Doktryna ta jest oparta na prawie naturalnym i na słowie Bożym spisanim, jest przekazana przez Tradycję Kościoła oraz nauczana przez Magisterium zwyczajne i powszechne”.¹¹

Jan Paweł II podkreślając, iż nawiązuje do nauczania poprzednich papieży oraz że naucza w łączności z biskupami całego świata, potwierdza w sposób nieomylny i definitywny moralne zło eutanazji, które wypływa z faktu, że jest ona formą dobrowolnego zabójstwa osoby ludzkiej. Papież ukazuje, że zło eutanazji jest zakorzenione w zlu zabójstwa.¹²

Zgodnie z wykładnią Magisterium Kościoła wewnętrzny głos sumienia oraz prawo moralne objawione przez Boga prowadzą do stwierdzenia: „...nic i nikt nie może dać prawa do zabicia niewinnej istoty ludzkiej, czy to jest embrion, czy płód, dziecko czy dorosły, człowiek stary, nieuleczalnie chory czy umierający. Ponadto nikt nie może się domagać, aby popełniono ten akt zabójstwa wobec niego samego lub wobec innej osoby powierzonej jego pieczy, nie może też bezpośrednio lub pośrednio wyrazić na to zgody. Żadna władza nie ma prawa do tego zmuszać ani na to przyzwalać”.¹³

Praktyka eutanazji może przybrać także formę samobójstwa, kiedy to człowiek chory sam pragnie zadać sobie śmierć i prosi o pomoc w tym względzie. Kościół naucza, że sa-



nia chorego czy też samego chorego jest spowodowanie śmierci w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Nie wystarczy jednak tylko nie mieć zamiaru spowodowania śmierci. Trzeba także stale analizować metody leczenia, czy ich stosowanie posiada wystarczające usprawiedliwienie, proporcjonalnie do niezamierzonego skutku, jakim jest przyspieszenie śmierci.

Encyklika „*Evangelium vitae*” jest dokumentem, w którym Papież Jan Paweł II jednoznacznie i definitywnie potwierdza moralne zło eutanazji. Wcześniej odróżniając od niej rezygnację z *uporczywej terapii* oraz *terapii paliatywnej*, Jan Paweł II naucza: „...poczyniwszy te rozróżnienia, w zgodzie z Magisterium moich Poprzedników i w ko-

**Trzeba stale
analizować metody
leczenia, czy ich
stosowanie posiada
wystarczające
usprawiedliwienie,
proporcjonalnie do
niezamierzonego
skutku, jakim jest
przyspieszenie
śmierci.**

11 EV 65.

12 G. B. Sala, *op. cit.*, s. 304; Por. S. Nagy, *Problem stopnia teologicznej pewności nauki encykliki „Evangelium vitae”*, [w:] Jan Paweł II, *Evangelium vitae*. Tekst i komentarze, Lublin 1997, s. 244.

13 EV 57; Por. DoE nr 2.

14 EV 66; Por. DoE nr 1, Por. KKK 2281.

15 EV 66; Por. DoE nr 2.

16 EV 66; Por. T. Reroń, *Samobójstwo w ocenie moralności chrześcijańskiej. Życie – dar nienaruszalny*, red. A. Mlotek, T. Reroń, Wrocław 1995, s. 214.

17 ks. T. Ślipko SJ, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Kraków 1994, s. 252.

18 EV 65; Por. DoE nr 2.

19 Jacek Łuczak, *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, [w:] Człowiek nieuleczalnie chory, red. B. Blocka, Otrębski, Lublin 1997.

20 Patrz J. Łuczak, *Etyka w opiece paliatywnej*, [w:] *Eutanazja: perspektywa religijno-medyczno-prawna, etyka kresu życia*, Lublin 1996, s. 29-60.

21 S. Katakias, *Eutanazja*, [w:] *Wybrane pojęcia i problemy etyki*, red. R. Wiśniewski, s. 164

mobójstwo „w swej najgłębszej istocie jest [...] odrzuceniem absolutnej władzy Boga nad życiem i śmiercią”.¹¹ W przypadku ciężkiej choroby może zdarzyć się tak, iż ktoś na skutek długich i ciężkich cierpień lub na skutek innych motywów dochodzi do przekonania, że może zadać sobie śmierć lub prosić o nią dla siebie. „Chociaż w tych okolicznościach wina człowieka może być zmniejszona lub całkowicie wykluczona, to jednak błędny osąd sumienia, oparty nawet na dobrej wierze, nie zmienia natury tego śmiertelnościowego aktu, który w sobie pozostaje zawsze niegodziwy”.¹⁵

Poparcie dla aktu samobójczego drugiego człowieka i współudział w jego realizacji poprzez tzw. *samobójstwo wspomaganie* zostało określone w nauczaniu społecznym Kościoła jako pomoc lub nawet bezpośrednio sprawstwo niesprawiedliwości, która nigdy nie może być usprawiedliwiona, także wówczas, gdy zostaje dokonana na żądanie. Częstość za motyw takiego postępowania podawana jest litość. Należy jednak podkreślić, iż jest to litość fałszywa, a nawet stanowi jej wynaturzenie.¹⁶ Ks. Tadeusz Ślipko, jeden z najbardziej znanych polskich bioetyków, pisał: „...Akt samobójstwa podjęty w ekstremalnej nawet sytuacji wyniszczenia i degradacji stanowi czyn obiektywnie równie naganny, jak kiedy spełnia go ktoś inny we własnym imieniu czy z upoważnienia społeczeństwa”.¹⁷ Ani lekarz, ani nikt z otoczenia chorego nie może w świetle nauki Kościoła i w moralnie dopuszczalny sposób – zgodnie z etyką chrześcijańską – pozbawić życia proszących o śmierć. Nie może również pomóc w samobójstwie.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że prośby ciężko chorych, niekiedy nawet domagających się śmierci, nie powinny być we wszystkich wypadkach rozumiane jako wyrażenie prawdziwej woli eutanazji. Bardzo często w takich sytuacjach chodzi o pełne niepokoju wzywanie pomocy i miłości.

Odpowiedzią na te potrzeby ludzi terminalnie chorych może być wsparcie wyrażone przez *terapię paliatywną*, o których Jan Paweł II mówi, że zyskują coraz większe znaczenie we współczesnej medycynie.¹⁸ Krajowy Konsultant w dziedzinie Medycyny Paliatywnej, Kierownik Kliniki Opieki Paliatywnej, Katedry Onkologii AM w Poznaniu, prof. dr hab. Jacek

Łuczak jest zdania, iż osoba cierpiąca, otoczona wszechstronną opieką, solidarnością i miłością otoczenia nie pragnie przyspieszania śmierci.¹⁹

Opieka paliatywna – w rozumieniu Magisterium Kościoła – sprzeciwiając się wyrażeniu eutanazji kroczy drogą prawdziwej wolności. Sprzeciw ten jest konstruktywny, gdyż program towarzyszenia oraz leczenie paliatywne stanowią konkretną pomoc dla człowieka ciężko chorego i jego rodziny. Opieka paliatywna poprzez podjęcie troski o ciężko chorych i umierających głosi we wspólnotach rodzimych, w świecie medycznym oraz w całym społeczeństwie prawdę o niepowtarzalnej wartości życia ludzkiego, także tego życia, które znajduje się na progu śmierci. W ten sposób wyraża również wdzięczność Bogu za wielki dar życia.

W chrześcijaństwie śmierć jest jedynie przejściem z doczesności, w której często doznajemy cierpienia i choroby, do wieczności, gdzie żadne zło już nie istnieje.

Dzięki ścisłej więzi towarzyszenia i leczenia całościowo rozumiany cierpiący człowiek, postrzegany jako duchowo – cielesna jedność, jest ogarnięty wszechstronną opieką – głęboko ludzką, medycznie fachową, a równocześnie w pełni chrześcijańską. Realizowanie integralnie rozumianego programu opieki paliatywnej służy autentycznemu dobru chorego, a równocześnie urzeczywistnia powołanie rodziny, służby zdrowia, osób duchownych oraz wolontariuszy, które rodzi się w obliczu ludzkiego cierpienia i śmierci.²⁰

„Oddane swym chorym otoczenie może sprawić, że dla wielu ostatnie dni życia przestaną być symbolem degradacji umierającego, a stać się mogą pełnym godności *mysterium mortis*”.²¹

O sumieniu lekarza (cz. I)

W sytuacjach wątpliwości i konfliktów moralnych, jakże licznych w zawodzie lekarza, szczególnie ważne zadanie przypada indywidualnemu ludzkiemu sumieniu, różnie definiowanej najwyższej, co nie znaczy bezbłędnej, subiektywnej instancji moralnej, wartościującej, normującej, oceniającej i sankcjonującej (tj. karzącej lub nagradzającej).

DR N. HUM. LUCYNA PATYJEWICZ

ZAKŁAD ETYKI
AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE

Gdy lekarz nie wie, jaką decyzję powinien w danej sytuacji podjąć, bywa że zwraca się do tego autorytetu moralnego, który przez Sokratesa nazwany został specyficznym dla osoby „głosem wewnętrznym” („daimonionem”). Sumienie jako przewodnik na drodze postępowania moralnego człowieka nie zawsze jednakowo funkcjonuje w każdej osobie – potocznie mówi się, że „sumienie sumieniu nie równe”, a poza tym, nie każdy człowiek (i nie każdy lekarz) liczy się zawsze jednakowo i pod każdym względem z własnym sumieniem, przedkła-

dając niekiedy wyżej inne autorytety (co nie zostaje bez wpływu na jakość sumienia i jego relatywizację).

Powstaje więc cały szereg pytań związanych z istotą i odmianami sumienia, które m. in. związane są ze sposobem krańcowego jego funkcjonowania u lekarzy i konsekwencjami dla podstawowych ludzkich wartości, ku których obronie powstała medycyna. Dochodzi do tego pytanie o konsekwencje poszczególnych teorii sumienia dla medycyny humanistycznej i jej zasadniczych celów. Do trudności dodatkowo utrudniających jasne i zwięzłe odpowiedzi na powyższe pytania należy zaliczyć nie tylko brak jednoznacznej naukowej definicji sumienia, ale również fakt, że sumienie może być traktowane w sposób wyidealizowany (sumienie normatywne), jakie ono być powinno, a jakie jest postulatem określonej etyki normatywnej, w tym filozoficznej etyki lekarskiej oraz sumienie w sposób faktycznie funkcjonujący (sumienie osoby), tj. będące przedmiotem etyki opisowej opartej na psychologii moralności i socjologii moralności. Z tego jak funkcjonuje i jakie jest sumienie nie wolno wnioskować o tym, jakie ono być powinno, tj. wprowadzać normatywnego, obowiązującego wszystkich (w tym lekarzy) modelu sumienia.

O tym, jakie powinno być sumienie lekarza, niezależnie od tego jakie ono bywa u poszczególnych lekarzy – decyduje jego relacja do wartości, którym od zarania swych dziejów służyła medycyna.

Ze względu na skromną objętość niniejszego artykułu, jestem zmuszona przedstawić jedynie ogólny zarys problemów dotyczących lekarskiego sumienia, koncentrując się na tych, od których szczególnie zależy respektowanie wartości i norm niezbędnych dla przywrócenia i utrzymania ludzkiego oblicza medycyny przyszłości oraz wysokiego statusu moralnego jej przedstawicieli.

Występujący obecnie kryzys medycyny, a wraz z nim kryzys etyczny przejawiający się m. in. swoistą znieczulicą lekarskiego sumienia i bardziej przedmiotowym, niż

podmiotowym stosunkiem lekarza do pacjenta, można przezwyciężyć nie tyle drogą upowszechniania kodeksu etyki lekarskiej, co za pomocą uwrażliwiania i nakłaniania do refleksji indywidualnych lekarskich sumień.

Chociaż wielu polskich lekarzy tworząc systemy filozoficznej etyki lekarskiej pisało nieraz o lekarskim sumieniu, jednak pojęcia tego ściślej nie definiowało. Przyjmowano pojęcie „sumienia” na zasadzie oczywistości jako najwyższy mechanizm samokontroli niezbędny lekarzowi w podejmowaniu decyzji zawodowych, motywowanych aksjologicznie. Najogólniej można przyjąć, że sumienie lekarskie jest najwyższą, subiektywną instancją normatywną funkcjonującą na rzecz celu życia i hierarchii wartości uznawanych przez określonego lekarza. Niezależnie od tego jak ono manifestuje się w konkretnych przypadkach u określonych osób, najważniejsze, że powinno ono – poprzez rozwój – funkcjonować na rzecz podstawowych, a zarazem obiektywnych wartości medycyny altruistycznej: godności osobowej, życia, zdrowia, spokoju wewnętrznego i postępu moralnego. Sumienie lekarskie doskonalili się przede wszystkim dzięki refleksji nad etycznymi aspektami pracy zawodowej w konkretnych sytuacjach wyboru i podejmowania najtrudniejszych decyzji. Aktualny stan sumienia lekarza stale zmienia się, realizując – w mniejszym lub większym stopniu – swoją potencjalność rozwojową. Z tego, jakie jest przeobraża się w takie, jakie być powinno poprzez ustawiczny trud ukierunkowany na coraz etyczniejsze wybory w sytuacjach zawodowych.

1. Pojęcie „sumienia”

Teoria sumienia, to jeden z podstawowych działów etyki, zwany synejdezjologią.

Sumienie bywa najogólniej definiowane jako „zdolność wydawania sądów dotyczących wartości moralnej czynów ludzkich, a zwłaszcza własnego postępowania podmiotu (zmysł moralny); także sam akt rozumu praktycznego, spontaniczny, szczególnie ostateczny sąd praktyczny, w którym wola decyduje o dokonaniu jakiegoś czynu.

Określenie to stosuje się zarówno do ujęć, które traktują sumienie jako pierwotną zdolność, jak i ujęć, wg których ma ono charakter pochodny. We współczesnej teorii osobowości pojęcie sumienia zastępuje się niekiedy pojęciem superego²².

Sumienie jest także definiowane jako „wartościująco-imperatywny sąd człowieka o spełnianym przezeń konkretnym akcie; jest to tzw. sumienie aktualne lub szczegółowe (conscientia) w odróżnieniu od sumienia habitualnego (syndereza). Rozum opierając się na prasumieniu oraz na poznaniu zewnętrznych i wewnętrznych okoliczności działania dokonuje moralnej oceny czynów oraz zobowiązuje podmiot do pewnych czynów w przyszłości. Sumienie może ulec wypaczeniu, gdy rozum (...) źle odczytuje ogólne normy moralne i kieruje się w sądach sumienia ich błędnym rozumieniem; wtedy sumienie określa się jako błędne w przeciwstawieniu do prawdziwego. Rozróżnia się także: a. sumienie przeduczynkowe – nakłaniające do uczynienia lub zaniechania czegoś, oraz b. sumie-



„Naprawdę etyczny jest tylko ten człowiek, który daje posłuch potrzebie okazywania pomocy wszelkiemu życiu, które może wesprzeć, i wzbrania się przed czynieniem szkody jakimukolwiek żywemu stworzeniu (...). Życie jako takie jest dla niego święte”¹

Albert Schweitzer

nie po uczynkowe – aprobujące czyny dobre, a potępiające czyny złe (wyrzuty sumienia). Istnieje też podział na sumienie pewne i sumienie wątpliwe”³.

Sumienie wg E. Klimowicz – to „świadomość moralna, zdolność wydawania ocen dotyczących wartości moralnej czynów człowieka, i szczególność postępowania samego podmiotu (zmysł moralny)”⁴.

W zależności od ujęcia, sumieniu przypisuje się charakter pierwotny (naturalny) bądź pochodny (następstwa procesu socjalizacji jednostki)”⁴.

Zdaniem Z. Hulla⁵, sumienie „manifestując się jako swoista wewnątrzpodmiotowa rzeczywistość (całość) integrująca intuicje moralne podmiotu, jego opinie, stany świadomości i emocje, zajmuje (...) szczególne miejsce w rozważaniach i przeżyciach moralnych każdego z nas. (...) O istnieniu sumienia jako swoistej wewnętrznej instancji moralnej informuje nas potoczne doświadczenie moralne. W wymiarze podmiotowym jest ono działającą spontanicznie indywidualną i subiektywną reakcją na uniwersalną maksymę moralną, świadomie ferując moralne oceny i pomagając w dokonywaniu wyborów. Odwołujemy się do niego w momentach wewnętrznej rozterki usiłując dotrzeć do sensu obiektywnego dobra i oparcia o nie słusznego rozwiązania każdej moralnej trudności.



„Wiedza bez sumienia jest jeno ostatnią zagubą duszy”

Franciszek Rabelais

Rozstrzygnięcia dokonane w sumieniu obligują nas do spełnienia powinności, angażując wolę i emocje mają moc moralnego zobowiązania. Strukturalnymi elementami sumienia są: pewien zasób hierarchicznie uporządkowanych wartości moralnych, niesprzeczna z nimi wizja świata (Boga, przyrody, działających w naturze konieczności), element woli oraz uczucia, które dyscyplinują wolę”⁶.

Wypracowane przez synedejzologię metody (funkcjonujące w ramach poszczególnych systemów etycznych) mogą posłużyć do kształcenia sumienia prawego i pewnego.

2. Wybrane teorie sumienia

a. Teoria sumienia Josepha Butlera

Nie wszystkie teorie sumienia są w poszczególnych etykach jednakowo rozwinięte i odnoszą się do tego samego zakresu zjawisk, podobnie jak nie wszystkie identycznie definiują sumienia oraz wskazują jego zadania i funkcje.

Według twórcy jednej z pierwotnych bardziej rozwiniętych teorii sumienia Josepha Butlera (1692-1752) – człowiek z natury dąży do zaspokojenia różnych swoich pragnień i namiętności, które nie zawsze są godne wyboru, czyli moralnie słuszne a przy tym możliwe do równoczesnej realizacji. Dążąc do swego szczęścia człowiek musi zdecydować się na odpowiednie środki do tego celu. Poza tym, kierując się zasadą życzliwości, musi także dokonywać wyboru działań na rzecz innych osób. Gdy człowiek nie wie co w danej chwili wybrać i czyj interes realizować, z pomocą przychodzi mu sumienie – owa „wrodzona wyższa zasada refleksji”, która zawsze jednoznacznie – na zasadzie Najwyższego Trybunału Moralnego – orzeka co jest dobre, słuszne, sprawiedliwe, a zatem wskazane do realizacji, a co jest złe i godne potępienia.

Gdy człowiek dokona wyboru zgodnego z werdyktem sumienia, zawsze ostatecznym i niepodważalnym, odczuje zadowolenie, gdy wybierze wbrew sumieniu, zostanie ukarany tzw. wyrzutami sumienia. Butler sądził, że sumienie zawsze funkcjonuje poprawnie i jest najpewniejszym źródłem wiedzy moralnej i najdoskonalszym drogowskazem do szczęśliwego, a zarazem uczciwego życia. Chociaż człowiek w alternatywnych sytuacjach nie wie jak powinien postąpić, to jego sumienie wie z całą pewnością, gdyż jest nieomyłne; wystarczy mu tylko podporządkować się.

Owa bezbłędność sumienia może jednak zostać łatwo podważona. Kwestionując ten zasadniczy błąd w omawianej koncepcji, Z. Szawarski zauważył, że Butler „nie uwzględnia (...) możliwości, że sumienie może uchylać się od odpowiedzi albo formułować swe werdykty niejasno i niezrozumiale”, czego przyczyną może być – jak sądzę – nieświadome pragnienie uniknięcia odpowiedzialności. Mogę też dodać, że nawet jeśli sumienie jest w danym przypadku odpowiedzialne, jego krytyczny osąd może zostać wyparty przez nieodpowiedzialną osobę, która chce odsunąć od siebie karę nałożoną przez własne sumienie. Tak postępuje np. lekarz, który wie że ciężko zawińił wobec pacjenta, aplikując mu przez „błąd w sztuce” lek, który skrócił mu życie. Z. Szawarski uzasadnia swój wyżej przedstawiony zarzut następująco: „Gdyby su-

mienie istotnie było naczelną zasadą postępowania zgodnego z naturą ludzką, które feruje jedynie prawdziwe i sprawiedliwe wyroki, to różne osoby powinny tak samo rozwiązywać te same problemy moralne. Tak jednak nie jest. Co np. ma czynić lekarz proszony o dokonanie zabiegu sterylizacji u kilkunastoletniej, niedorozwiniętej umysłowo dziewczynki, ponieważ rodzice jej nie chcą dopuścić ryzyka, że może ona zostać matką? Co dyktuje mu w tej sytuacji jego sumienie? Jeśli należy on do starszego pokolenia lekarzy, prawdopodobnie sumienie zabroni mu dokonania zabiegu; etyka Hipokratesa zabrania przecież działania na szkodę pacjenta. Jeśli należy do młodszej generacji i będzie brał pod uwagę przede wszystkim dobro dziecka, rodziców i społeczeństwa (traktując zalecenia Hipokratesa jako przeżytek minionej epoki), możliwe jest, iż sumienie nakaże mu dokonanie zabiegu. A przecież zgodnie z założeniem Butlera sumienie powinno im podyktować jeden i ten sposób postępowania. Wygląda więc na to, że niezależnie od sumienia należałoby przyjąć istnienie jakiejś innej, stojącej ponad sumieniem zasady, która w przypadku konfliktu sumienia lub dwóch różnych sumień, rozstrzygałaby, które z nich jest prawdziwe⁷⁸.

b. Teoria sumienia Johna Stuarta Milla

Sumienie wg koncepcji J. S. Milla jest natury emocjonalno-uczuciowej, zupełnie pozaintelektualnej. Istotą sumienia stanowi bowiem bezinteresowne uczucie związane z czystym pojęciem obowiązku, bez wnikania w wartość moralną tego, czego ten obowiązek dotyczy. Pogwałcenie oporu całego zespołu różnorodnych uczuć stojących na straży obowiązku skutkuje pojawieniem się poczucia winy, czyli wyrzutów sumienia. Teoria Milla jest nie tylko jednostronna, ale nie ujmuje istotnych elementów struktury sumienia i sposobu ich funkcjonowania w rzeczywistości aksjologicznej świata wewnętrznego.

Wokół czynników emocjonalno-uczuciowych koncentrowała się również koncepcja sumienia fenomenologów (von Brentano, M. Schelera i N. Hartmanna).

c. Teoria sumienia w tomistycznej etyce normatywnej

W tomistycznej etyce normatywnej termin „sumienie” ma znaczenie – w porównaniu do innych teorii sumienia – uściślone, funkcjonując jako ogniwo łączące obiektywne, ponadindywidualny porządek moralny (oparty na moralnej naturze człowieka) z moralną wartością określonego ludzkiego działania.

Jak twierdzi T. Ślipko, sumienie jest „przeżywaniem przez podmiot samego siebie w spełnianych przez siebie aktach rozumnych. (...) Sumienie polega (...) na tym, że podmiot dokonuje jakiegoś określenia własnych konkretnych aktów w kategoriach dobra, zła lub powinności moralnej. (...) Własne codzienne doświadczenie moralne, poparte świadectwem innych ludzi nie pozwala wątpić, że przeżywanie tego rodzaju konkretnych określeń własnego postępowania należy do równie powszechnych i elementarnych aktów moralnych, jak np. dążenie do celu czy przeżycie wartości. One też składają się na odrębną, specyficz-

ną kategorię moralności, nazywaną ogólnym mianem sumienia⁷⁹. W zakresie funkcjonowania sumienia w ludzkiej świadomości moralnej etyka tomistyczna dostrzega następujące prawidłowości: 1. sumienie może zwracać się ku działaniom jeszcze nie dokonanym (przyszłym) lub ku dokonanym (przeszłym), co świadczy o jego charakterze prospektywno-retrospektywnym;

2. sumienie w swoich sądach ocenia i akceptuje pewne akty jako dobre, inne odrzuca jako złe, a jeszcze inne ukazuje jako obowiązujące do ich spełnienia;

3. działaniu sumienia towarzyszy cała gama różnorodnych stanów psychicznych o charakterze sankcji emocjonalno-uczuciowych (od wewnętrznej radości ze spełnienia trudnego, wymagającego ofiary obowiązku moralnego do stanu przygnębienia, wstydu lub rozpaczki);

4. sumienie funkcjonuje w ścisłej relacji z ogólnymi jak i szczegółowymi normami etycznymi (nakazami i zakazami zinterioryzowanymi do poziomu norm moralnych; warto dodać, że indywidualne, dojrzałe ludzkie sumienie odrzuca normy, których słuszności nie uznaje i nie zaakceptuje jako swoich własnych; po prostu nie dokona wówczas ich interioryzacji);

5. w sytuacjach trudnych do racjonalnego rozpoznania dobra, nie mogąc trwać w stanie długotrwałego napięcia i niepewności, jest skłonne zawieszać swoje sądy i oceny, dokonywać ich czasowego wyparcia ze świadomości lub – w skrajnych przypadkach stresujących wyborów (np. gdy chodzi o zachowanie własnego życia kosztem wyboru zła). Może funkcjonować w sposób wadliwy, zniekształcony, słowem patologiczny (można wówczas mówić o sumieniu patologicznie zniewolonym, a niekiedy nawet po dłuższym okresie działania czynników patologicznych, o sumieniu zdegenerowanym, czego przykładem jest stan sumienia alkoholików).

3. Sumienie patologicznie zniewolone

Do czynników nie sprzyjających rozwojowi synejdezjologii lekarskiej należał biologizm.

Biologizm – zagrażający lekarzom i innym przedstawicielom nauk przyrodniczych – polegający na sprowadzeniu człowieka do biosu (i gloryfikowania związanych z nim wartości witalnych) kosztem ethosu, „jest nie tylko błędny, lecz i szkodliwy etycznie, ponieważ likwiduje wszelką etykę”, a wraz z nią blokuje duchowy, zwłaszcza moralny rozwój człowieka, w tym rozwój jego sumienia.

Rozwojowi lekarskiego sumienia – przez uwrażliwienie go i ukierunkowanie na realizację najwyższych wartości moralnych, a przeciwdziałanie antywartościom ma służyć synejdezjologia lekarska, tj. teoria sumienia lekarskiego będąca jednym z głównych działów filozoficznej, tj. pozakodeksowej etyki lekarskiej. Będąc uzupełnieniem etyki kodeksowej (która jest w istocie ograniczona do deontologii, tj. zbioru norm etycznych niezbędnych w pracy zawodowej lekarza), zwraca ona szczególną uwagę m. in. na kształtowanie lekarskiego sumienia, jako istotnego czynnika wewnętrznego, motywującego do odpowiedzialnej realizacji wartości i służących im norm. Sumienie bowiem

nie jest usytuowane „ponad dobrem i złem”, lecz bierze aktywny udział w działaniu na rzecz pierwszego lub drugiego z nich. Nie zawsze jest to udział w pełni świadomy, zwłaszcza gdy zabraknie komuś wiedzy o tym co obiektywnie dobre, a zło przedstawi się mu jako dobro. Realizacja zła, niezależnie od jego subiektywnych przedstawień i oceny, znieprawia sumienie i przyczynia się do jego degradacji. Mówimy wówczas o złym sumieniu, w przeciwieństwie do sumienia dobrego, jako realizującego obiektywne dobro. Lekarz o złym sumieniu może myśleć, że realizuje dobro pacjenta (np. dokonując eutanazji na nieuleczalnie chorym), ponieważ w sposób nieuprawniony utożsamia dobro obiektywne z posiadaniem przez siebie jego wizerunkiem. Uważa, że ma prawo nie tylko sam uznawać coś za dobro lub za zło, ale także dokonywać projekcji tego na inne osoby, sytuacje lub działania, słowem realizować i narzucać innym swój własny obraz porządku moralnego, bo jest on zgodny z jego sumieniem.

Każdemu człowiekowi, a zwłaszcza lekarzowi, niezbędny jest dystans do własnego sumienia i głębsza refleksja nad sądami, opiniami i ocenami skutków jego aktywności. Sumienie bezkrytyczne i ukierunkowane na realizację własnych egoistycznych celów (np. hedonistycznych, konformistycznych lub utylitarystycznych) godzi w dobro innych osób (które traktowane są jako środki) i ostatecznie prowadzi do różnych odmian subiektywizmu moralnego będącego podłożem dla moralnego relatywizmu. Z drugiej strony sumienie nie może być podporządkowane jakimkolwiek ideologiom, które (użyję tu określenia H. Veihingera) są – podobnie jak niektóre teorie (np. utylitaryzm) – „użytecznymi fikcjami” służącymi w istocie interesom państwa dążącego do manipulacji osobą ludzką.

Przykładem najbardziej zbrodniczych ideologii na usługach państw totalitarnych – hitlerowskich Niemiec oraz Związku Radzieckiego były hitlerizm korzystający z fikcji czystości rasy oraz marksizm głoszący fikcję proletariatu jako jedynej klasy społecznej, której zjednoczenie i zwycięstwo zapewni światu sprawiedliwy podział dóbr społecznych warunkujących ludzkości dobrobyt i szczęście. Natomiast hitlerizm był ideologią, która miała zapewnić całemu światu nową, wyselekcjonowaną, silną i zdrową „najdoskonalszą” rasowo (wyższość rasy nordyckiej nad innymi) ludzkość. Szermierze obydwu ideologii w imię realizacji swych celów nie przebierali w środkach, prowadząc z premedytacją i bez względu na czyjekolwiek sumienie bezwzględnie antyhumanitarną, zbrodniczą działalność, do której werbowano również lekarzy. Szczególnie dotyczy to wyselekcjonowanych do zbrodniczych celów lekarzy III Rzeszy. Jak podaje Tadeusz Kielanowski (w „Propedeutyce medycyny”), „hitlerizm, pomijając jego zbrodnicze wojenne, usankcjonował dobijanie ludzi chorych (tzw. zbrodnicza eutanazja), nie tylko nieprzyjaciół, ale nawet swoich, Niemców. Dla zaspokojenia ciekawości naukowej lekarze – hitlerowcy prowadzili badania naukowe na ludziach (więźniach obozów koncentracyjnych), badania niesłychanie bolesne, kończące się przeważnie śmiercią. (...) Usiłowali niektórzy hitlerowcy – lekarze podczas wytaczanych im po wojnie procesów uzasadnić swo-

je postępowanie teoretycznie i filozoficznie, i nie okazali żadnej skruchy”¹⁰.

W latach 1939-1945 okupant hitlerowski zgładził przy aktywnym udziale swych lekarzy kilkanaście tysięcy osób chorych psychicznie (w tym dzieci) przez zatrucie gazem, wstrzykiwanie trucizny i wysokich dawek luminalu oraz wskutek masowych rozstrzeliwań. Jak stwierdza Z. Jaroszewski, „na procesie norymberskim oskarżeni zbrodniarze, a wśród nich także profesorowie medycyny, bronili się, tłumacząc swe postępowanie posłuszeństwem nakazom urzędowym”¹¹, co Albert Einstein skomentował: „Ustawa państwowa nie wyłącza osobistej moralnej odpowiedzialności. Tylko osąd sumienia każdego człowieka może rozstrzygnąć, co jest działaniem niemoralnym, a co nim nie jest. Procesy norymberskie uznały zasadę prawną, że czynów zbrodniczych nie uniewinnia i nie tłumaczy powołanie się na to, że zostały popełnione z zarządzenia zwierzchności. Osąd sumienia poszczególnej osoby staje ponad autorytetem ustawy państwowej. Dlatego nieposłuszeństwo jest często jedyną drogą do spowodowania zmiany społecznej, zwłaszcza wtedy, gdy ustrój społeczności uniemożliwia skuteczne odwołanie się do istniejących ustawowych i politycznych instytucji”¹². Einstein niewątpliwie ma rację wykazując wyższość osądu sumienia nad nakazami zewnętrznymi, np. w postaci nieetycznych ustaw państwowych, jednak trzeba podkreślić, że osady sumienia bywają również krzywdzące, a ustawy sprawiedliwe, i przeciwdziałające krzywdzeniu. W przypadku lekarzy hitlerowskich zmuszanych do bezwzględnego posłuszeństwa pod groźbą kary śmierci za odmowę wypełnienia, okrutnych zresztą, zarządzeń, mamy przykład krańcowego zniewolenia lekarskiego sumienia. W podobny sposób bywają zniewoleni żołnierze uczestniczący w walce z wrogiem. Postąpić zgodnie z sumieniem, lecz narazić się tym samym na pewną śmierć, wymaga to niezwyklej odwagi, nawet bohaterstwa, na co najczęściej nie stać człowieka lękającego się o swoje życie, a przez to niezdolnego do postawienia oporu. Łatwiej więc uczynić kogoś zabójcą (mordercą), niż bohaterem z własnej woli. Warto też o tym pamiętać, że przyznanie się do działania zniewolonego, wymuszonego zagrożeniem własnego życia nie powinno być oceniane tak samo, jak jakiekolwiek działania wolne, tj. niezdeterminowane. Wydaje się, że wymuszonych działań nawet najbardziej nieetycznych, jeśli towarzyszy im tzw. skrucha, nie wolno karać śmiercią, nie mówiąc o nieetyczności i niehumanitarności samej tego typu kary.

Sumienie patologicznie zniewolone funkcjonuje nie normalnie, lecz adekwatnie do siły czynnika zniewalającego. W krańcowych przypadkach zniewolenia przestaje funkcjonować zupełnie. Przeciwdziałanie, możliwie najwcześniej wszelkim działaniom i ich przyczyną ograniczającym wolność lekarskiego sumienia służącego bezwzględnie życiu, zdrowiu i godności pacjenta jest stałym postulatem medycyny humanistycznej i altruistycznej, z którego nie wolno rezygnować pod jakimkolwiek pozorem czy pretekstem. Wzrastająca rozpiętość między sumieniem idealnym (normatywnym, teoretycznym), a sumieniem rzeczywistym lekarzy ma określone przyczyny. Powstaje

więc pytanie o źródła degeneracji sumienia lekarskiego. Wydaje się, że jednym z tych źródeł jest upowszechnienie przedmiotowego wizerunku człowieka (człowiek jako maszyna) przez XIX-wieczną naukę i filozofię, co stało się najpierw wytyczną dla lekarzy do przedmiotowego, niehumanistycznego, instrumentalnego traktowania osób chorych i cierpiących, a następnie (w dobie marksizmu i hitleryzmu) posłużyło niektórym politykom i ideologom do bezlitosnej manipulacji ich życiem i zdrowiem.

Zapewne obawa przed dalszym narastaniem tych negatywnych zjawisk moralnych nakazywała Tadeuszowi Kielanowskiemu podkreślać rolę powołania lekarskiego (definiował je jako: „nieprzepartą chęć, wewnętrzny przymus przychodzenia z pomocą ludziom chorym, nieszczęśliwym, cierpiącym”¹³) oraz humanizm zawodu lekarza („Lekarz jest i musi pozostać humanistą, a nie chłodnym przyrodnikiem. (...) Ogromny rozwój techniki na usługach medycyny przynosi cierpiącej ludzkości coraz więcej środków zwalczających cierpienie, nie wolno jednak z tego powodu uprawiać kultu techniki, nie wolno się lekarzowi przekształcać w inżyniera, który obsługuje i naprawia ludzką maszynę”¹⁴). Zdaniem T. Kielanowskiego dobry lekarz będzie w stanie nie tylko znosić wszelkie trudy zawodowe, ale również w obronie chorych będzie zdolny narazić bez wahania własne życie.

4. Polscy lekarze o sumieniu

a. Sumienie fanatyczne

Przed tym rodzajem sumienia i jego skutkami ostrzegał warszawski filozofujący lekarz Henryk Nusbaum. Opisując różne przypadki męczeńskiej śmierci w dziejach ludzkości wynikające z otepiałych, pobudzonych nienawiścią sumień katów, zdeterminowanych fanatyzmem różnych odmian (politycznym, narodowym, religijnym), Henryk Nusbaum w książce poświęconej nienawiści napisał: „Oh! Jakże strasznie obciążone jesteś sumienie ludzkie!”¹⁵. Ten wysubtelniony na ludzkie cierpienie autor „Zarysu etyki lekarskiej” wykazał, że „gdy krzywdę wyrządza nie jednostka, ale gromada i gdy ofiarą krzywdy również jest gromada, wywiązuje się wtedy gromadowe poczucie winy i odpowiedzialność, gromadowa również nienawiść, gromadowa zemsta. I nie koniecznie w interesach swych materialnych, ale i w ideałach swych dotknięta gromada zapala się nienawiścią namiętną i płonie zemstą (...).

I tak, w imię miłości Boga – nienawiść niewiernym; w imię miłości wyznania – niena-

wiść innowiercom; w imię miłości ojczyzny – nienawiść jej wrogom; w imię miłości wolności – nienawiść jej gwałcicielom; w imię miłości szlanki – nienawiść stronnictwa; w imię miłości dobra – nienawiść złym; w imię miłości cnoty – nienawiść grzesznikom; w imię miłości sprawiedliwości – nienawiść niesprawiedliwym; w imię miłości klasy – nienawiść klas!¹⁶.

Każda zaś nienawiść deprawuje i demoralizuje sumienia winowajców, pomniejszając bądź unicestwiając w nich poczucie winy; sprzyja temu tzw. odpowiedzialność zbiorowa, czyli niczyja. Zdaniem Nusbauma, nawet złe czyny można usprawiedliwić, gdy uwzględnimy wypadkową wpływów i warunków, które niezależnie od jednostki kierują tym, co nazywamy wolną wolą¹⁷. Trudno się z tym determinizmem woli Nusbauma zupełnie zgodzić, gdyż każdy człowiek jest tylko w pewnym zakresie zdeterminowany zewnętrznie, jak wewnętrznie (zaś w tym ostatnim somatycznie, psychicznie i duchowo), ponieważ zawsze pozostaje pewien zakres wolności, chociażby na wybór związany z podjęciem ostatecznej decyzji; poza tym, to owa wolność jest warunkiem odpowiedzialności i sensowności etyki oraz wychowania moralnego.

Zgodnie z wiarą Nusbauma, przyjdzie kiedyś na skutek postępującej ewolucji biologicznej i duchowej „okres prawdziwej, wysokiej etyki”¹⁸ (autor ma tu na myśli moralność), a wraz z nią nastąpi wysubtelnienie ludzkiego sumienia i uczuć, kiedy miłosierdzie, współczucie i litość z rozumem staną się powszechnością, lekiem na zwykle ludzkie bóle i cierpienia, jak też skutecznym środkiem eliminacji nienawiści. H. Nusbaum apeluje do wszystkich szermierzy moralnego postępu, aby – nie popełniając błędów tych wcześniejszych reformatorów, którzy bardziej umiłowali hasła nad samego człowieka – przyspieszyli wielką dobę ewolucji ducha wdrażając wszędzie, także w pracy zawodowej, wartości najwyższe, które podnoszą poziom moralnej ludzkości, poruszają ludzkie sumienia.

Wyrazem „wyrzutu sumienia narodów” jest – według Nusbauma – „dążenie do stwarzania instytucji trybunałów międzynarodowych” oraz „coraz większa troska o pomoc lekarską na polach bitew i w czasie wojny”¹⁹.

Sumienie lekarskie powinno zawsze służyć najwyższym wartościom ludzkości. Powinno być łagodne i wyrozumiałe dla słabości i cierpień człowieka. W sumieniu lekarza nie mogą dominować nastroje adwokackie ani też prokuratorskie.

(C. D. N.)

Przypisy

1. A. Schweitzer, *Ausgewählte Werke in fünf Bänden*, w: I. Lazari-Pawłowska, Schweitzer, Warszawa 1976;
2. Por. A. Podsiad, Z. Więckowski, *Mały słownik terminów i pojęć filozoficznych dla studiujących filozofię chrześcijańską*, Warszawa 1983 (PAX), s. 374-5;
3. Tamże, s. 375;
4. E. Klimowicz, *Sumienie*, w: S. Jedynak (red.) *Słownik etyczny*, Lublin 1990, s. 235;
5. Z. Hull, *Kształtowanie sumienia ekologicznego*, w: K. Kaszyński, L. Żuk-Łapińska (red.), *Etyka zawodu nauczyciela. Nauczanie etyki*, Zielona Góra 1995, s. 98-99;
6. W związku z eksplikacją pojęcia „sumienie” autor korzystał głównie z pracy J. Górnickiej-Kalinowskiej, *Idea sumienia w filozofii moralnej*, Warszawa 1991. Por. także: *Sprawozdanie z sympozjum (6 XII 1979) pt. Człowiek w świetle sumienia*, w: *Roczniki Filozoficzne*, t. 28 (1980), z. 2, s. 103-177; Ks. S. Kowalczyk, *Zarys Filozofii człowieka*, Sandomierz 1990, s. 161-172;
7. Z. Szawarski, *Rozmowy o etyce*, Warszawa 1987, s. 138;
8. Tamże, s. 138-139;
9. Ks. T. Ślipko, *Zarys etyki ogólnej*, Kraków 1974, s. 336;
10. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, Warszawa 1967, s. 23-24;
11. Z. Jaroszewski (red.), *Zagłada chorych psychicznie w Polsce 1939-1945*, Warszawa 1993, PWN;
12. Tamże;
13. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, Warszawa 1967, s. 297;
14. Tamże;
15. H. Nusbaum, *Nienawiść*, Warszawa 1900, s. 24;
16. Tamże, s. 27-28;
17. J. W. s. 28;
18. Tamże, s. 34;
19. H. Nusbaum, *Filozofia medycyny*, Poznań 1926, s. 201-202.

Wiktoria

Victory po angielsku oznacza zwycięstwo i wygraną, pochodzi prawdopodobnie od łacińskiego *victor* – zwycięzca, *victum* – zwyciężyć, być zwycięzcą, pokonać kogoś, przewyższać, zwycięsko wykazać, udowodnić – tyle mówi słownik.

LEK. MED. GRZEGORZ OPIELAK

KATEDRA I KLINIKA PSYCHIATRII
AKADEMII MEDYCZNEJ
W LUBLINIE

Wiktoria to imię oznaczające tę damę, która umie wykazać wyższość swych poglądów, ma dar przekonywania innych i zwycięża – tyle księga imion. Wiktoria to także, a może przede wszystkim, imię mojej córeczki, która przyszła na świat 29 lipca tego roku. Chciałem tu i teraz podzielić się ze wszystkimi czytelnikami „Alma Mater” zarówno niecodzienną radością, jaką sprawiło mi Jej narodzenie, jak też spostrzeżeniami na temat tego co taki mały i zdawałoby się niepozorny człowieczek może obudzić w nas – ludziach, a szczególnie w rodzicach.

Przed Jej narodzinami pewne rzeczy wydawały mi się być zupełnie innymi niż w tej chwili. W każdym z nas, z chwilą gdy stajemy się rodzicami ożywa to „Coś”, co trudno nazwać słowami, trudno określić i uchwycić. To zapewne twór niematerialny, duchowy, będący chyba jakąś dużą częścią

naszego jestestwa, prawdziwego człowieczeństwa. A może właśnie to „Coś” czyni nas ludźmi? To „Coś” ma jed-

nak szalenie pozytywny wpływ, który niekiedy przekłada się na lepsze rozumienie innych, po prostu zmienia nasz próg wrażliwości.

Przykłady nasuwające się dla potwierdzenia moich słów, chyba jak w przypadku każdego lekarza dotyczą zawodowej sfery życia. Niegdyś jeden z moich pacjentów, pogrążony w głębokim żalu po śmierci syna zaczął „uciekać” w alkohol. Ponieważ był już wcześniej uzależniony, „normalnym” zjawiskiem był nawrót choroby; po-



Wiktoria wkrótce po przyjściu na świat



Mam już sześć tygodni...

czątkowo zdarzały się wielodniowe ciągi, następnie wielomiesięczne, po czym trwały nawet rok i dwa. Przyjmowany przeze mnie na oddział chory człowiek, powiedział w przypływie gorczy, starając się mimo wszystko tłumić w sobie uczucie żalu, że wołałby aby jego jedyny syn w ogóle się nie narodził, bo radość wychowania dziecka nie mogła nawet w połowie zrównoważyć bólu jaki sprawiła mu jego przedwczesna śmierć.

Pomimo że podobnych przypadków spotykam wiele, to dopiero po narodzinach mojego własnego dziecka jestem w stanie podjąć próbę ich zrozumienia. Zresztą wystarczy polska literatura i ogrom miejsca poświęcony opisom bólu po stracie potomka, wystarczy wspomnieć „Treny” Kochanowskiego. Któż z nas w licealnych czasach był w stanie pojąć przesłanie Jana z Czarnolasu? Onże, jako kochający ojciec, prawdopodobnie do końca swoich dni i naglej śmierci na zamku lubelskim nie był w stanie zapomnieć o ukochanej Urszulce.

Zmienił się również bardzo mój pogląd na pewne obawy i zmartwienia

samotnie wychowującej mnie Mamy. To, co ja zwykle bagatelizowałam, w Jej zatroskanych oczach urastało niekiedy do rangi życiowego problemu, bariery niemal nie do pokonania. Do tego wszystkiego ciężka Jej praca, bo jak wiadomo lekarze w Polsce zawsze zarabiali grosze. Mam nadzieję, że moja córeczka będzie miała inne niż my – obecne pokolenie młodych rodziców – dzieciństwo. Pamiętamy przecież kolejki po mięso, po słodycze, po ubranka i (przynajmniej ja) ogromny czołg na skrzyżowaniu ulic Kunickiego i Zemborzyckiej.

Ktoś kto wychował się w innym stroju (jak choćby nasi anglojęzyczni studenci), w innych warunkach, nie wie co znaczy cieszyć się z banalnej zagranicznej zabawki, kolorowego batonika, czy zwykłej puszki Coca-Coli. Żywię także wielką nadzieję, że moja córka nie będzie pozbawiona możliwości dorastania w Polsce. Smutne, ale prawdziwe, że coraz większe rzesze podobnych mi młodych i wykształconych ludzi, pozbawionych możliwości godnego życia w ojczyźnie wyjeżdża w poszukiwaniu pracy za granicę.

Ktoś żyjący w pojedynkę, pewnie wyjeżdża z kraju w poszukiwaniu źródeł lepszego zarobkowania, ale rodzice – wyjeżdżają właśnie po to by zapewnić godne życie swym małym pociechom. Można powiedzieć, że po przyjęciu obowiązków rodzicielskich zmienia się nadrzędny cel w życiu. Pozycja „dla siebie” ustępuje miejsca „dla niej, lub niego”. W prostej linii, jako rodzice jesteśmy zatem mniej egocentryczni. Oby nigdy jednak nie doszło, do wielkiej emigracji młodych umysłów, bo następne pokolenia mądrych i światłych narodzą się, ale na obcej ziemi i tam też na zawsze pozostaną.

A na zakończenie. No cóż, smutne i gorzkie są te moje „rodzicielskie” refleksje. Chyba także gorzko brzmią, ale jednocześnie nader prawdziwie. Na razie zadaję sobie dziesiątki pytań, patrząc na moje słodkie maleństwo. Cieszę się z każdego uśmiechu i kolejnego wspólnie przeżytego dnia. Kim będziesz w przyszłości? Co będziesz robić, gdzie i jak żyć?

Póki co, moja malutka śpi spokojnie i niech się ziszczą w życiu Twoje najśmielsze dziecięce marzenia...

Medice, cura te ipsum

Lekarze nie tylko starszego pokolenia, ale również młodszych roczników żyją w ogromnym stresie. Ciągła „nagonka” społeczeństwa na jakość opieki medycznej spowodowała w szeregach lekarskich niewymierne szkody psychiczne.

PROF. DR HAB. BIRUTA FAJROWICZ*

Media sprowadzają wiele zdarzeń, nierzadko wyolbrzymionych, do horrorów i własne sądy dość łatwo uogólniają. W emitowanym co czwartek przez TVN programie „Uwaga” pojawił się kącik służący ukazywaniu błędów i bezduszności lekarzy, również w internecie istnieje, dotycząca podobnej tematyki, strona pt. „Zmowa milczenia” (www.uwaga.onet.pl).

Płyną lata, zmieniają się obyczaje oraz sytuacja społeczna i ekonomiczna kraju, lecz nadal trwają wartości, które przez wieki nie straciły na znaczeniu. Panujący obecnie w społeczeństwie brak zaufania do tak prestiżowego zawodu, jakim przez dziesiątki lat był lekarz prowokuje pytanie: komu dziś mamy zawierzyć nasze życie i zdrowie?

Wiele złego czynią lekarze niekompetentni, lekceważący własne obowiązki i pacjentów. Stwierdzam ze wstydem, że są nimi ludzie nade wszystko ceniący pieniądze. Mówiąc kolokwialnie, to parszywe owoce w naszym gronie. Na pewno takie afery jak: „skóra”, „dializy”, „ośmiornica” - z łódzkim rodowodem, oraz zaniedbania np. w rodzaju zaniechania badań dodatkowych koniecznych przy ustalaniu diagnozy, czy też odsuwania terminu operacji z powodu braku możliwości finansowych chorego, kładą się cieniem na honorze stanu lekarskiego. Lekarze posądzeni są również o kumoterstwo, nieprawidłowe wyroki

sądów koleżeńskich itp. nieuczynne czyny. Nawet afery korupcyjna w PZU Życie SA związana jest z przestępczą działalnością lekarza, i co więcej, absolwenta naszej Uczelni!

Pacjent wymaga od lekarza szacunku, życzliwości i bezinteresowności. Czy w obecnych czasach lekarz potrafi sprostać tym wymogom? Nawet Papież ubolewa, że wiek XXI przyniósł nam upadek wartości, które w minionych epokach były uznawane za podstawowe w postępowaniu ludzkim.

Mój ojciec i stryj byli lekarzami w okresie międzywojennym i okupacji. Jestem z nich dumna, gdy spoglądam wstecz na ich pracę, poświęcenie i odwagę w okresie wojny, oraz fachowość. Spotkałam na mojej drodze zawodowej pacjentów, którzy zachowali szczerą wdzięczność za skuteczne leczenie i bezinteresowne ich potraktowanie. Znam życie i działalność kolegów z mojego rocznika studiów, moich asystentów, moich profesorów, znam pracę wielu młodych uczciwych lekarzy, pracujących z zamiłowaniem i poświęceniem, otrzymujących więcej niż skromne uposażenie.

Wszyscy oni są pokrzywdzeni za przyczyną karygodnego postępowania kilku wyrzutek lekarskiej społeczności. Przytoczę w tym miejscu refleksje prof. Zbigniewa Szawarskiego – filozofa, wykładowcy etyki lekarskiej. W 8 numerze z 2002 roku „Medycyny po Dyplomie” opublikował on artykuł pt. „O kondycji moralnej polskiego lekarza”. Prof. Szawarski nie jest lekarzem i na pewno jego obserwacje nie są stronnicze, ponieważ łatwiej jest patrzeć na zjawiska społeczne z pewnego dystansu. Zgadzam się w całej rozciągłości z tezami tego, niestety smutnego artykułu, z wyjątkiem rokowania, które według profesora jest niepomysłne i nie wróży wyzdrowienia.

Profesor Zb. Szawarski pisze, cytując: „(...) kondycja moralna tej profesji, nie jest dobra, rokowanie raczej niepomysłne (...). Spada zaufanie pacjentów do lekarza, poczucie zagrożenia wciąż rośnie (...). W wielu jednak wypadkach interes lekarza bierze górę nad dobrem pacjenta. Najbardziej jednak tragiczne jest to, że wcale nie wiadać, żeby środowisko lekarskie było istotnie zainteresowane troską o utrzymanie wysokiego autorytetu i stan-

* emerytowana profesor fizjatrii i pulmonologii Akademii Medycznej w Lublinie.

dardów moralnych (...), podejmowaniem wpływającego na instynkt samozachowawczy działania, jakim jest eliminowanie z własnego środowiska tych, którzy działają na jego szkodę (...). Znikło przekonanie, że pewnych rzeczy lekarzowi po prostu czynić nie wypada (...). Nie ma potępienia moralnego wobec destruktywnych dla całej korporacji zawodowej zachowań (...). Triumfuje aroganckie poczucie bezkarności i fałszywa solidarność". Na zakończenie prof. Zb. Szawarski napisał „Być może nie mam racji w mojej ocenie kondycji lekarskiej współczesnego lekarza polskiego”.

Niestety, ma Pan rację. Lekarze rekrutują się ze społeczeństwa, w którym coraz trudniej można dostrzec pozytywne przykłady postaw ludzkich i wzorce do naśladowania. Mimo wszystko trzeba szukać jakiegoś promyka, światła w tych ciemnościach obecnej epoki.

Przyczyny tych zjawisk są bardzo złożone, na pewno potrzebne są badania socjologiczne i psychologiczne, a także rozpoczęcie wielkiej akcji naprawczej. Zacząć trzeba od dzieci i młodzieży. Nauczyć (jeżeli to możliwe) życzliwości, bezinteresowności, samooceny, aktywności i wielu, wielu wartości, które nigdy się nie zdewałowowały. Wprawdzie sceptycy twierdzą, że nie zawsze można przekazywać wzorce zaczerpnięte z poprzednich pokoleń, sądzę jednak, że takie cechy jak lojalność, wierność normom etycznym, troskliwość w stosunku do pacjentów, rozumienie cierpienia innych są wartościami niezmiennymi, nieprzemijającymi.

Osobowość lekarza kształtuje się przez całe życie, ale student posiadać musi wrodzoną predyspozycję do tego zawodu. Czyż nie byłoby dobrze, gdyby przed egzaminami wstępnymi kandydatów na przyszłych lekarzy



poddawać testom psychologicznym? Naturalnie, ostatecznie słowo w tej kwestii powinno należeć do specjalistów.

Zawsze delikatną sprawą w naszych (dawnych) obyczajach są pieniądze. Wiedzą wszyscy jak marne są uposażenia służby zdrowia, lecz pochodzący z szarej strefy pieniędzy nie może warunkować postępowania lekarskiego, nie może dominować nad poczuciem innych wartości. Lekarz łatwo może zdobyć pieniądze, bowiem każdy chory człowiek za zdrowie odda wszystko. „Pecunia non olet” – czyli pieniądze nie śmierdzą, chciałoby się przytoczyć stwierdzenie rzymskiego cesarza Wespazjana, który wypowiedział te słowa nalożywszy podalki na miejskie szalety.

Młody lekarz obserwując kolegów bogacących się w innych zawodach lub rekinów finansowych z branży medycznej, zwyczajnie i po prostu zazdrości im. Nasi młodzi koledzy muszą biegać ze szpitala do przychodni, dyżurować w pogotowiu lub szpitalu i mimo wszystko wiedzie im się nie najlepiej. Ale jak się wybrało zawód lekarza, który powinien być powołaniem to obowiązuje zasada: „Salus aegroti suprema lex esto” – zdrowie chorego najwyższym prawem.

Branie pieniędzy, a właściwie uzależnianie obowiązkowych czynności lekarskich od ekwiwalentu gotówkowego jest sprzeczne z etyką lekarską. Sądzę, że wciąż jeszcze wszystko można zmienić, doprowadzić do bardziej ludzkiego traktowania współobywateli, wprowadzić życzliwość, radość i wiarę oraz przeświadczenie, że nie tylko

pieniądz i przemoc rządzi światem. Niestety, socjologowie i psychologowie twierdzą, że taką edukację trzeba zaczynać jeszcze w pieluszkach. Wierzę jednak, że my sami – lekarze poprawimy kondycję etyczną naszego zawodu. Do tej akcji włączą się zapewne samorząd lekarski, akademie medyczne i wszyscy chętni, którzy pragną zmienić styl obecnego życia, wyrwać z niego chwasty, a także wyeliminować z dnia powszedniego wstrząsające horrory.

Panujący obecnie w społeczeństwie brak zaufania do tak prestiżowego zawodu, jakim przez dziesięć lat był lekarz prowokuje pytanie: komu dziś mamy zawierzyć nasze życie i zdrowie?

Skandal w łódzkim szpitalu

Afera dializowa

Przez pięć lat pacjenci łódzkiego szpitala im. Kopernika podczas dializ mieli oczyszczaną krew nienadającymi się do tego chemikaliami. Mogło to pogorszyć ich zdrowie. Zanieczyszczone preparaty produkował bliska znajoma ordynatora

Na trop skandalu wpadli kilka miesięcy temu funkcjonariusze ds. zwalczania przestępstw gospodarczych Komendy Miejskiej Policji. We wtorek zatrzymali doktora Janusza i Marię T., właścicielkę łódzkiej firmy J.

Tanie, bo brudne

Firma Marii T. od pięciu lat produkowała potrzebne do wytworzenia płynu, który wykorzystywany w czasie dializy, czyli oczyszczania krwi, środki chemiczne o niskiej klasie czystości służące m.in. do produkcji nawozów. Nie sprzedawała je szpitalowi dziesięć razy jako środki medyczne – mówi Mariusz z Komendy Miejskiej Policji w Łodzi. Chodzi o to, że substancje chemiczne

Proces b. prezesa PZU Życie

Duch za plecami dyrektora

Kto napisał uchwałę zarządu PZU Życie o przejęciu nieruchomości za 80 mln zł? Nie udało się tego wyjaśnić w środę w kolejnym dniu procesu b. prezesa Grzegorza Wieczerezaka

Rozprawa pokazała, w jak mętny spójnik w PZU Życie podejmowano decyzje finansowe. Na tydzień przed zdymisjonowaniem Wieczerezaka – 24 kwietnia 2001 r. – odbyło się posiedzenie zarządu PZU Życie. Postanowiono na nim o przejęciu nieruchomości we Wrocławiu w zamian za niespłaconą pożyczkę (PZU Ży-

Sędzia Krzysztof Petryna próbował w środę przesłedzić, skąd w dokumentach PZU Życie wzięła się dopłata do transakcji 9,5 mln zł.

Zarząd PZU Życie głosował nad transakcją na podstawie pisemnego wniosku przygotowanego w biurze Janusa. Ale nie było w nim mowy o dopłacie 9,5 mln zł. Janus bronił się, że wniosek przygotowali jego podwładni i zapomnieli wpisać kwotę. Sam go podpisał, ale nie czytał. Dopiero tuż przed posiedzeniem zarządu zauważył, że brakuje wzmianki o 9,5 mln zł. Przyznał się rozbijając, że nie wycofał wniosku, bo obawiał się, że wtedy trzeba

– Nie przypominam sobie. Prezes jest małomówny – przekonywał Janus. Prawnicy nie mogli powstrzymać śmiechu, bo Wieczerezak co rozpawa zgłasza kolejne oświadczenia i wnioski. Tym razem wyjątkowo siedział cicho.

Dariusz Janus bronił się, że transakcja była korzystna dla PZU Życie, które nie dość, że odzyskało dług, to jeszcze na niej zarobiło. Przekonywał, że nie kwestionowała jej rada nadzorcza ani walne zgromadzenie współników (czyli skarb państwa, do którego poprzez PZU należy PZU Życie). Trudno mu nie przyznać racji – dlatego nie reagowali ci, którzy powin-

Stały felieton „Listy polecane” jest bieżącą korespondencją Profesorów Mariana Kazimierza Klamuta oraz Jana Pietruskiego, która dotyka ważkich, trudnych problemów naszej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości.



Prof. Marian Kazimierz Klamut



Prof. Jan Pietruski

Listy polecane

Drogi Jasiu,

Wybacz, że ostatnio zaniedbałem naszą korespondencję, ale pochłonęła mnie bez reszty spóźniona, a przez to szczególnie namiętna i niebezpieczna miłość do komputera. Złościło mnie i martwiło, że dzieci i wnuki startują w dorosłe życie podpierając się elektronowymi móżgami i utrzymują kontakt z rzeczywistością poprzez naciśnięcie guzików. Obawiałem się, że w ten sposób odrywają się od zdrowego rozsądku i naturalnej mądrości. Są przekonane, że mysz komputerowa jest mądrzejsza od dziadka, a doświadczenie życiowe starszego pokolenia to tylko zbędny balast. Nieoczekiwanie przyszła mi do głowy z pozoru niedorzeczna myśl, że może smarkacze mają jednak swoje racje. Przecież mędrzy tego świata powtarzają zgodnie, że przechodzimy z ery racjonalno-przemysłowej do informatyczno-egzystencjalnej, której symbolem ma być właśnie komputer. Postanowiłem „załapać się” na tę przygodę XXI wieku.

Powtórzyłem więc za Terencjuszem: *Homo sum, humani nihil a me alienum puto* i zafundowałem sobie laptopa wraz z drukarką laserową. Szybciej niż myślałem stał się on najbliższym przyjacielem: cichy, niezawodny, wierny. Zastępuje w dużej mierze tv, i – co ważne – wspiera pamięć. Miewam teraz mniej przegapionych terminów i nie załatwionych spraw, takich i tym podobnych przykrych przypadłości trapiących wszystkich se-

niorów. Zanim się spostrzegłem uciekły mi cztery miesiące życia. Wtedy odkryłem i zrozumiałem ważną tajemnicę czasu: nasz czas to nasze życie; jeśli komuś czy czemuś poświęcasz czas to dajesz mu tym samym kawałek własnego życia. Dlatego tak ważne są decyzje o wyborze sposobu zagospodarowania wolnego czasu.

Ze zdumieniem stwierdziłem, że świat jest zaludniony komputerowcami i internautami. Nowy język, bardzo różniący się od codziennego oraz obszar zainteresowań obcych i niezrozumiałych dla niewtajemniczonych. Szokujące są informacje, że „Google” (jedna z największych i najlepszych wyszukiwarek – przyp. red.) oferuje trzy miliardy stron WWW, a dwieście milionów internatów codziennie po nich buszuje (osiem razy więcej niż dzie sięć lat temu!). Dlaczego więc to wszystko ma się toczyć obok mnie i bez mojego udziału?

Jak każdy neofita przeżyłem okres fascynacji i zachwyty, toteż natrętnie dzielę się swymi uwagami, czy słuchacze tego chcą czy nie. Ty jesteś kolejną ofiarą, lecz znajdujesz się w znacznie lepszej sytuacji niż grono moich lubelskich przyjaciół, ponieważ list możesz zyczajnie wyrzucić do kosza. Zdradziłem wyznawane dotychczas mądrości Wschodu, które nakazują upraszczanie życia i unikanie wiązania się z wszelaką materią. Komputer wymusza nowy tryb życia, jest zachłanny i nie daje szansy odwrotu. Człowiekowi atakowanemu

przez internet, massmedia, reklamy coraz trudniej jest z lawiny informacji budować wiedzę, że nie wspomnę już o samodoskonaleniu rozumu i mądrości. Przeżywam rozdwojenie jaźni, bo prawdę mówiąc zaczynam tęsknić za cichymi godzinami spędzonymi w bibliotece w towarzystwie książek napisanych przez geniuszy naszej epoki, niezwykłych ludzi: Jana Pawła II, Kena Wilbera, Sogiala Rinpocze, Dalajlamy, Anthony'ego de Mello i innych. Odręczne pisanie miało też wiele uroków, których nie dostrzega zapewne mistrz klawiatury. To tak jakby porównywać powożenie karetą zaprzęzoną w czwórke koni i prowadzenie mercedesa.

Ale uroki i powaby dawnych epok zostawmy w romantycznej pamięci i wróćmy do rzeczywistości. Nie podlegają żadnej dyskusji nadzwyczajne zalety komputera przy redagowaniu i formatowaniu tekstów oraz utrzymywaniu łączności za pomocą poczty elektronicznej. Zupełnie inne refleksje budzi sieć internetowa. Ta, niewyobrażalnie wydajna struktura, która mogłaby rozprzestrzeniać najwspanialsze myśli i idee wybitnych przywódców ludzkości na całym globie, podnosić poziom świadomości i łączyć w propagowaniu dobra, piękna i prawdy całą swoją moc kieruje na zewnątrz, zmaterializowany świat rzeczy, biznesu, prymitywnej rozrywki. Dobrze jest mieć natychmiastowe wykazy literatury fachowej na zadany temat, informacje o wydarzeniach na świecie, rozkładach jazdy, pogodzie itp., ale od tak wspaniałego wynalazku można by oczekiwać czegoś więcej. Nie opuszcza mnie zaduma nad ludzkim geniuszem i sąsiadującą tuż obok beznadziejną głupotą, beźmyślnością, niedojrzałością.

Z pewnym przerażeniem stwierdziłem, że znakomite źródło internetowej wiedzy jest otoczone obrzydliwym śmietniskiem chamskiego bełkotu niewyżytych zбочeńców, pozbawionych zasad moralnych i poczucia odpowiedzialności za słowo. Mój uwielbiany Ken Wilber upatruje przyczyn seksualnego prymitywizmu świata internautów w opanowaniu go przez męską połowę ludzkości. Na pewno na treści te rzutuje fakt, że 95 procent użytkowników sieci to mężczyźni. Feministki zajęte problemem molestowania i ściągania nieboraków, którzy w odruchu resztek męskości uszczypnęli którąś w pupę, przegapiły największą w dziejach transformację technologiczną. Wielu korzystających z internetu mężczyzn bywa trafnie nazywanych cyfrowymi rozbójnikami. To często egocentrycy obojętni na intersubiektywną współpracę i wzajemny szacunek. Sieć, która mogłaby być błogosławieństwem pobudzającym do wewnętrznego rozwoju i ekologicznej świadomości w rękach faszystów, terrorystów i różnej maści fundamentalistów, może być równie dobrze tragicznym narzędziem niosącym deprawację, destrukcję, śmierć.

Jak może być wykorzystywana komputeryzacja w dzieliśmy przy okazji słynnych polskich „przekrętów” w PZU, PKP, a nawet podczas wyborów parlamentarnych. Powtarza się tragiczna historia wielkich wynalazków naszej cywilizacji. Energię jądrową, która miała uratować ludzkość i kulę ziemską przed deficytem

energii i samozagładą, jak dotychczas znamy najlepiej z dramatów Hirosziny, Nagasaki i Czernobyla.

A teraz cofnijmy się o całe pół wieku, do czasów naszej pierwszej młodości. Pewna doświadczona, starsza dama przekonywała mnie wtedy, że jeśli chcę mieć mniej nudną starość, powinienem nauczyć się grać w brydża – teraz doceniam mądrość dobrej rady i jedno popołudnie w tygodniu relaksujemy się z przyjaciółmi marnując wspólnie czas. Niemala w tym zasługa stalinowskiej dyscypliny studiów, zwłaszcza przedmiotów wojskowych, które były dla wielu z nas nielegalnym poligonem brydżowym. Niestety, w miarę jak odchodzi nasze pokolenie coraz trudniej jest znaleźć czwórke, a gra z komputerem to jednak nie to samo, co spędzanie czasu z żywymi ludźmi.

Wśród starych szpargałów znalazłem wskazówki Janusza Chromińskiego, który przed pół wiekiem uczył nas, że **LORDOWIE CHODZILI BEZ BUTÓW JAK NIE ŚCIAGALI ATUTÓW; DOBRY FURMAN NAWRACA; NIE WCHODŹ BAWOLE W TO CZEGO NIE MA NA STOLE**, itp. W oparciu o tamte wspomnienia napisałem nawet (oczywiście na komputerze!) najkrótszy podręcznik gry brydżowej, którego treść poprzedzam złośliwą, ale bystrą uwagą amerykańskiego satyryka głoszącą, że „brydż jest grą, w której geniusz gra z idiotą przeciwko dwom oszustom”, co w przełożeniu na biblijne pouczenie oznacza abyś, zanim skrytykujesz źdźbło w oku bliźniego swego, pomedytował nad belkami we własnym oku.

Kończę prymitywnym, ale typowym dla naszych czasów dowcipem o blondynce, która na pytanie czy lubi grać na fortepianie odpowiada, że nie, bo jej się karty ślizgają. A propos muzycznego wychowania, na ostatnim spotkaniu klubu kol. Ala Dziankowska-Kozakowa przypomniała jak w 1949 roku podczas wykładu z propedeutyki Twój wielki Stryj, prof. Tadeusz Kielanowski zapytał, kto z nas studentów pierwszego roku był ostatnio w filharmonii. Nikt wówczas nie podniósł ręki. Już przed następnym wykładem profesor rozdawał nam zakupione własnym sumptem bilety, ponieważ uważał, że nie wypada, aby przyszły lekarz utracił szansę pokochania muzyki. Gdzie te czasy, gdzie tacy wychowawcy? Takich przeżyć zapomnieć nie można.

Podczas kolejnego spotkania KLUBU '54, które było poświęcone zbliżającemu się naszemu jubileuszowi 50-lecia ukończenia studiów, oglądaliśmy zdjęcia sprzed pół wieku. Gęste czupryny, filigranowe figury dziewcząt, czerwone krawaty i szturmówki, z dumą noszone studentckie czapki (bordowe z niebieskim otokiem) wszystko to wzbudzało spontaniczną radość, salwy śmiechu, przywoływało wspomnienia. Postanowiliśmy urządzić mini wystawę właśnie takich i podobnych fotografii. Będziemy mieli świetną zabawę. Jeżeli znajdziesz coś ciekawego w swoich zbiorach prześlij, proszę, na ręce Jurka Olczaka, który zobowiązał się wykonać (z pomocą wnuka) odpowiednie powiększenia i oprawę plastyczną.

Wiem, że ty wolisz poważniejsze tematy korespondencji, toteż obiecuję poprawić się w przyszłości.

Ściskam dłoń. Twój Kazik

Narkotyki w szkole

Nie tak dawno w jednym z porannych programów telewizyjnych toczyła się dyskusja na temat przyjmowania narkotyków przez młodzież szkolną oraz sposobów postępowania z „biorącymi”.

DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Pytano jak rozpoznać, czy dziecko bierze, co robić gdy okaże się, że przyjmuje narkotyki? Rady, porady, słowa, słowa, słowa.

Kilka miesięcy temu zginął Marek Kotański, który myśli i słowa zamieniał w czyn. Człowiek, który nie bał się, nie brzydził kontaktu z nędzą uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Zbierał tych co zblądzi i wypadli z toru. Uratowanym dał szansę na nowe, godne życie. Marek wziął także na własne barki walkę z niezawinioną nędzą bezdomnych wynikającą z ludzkiej niezaradności i niewątpliwie z okrucieństwa oraz bezwzględności anonimowego tłumu tych, którzy korzystając ze zmian jakie niosła ze sobą transformacja ustroju państwa chwycili wiatr w żagle i nie patrząc na deptane ofiary zdobywali wszystko co stało na drodze.

Walka ze skutkami, jak wielokrotnie dowiedziono, jest znacznie kosztowniejsza i mniej skuteczna niż zawczasu zapobieganie złu. Szczepienia ochronne zlikwidowały groźbę epidemii. Trzeba tylko trochę wyobraźni i zdecydowanych, dobrze zorganizowanych działań. Może w ra-

mach profilaktyki warto sięgnąć do doświadczeń starszych pokoleń? Nie znam aktualnego kodeksu ucznia, ale kiedyś każdy adept wstępując w progi szkoły przyjmował do wiadomości, że picie alkoholu pod każdą postacią (nawet piwa) i palenie papierosów nie będzie tolerowane i grozi wyrzuceniem ze szkoły. Ukończenie szkoły średniej nie było obowiązkowe i kto nie miał zamiaru przestrzegać regulaminu mógł po prostu zrezygnować z szansy jaką dawało wykształcenie średnie, a tym bardziej wyższe. O tym, że narkotyki staną się takim społecznym zagrożeniem w czasach mej młodości jeszcze nikomu nie przychodziło do głowy.

Taki poważny problem zaistniał z chwilą otwarcia na Zachód i rozszerzenia dostępności mediów oraz zainteresowania atrakcyjnością narkotyków. Rodzice w pogoni za zarobkiem utracili kontrolę nad swymi, niejednokrotnie przedwcześnie dojrzałymi dziećmi, ale jeszcze nieodpowiedzialnymi, a i szkolna dyscyplina uległa znacznemu rozluźnieniu. Podstępnie pojawiły się narkotyki. Początkowo o niebezpieczeństwie niemal dyskretnie informowano lekarzy i nauczycieli. Tymczasem problem zaistniał, rozwija się i wymyka spod kontroli niszcząc zdrowie, perspektywy życiowe, a nawet przedwcześnie zabijając. Nielegalny handel narkotykami okazał się niezwykle dochodowym zajęciem opanowanym przez ugrupowania mafijne. Do ciężkiego przestępstwa zatruwania naiwnych, lekomyślnych konsumentów doszły zbrodnie wynikające z walki o zyski.

A może by wrócić do sprawdzonych metod ustalając kodeks ucznia, zmodyfikowany na miarę aktualnych potrzeb: „Celem uczęszczania do szkoły jest praca nad własnym rozwojem intelektualnym, etycznym i fizycznym. Uczeń jest świadom, że uleganie nalogom upośledza zdolność przyswajania wiedzy. Uczeń nie pije, nie pali, nie żużywa narkotyków”. Każdy uczeń powinien przy zapisywaniu się do szkoły potwierdzić podpisem przyjęcie do wiadomości treści kodeksu.

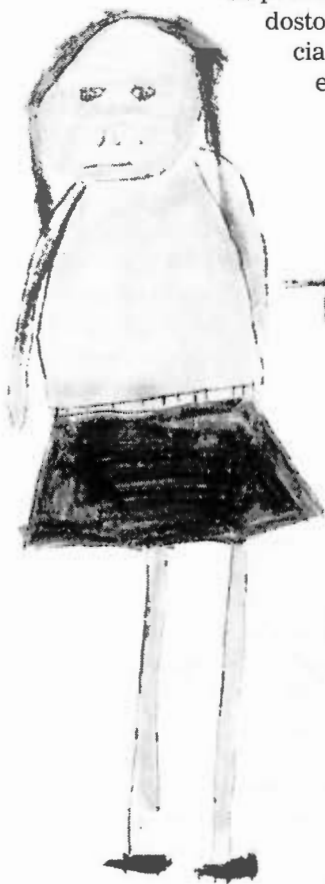
Kodeks powinien być omówiony podczas pierwszych godzin wychowawczych.

Szkoła zapewnia udostępnienie warunków uczniowi, którego konkretnym celem jest zdobycie wiedzy potwierdzone świadectwem ukończenia nauki. Jeżeli uczeń traktuje szkołę niepoważnie, zapomniawszy o celu, nie przestrzega kodeksu, bawi się korzystając z kontaktów z rówieśnikami, deprawuje przy okazji słabszych kolegów, to nie należy traktować go pobłaźliwie. Powinien opuścić szkołę dbającą o renomę i poziom.

Jeżeli taki uczeń wykaże dobrą wolę podporządkowania się rygorom powinien mieć szansę kontynuowania nauki połączonej z programem rehabilitacji pod kontrolą i nadzorem psychoterapeutów.

Jeżeli nie będzie miał dobrej woli, to jak wiemy, na siłę niczego nie zdziała. Samo przekazywanie młodzieży przewidzianej programem wiedzy, bez indywidualnego oddziaływania wychowawczego, bierna akceptacja postaw negatywnych może dopuścić

do powstania warstwy ludzi niedostosowanych do współżycia społecznego, nierobów, egoistów i nieudaczników, alkoholików, narkomanów, czyli marginesu społecznego,



o takiego Tytana jakim był Marek Kotański chyba już dziś nikt nie potrafi zastąpić.

Rygory wprowadzane do szkół to profilaktyka. Uświadamianie młodzieży od najmłodszych lat co do sensu jej celowości daje szansę niedopuszczenia do tak licznego wykolejania się. Handel narkotykami przestanie być opłacalny, gdy zapotrzebowanie spadnie. Wiele zależy od zaangażowania i konsekwencji dyrekcji szkół, nauczycieli, pedagogów, a także woźnych i sprzątaczek oraz od współpracy z rodzicami. Nadzór uczeiowych ochroniarzy jeszcze nie raz może się przydać.

Pojawia się pytanie: Czy chcemy pomóc naszym dzieciom? Czy chcemy wychować zdrowe, mądre pokolenie naszych następców?

Myślę, że Marek byłby rad, gdyby do Monarów coraz rzadziej zdążali nowi kuracjusze i gdyby je z czasem, pod patronatem Marka Kotańskiego, można było przeznaczyć na inną, aktualnie potrzebną działalność społeczną.

Narkotyki, o zgrozo, stają się wszechobecne. Sądzę, że nie tylko w szkole podstawowej, gimnazjum, czy liceum. Również w szkole wyższej, lecz to już temat sam w sobie.

***Walka ze skutkami, jak wielokrotnie
dowodzono, jest znacznie
kosztowniejsza i mniej skuteczna niż
zawczasu zapobieganie złu***

Czudaczka (cz. V)

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 trwało by to kilka lat. Spróbuję więc, wykorzystując jej relacje, pokazać w kilku odcinkach postać niepozornej kobiety – siłaczki, w której losach można odnaleźć młodzieńczy zapal zarówno Marii Skłodowskiej, jak i determinację doktora Żiwago.

KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Po nowym roku rozpoczęła się prawdziwa wojna. Mołdawianie powstali przeciw Rumunii. Prawie każdy Mołdawianin miał broń, którą przyniósł z frontu. Armaty porzucono, gdzie popadło. Zorganizowano zatem armię spośród Mołdawianów. Rumuni mieli własne szwadrony i artylerię. Wojsko rumuńskie biło pociskami od strony Czerniowiec i w bojowym szyku szło drogą prosto do Dniestru. W cukrowni powstał bałagan. Dyrektor z rodziną natychmiast wyjechał do Chocimia. My pozostaliśmy, ponieważ nie chciało się nam już ruszać. Mróz dochodził do minus trzydziestu stopni. Śniegu nawaliło, a w mieszkaniu było tak bardzo ciepło, tak przytulnie. Długo ta idylla jednak nie trwała. W ciągu kilku godzin cukrownia, nasz dom i w ogóle wszystkie budynki były zasypane pociskami artyleryjskimi. Kilka razy pociski rozerwały się tak blisko, że zdawało się, iż przyszedł koniec naszego życia.

Cukrownia w opałach

Chłopi skorzystali z okazji i zaczęli rabować cukrownię, mieszkanie dyrektora, wyganiać pracowników z całych jeszcze domów zawłaszczając równocześnie ich mienie. Tymczasem do nas jeszcze się nie dobrali. Rumuni coraz więcej ostrzeliwali cukrownię. Mąż zupełnie stracił nadzieję, że się ocalimy. Co robić? Gdzie się schronić? Do Chocimia osiemnaście kilometrów, a koni nie ma. Pieszko, w taką drogę zawałoną śniegiem daleko nie zajdziesz. Przyszło mi na myśl, że w samej wsi Zarożany mam znajomych chłopów – pacjentów. Zostać to czekać kiedy napadną, wówczas będą wyganiać, zabierać to cośmy ze sobą przywieźli, albo i pozabijają. Bo my „przyjezdni” i nie wiadomo z kim trzymamy, czy z powstańcami, czy z Rumunami. Jeżeli Rumuni wygrają tę wojnę, to tak samo możemy od nich wycierpieć, bo znów „przyjezdni”. A mo-

że my od bolszewików przystani jako szpiedzy? Tak źle, i tak niedobrze. Jednakże trzeba trzymać się jednej strony. Zaproponowałam mężowi ucieczkę w nocy do moich znajomych pacjentów na wsi. Mąż zgodził się. Strzelani na trochę ucichła. W prześcieradło złożyłam medykamenty, instrumenty chirurgiczne, zmianę bielizny dla nas obojga. Zawinięty tobolek zawiesiliśmy na mocnym kiju i w nocy poszliśmy w stronę Zarożan boczną drogą przez zamarznięte jezioro.

A wy kto?

Po czterech kilometrach otoczyło nas kilku młodych chłopów i bardzo ostrym głosem zapytali, kto my i gdzie idziemy? Szepnęłam swemu Mietkowi żeby nie odzywał się, a sama spokojnie wytłumaczyłam skąd idziemy, i że mam zamiar pomagać powstańcom, iż jestem lekarzem, a mój mąż jest felczerem. Wtenczas jeden, wydać najważniejszy, zażądał ode mnie dokumentów, aby sprawdzić czy ja faktycznie jestem lekarzem. Pokazałam mu dyplom, który wyglądał solidnie, bo ładnie był wypisany na herbowym papierze. Dużo było pieczęci i profesorskich podpisów. Chłop zobaczył, że są pieczęcie i uznał ten dyplom za dobry. Kazali nam iść za sobą. Zaprowadzili nas do szkoły zarożańskiej i kazali mnie zorganizować w szkole szpital dla powstańców. Ze wsi dziewczęta przynosiły sporo dywanów, poduszek, bielizny pościelowej. Były też i łóżka. Rannych znosili coraz więcej. Przyszło mi robić opatrunki także i koniom. Jeden koń był ranny w zad. Pomagał mi mój „felczer” Miecio. Śmiech mnie brał, gdy patrzyłam na tego „felczera”. Był bladej, nieśmiały, z trudem trzymał potrzebne do opatrunku medykamenty. W ogóle pierwszy raz w życiu asystował lekarzowi. Największe wrażenie zrobił na chłopach opatrunkiem zakładany koniowi. Ja z duszą na ramieniu, jak tylko mogłam najdelikatniej, wykonałam ten zabieg. Widocznie dogodziłam mu, bo nie dostałam kopytem w brzuch. Cały dzień trwała praca w szpitalu. Zaopiekował się nami kierownik szkoły z żoną. Kar mili i pocieszali jak tylko mogli. Na trzeci dzień powiadomili mnie, żeby najprędzej jak tylko można, związać szpital, chorych rozlokować po chałupach, a kto może chodzić niech ucieka do lasu, ponieważ armia rumuńska wieczorem będzie już w Zarożanach. Partyzanci uciekają za Dniestr.

Koniec szpitala

Panika ogarnęła wszystkich chorych i mnie wraz z tym moim „felczerem”. Trzeba się było ratować. Rannych i chorych wyprowadzonych ze szpitala chłopci sankami powozili do sąsiednich wiosek, a kto miał siły dołączył do

swoich kamratów i uciekł za Dniestr do Rosji. Do wieczora ze szpitala nie ani zostało śladu. Zdawało się, że wszystko poszło gładko. „Felczer” z kierownikiem szkoły popijali wino, a ja z żoną kierownika Paraskieą ostatnie dywany i poduszki wydawałyśmy właścicielkom. Kiedy w cerkwi zaczęły dzwonić wszystkie dzwony, cała wieś ze wszystkich stron była już otoczona konnicą rumuńską. Po krót-



kim czasie przyjechał sztab na samochodach, a na samym końcu artyleria. Rumuni nie próżnowali. Nie było chaty, żeby ktoś w niej nie był zabity, albo ograbiony. Krzyki, lament słyhać było ze wszystkich krańców wsi. Nas też nie ominęła przykrość. Szkoła była duża, ładna. Stała przy głównej drodze prowadzącej do Chocimia. Sztab złożony z około trzydziestu pięciu oficerów z generałem chyba Murawianem zatrzymał się w szkole. Kierownik nie umiał dobrze mówić po rumuńsku, ale Paraskiea była Rumunką. Gościnnie przyjęła tę hołotę, zaprosiła do najpiękniejszej sali, gdzie dwie godziny wcześniej leżeli ranni. Żoł-

nierze i obsługa szkoły przynosili stoły i ławki. W kuchni gotował się rosół z dziesięciu kur. Przytoczyli beczki wina i miodu, przytargali worki orzechów i suszonych śliwek. Paraskica co dała swego to dała, ale chłopci też musieli dać żarcia dla sztabu. Jeszcze kolacja nie była podana, jak w drugim pokoju generał – naczelnik sztabu i kilku oficerów sądzili kilku Moldawian złapanych z bronią.

Sprawa życia i śmierci

Jakiś drań powiadomił sąd, że w tej szkole znajduje się kobieta – lekarz, która okazywała pomoc partyzantom, a nawet urządziła w szkole szpital. Przyszło dwóch żołnierzy z bagnietami i zabrali mnie przed ten sąd. Ja ani słowa nie rozumiałam o co im chodzi. Wyręczyła mnie Paraskica, która wyjaśniła, że mnie i mego męża



partyzanci siłą przyprowadzili do szkoły i zmusili leczyć chorych i rannych. O felczerze nikt nie wspomniał. Ja to potwierdziłam mówiąc do sądu po francusku. Jednakże wyrok sądu był jasny – powiesić! Żołnierze zaprowadzili mnie do komórki przy kuchni. Przed drzwiami była postawiona warta. Mąż był w rozpacz. Paraskica nie dała za wygraną. Poszła do tego sądu i mówi tak: lekarze nie mają prawa odmawiać pomocy chorym ludziom, oni to przysięgali. Trafiliby tej pani doktor chory Rumun, to też by go ratowała. W tym czasie żołnierze rumuńscy przyprowadzili lekarza z sąsiedniej wioski. Tam był stary szpital. Leżeli tam chorzy przeważnie na tyfus plamisty. Między tymi chorymi było sporo Rumunów. Lekarz ten stał i słuchał co mówi Paraskica. Poprosił ją, żeby ona ujęła się i za niego oraz obroniła go, bo i on był skazany na powieszenie za to, że znaleźli u niego chorych partyzantów. Sąd postanowił posłać oficera, żeby zbadał w tym szpitalu Rumunów, żeby rozpytał czy ich nie krzywdzili i czy dobrze leczyli. Po upływie dwóch godzin ten oficer wrócił i przedstawił spis nazwisk chorych Rumunów. Chorzy pi-

semnie potwierdzili, że pan doktor Wandacz leczył ich dobrze, że zarówno on jak felczerzy i felczerki dobrze się z nimi obchodzili. Nikt nie żałował im jedzenia.

Zwolnić lekarzy!

Już wszyscy zasiedli do stołu, już wcinali mamałygę z czosnkiem i rosółem. Na stołach leżały stopy gotowanych kur. Biesiadnicy brali do ręki kawałki mamałygi, maczali w rosole z czosnkiem, w drugiej ręce trzymali kawałek kury. Wcinali popijając winem. Gdy oficer podał generałowi list od chorych Rumunów, ten po przeczytaniu natychmiast poprosił do osobnego pokoju tych oficerów, którzy należeli do sądu. Była krótka narada i ostateczny wynik sądu głosił: „zwolnić podsądnych lekarzy i zaprosić ich na kolację”. Doktor Wandacz dłużej na tej kolacji nie bawił. Mnie przyszło się bawić prawie do rana, tańczyć, śpiewać i dużo, dużo mówić po francusku oraz uczyć się od współbiesiadników rumuńskich nowych słów. Mój kochany „felczer”, na którego nikt – chwała Bogu – nie zwrócił uwagi już uspokojony czekał na mój powrót z tego szatańskiego balu. Nazajutrz wojsko rumuńskie wraz ze sztabem ruszyło do Chocimia. Prawie każdy oficer i żołnierz był obładowany czapkami karakułowymi i kozuchami. Wieś była dokładnie ograbiona. Przedtem sami okradli cukrownię, a teraz ucierpieli od Rumunów.

Powrót do cukrowni

Razem z mężem jeszcze kilka dni mieszkaliśmy u rodziny kierownika szkoły Switenko – to byli bardzo dobrzy ludzie. Dużo nam zrobili dobrego. Namawiali, żeby nie jechać do cukrowni. Obawiali się, że tam zginiemy, jednak odważyliśmy się. Zastaliśmy cukrownię całkowicie spaloną, zrujnowaną. Zamieszkaliśmy w jednym pokoju niecałkowicie zniszczonego czworaka. Dyrektor z rodziną też powrócił z Chocimia. Zamieszkał w kancelarii, która cudem ocalała, nie spłonęła. Nie mieliśmy co jeść. Praktyka moja była rozległa. Całymi dniami to końmi, to wołami wozili mnie chłopci do różnych wiosek. Nieraz i pieszo maszerowałam. Płacili za poradę mąką, słoniną, kurami, wędzonym mięsem, orzechami, miodem, suszonymi śliwkami i dużą ilością wina. Znowu przyszło leczyć chorych zakaźnie na tyfus brzuszny i plamisty z komplikacjami. Przeważnie chorzy leżeli na piecach, a razem z nimi spali zdrowi. Dlatego tak dużo było chorych. Ja, żeby zbadać pacjenta musiałam wdrapywać się na piec. Dziwna rzecz, że sama nie zachorowałam, mimo że po powrocie do domu po takich wizytach wszy w dużych ilościach z siebie zdejmowałam. Praca była ciężka, ale nie było innego wyjścia. Mietek z dyrektorem chcieli chociaż maszyny uratować. Coś tam

spisywali. Obsługi żadnej nie było. Trzeba było i obiad jaki taki choć dwa – trzy razy w tygodniu ugotować, a ja zupełnie tego nie potrafiłam robić. Bieda jednak uczyła życia, a i kobiety które przychodziły po poradę lekarską często dawały mi lekcje kulinarne. Barszcz ukraiński, marmatygę z wieprzowiną i suszonymi śliwkami umiałam gotować wyśmienicie.

Nieprawidłowe porody, zabiegi chirurgiczne też zatawiałam jak umiałam. Zdaje się, że nawet dobrze.

W Chocimiu

Wiosna przysłała raptownie. Drzewa migdałowe zakwitły, słońce grzało, a my jeszcze po staremu mieszkaliśmy prymitywnie do jesieni. Jesienią zamieszkaliśmy w Chocimiu. Tam ja i mąż pracowaliśmy w żeńskim gimnazjum. Mąż wykładał fizykę i chemię, a ja – rozumie się – jako lekarz. Na całe miasto było tylko dwóch lekarzy. Jeden miał osiemdziesiąt trzy lata, a drugi osiemdziesiąt cztery. Leżyli przedpotopowo. Wkrótce brakowało mi wolnej chwili na odpoczynek. Praktyka rozwijała się. Po upływie roku kupiliśmy dużą sadybę z ładnym ogrodem owocowym i pięknym mурowanym domem. Przyznam się, że mój zarobek najwięcej pochodził z robienia abortów. Miałam czyste sumienie, bo dużo kobiet brało ślub z Rumunami w przekonaniu, że narzeczony jak zapewniał jest kawalerem, co nie było zgodne z prawdą. Prawie każdy z nich miał żonę i dzieci. Prawowite żony przyjeżdżały z dziećmi do mężów i wypędzaly te drugie. Rzecz w tym, że u Rumunów kościelny ślub nie był ważny, jedynie cywilny. Dużo Żydówek prosiło o zrobienie skrobanki. Płaciły dobrze.

Wśród Rumunów

O Rumunach mam najgorsze wspomnienia: złodzieje, oszuści, łapownicy. Zupełnie nie krępowali się. U nas oficerowie skradli indyki z ogrodu. Zabili psa łańcuchowego, bo na nich czekał. W klubie obywatelskim pokradli ze stołów nakrytych do kolacji srebrne noże, widelce, łyżki i co wpadło w oko. Na moich oczach kapral zastrzelił kobietę, która nie chciała sprzedać mu kury. Ten kapral nie został ukarany. Mietek, chociaż zmuszony był chodzić razem ze mną na kursy języka rumuńskiego mało nauczył się. Ponieważ ja oprócz tych kursów miałam więcej styczności z tymi „gadami” więc mogłam dobrze porozumieć się i nawet jak trzeba było, to i „wyrugać”. Syn moich dobrych znajomych z tego powodu, że słabo uczył się rumuńskiego nie zdał matury i z rozpaczony otrul się na śmierć. Ojciec jego to miejscowy Rumun, a matka Francuzka. Dom prowadzony był po rosyjsku. Byli to ludzie kulturalni, bardzo bogaci. Śmierć tego chłopca była

dla mnie ciężkim przeżyciem. W ogóle Rumuni panoszyli się bezkarnie.

Słuchaj mała!

Cała ta wojna z Moldawianami – to była komedia. Besarabia była okupowana przez nich w końcu pierwszej wojny. Po wojnie musieli te tereny opuścić. Żeby dostać te ziemie wywołali powstanie. Liczyli, że pozostaną na nich jako prawowici właściciele. Besarabia odeszła od Rumunii. Materialnie było nam dobrze, a moralnie tak źle, że nie do opisania. Abortami przestałam się zajmować. Mietek często bywał zapraszany wraz ze mną na obiady do szanownej rodziny starego lekarza, który przed wtargnięciem Rumunów był starostą Chocimia. Raz, po obiedzie zaprosił mnie do swego gabinetu. Zamknął drzwi na klucz i mówi tak: „-Słuchaj mała. To ty taki jesteś lekarz, że zamiast tylko ratować życie ludzkie – zabijasz. To ty jak dostawałaś dyplom przysięgałaś, że będziesz uczciwie pracować. Przystań robić aborty, bo jak nie dasz mi słowa honoru, że to koniec ludobójstwa, to zrobię tobie takie lanie, że do domu o własnych siłach nie dopełniesz”. W rękę trzymał stary, ciężki sękaty kij. Stukał nim przed moją ogłupiałą osobą. I cóż ja miałam zrobić? Dałam jemu słowo honoru, że nigdy już tą brudną robotą nie będę się zajmować, jedynie wtedy, kiedy trzeba będzie ratować życie kobiety. Tego słowa honoru dotrzymuję do chwili obecnej.



Mieszkaliśmy w Chocimiu do czerwca 1922 roku. Dłużej brakowało sił. Władza rumuńska obrzydła. Dręczyła niepewność jutra. Świadomość, że ta władza wiedziała, kto ich nie znosi przyspieszyła nasz wyjazd do Polski. To nie było trudne, bo ten mój „dobroczyńca” stary doktor był prezesem kolonii polskiej, a Mietek był u niego sekretarzem. Żal było rozstawać się z dobrymi znajomymi, żal pięknego, południowego klimatu.

Na polskiej ziemi

We Lwowie mąż z uczuciem ulgi ulokował leje w polskim banku. Cieszył się, że nareszcie Polska ma swój własny bank. Pojechaliśmy do Kowla, gdzie mieszkał przyjaciel męża z lat dziecięcych, były dyrektor cukrowni Zygmunt Sz. Trochę tych rzeczy, które ze sobą zabraliśmy zostawiliśmy u niego, a sami przez cały miesiąc wojażowaliśmy po Polsce używając różnych uciech. Zwiedziliśmy Zakopane, Kraków, Warszawę i jeszcze inne ciekawe miejscowości. Wróciliśmy do Kowla z miłymi wspomnieniami o teatrach, kinach i różnych rewiach. Trzeba było pomyśleć o mieszkaniu. Początkowo mieszkaliśmy w hotelach, ale wtedy uciekałam w nocy na schody, bo w pokoju było tyle pcheł i pluskiew, że trudno było spać. Znalezienie mieszkania było niemożliwe. Szukaliśmy w sąsiedniej wsi, ale wszędzie było przepełnienie. Pieniędzy u nas już nie było żeby kupić domek. Te wszystkie leje, jakie otrzymaliśmy za sprzedany domek w Rumunii i złożone w banku we Lwowie straciły już swoją wartość. Dobrze, że chociaż mąż dostał posadę kierownika warsztatów kolejowych, a mnie przyjęli do pracy w szpitalu i jako lekarza szkolnego w katedrycznym gimnazjum. Bez tego zginęlibyśmy z głodu. Jesień była piękna, to na schodach można było drzemać, ale co zrobić w zimie? Stale jeszcze szukaliśmy mieszkania. Kiedyś idąc boczną ulicą rozmawialiśmy co robić? Gdzie mieszkać? Mówię Mietkowi: „Wiesz, może warto na wolnym placu rozstawić namiot i na razie w nim zamieszkać?” Obok przechodził robotnik – malarz, niósł wiadro z farbą. Usłyszał naszą rozmowę i wtrącił się: „Po co mieszkać w namiocie, kiedy ksiądz infulat Sznarbachowski sprzedaje działki – tylko dla chrześcijan, bo na tych działkach miał być budowany kościół, ale nie będzie. Wybudujcie tam swoją chałupkę”. Robotnik poszedł dalej, a my na starą plebanię do infulata. Spotkanie męża z infulatem było bardzo serdeczne, bo z Chocimia sporo lu-

dzi wyjechało do Polski, a mąż będąc sekretarzem Polskiej Kolonii podpisywał razem z doktorem (tym, który wziął ode mnie słowo honoru) wizy na wyjazd do Polski, a infulat dużo polskich rodzin rejestrował w swojej kancelarii. Nie minęło pół godziny jak dokonali transakcji.

Budujemy dom

Kupiliśmy dwie działki na kredyt, ponieważ tych pieniędzy, które mieliśmy mogło wystarczyć tylko na zapłacenie dwóch metrów desek, odpowiednich słupów i belek, papy i gwoździ. Od razu poszliśmy na te działki. Wybraliśmy dwie na pagórku. Zostałam pod dzikimi gruszkami bo na tych działkach był przedtem las. Wyrabali go, żeby budować kościół. Mietek pogał do miasta po materiał na budowę. Słoneczko przygrzewało, a ja pod tymi gruszkami odczuwałam błogi spokój. Drzemałam. Nareszcie podjechał wóz i Żyd Nachum razem z Mietkiem zrzucili materiał budowlany. Mietek z hotelu zabrał łopatę, siekierę i młotek. Przywiózł kielbasy, chleba, czajnik i jeszcze co potrzeba. Obiad był wyśmienity, a my radośni. Po tej uczcie wzięliśmy się do pracy. Wkopaliśmy słupy i zaczęli ciąć deski i zbijać je tak, że do godziny dziesiątej wieczór stanęła komórka bez przykrycia. Przenocowaliśmy jako tako, a rankiem o godzinie piątej pokryliśmy dach papą. Grunt, że było gdzie mieszkać. Okienko mąż zrobił dość ładne za pomocą scyzoryka. Drzwi też były trochę niezgrabne. Później je trochę wyprostował. Dwa łóżka z desek, półki na książki i naczynia. Postawił piec kuchenny z kamieni i mały piec w którym można było upiec pierogi i bułki. Przyjechał do nas z Warszawy mój brat Konstanty. Brat był w randze pułkownika; był kontuzjowany w czasie wojny, ale nie miał żadnej renty. Bardzo był osłabiony, chory. Przywiózł ze sobą łóżko polowe. Na noc jego łóżko stało pod okienkiem, pod którym w dzień był zawieszony na zawiasach stolik, podnoszony na noc i zakrywający okno. Żeby zimą było cieplej, to ja z bratem wzię-



lam się do uszczelniania naszej chałupki. Nakopaliśmy gliny, narzneliśmy suchej trawy. Glinę z trawą zmieszaliśmy. Brat to wszystko miesił bosymi nogami, a ja tą mieszaniną oblepiałam ściany zbite z cienkich deseczek. Boże mój, jaka ja byłam niemądra, bo zamiast postarać się o kielnię to łyżką i ręką gladziłam tę glinę po ścianie. Brat nie mógł mi pomóc, bo na prawej ręce miał opatrunek z powodu flegmony. Raz pamiętam – mąż i brat grzali w czajniku wodę na herbatę na ognisku za komórką. Ja zawiązałam włosy chusteczką w czerwone groszki. Byłam w fartuchu i podśpiewując mordowałam się z tym tynkowaniem.

Niespodziewana wizyta

Była godzina siedemnasta kiedy podeszło dwóch młodych obdartych mężczyzn. Przywitani się grzecznie i poprosili o zezwolenie na zjedzenie podwieczorku. Wydostali zwój kielbasy, bulki, pół litra wódki i spożywali te przysmaki rozpytuując mnie gdzie są moje dzieci, i czy mam dobrego męża. Co mogłam to im mówiłam. Nie chciałam wolać Mietka i brata, bo znając ich charaktery mogłam się spodziewać, że wygonią tych młodzieńców „na pysk”. Zjedli, proponowali mi wypić z nimi, ale odmówiłam. Pożegnali się i powiedzieli, że idą na stację towarową. Serdecznie podziękowali i poszli. Kiedy już było ciemno, a moi panowie nareszcie ugotowali wodę na herbatę choć wiatr im przeszkadzał, zaczęli wносить do chałupy łóżka. Wtedy w kącie zobaczyli worek, a w worku bochenek białego chleba, kielbasy ze trzy kilo i ogromny słoć, a w nim około trzy kilogramy masła. Bardzo ogłędnie im tłumaczyłam, że to przyniósł dla mnie chory ze szpitala, który już został wypisany i jechał do domu. Po upływie kilku minut przyznałam się, że to pewnie w ten sposób złodziejaski podziękowali za zezwolenie zjedzenia u nas swego podwieczorku. Z początku moi panowie oburzyli się, ale smaczny wygląd kielbasy i masła złagodził ich nastrój.

Nieraz chciało się płakać

Zima 1922/23 była dość ostra. Brat po Bożym Narodzeniu wyjechał, znalazł sobie pracę. Mąż zostawił warsztaty kolejowe i rozpoczął pracę jako nauczyciel w Szkole Mierniczo-Drogowej. Ja pracowałam w szpitalu i w gimnazjum. Nasza chałupka w mrozy nawaliła. Woda zamarała na płycie kuchennej. Mietek zachorował na zapalenie woreczka żółciowego, Nie wolno mu było podnosić ciężarów. Woda była od nas dość daleko. Nikt z sąsiadów nie chciał pomóc oczywiście z zapłatą. Musiałam sama chodzić po zasypanej drodze. Brałam duże wiadro, a nawet dwa. Bardzo było ciężko wyciągać te wiadra ze studni. Od mrozu sznurek przy studni zamarzał, pękał i wiadro szło na dno. Nieraz chciało się płakać, bo trzeba było iść do gospodyni studni, zapłacić jej za „kotkę” i wyciągać „topielnika”. Ręce zmarznięte z trudem wylapywały „kotkę” (drag z hakiem). Odniesiesz go tej Żydówce, a ona upomina się o zapłatę, bo nie da zabrać wiadra; trzeba jeszcze pobeżnąć do domu po te dwadzieścia groszy. Wszyscy myśleli, że my albo żebracy, albo Cyganie.

Goście

Jak pocieplalo, to szeroką ulicą, która przebiegała obok naszej rezydencji przejeżdżało w święta dużo powozów. Siedzące w nich osoby ze śmiechem oglądały nasz pałac. Często także przyjeżdżali z miasta znajomi lekarze niby w odwiedzinę, ale po prostu byli ciekawi jak w osławionych prymitywnych warunkach mieszka inżynier i lekarz. Odległość naszej chatki od szpitala była niewielka, więc latem, wieczorem, po pracy lekarze przychodzili do nas na pogawędkę i herbatę. Na podwórku zbudowali my piecyk, gotowali na nim obiad i kolację. Nasi goście zjadali dużo czosnku i cebuli. Sami brali z kurnika ile chcieli jaj na jajecznicę. Nastrój był zawsze wesoły. Wiosną zasadziłam na działce białe kabaczki z których gotowałam południowe jedzenie. Nasadziłam również pomidorów. Kowel to brzydkie, ponure miasto. Przyroda uboga. Dużo moczarów i piasku. Płakać chciało się w pierwsze dni po przyjeździe, ale musiałam się zgodzić na zamieszkanie w Kowlu, bo Mietek chciał mieszkać bliżej swego przyjaciela Zygmunta. Dwa i pół roku mieszkaliśmy w tej chałupie. Przed chałupą rosła dzika, leśna grusza. Późną jesienią obsypała była cierpkimi gruszkami. Ściągały one z sąsiedztwa łakome gęsi i kozy. Kozy wskakiwały na dach, gęsi też wlatywały. Nieraz był taki hałas, że musiałam wybiegać i pędzić tych obżartuchów.

Miałam bardzo długie włosy koloru słomy. Którejś niedzieli, gdy po umyciu suszyłam je rozpuszczone poniżej kolan usłyszałam, że kozy stukają kopytkami po dachu. Pomyślałam, że tymi kopytkami podziurawiają papę. Szybko złapałam mosiężną miednicę do gotowania konfitur, mosiężny tłuczek i z dzikim wrzaskiem otworzyłam drzwi. Za nimi stała starsza kobieta w żalobie. Zobaczyła mnie z rozpuszczonymi włosami i usłyszawszy mój nieludzki krzyk podniosła spódnicę i uciekła jak szalona. W takim wypadku też nie lepiej bym zrobiła. Prawdopodobnie szukała kogoś, a na tym dużym placu tylko my pobudowali się. Pewnie chciała coś zapytać będąc w dobrej wierze, że tu mieszka ktoś normalny, a spotkała straszną wariatkę. Latem, ataman taboru cygańskiego poprosił nas o pozwolenie przenocowania na pustych działkach. Zapewniał, że nie u nas nie ukradną. Przenocowali Cyganie, ale nie jedną noc jak prosili, lecz cały miesiąc. Nie nie ukradli, tylko nieraz prosili żeby im dać trochę włoszczyzny. Wieczorami przyjeżdżało z miasta dużo ciekawskich. Cyganki wróżyły, tańczyły, śpiewały. Mężczyźni palili ogniska, wszyscy pili dużo wódki. Wieczorami i w naszej podwórkowej kuchni palilo się; gotowała się kolacja. Niektórzy myśleli, że to zabawa u atamana. Podpite towarzystwo z ulicy też chciało wziąć udział. Dobrze, że naszą posiadłość zagrozdziłam kołczastym drutem, a bramę trzymaliśmy zamkniętą na klódkę. Odwiedzał nas jeden lekarz ze szpitala. Miał ładny głos. Grał na gitarze i śpiewał cygańskie i rosyjskie pieśni. Wtenczas pod naszą bramą zbierał się tłum i grzecznie słuchał.

(C. D. N.)

Opracowanie: KRYSZYNA PLATAKIS

Osiemdziesiąte spotkanie Klubu Absolwenta '54

**W ramach Towarzystwa
Absolwentów i Przyjaciół
Akademii Medycznej w Lublinie
działa Klub Absolwenta '54.
Miejscem spotkań koleżeńskich,
odbywających się w każdy
pierwszy poniedziałek miesiąca
o godz. 16, jest Collegium
Novum AM, a ściślej mówiąc
sala Senatu Uczelni.**

DR DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO
PRZEWODNICZĄCA KLUBU '54

Pierwsze spotkanie odbyło się 7 października 1996 r., pięćdziesiąte – 4 grudnia 2000 roku, ostatnie osiemdziesiąte spotkanie w siedmioletniej działalności naszego Klubu – 1 września 2003 roku.

Comiesięczne zebrania gromadzą kolegów mieszkających w Lublinie i nie tylko. (niejednokrotnie przyjeżdżają również koledzy spoza stolicy województwa), stały się już tradycją. Przekazujemy sobie wiadomości o kolegach z całej Polski, niekiedy również z zagranicy, napływające do starosty Czesia Popika, przewodniczącej Klubu, czy też

innych kolegów. Dzielimy się wszystkim co dobre i złe dzieje się w życiu „Naszego niezawodnego rocznika '54” – jak pisze nasz poeta Wiesio Litwin w wierszu zamieszczonym w pamiętniku VI Zjazdu Absolwentów '54. Oto słowa:

A któryż to rocznik tak pilnie studiował?
U innych roczników zazdrość powodował
Pełne samych piątek są indeksów karty
To nasz niezawodny pięćdziesiąty czwarty.

I nie jeden rocznik chciałby sobie marzyć
Mieć tyluuczonych, wybitnych lekarzy
Podąża przez życie w mocnym szyku zwarty
To nasz niezawodny pięćdziesiąty czwarty.

Wśród wszystkich roczników, rocznik to jedyny
Przystojni tu chłopcy i piękne dziewczyny
Lekarzy elita – prawda to, nie żarty
To nasz niezawodny pięćdziesiąty czwarty!

Klub '54 wysuwa również propozycje związane z życiem naszej Almae Matris Lublinensis. Podczas jednego z zebrań, w związku z VII Zjazdem Koleżeńskim kolega Kazio Klamut – rektor AM w latach 1990-96 – zaproponował zorganizowanie i opracowanie wystawy pod tytułem „Nasi nauczyciele akademicy razem z nami” i zorganizowaliśmy tę wystawę. Wymagało to dużego zaangażowania, wiele pracy i wysiłku naszych koleżanek i kolegów. Duży wkład pracy włożyli koledzy: Klamut, Popik, Pomykalska, Miturska, Dudek, Kraszczyńska, Jagoszewska, Józwiakowski, Olezak, Komarnicki, Wróbel, Litwin i inni. W przygotowaniu wystawy pomógł nam śp. mgr Franciszek Jan Po-

stój – kustosz Gabinetu Historii AM, za co raz jeszcze wyrażamy Mu pośmiertnie serdeczne podziękowania, zachowamy wdzięczną pamięć o nim w sercach naszych. Wystawa wywarła duże wrażenie na uczestnikach VII Zjazdu Koleżeńskiego, ale nie tylko. JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański zwrócił się do nas z prośbą o przygotowanie wystawy z okazji 50-lecia AM wzbogaconej materiałami dotyczącymi innych nauczycieli akademickich nie związanych bezpośrednio z tokiem naszych studiów i taką wystawę również przygotowaliśmy.

Biogramy z wystawy publikowane były na łamach kwartalnika „Alma Mater”, w latach 1999-2001. Na ostatnie spotkanie naszego Klubu, które odbyło się w dniu 1 września br. przygotowałam kserokopie wszystkich biogramów 76 naszych nauczycieli akademickich. W związku z sześćdziesięcioleciem nauczania medycyny w Lublinie, w 2004 roku pragniemy włączyć się w nurt obchodów jubileuszu z propozycją wydania w formie książkowej pt. „Pamięci naszych niezapomnianych nauczycieli akademickich”, materiałów pochodzących z wspomnianej wystawy.

Z okazji jubileuszu 50-lecia ukończenia studiów nasz rocznik 1954 organizuje VIII Zjazd Koleżeński w maju 2004 roku, połączony z uroczystością odnowienia dyplomów lekarskich. Począwszy od października 2003 roku będziemy dodatkowo spotykać się na zebraniach organizacyjnych co trzeci poniedziałek każdego miesiąca, aby jak najlepiej przygotować się do uroczystości tak ważnej nie tylko dla nas absolwentów, ale również dla naszej Almae Matris.

*Z okazji jubileuszu
50-lecia ukończenia
studiów nasz rocznik
1954 organizuje
VIII Zjazd Koleżeński
w maju 2004 roku,
połączony
z uroczystością
odnowienia
dyplomów lekarskich*



Wola Uhruska '03

Obóz Społeczno-Naukowy zorganizowany pod patronatem JM Rektora Akademii Medycznej w Lublinie prof. dr hab. dr h. c. Macieja Latalskiego odbył się w dniach od 8-25 lipca 2003 roku.

PROF. DR HAB. KRYSZYNA LUPA
KATEDRA I ZAKŁAD FIZJOLOGII CZŁOWIEKA
AM W LUBLINIE

Z inicjatywy Wójta mgr Jana Łukasika i Rady Gminy po raz siódmy pracowników i studentów lubelskiej Akademii Medycznej zaprosiła i gościła Gmina Wola Uhruska

Z porad lekarskich przeprowadzonych w gabinetach specjalistycznych i laboratorium analitycznego skorzystało 1586 osób. Ta liczba nie obejmuje osób u których wykonano badania ankietowe lub też testy diagnostyczne. Największą frekwencję pacjentów miały gabinety: okulistyczny, prowadzony przez dr M. Latalską i dr J. Podhoreckiego (233 osoby) oraz gabinet kardiologiczny z pracownią EKG (235 osób) zorganizowany przez dr E. Stążkę. W pozostałych gabinetach przyjęto: w laryngologicznym – dr L. Grzywna – 84 osoby, w ginekologicznym – dr B. Kondracka z pracownią USG – 85 osób, w stomatologicznym – dr J. Zamościńska – 114 osób i dermatologicznym – prof. K. Lupa – 129 osób.

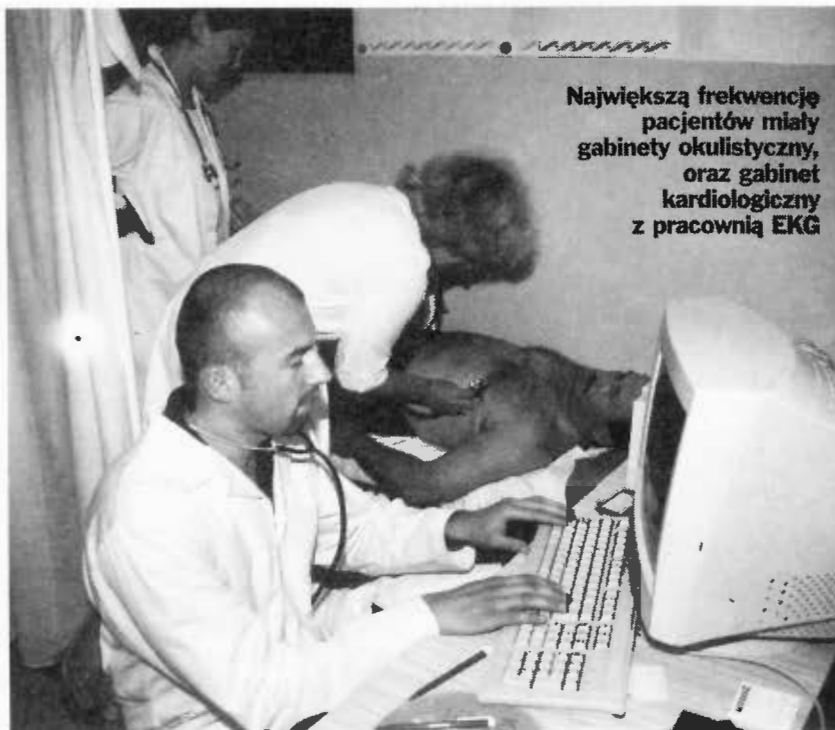
W gabinecie ortopedycznym prowadzonym przez dr M. Latalskiego i konsultowanym trzykrotnie, w trakcie trwania obozu przez prof. T. Kar-

skiego, dr Zb. Drabika i dr W. Konekę, przyjęto 83 pacjentów.

Wszyscy pacjenci ubezpieczeni, dzięki przychylności Dyrektora dr A. Borowicza i Zarządu Lubelskiego Oddziału Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia mogli realizować recepty

z przysługującymi im zniżkami. Korzystając z uprzejmości prof. J. Solskiego zorganizowano laboratorium analityczne, które przeżywało prawdziwe obłożenie osób chętnych do wykonywania analiz.

Pod kierunkiem dr B. Dumy i dr D. Dumy pracowali: mgr A. Portala i mgr J. Petkowicz. Codziennie, również poza godzinami pracy, wykonywano: morfologię krwi, OB, analizę moczu. Określano również podstawowe parametry biochemiczne krwi oznaczając poziomy: ASPAT, ALAT, glukozy, mocznika,



Największą frekwencję pacjentów miały gabinety okulistyczny, oraz gabinet kardiologiczny z pracownią EKG



kreatyniny i frakcje lipidowe osocza. Oznaczeń tych dokonano aż u 479 osób.

W pracach Obozu brała również udział rekordowa liczba (32 osoby) studentów z wydziałów: Farmaceutycznego i Oddziału Analityki, Lekarskiego i Oddziału Stomatologicznego. Koordynatorem pracy studentów był tegoroczny absolwent Wydziału Lekarskiego – lek. Krzysztof Bąk. Studenci

Można śmiało stwierdzić, że jest to gmina, która dobro mieszkańców stawia na pierwszym miejscu, dbając o poprawę stanu ich zdrowia



odrabiając praktyki wakacyjne, uczestniczyli w pracach gabinetów lekarskich, pracowni diagnostycznych i laboratorium analitycznego, a także w działalności naukowej. Wszyscy w rozmowach podkreślali, że zdobyli nowe, często dotąd nieznane doświadczenia dotyczące pracy w systemie ochrony zdrowia na wsi.

Działalność naukowa studentek kół naukowych była wyjątkowo ożywiona. Medycy ze Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Kardiologii pod kierunkiem opiekuna koła **dr E. Mazur-Stążki** u pacjentów zgłaszających się do gabinetu kardiologicznego zwracali uwagę na tzw. czynniki ryzyka chorób serca i układu krążenia: otyłość, hiperlipidemię, palenie tytoniu i styl życia pacjenta. Oni też wygłosili trzy wykłady dla mieszkańców Woli, wykorzystując przy tym prezentacje komputerowe, na temat: chorób cywilizacyjnych (choroby nadciśnieniowej i niedokrwiennej serca) oraz profilaktyki tych chorób.

Studenckie Koło Naukowe z Katedry Medycyny Rodzinnej pod kierunkiem **dr P. Książka** zajmowało się oceną uwarunkowań życia rodzin wiejskich. Zwrócono uwagę na częste współistnienie w wielu chorobach somatycznych u osób w badanej populacji zaburzeń zachowania, takich jak depresje i stany lękowe. Zajmowano się także diagnostyką i leczeniem chorób metabolicznych z różnymi typami otyłości, cukrzycy oraz chorobami tarczycy.

Podobnie jak w latach ubiegłych Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Patomorfologii, które prowadziła **dr A. Korolczuk** współpracowało z gabinetem ginekologicznym i laryngologicznym. Celem profilaktyki raka szyjki macicy pobrano i wykonano preparaty cytologiczne z tarczy i kanału szyjki macicy od 73 kobiet. Pobrano też 30 preparatów cytologicznych z jamy ustnej i gardła.

Studenci z Wydziału Farmaceutycznego zbierali materiał do prac magisterskich. W ok. 400 badaniach ankietowych oceniano stan zdrowia i warunki życiowe mieszkańców gminy, badania te zlecone zostały przez Katedrę i Zakład Higieny. W ramach działalności Studenckiego Koła Naukowego z Katedry i Zakładu Fizjologii





Człowieka oceniano wydolność układu oddechowego wykonując badania spirometryczne. Zwrócono uwagę na sprawność wentylacyjną płuc w różnych grupach zawodowych i u osób palących. Przeprowadzono też badania ankietowe na temat zaburzeń snu u 90 osób. Zaburzenia te dotyczą wielu osób w środowisku wiejskim.

Pomimo wielu zajęć związanych z pracą usługową i naukową uczestnicy obozu znajdowali czas na wiele atrakcji rozrywkowych. Organizowano wycieczki rowerowe, ogniska, mecze piłki nożnej i siatkowej, dyskoteki. Młodzież studencka ze wszystkich wydziałów stanowiła zintegrowaną i zdyscyplinowaną grupę, oraz niezwykle taktowną wobec kadry i pacjentów.

Ta letnia akcja prowadzona od siedmiu lat w Woli Uhruskiej zawdzięcza swoje powodzenie dzięki staraniom Wójta Gminy – mgr **Jana Łukasika**, Rady Gminnej pod przewodnictwem **Romana Łukasiewicza** oraz **Łucji Łukasiewicz**, która od wielu lat z ogromną rzetelnością oraz skrupulatnością współpracuje i pomaga prowadzić obóz zajmując się stroną techniczną (rejestracją pacjentów, wyżywieniem i zakwaterowaniem).

Można śmiało stwierdzić, że jest to gmina, która dobro mieszkańców stawia na pierwszym miejscu, dbając o poprawę stanu ich zdrowia; w ciągu tych lat pomiędzy uczestnikami obozu i mieszkańcami Gminy nawiązano wiele przyjaźni, które owocują kontaktami podczas całego roku. Relacje z obozu przekazywali: telewi-

zyjna Panorama Lubelska i prasa regionalna.

Obóz wizytowali: Prorektor ds. Nauki Akademii Medycznej w Lublinie – **prof. dr hab. Kazimierz Głowniak**, Dziekan Wydziału Pielęgniarskiego – **prof. dr hab. Irena Wrońska**, Dyrektor ds. Osobowych Akademii Medycznej – **mgr Maciej Juszczyk**.



Medycyna wobec zagrożeń cywilizacyjnych XXI wieku

W dniach 17-18 maja 2003 r. odbyła się
w Spale II Ogólnopolska Konferencja
Naukowa „Medycyna a zagrożenia
cywilizacyjne XXI wieku”.

PCHOR. PIOTR ŚWINIARSKI
PCHOR. MICHAŁ PATYK
PCHOR. MICHAŁ ORCZYKOWSKI
PCHOR. BERNARD RABANIUK
STUDENCI
WYDZIAŁU WOJSKOWO-LEKARSKIEGO
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

Organizatorem konferencji był Wydział Wojskowo-Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Oddział Łódzki Międzynarodowego Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland. Patronat Honorowy nad konferencją objęli: Jego Magnificencja Rektor UM w Łodzi – **prof. dr hab. Andrzej Lewiński**, Minister Edukacji Narodowej i Sportu – **Krystyna Lybacka**, Minister Obrony Narodowej – **Jerzy Szmajdziński**, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej – **Marek Balicki**, Wojewoda Łódzki – **Krzysztof Makowski**.

Pierwszy dzień to zasadnicza część konferencji – cykl tematycznych wykładów. Naszym gościem honorowym

była Dziekan Wydziału Farmaceutycznego **prof. dr hab. Jadwiga Szymańska** oraz Dziekan Wydziału Wojskowo-Lekarskiego **prof. dr hab. Jan Błaszczyk**.

Po uroczystym otwarciu odbył się wykład inauguracyjny **plk prof. dr hab. Zbigniewa Kwiasowskiego**, który przedstawił podział oraz zarys współczesnych i przewidywanych zagrożeń cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem niebezpieczeństw militarnych. W czasie krótkiej przerwy odbyła się prezentacja aparatury do magnetostymulacji.

Kolejnym wykładowcą był **dr n. med. Tadeusz Pietras**, który w sposób niezwykle zajmujący opowiedział zebranym o jednej z przyczyn zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – stresie. Jednocześnie udzielił wielu praktycznych rad związanych z partnerską pracą w grupie znajomych, studentów, zespole naukowym.

Nikomiu na pewno nie jest obcy problem otyłości. Około kilkudziesięciu procent naszego społeczeństwa ma

problem z nadwagą lub otyłością. Właśnie o tym zagrożeniu przeprowadził wykład **dr n. med. Konrad Szosland** pt. „Otyłość – ciężący problem XXI wieku”. W sposób niezwykle przystępny i jednocześnie pokazując najnowsze wyniki badań międzynarodowych w tym zakresie, przekazał wiedzę niezbędną dla lekarzy rodzinnych.

W drugiej części wykładów, gdy uczestnicy i zaproszeni goście nabrali sił po wysmienitym obiedzie, wystąpiło kolejnych czterech prelegentów. Na początek, **Aleksander Waśniowski** z Poznania mówił o niebezpieczeństwach czujących na nich podczas zagranicznych podróży. Zebrani mogli podziwiać bogaty zbiór barwnych slajdów, które dokumentowały wiele egzotycznych eskapad wykładowcy. Była to także praktyczna nauka dla naszych koleżanek i kolegów – studentów medycyny, którzy w tym, bądź w następnych latach będą mieli okazję przebywać na zagranicznych praktykach wakacyjnych organizowanych przez IFMSA-Poland. Wiele osób miało okazję po raz pierwszy zobaczyć, jak wygląda mały szpital na terenie Afryki, usłyszeć o stosowanych tam formach terapii, a także poznać dzięki tej prezentacji elementy kultury oraz zachowań mieszkańców krajów Trzeciego Świata.

Jak wielkim zagrożeniem, do którego dochodzi bardzo często w czasie wypadków na drodze, są obrażenia klatki piersiowej przedstawił w swoim wykładzie **dr n. med. Waldemar Machała**, specjalista anestezyjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej. Zaprezentował on najczęstsze rodzaje obrażeń klatki piersiowej, możliwości ich szybkiej diagnostyki i leczenia, które w tych przypadkach są jednocześnie ratowaniem życia. Można się spotkać z nimi często pracując w Pogotowiu Ratunkowym, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, czy Oddziale Intensywnej Terapii. Na koniec wykładu mogliśmy zobaczyć autorski film, pokazujący praktyczną metodę drenażu jamy opłucnowej; metody leczenia odmowy opłucnowej, która jest często następstwem urazów komunikacyjnych.

Natomiast **prof. dr hab. Krzysztof Kula** zaprezentował naukowe poglądy na temat odmienności seksualnej ludzi. Poza względami czysto naukowymi, wykład ten traktował także o tolerancji, której nieustannie powinniśmy się uczyć i być wyczulonym gdy nie jest ona przestrzegana; w szczególności w stosunku do naszych pacjentów.

Ostatnie wystąpienie traktowało o bodajże najnowszym zagrożeniu XXI wieku – zespole ostrej niewydolności oddechowej – SARS. Wykład kończący część merytoryczną konferencji wygłosił oraz jej podsumowania dokonał ostatni Rektor Wojskowej Aka-



demii Medycznej **prof. dr hab. Krzysztof Zeman**.

Po strawie dla umysłu, nadszedł czas na strawę duchowo-cieleśną czyli bankiet integrujący. Oficjalnego i uroczystego otwarcia spotkania podjął się Opiekun Komitetu Organizacyjnego naszej Konferencji, Dziekan Wydziału Wojskowo-Lekarskiego **prof. dr hab. Jan Błaszczyk**. Impreza trwała do późnych godzin nocnych dzięki zespołowi muzycznemu, który nie pozwalał uczestnikom zejść z parkietu.

Następnego dnia, po wzmocnieniu się przepyszny śniadaniem, uczestnicy mieli do wyboru kilka możliwości spędzenia niedzielnego przedpo-



łudnia. Większa część z nich uczestniczyła w przygotowanych przez Koło Naukowe Studentów Socjologii „4 Fala” warsztatach socjologicznych „Trening interpersonalny z elementami pracy w grupie”, inni wyruszyli na spacer do Centralnego Ośrodka Sportu w Spale, zaś pozostali na własną rękę zwiedzali nadpilicą okolicę. Po tych atrakcjach, studenci wrócili do Łodzi by móc jeszcze zwiedzić ulicę Piotrkowską i Muzeum Miasta Łodzi.

Podziękowania należą się wszystkim, bez których konferencja nie doszłaby do skutku: gościom honorowym, wykładowcom, koleżankom i kolegom z komitetu organizacyjnego oraz wszystkim, którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do wspólnego przedsięwzięcia. Słowa uznania należą się tym miejscu właścicielom restauracji „Pod Żubrem” w Spale, w której to odbywała się konferencja. Klimat miejsca, budowany wszechobecnymi trofeami łowieckimi pochodzącymi z czasów życia prezydenta Ignacego Mościckiego i cara Mikołaja II, oraz bardzo smaczne posiłki złożyły się na sukces logistyczny konferencji. Pogoda nas nie zawiodła, a przepiękna okolica była znakomitym miejscem na krótki, majowy odpoczynek od zgiełku dużych miast. Wierzmy, że nasza Konferencja na stałe wpisze się do kalendarza imprez studentów medycyny. Czekaemy na Was w przyszłym roku.

Do zobaczenia.



Erasmus w Portugalii

Nigdy nie przypuszczałem, że przydarzy mi się tak piękna przygoda w życiu jak wyjazd za granicę w celu zrealizowania części studiów.

MAREK JUDA

STUDENT V ROKU
ODDZIAŁU ANALITYKI MEDYCZNEJ
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE
PRZY KATEDRZE I ZAKŁADZIE
MIKROBIOLOGII FARMACEUTYCZNEJ
AM W LUBLINIE

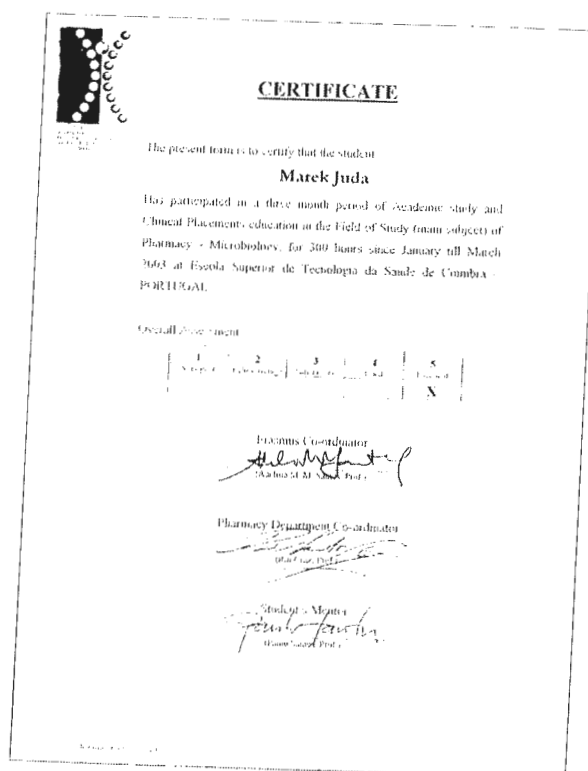
Wszystko zaczęło się w listopadzie 2002 roku, kiedy to dowiedziałem się, że mam szansę na wyjazd do Portugalii na okres trzech miesięcy w ramach Programu Sokrates/Erasmus. Jest to program krajów Unii Europejskiej, który umożliwia wymianę studencką pomiędzy uczelniami partnerskimi. Wyjazd taki trwa minimum trzy miesiące, lecz nie dłużej niż rok, a studenci zakwalifikowani do wyjazdu otrzymują stypendium na pokrycie części kosztów pobytu za granicą.

To za udziałem **prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka**, Prorektora do spraw Nauki oraz **mgr Marii Grudzińskiej** z Prorektoratu do spraw Nauki, została nawiązana współpraca z Esco-

la Superior de Tecnologia da Saude w Coimbrze, która kształci między innymi farmaceutów i analityków klinicznych.

Tuż po zdaniu egzaminów i uzyskaniu zaliczeń oraz załatwieniu wszystkich formalności, już 10 stycznia 2003 roku z biletem w ręku oczekiwałem na lotnisku Okęcie na samolot, który miał

mnie zabrać aż na trzy miesiące do nowego państwa, nowej kultury i nowych przyjaciół. Byłem pełen nadziei, ale i obaw czy poddam nowej sytuacji i nie zawiódę osób, które pozostawiłem w Polsce. Jeszcze tego samego dnia, późnym wieczorem znalazłem się w Coimbrze, mieście gdzie miałem spędzić kolejne dwanaście tygodni.



Certyfikat potwierdzający odbycie stypendium w ramach Programu Erasmus



Widok na Lizbonę

**Uniwersytet
w Coimbrze jest
najstarszą uczelnią
w Portugalii i jednym
z najstarszych
uniwersytetów
w Europie. Założono
go w 1290 roku.**



W programie brało udział czternaście osób z takich krajów jak: Belgia, Holandia, Norwegia, Czechy, Węgry oraz ja, jedyny przedstawiciel naszego kraju. Wśród osób tych przeważali przyszli radiolodzy, ale byli również studenci fizjoterapii (Belgia), oraz analityki klinicznej (Węgry, Polska). Na miejscu okazało się, że będąc studentem ostatniego roku analityki medycznej w trakcie pisania pracy ma-

gisterskiej, zostaną włączony do badań naukowych prowadzonych w Zakładzie Mikrobiologii, Wydziału Medycznego, Uniwersytetu w Coimbrze.



Program Erasmus to czas nauki...



...szansa zawarcia nowych przyjaźni



Przez pierwsze trzy tygodnie pobytu w Escola Superior odbywały się zajęcia z języka portugalskiego oraz kultury tego kraju, prowadzone przez koordynatora Programu Erasmus w wyżej wymienionej szkole, **prof. Adelino Santos**. Dodatkowo na Uniwersytecie uczestniczyłem w zajęciach teoretycznych, które przygotowywały mnie do przyszłych zajęć praktycznych. Tak też po tym okresie wstępnym rozpoczą-

System nauki na uniwersytetach w Portugalii jest bardzo podobny do tego w Polsce, aczkolwiek różnica dotyczy otrzymania stopnia magistra.

łem swój udział w działalności naukowej Zakładu Mikrobiologii, pod kierownictwem **prof. Teresy Goncalves**. Badania te były częścią większego projektu, wspieranego w ramach Portugalskiej Agencji Naukowej i dotyczyły one kolonizacji przez drożdżaki organizmu ludzkiego. Wyjściowy materiał do badań stanowiły wymazy ze skóry, tylnej ściany gardła oraz pochwy, pochodzące od pacjentów z oddziałów dermatologii, chorób zakaźnych i ginekologii. Każdego z pacjentów kwalifikowano do jednej z dwóch grup:

- grupa kontrolna, czyli pacjenci bez dysfunkcji w obrębie układu immunologicznego;

- pacjenci z obniżoną odpornością; tę grupę stanowiły osoby zakażone wirusem HIV lub z pełnoobjawowym AIDS.

Byłem odpowiedzialny za kolekcjonowanie materiału do badań, izolację drożdżaków na podłożu Sabourad'a, wstępną identyfikację makroskopową i mikroskopową oraz identyfikację gatunkową przy użyciu mikrore-

stów Api 32C (BioMerieux). Brałem również udział w diagnozowaniu zakażeń wirusowych, przy zastosowaniu techniki PCR, przeprowadzanych w Pracowni Wirusologicznej, Uniwersytetu w Coimbrze.

Uniwersytet w Coimbrze jest najstarszą uczelnią w Portugalii i jednym z najstarszych uniwersytetów w Europie. Założono go w 1290 roku. Po kilkakrotnych przenosinach do Lizbony, sytuację prawną uczelni ostatecznie uregulowano w 1537 roku. Obecnie słynie ona z wysokiego poziomu nauczania i uważana jest za bardzo prestiżową, mimo że studiuje tu znacznie mniej osób niż w Lizbonie. Stare budynki uniwersyteckie wyróżniają się przepiękną architekturą, a na uwagę zasługuje przede wszystkim słynna barokowa biblioteka Joanina, pochodząca z XVIII wieku, będąca skomplikowaną, barokową konstrukcją, której patronem jest król Jan V. Wnętrze urządzone jest z ogromnym przepychem i rozmachem. Szczególne wrażenie robią drewniane elementy malowane tak, by do złudzenia przypominały marmur oraz sufit pieczołowicie zdobiony freskami. Zabudowania uczelni pochodzą z XVI wieku, kiedy to król Jan III na stałe przeniósł uczelnię do Coimbrzy. Otaczają one Patio dos Escolas, na którym wznoszą się pomniki dostojnego monarchy Jana III oraz barokowa wieża zegarowa zwana *A Coبرا* (koza). Jednym z najpiękniejszych miejsc jest Sala dos Capelos (Sala Profesorów), do której prowadzą pięknie zdobione schody, a można w niej podziwiać m. in. portrety królów portugalskich. Obecnie odbywają się tu uroczystości nadania tytułów naukowych. Kaplica (Capel) wyróżnia się niezwykle bogactwem zdobień, m. in. wspinające azulejos, spiralne kolumny, wyszukane barokowe organy i pokryty freskami sufit.

System nauki na uniwersytetach w Portugalii jest bardzo podobny do tego w Polsce, aczkolwiek różnica dotyczy otrzymania stopnia magistra. W przypadku nauk przyrodniczych po ukończeniu studiów (czas trwania zależy od kierunku: od czterech do pięciu lat), należy odbyć staż, po którym osoba chcąc uzyskać ten stopień musi zdać końcowy egzamin, a po nim

ma około dwóch lat na przygotowanie pracy magisterskiej.

Oczywiście, w trakcie nauki i pracy nie zabrakło czasu na zwiedzenie samej Coimbrzy i innych uroczych zakątków Portugalii. Coimbra razem z Guimares, Lizboną i Porto należy do historycznych stolic Portugalii; była nią przez ponad sto lat (1143-1255). Miasto oprócz sławnego Uniwersytetu może poszczycić się dwiema katedrami i kilkunastoma mniejszymi kościołami oraz starymi rezydencjami. Do tych najważniejszych należy zaliczyć: *Se Velha* (Stara Katedra), która obecnie jest jednym z najbardziej charakterystycznych zabytków architektury romańskiej w Portugalii; kryptoportyk (*Cryptoportico*) z czasów rzymskich, który mieści się w podziemiach byłego pałacu biskupiego (obecnie *Museo Machado de Castro*); piękne ogrody i parki: ogród botaniczny (*Jardim Botânico*), kolo którego podziwiać można robiące ogromne wrażenie pozostałości po XVI-wiecznym akwedukcie (*Aqueduto de Sao Sebastiao*); park Portugal do Pequenitos, czy też mały ogród *Iez* (*Quinta das Lagrimas*). Mimo licznych zabytków, z których tak dumni są mieszkańcy, oraz długiej tradycji uniwersyteckiej, Coimbra pozostała niewielkim, prowincjonalnym miasteczkiem. A jednak panująca tu atmosfera, a także sklepy, galerie i kawiarnie, których nie powstydziłaby się nawet Lizbona, wciąż przypominają o wyjątkowym miejscu Coimbrzy w historii Portugalii. Ale kraj ten to również inne piękne zakątki o których należy w tym miejscu wspomnieć: *Fatima* – miejsce niestrudzonych pielgrzymek ludzi o różnych wyznaniach z całej Europy i świata; *Porto* z niepowtarzalną atmosferą i dzielnicą *Vila Nova de Gaia*, słynącą z produkcji sławnego wina porto; *Lizbona* – Kulturalna Stolica Europy z przepięknymi zakątkami i niesamowitym widokiem z ogromnego posagu *Christo Rei* (portugalską wersję słynnego pomnika z *Rio de Janeiro* z 1959 roku); *Sintra* z niepowtarzalnie romantyczną atmosferą *Quinta de Regaleira*; *Montemor-o-Velho* z potężnym zamkiem; *Conimbriga* z wykopaliskami dawnego rzymskiego miasta pochodzącego od II do IV wieku n. e., czy chociażby niezapo-

mniane zachody słońca z pięknych plaż *Cascais* czy *Figueira da Foz*.

Portugalia to również niesamowite smaki potraw jak *bacalhau*, przygotowywanej z suszonego i solonego dorsza, dania mięsne przyprawiane ostrym sosem *piri-piri*, czy chociażby wykwintne porto. To tutaj po raz pierwszy usłyszałem *fado*, czyli najtrudniejszy gatunek muzyki portugalskiej. Przypuszcza się, że te liryczno-sentymentalne melodie wywodzą się z pieśni afrykańskich niewolników. Najśłynniejszą piosenkarką i wykonawczynią tego rodzaju muzyki jest *Amelia Rodrigues*, która zmarła w 1999 roku. Obecnie jej miejsce zajęła młodzieżka *Mariza*, której przepiękne interpretacje muzyki *fado* możemy podziwiać na płycie „*Fado em mim*”.

Szybko minęły trzy miesiące; czas ten był wypełniony nauką, wycieczkami po zakątkach Portugalii i towarzyskim życiem studenckim. Z wieloma wspomnieniami i niezapomnianymi wrażeniami, wróciłem do Polski. Jednak tęsknota do zakątków Portugalii, a może przede wszystkim do nowych przyjaciół, która narodziła się już podczas lotu do ojczystego kraju, wywołała we mnie chęć powrotu do tego kraju. Mam nadzieję, że już niedługo będę mógł zrealizować to marzenie, a teraz wiem, że one naprawdę się spełniają...

Chciałbym jednocześnie złożyć wielkie podziękowania władzom Akademii Medycznej w Lublinie, a w szczególności prof. dr hab. Kazimierzowi Główniakowi za możliwość wyjazdu i mgr Marii Gruzińskiej za życzliwą pomoc oraz dr hab. Annie Malm, kierownikowi Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej, za zaufanie jakim mnie obdarzyła umożliwiając mi ten wyjazd, mimo iż wymagało to przerwania na prawie trzy miesiące badań w ramach mojej pracy magisterskiej. Mam nadzieję, że studenci Wydziału Farmaceutycznego naszej uczelni będą mogli nadal korzystać ze stypendiów w ramach Programu *Socrates/Erasmus*, który pozwala na zdobycie nowej wiedzy, dokształcenie języka angielskiego, poznanie nowej kultury, nowych miejsc i zawrzeć nowe przyjaźnie, ale wyjazd taki to również bardzo dobra szkoła życia.

Studenci pielęgniarskich studiów licencjackich w Norwegii

**Kolejna grupa studentów
pielęgniarstwa, dzięki staraniom
Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa
i Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Ireny
Wrońskiej, miała okazję wyjazdu na
stypendium zagraniczne.**

**IWONA MOGIELNICKA
BERNARD DUTKOWSKI**

STUDENCI II ROKU
STUDIÓW LICENCJACKICH
WYDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
AM W LUBLINIE

Celem pobytu była wymiana studentów z krajów kandydujących do Unii Europejskiej, zapoznanie ich z norweskim systemem opieki zdrowotnej i organizacją opieki pielęgniarskiej w szpitalu oraz porównanie opieki pielęgniarskiej w Polsce i Norwegii. Stypendium było zrealizowane w ramach programu *Leonardo da Vinci*, lecz w nowo powstałej wersji *Linking Up*, dotyczącej praktycznej nauki zawodu. Organizatorem stypendium w okresie od 6 lutego do 5 marca

2003r. była Wyższa Szkoła w Oslo (Hochschule Oslo – HIO).

Pobyt w Oslo rozpoczynał się dwoma seminariami, które odbyły się 10 i 11 lutego 2003 r. Spotkania te dotyczyły organizacji pracy norweskiej służby zdrowia, systemu opieki zdrowotnej, procesu edukacji w szkolnictwie norweskim, poznania zasad funkcjonowania nowoczesnego szpitala norweskiego. Uczestnicy wyjazdu brali także udział w seminarium poświęconym opiece nad pacjentami w wieku geriatrycznym, podczas którego został omówiony i przedstawiony plan praktyk na oddziale geriatrycznym. W seminarium udział wzięli polscy studenci z kierunków: pielęgniarstwo, pedagogika, resocjalizacja, administracja i opieka socjalna, a także studenci z Francji, Anglii, Włoch, Węgier, Rumunii, Estonii, Litwy i Łotwy, oraz nauczyciele akademicy z tych krajów i Wyższej Szkoły w Oslo.

Oczekiwania uczestników programu związane z programem *Linking Up* dotyczyły:

- ▶ zdobycia nowych doświadczeń związanych z pracą w oddziale geriatrycznym z pacjentami dotkniętymi demencją starczą;
- ▶ zapoznania się z zasadami funkcjonującymi w szpitalu norweskim i porównanie poziomu opieki zdrowotnej w Polsce i Norwegii;

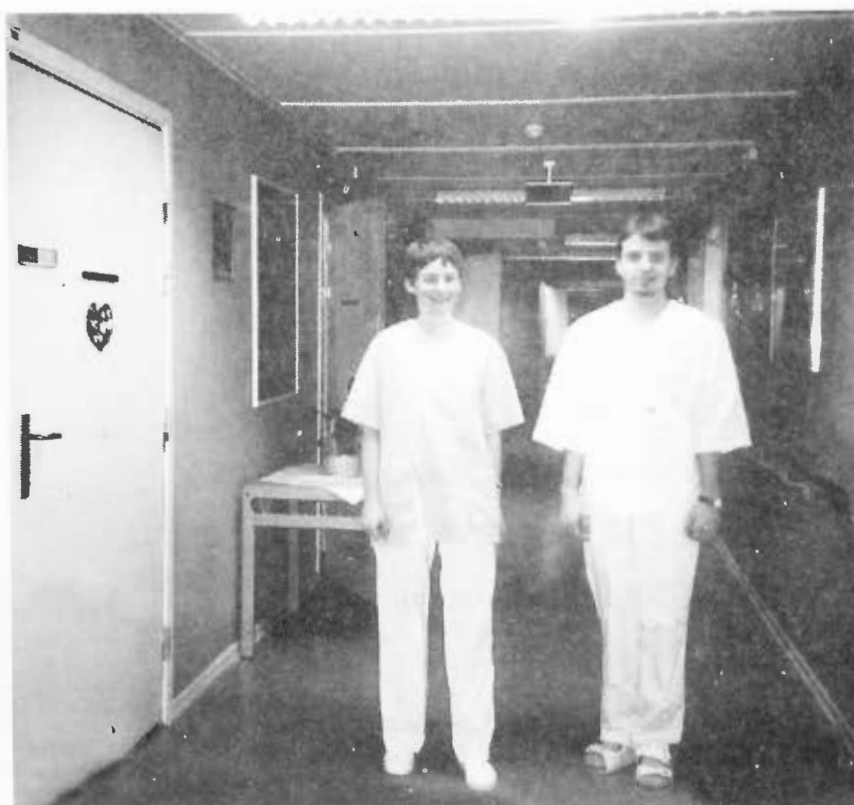


Budynek Wyższej Szkoły w Oslo (Hochschule in Oslo – HIO)

- ▶ sprawdzenia praktycznych umiejętności z zakresu opieki pielęgniarzkiej świadczonej pacjentowi na oddziale;

- ▶ poznania odrębności kulturowych;
- ▶ zapoznania się z norweskimi studentami, nauczycielami i nawiązanie nowych znajomości, które mogą okazać się owocne w przyszłości.

Studenci podczas pobytu zostali zakwaterowani w domach studenckich. Zaproponowane warunki zakwaterowania były wygodne – pokoje jedno-osobowe, dla siedmiu osób była przeznaczona wspólna kuchnia z pełnym wyposażeniem oraz dla dwóch osób jedna łazienka. Akademicy byli zlokalizowani o czterdzieści minut drogi komunikacją miejską od miejsca praktyk. Każda grupa uczestników została przywitana bardzo ciepło, na dworcu oczekiwali opiekunowie – lektorzy z HIO, których zadaniem było zapoznanie z topografią miasta i przekazanie cennych informacji na temat praktycznego funkcjonowania w nowym miejscu.



Stypendyści: Iwona Mogielnicka i Bernard Dutkowski na oddziale geriatrycznym podczas odbywania praktyk zawodowych

Porównanie świadczonej opieki pielęgniarskiej w Polsce i Norwegii

Doświadczenia i obserwacje poczynione podczas pobytu pozwoliły dokonać porównań świadczonej opieki pielęgniarskiej i organizacji pracy pomiędzy systemem opieki pielęgniarskiej w Polsce i Norwegii. Były one następujące:

▶ zespół opiekuńczy składający się z pielęgniarki, asystentki pielęgniarki oraz osoby będącej pomocą asystentki pielęgniarki sprawował opiekę nad 7 pacjentami;

▶ czynności pielęgniarskich nie były wykonywane na określoną godzinę czy czas bowiem każdemu pacjentowi poświęcano tyle czasu, ile potrzebował;

▶ praca zespołowa zapewniała wysoki standard świadczonej opieki;

▶ pielęgniarka norweska ma większą swobodę działania, a z tym związaną także większą odpowiedzialność;

▶ pielęgniarki pracujące na nocną zmianę pracowały 4x w tygodniu tylko w nocy;

▶ pielęgniarka nocna rozdelała leki na cały tydzień, druga sprawdzała, a trzecia podawała pacjentowi;

▶ pielęgniarki norweskie nie posiadają uprawnień w zakresie podawania leków drogą iniekcji;

▶ realizowane były w praktyce szeroko rozumiane prawa pacjenta, będące wyrazem upodmiotowienia działań pielęgniarskich;

▶ każdy pacjent miał zapewnioną jedno-osobową salę, natomiast wspólną jadalnię i pokój dziennego pobytu.

Doświadczenie z pobytu ubogaciło studentów nie tylko w nową wiedzę i praktykę zawodową, ale również w nowe spojrzenie na pracę i wartość pielęgniarki.



Na pierwszym planie Bernard Dutkowski, w oddali panorama Oslo oraz norweskie fiordy

Realizowane praktyki odbywały się na oddziale geriatrycznym w St. Hanshaugen Omsorgssenter. Trwały trzy tygodnie po sześć godzin dziennie, od poniedziałku do piątku. Ważnym elementem organizacji wymiany w ramach programu stypendialnego jest fakt, że powyższe praktyki w ramach obowiązujących uzgodnień programowych w zakresie przyporządkowywania punktów ECTS poszczególnym przedmiotom będą mogły być zaliczone zgodnie z przyjętym planem studiów na roku trzecim studiów pielęgniarstwa licencjackich w Lublinie. Studenci w ramach praktyk zajmowali się opieką nad osobami starszymi mającymi trudności z samodzielnym funkcjonowaniem w społeczeństwie. W zakres czynności wykonywanych wchodziły:

- pomoc w czynnościach samoobsługowych pacjenta, tj. toaleta, karmienie, ubieranie, przemieszczanie pacjentów;
- pomoc i asystowanie w podawaniu leków;
- zmiana opatrunków.

Oprócz wymienionych działań stypendyści dokonywali analizy dokumentacji pielęgniarstwa i lekarskiej, obserwacje pracy personelu na oddziale, poszukiwano różnic pomiędzy pracą polskich i norweskich pielęgniarek (różnice w technice wykonywania zabiegów pielęgniarstwa), porównywana była organizacja pracy na oddziale oraz poziom opieki świadczonej w tego typu oddziałach, sposoby radzenia sobie personelu z problemami związanymi z opieką nad pacjentem oraz sposoby ich rozwiązywania.

Bardzo pożyteczna była wizyta w bibliotece uniwersyteckiej wydziału pielęgniarstwa, w której można było znaleźć mnóstwo wartościowych i interesujących pozycji związanych z każdą specjalnością pielęgniarstwa.

Doświadczenie z pobytu na stypendium w Norwegii ubogaciło studentów nie tylko w nową wiedzę i praktykę zawodową, ale również w nowe spojrzenie na pracę i wartość pielęgniarki, społeczny odbiór jej przez ludzi na rzecz, których wykonuje swoją pracę. Wartością niezapomnianą by-



ło także poznanie nowych osób, ich tradycji kulturowych, pięknej architektury i norweskiej przyrody.

Stypendyści bogaci w nowe wrażenia wyniesione z pobytu w Oslo pragną złożyć podziękowania Pani Dziekan **prof. dr hab. Irenie Wrońskiej**, władzom naszego Wydziału i Uczelni za możliwość uczestniczenia w Programie *Linking Up*, który pozwolił na

zdobyć szerszych horyzontów patrzenia na świat. Serdecznie podziękowania kierowane są również do opiekunek naszego roku **dr n. med. Barbary Ślusarskiej** i **dr n. med. Danuty Zarzyckiej** za podtrzymywanie na duchu i pomoc w podjęciu decyzji wyjazdu. Wyrażamy także podziękowania pod adresem **mgr Marii Grudzińskiej**, która koordynowała przebieg wyjazdu.

Jedziemy do Kazimierza!

**Wyjazd integracyjny członków Polskiego
Towarzystwa Studentów Stomatologii na
majówkę (1-3 maja 2003 r.)**

SYLWIA ORŁOWSKA

IV ROK ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
ALEKSANDRA CZERKAS
III ROK ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
AM W LUBLINIE

Młodzi aktywiści z poznańsko-wrocławsko-lubelskich oddziałów stomatologicznych z utęsknieniem czekali na tegoroczne święto pracy. Serce każdego z nich rwało się do pierwszomajowego pochodu. Więc wzięli swoje ulubione pasty do zębów w plecaki i ruszyli do tego, powstałego w XVII w. sławnego miasteczka nad Wisłą. Pogoda była jak na zamówienie, a doborowe towarzystwo i to, co Kazimierz oferuje, pozwoliło spędzić czas wesoło i przyjemnie.

Biel ruin zamku, odcinająca się od zieleni drzew porastających wzgórze, rynek z różnorodnością otaczających go kamieniczek, cieniste wąwozy czy panorama z Góry Trzech Krzyży... Te widoki na pewno pozostaną w pamięci każdego, kto je zobaczył. A magia tego miejsca to przecież nie tylko architektura i przyroda. Miasteczko słynie również z czerwonych przegładów

muzyki ludowej i odbywających się w sierpniu festiwali filmowych. Trwający właśnie turniej rycerski, pokazy tańca flamandzkiego czy poznawanie tajników walki w wielokilogramowej zbroi i z wielkim mieczem w rękę uświetniły pobyt lubelskich studentów.

Wieczorem, pragnąc zintegrować się z otoczeniem, grupa urządziła ognisko nad brzegiem Wisły. W tańcach, a przede wszystkim śpiewach dzielnej młodzieży towarzyszyły chętnie do pomocy małe, zielone żabki.

Najedzeni i nasytzeni majową radością studenci ruszyli do miejsca noclegu, by tam skończyć wieczór wspólnym testowaniem pasty, a szczególnie jej działania na skórę i inne, znajdujące się w najbliższym sąsiedztwie badanych osób przedmioty. Stwierdziwszy doskonałą skuteczność i jednocześnie wydajność powierzchniową tejże pasty, wspaniali podróżnicy legli jak kłody w swoich posłaniach.

Następnego dnia, kierowani głosem serca, ruszyli w stronę widocznego z Baszty przewężenia, gdyż dręczyła ich myśl, co kryje się na drugim, niezdołanym dotąd brzegu Wisły. Chcieli jak najszybciej i najbezpieczniej po-

konać rzekę w bród. I byliby osiągnęli zamierzony cel, gdyby nie przypadek, który sprawił, że na ich drodze zjawiał się prom. Tym oto sposobem wszyscy, za odpowiednią opłatą, znaleźli się na drugiej stronie.

Przepiękny niegdyś zamek w Janowcu (jedna z najokazalszych rezydencji magnackich w XVIII w.) zachwycał grupę niezmordowanych zdobywców swoim urokiem. Jego dobrze zachowane ruiny, rozciągające się na wzgórzu wywarły na nich wrażenie. Idąc parkiem doszli do małego dworku i Spichlerza, w którym aktualnie znajdowały się zabytkowe pojazdy, jak np. „czortopchajka”.

W drodze powrotnej grupa zahaczyła o Nałęczów – uzdrowisko o unikalnym klimacie, szczególnie cenione przez kuracjuszy z dolegliwościami kardiologicznymi. Tradycje tego miejsca podtrzymywane są również przez liczne koncerty, spotkania literackie, a także konferencje naukowe. Po spacerze, w ciszy parkowych alei i po wypitych hektolitrach wody mineralnej – bo już tylko na tyle było nas stać – nie pozostało nic więcej niż powrót do Lublina, wypełnionym po brzegi autobusem. Zmęczenia na twarzach kazimierskich pielgrzymów nie dało się ukryć, tym bardziej, że wraz z pierwszym odgosem silnika pozasypiali wtuleni w siedzących obok sąsiadki i sąsiadów.

Pomysł wyjazdu okazał się trafiony.

**Pogoda była jak
na zamówienie,
a doborowe
towarzystwo i to,
co Kazimierz
oferuje, pozwoliło
spędzić czas
wesoło
i przyjemnie**



Fotografował: Jacek Zieliński

Magia tego miejsca to przecież nie tylko architektura i przyroda..

Trzy miesiące w Portugalii

► Program Sokrates-Erasmus

Dzięki programowi Sokrates-Erasmus studenci naszej Uczelni mogą podczas kilku miesięcy studiować na uczelniach w Hiszpanii Portugalii i Francji. W okresie wakacji dwie studentki szóstego roku Kinga Klimowicz, oraz autorka artykułu – Magdalena Kwiatosz otrzymały możliwość spędzenia trzech miesięcy w Lizbonie – stolicy Portugalii.

MAGDALENA KWIATOSZ

STUDENTKA VI ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Od czerwca do września odbywałyśmy praktykę w szpitalu Santa Maria, związanym z Wydziałem Medycznym Uniwersytetu Lizbońskiego. Związanym także w sensie zupełnie dosłownym, ponieważ wszystkie katedry (zarówno kliniczne jak i teoretyczne) oraz administracja wydziału mieszczą się właśnie w tym szpitalu, co zresztą stanowi duże ułatwienie dla studentów. Nam także pomogło to w załatwieniu koniecznych formalności. Również położenie szpitala w samym centrum miasteczka akademickiego było dużą zaletą.

Każda z nas odbywała zajęcia w wybranych przez siebie oddziałach. W mo-

im przypadku były to: anestezjologia, radiologia i medycyna ratunkowa. W każdej klinice pozostawałam pod opieką wyznaczonego mi lekarza.

Podczas pięciu tygodni zajęć na anestezjologii niemal każdy tydzień spędziłam w innej części szpitala. Przyglądałam się pracy anestezjologów na położnictwie i ginekologii, chirurgii ogólnej i dziecięcej, pulmonologii, a nawet podczas zabiegów elektrycznych na oddziale psychiatrii. Lekarze chętnie dzielili się wiedzą i doświadczeniem. Miałam możliwość wykonywania niektórych zabiegów, np. pobierania krwi do badań gazometrycznych, intubowania pacjentów oraz asystowania przy zakładaniu portu do żyły centralnej.

Na oddziale radiologii spędziłam zaledwie dwa tygodnie, ale tutaj niezwykle cenny, ponieważ zaplanowany, był każdy dzień. Codziennie towa-

rzyszył mi inny opiekun. Zajęcia przypominały indywidualne lekcje odbywane w pracowniach rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, mammografii, ultrasonografii oraz angiografii.

Ostatnią część mojej praktyki spędziłam w oddziale medycyny ratunkowej. W szpitalu Santa-Maria jest to duży, nowoczesny oddział połączony z doskonale wyposażoną intensywną terapią. Praca tutaj zorganizowana jest w systemie Manchester. Chorzy podczas przyjęcia są szybko segregowani i oznaczani kolorem. Ten zależy od ciężkości ich stanu, a właściwie od czasu jaki może maksymalnie upłynąć zanim zostaną przyjęci przez lekarza. Pacjenci przykleja się na klatce piersiowej nalepkę z nazwiskiem, kodem paskowym oraz oczywiście kolorem. Następnie trafia on do odpowiedniej strefy (tzw. linii) oddziału o analogicznym kolorze (zielonym, żółtym, pomarańczowym, czerwonym lub niebieskim) i tam zostaje objęty opieką. Jeśli stan chorego tego wymaga jest on natychmiast przewożony do sali reanimacyjnej, obserwacyjnej lub na oddział intensywnej terapii. Na oddziale medycyny ratunkowej różnorodność przypadków była bardzo duża, a ja pozostawałam pod opieką lekarzy różnych specjalności.

Nasze wakacje nie ograniczały się jednak tylko do zajęć w szpitalu. Wol-



Autora przed siedzibą Wydziału Medycznego.

ne popołudnia i weekendy skrupulatnie wykorzystywałam turystycznie zwiedzając Lizbonę i okolice oraz odleglejsze części Portugalii, a warto wiedzieć, że jest to wyjątkowo piękny kraj. Spotykamy tu zaskakująco urozmaicony krajobraz: lasy, rzeki i bogate w bujną roślinność doliny części północnej oraz niemal śródziemnomorski klimat południowego wybrzeża. Wybrzeże jest szczególnie ciekawe dzięki skalistym plażom, klifom, wysepkom i jaskiniom, oraz wiejącym silnym, ostrym wiatrom.

Portugalię omywają zimne wody oceanu. To właśnie ten wielki akwen wywiera największy wpływ na wizerunek tego kraju. Zarówno fizycznie, warunkując umiarkowany klimat i historycznie; determinuje losy kraju oraz mentalność jego mieszkańców. Portu-

galczyki są narodem o bogatej tradycji żeglarskiej. To właśnie Vasco da Gama i inni portugalscy żeglarze przecierali szlaki do Nowego Świata, odkryli Maderę, Azory i wyspy Zielonego Przylądka.

Wpływ morza zaznacza się wyraźnie także w... portugalskiej kuchni, której główną potrawą jest dorsz, przyrządzany w niezliczonych postaciach oraz oczywiście sardynki i owoce morza.

Studenci którzy spędzili ubiegłoroczne wakacje na Uniwersytecie Lizbońskim gorąco polecali Portugalie jako „cel wyprawy naukowej i turystycznej”. Ja również podzielam zadowolenie moich kolegów i także gorąco ten kraj polecam.



Pacjenci wymagający szybkiej pomocy transportowani są do szpitala helikopterem

Hiszpania kraj flamenco, korridy, barów tapas

Każdego roku, dzięki międzynarodowej wymianie IFMSA, wielu studentów medycyny wyjeżdża na wakacyjne praktyki zagraniczne.

AGNIESZKA CZESZYK

STUDENTKA VI ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE

Zbierając dokumenty potrzebne do kwalifikacji, nie bardzo wierzyłam, że mam szansę wyjechać. Jednak udało się..., z niecierpliwością czekałam na kartę akceptacji z miejsca, gdzie miałam jechać. Pod koniec czerwca było już jasne: w sierpniu jadę do Oviedo – stolicy Asturii, krainy określanej jako „zielona” Hiszpania.

Oviedo to przeszłeczne miasto uniwersyteckie w północnej Hiszpanii. Uniwersytet i przylegające do niego domy studenckie położone są w centrum miasta. W okresie wakacji jest ono tętniącym życiem ośrodkiem, dzięki obecności studentów z całego świata, przyjeżdżających tu na kursy języka hiszpańskiego i praktyki. Grupa studentów medycyny liczyła czternaście osób (byli to studenci z Tunezji,

Włoch, Estonii, Szwajcarii). Z Polski była nas czwórka, z lubelskiej AM Krysztyna Pocińska (VI Wydziału Lekarskiego) i ja. Hiszpanie to bardzo mili, gościnni i otwarci ludzie. Zarówno w klinice, jak i na ulicy, spotykałam się z ich ogromną życzliwością. Często stałyśmy z mapą, szukając drogi, a ktoś podchodził, proponował pomoc. Także lekarze i pielęgniarki starali się, by czas spędzony w szpitalu był dla nas interesujący (odbywałam praktykę na oddziale gastroenterologicznym).

Nawiązanie bliższego kontaktu unieвозмоżliwiał często język. Żalowałam, że nie umiem hiszpańskiego. Z naszej grupy tylko jedna koleżanka biegle władała tym językiem, reszta konwersowała po angielsku. Nasi lekarze często nie mówili po angielsku lub znali tylko kilka zwrotów. Czasem bywało zabawnie, gdy medyczne rozmowy okazywały się mieszanką języka łacińskiego, angielskiego i hiszpańskiego. Praktykę kończyłam ok. godz. 12.30.

Później miałam czas na rozrywkę, a w Hiszpanii nie trzeba ich długo szukać. Dużo czasu spędzaliśmy na pobliskich plażach, to był najlepszy sposób na ponad trzydziestostopniowe upały. Studenci hiszpańscy, którzy się nami zajmowali, urozmaicali nam pobyt różnymi wycieczkami. Chcieli, byśmy jak najwięcej zobaczyli w Hiszpanii. Pojechaliśmy do uroczych pobliskich nadmorskich miasteczek. Zorganizowano nam wyjazd do jednego z najpiękniejszych parków narodowych Hiszpanii: Picos de Europa, idealnego miejsca dla pieszych wędrówek. Świetnie bawiliśmy się podczas spływu kajakowego rzeką Cangas de Onis, zaliczając parę wywrotek. Dużo zwiedzaliśmy, m. in. Santiago de Compostela i Salamankę. Santiago w średniowieczu było trzecim po Jerozolimie i Rzymie głównym miejscem pielgrzymek. Dziś także Katedra św. Jakuba i rozległy Plaża de Obradoiro przyciąga pielgrzymów z całego świata. Niepowtarzalną atmosferę Salamanki tworzą wspaniałe zabytki z różowego piaskowca, wąskie uliczki z uroczymi kafejkami, w których można spotkać studentów z całego świata. Salamanka

od wieków jest głównym ośrodkiem uniwersyteckim Hiszpanii. Północna Hiszpania, tzw. „zielona” bardzo różni się od południowej – „żółtej”. Pogoda jest tu zmienna, częściej jest mgła, deszcz – jako wynik sąsiedztwa gór i Morza Północnego. Różni je także kultura. Tu korrida jest mało popularna, muzyka regionu bardziej przypomina irlandzką, z flamenco ma niewiele wspólnego.

Jedna ze studentek, które się nami opiekowały, tańczyła w zespole ludowym. Mieliśmy szczęście, ponieważ akurat podczas naszego pobytu koncertowali w małej wiosce w górach. Odbywał się tam każdego roku festiwal muzyki celtyckiej, gromadzący zespoły z Asturii, Kraju Basków i Irlandii. Setki osób tańczyły i śpiewały do białego rana. Było cudownie. Współczuliśmy dziewczynom w strojach ludowych. Miały na sobie lniane koszule i nałożone jedna na drugą trzy wełniane spódnice, co w trzydziestostopniowym upale jest niezbyt wygodnym strojem.

Hiszpanie są narodem, który uwielbia się bawić. Fiesty trwają tu kilka dni. My nie mogliśmy oczywiście ich ominąć. Podczas takiej zabawy w pobliskim Gijon miasto było pełne ludzi. Plaże tętniły życiem, pełne były otwartych restauracyjek, występów różnych zespołów, fajerwerków, wszyscy tańczyli na ulicach. Taka zabawa to niepowtarzalne przeżycie.

Dzięki współpracy studentów z innych miast, a głównie pomocy naszego kolegi Sławka Żurka, pojechaliśmy z Krysią na kilka dni do Barcelony. Myślę, że jest to miasto, w którym każdy znajdzie coś dla siebie: są wspaniałe zabytki, śliczne plaże, dla kibiców sportu stadion olimpijski i FC Barcelony (czym bardzo zachwycali się nasi koledzy)... i świetne sklepy. Najślynniejsza ulica w Barcelonie Las Ramblas jest pełna ludzi, kafejek, ulicznych mimów, handlarzy zarówno w dzień, jak i w nocy. Na Starym Mieście jest wiele zabytków, ale najbardziej popularne są secesyjne budowle w dzielnicy Eixample. W Barcelonie królują modernistyczne budynki Antonio Gaudiego (architekta, tworzącego na przełomie XIX i XX wieku) przykładowo Casa Mila, w którym nie

ma ani jednego kąta prostego, czy Sagrada Familia – najbardziej niekonwencjonalny z europejskich kościołów (symbol Barcelony). Niestety teraz jego wnętrze to od wielu lat wielki plac budowy, ale potem będzie wyglądać imponująco (tak pokazują specjalnie przygotowane makiety). Popołudnie można spędzić w Parc Guell, także projektu Gaudiego, wpisany przez UNESCO na Listę Światowego Dziedzictwa Kulturalnego. Schody o zoomorficznych poręczach wiodą tam na Gran Placa Circular – taras widokowy, wokół którego ciągnie się najdłuższa ławka świata pokryta mozaiką. Wieczorem fascynujące staje się oglądanie fontann pod Palau Nacional, których strumienie wody zmieniają natężenie i kolory przy akompaniamencie muzyki poważnej. Niestety

czas płynął nieubłaganie i musiałam pożegnać się z tym pięknym krajem.

W Oviedo zorganizowano nam wieczór pożegnalny, gdzie mogliśmy spróbować tradycyjnych potraw. Dla Asturii typowa jest Fabada Asturiana (mieszanka fasoli i mięsa wieprzowego). Wśród napojów popularna jest Sidra – rodzaj jablecznika, ale oczywiście na hiszpańskiej zabawie musiała być także Sangria (wino z dodatkiem lemoniady i owoców).

Ten wyjazd był dla mnie wspaniałym przeżyciem. Poznałam nowy kraj, jego kulturę, ale przede wszystkim zaprzyjaźniłam się z ciekawymi ludźmi, z którymi nadal utrzymuję kontakty. Zachęcam do zwiedzania Hiszpanii w ramach praktyki studenckiej IFM-SA, łączącej w sobie przyjemne z pożytecznym.

**Autorka –
Agnieszka
Czeszyk
z opiekunem
praktyk
studenckich**



Nasza gromadka w porcie

Wakacje na sportowo

Zgodnie z coroczną tradycją i w tym roku AZS nie zapomniał o aktywnym spędzeniu wakacji przez studentów. Zorganizowano obóz sportowy w Rajgradzie na Mazurach.

MAŁGORZATA ZAJDEL

STUDENTKA VI ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
SEKRETARZ KU AZS

Obóz ten cieszy się dużą popularnością wśród braci studenckiej o czym świadczy fakt, że była to już jego trzecia edycja. Nasza przygoda rozpoczęła się 8 sierpnia br. w Ośrodku Banku Gospodarki Żywnościowej „Knieja” nad urokliwym jeziorem Rajgradzkim, otoczonym ze wszystkich stron lasami sosnowo-świerkowymi.

Każdy z uczestników mógł tutaj znaleźć coś ciekawego niezależnie od pogody, która lubiła w tym roku robić niespodzianki. Na amatorów „wodnych rozkoszy” czekały żaglówki, łódzie wiosłowe, rowery wodne i kajaki. Drogą wodną można było dopłynąć do centrum Rajgradu, pobliskiego jeziora Białego, a nawet do odległego Augustowa. Gdy tylko słońce zaszczycało nas swoją obecnością wszyscy bez wyjątku zażywali kąpieli słonecznej i oczywiście wodnej, do której zachęcała krystalicznie czysta i ciepła woda w jeziorze oraz umięśniony pan ra-

townik, który złamał serce niejednej uczestniczce obozu. Żeby zdobywać opaleniznę nie tylko na leżaczku i kocyku intensywnie trenowano siatkówkę plażową, co zawsze przysparzało wiele radości. Możemy pochwalić się: otóż jeden z kolegów z sekcji siatkar-

skiej Tomasz Wawrzak grający w parze ze znanym już nam ratownikiem zajęli pierwsze miejsce w regionalnym turnieju siatkówki plażowej. Gra była zacięta, ale dzięki zimnej krwi nasi koledzy pokonali wszystkich przeciwników.

Niektórzy stawiali pierwsze kroki w windsurfingu. Dla obserwatorów była to wielka rozrywka. Jest to sport wymagający dużo zacięcia i cierpliwości, szczególnie dla początkujących,





a ile dostarcza emocji wiedzą tylko Ci, którzy spróbowali.

Na terenie ośrodka znajduje się nowoczesna hala sportowa, z której chętnie korzystaliśmy grając w siatkówkę, koszykówkę, piłkę nożną i tenisa stołowego. Największym sprawdzianem sprawności „obozowych panów” była gra w kosza, szybko stała się ich wieczornym rytuałem. Na pobliskim odkrytym korcie tenisowym ćwiczyli zarówno amatorzy, jak i profesjonalści. Pod koniec obozu odbył się nawet turniej tenisowy, który wyłonił młode oraz przypomniał te już trochę starsze talenty.

Dzień uczestnicy obozu rozpoczęli bardziej lub mniej sportowo. Za-



paleni wędkarze wstawali skoro świt, aby kilka godzin poprzedzających śniadanie spędzić z wędką w rękę. Niestety, na rybkę z grilla nie udało się komukolwiek załapać.

Wytrwale panie przed śniadaniem dzielnie pędziły do siłowni, aby popracować nad mięśniami brzucha i nie tylko (z nadzieją, że zwrócą większą uwagę ratownika...). Byli też tacy, którzy wolali się wyspać, żeby dać upust własnej energii w ciągu dnia. Trzeba wspomnieć, że same posiłki były nie-malą atrakcją. Dzięki pomysłowości kucharza jedzenie było rajem dla łakomczuchów – trudno było się oprzeć tym przyjemnościom. Jeszcze bardziej motywowało do zwiększonego wysiłku fizycznego. Jeśli pogoda trochę psociła to i tak nikt się nie nudził. Smakosze „kawy” i „niskociśnieniowcy” zaglądali do kawiarni na małą czarną z wkładką. Inni relaksowali się przy stole bilardowym prowadząc zacięte zmagania. Kilku panów pracowało w pocie czoła nad własną muskulaturą w siłowni.

Po tak intensywnie spędzonym dniu wszyscy odpoczywali i integrowali się w saunie lub przy wspólnym grillu. 16 sierpnia br. odbyła się całodzienna

wycieczka do Wilna i Troków. Wycieczkowicze wrócili zadowoleni i pełni niezapomnianych wrażeń.

Najbardziej wytrwali wybrali się na rowerową wycieczkę z **mgr Wojciechem Modzelewskim** na Czerwone Bagna. Pan przewodnik już na samym początku zaimponował wszystkim wykonując świecę na przednim kole. Nie wielu rowerzystów może poszczycić się taką umiejętnością. Dzięki temu szybko uzyskał uznanie wesołej gromadki, która dzielnie pokonywała kilometr, a było ich nie mało (ok. 60 km).

Czerwone Bagna znajdują się w Biebrzańskim Parku Narodowym, największym w Polsce. Park ten jest najlepiej zachowanym w Europie obszarem podmokłym położonym w dolinie nizinnej rzeki Biebrzy. W jego krajobrazie dominują: bezkresne przestrzenie podmokłych łąk i szuwarów, lasy o cennych walorach przyrodniczych oraz „żyjąca rzeka”, tworząca meandry, a wiosną występująca z brzegów, tworząca rozległe jezioro. Znajdują się tu unikalne w skali Europy gatunki roślin i ptaków. Park jest naturalną ostoją około 500 łosi, niestety podczas wędrowki nie udało się żadnego wypatrzeć. Wycieczka była prawdziwą przy-

jemnością dla ciała i ducha... może tylko siodełka były nieco za twarde.

Wszyscy zagorzali miłośnicy piłki ręcznej mają czego żałować. Do ośrodka na zgrupowanie przyjechali wice-mistrzowie Polski w piłce ręcznej – Wisła Płock. W przeddzień naszego wyjazdu Wisła odbyła sparing z zespołem z Kowna – mistrzami Litwy. Oj było na co popatrzeć! Dziewczęta zajmowały miejsca w pierwszych rzędach, by móc lepiej przyjrzeć się tym dorodnym młodzieńcom. Dla męskiej części obozu bardziej liczyły się umiejętności zawodników niż walory estetyczne.

Obóz sportowy w Rajgrodzie umożliwił podniesienie kondycji fizycznej członkom sekcji sportowych AZS przed zbliżającym się sezonem. Nad całością programu i wszystkimi uczestnikami opiekę sprawowali: **mgr Wojciech Modzelewski** – trener tenisa ziemnego i **mgr Andrzej Welcz** – trener siatkówki mężczyzn, za co składamy im sportowe podziękowania.

Niestety wszystko co dobre szybko się kończy – 20 sierpnia br. dzień wyjazdu nadszedł szybciej niż się tego spodziewano. Wszystkim było żal wyjeżdżać. Optyризmem napelniała nas tylko myśl, że za rok znowu tutaj wrócimy.



AZS integruje się

**W tym roku Klub Uczelniany AZS AM
w Lublinie współpracujący
z Międzynarodowym Centrum Spotkań
Młodzieży we Wrocławiu gościł 25
niemieckich studentów z Wyższej Szkoły
Pedagogicznej we Frankfurcie nad Menem.**

ANNA SAJNA

STUDENTKA VI ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

JAROSŁAW PAŚNICZEK

STUDENT V ROKU
ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
AM W LUBLINIE
WICEPREZES DS. INTEGRACJI KU AZS

Spotkanie integracyjne polsko-niemieckie zorganizowane zostało na Mazurach. To wspaniałe miejsce do letniego wypoczynku. Obozowisko położone było w leśnym zaciszu nad jeziorem Niegocin. Stamtąd rozpoczynały się wszystkie szlaki naszych wycieczek rowerowych, kajakowych, czy też pięknego rejsu po mazurskich jeziorach.

Celem spotkania była wymiana doświadczeń. Każdy mógł przekazać innym wiedzę i umiejętności, prezentując własny warsztat. A możliwości było wiele, gdyż zainteresowania uczestników były różne. Podczas obozu można było nauczyć się: tańczyć salsę, medytacji, jogi, gry na gitarze, judo, udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach (omdlenie, zawał, atak pa-

daczki). Poznaliśmy również nasze kuchnie narodowe, bowiem przygotowywaliśmy sobie sami posiłki i staraliśmy się by zespoły gotujące były mieszane, czyli polsko-niemieckie, by jedni mogli się czegoś nauczyć od drugich.

Do dyspozycji uczestników pozostawały także rowery, windsurfing, dwa jachty, osiem kajaków. Dla miłośników morskich przygód organizowane były rejsy po jeziorach, na których można

było nauczyć się podstaw żeglarstwa. Doskonała słoneczna pogoda sprzyjała wycieczkom rowerowym i kajakowym oraz kąpielom w czystym jeziorze Niegocin. Wieczorem rozgrywane były mecze w siatkówkę, wielkie emocje budziły zawsze te polsko-niemieckie pojedynki. Później była kolacja i długa noc pod pięknym gwiazdzistym niebem, przy szumie fal i ciepłe ogniska integracja rozwijała się w pełni, dyskusje kończyły się często ze wschodem słońca.

Niemcy okazali się bardzo przyjacielscy, otwarci, pomocni, a i od nas wiele się nauczyli. Szkoda, że ten obóz trwa tylko tydzień, lecz pozostają wspomnienia, przyjaźnie i myśl że spotkamy się wkrótce, czyli za rok.



ZDROWY STYL ŻYCIA PSYCHICZNEGO

Wyd. „NeuroCentrum”
Lublin, 2003

Między nauką, publicystyką i terapią – tak można usytuować treść książki dr n. przyr. Aniela Płotki „ZDROWY STYL ŻYCIA PSYCHICZNEGO”, wydanej przez „NeuroCentrum” w 2003 r. Autorka dedykuje książkę każdemu, kto po nią sięgnie, z jednoczesnym wskazaniem na osobistą odpowiedzialność czytelnika za własne zdrowie. Na stronie 20, czytamy: *„Książka mierza bardziej do holistycznego niż medycznego podejścia do spraw zdrowego stylu życia i zapewne dzięki temu może stanowić wręcz poradnik dla tych wszystkich, którzy borykają się z problemami zdrowia swego i swoich bliskich nie wiedząc, że rozwiązanie często jest dość blisko, w zasięgu ich możliwości i umiejętności, a nabyta wiedza znacznie pomoże i ułatwi terapię medyczną, a czasem ją wręcz zastąpi”*.



W opracowaniu znajdujemy zamieszczone między innymi:

– Rudyard Kipling: List do syna
– Desiderata – tekst modlitwy (przesłanie) z 1692 r.

Źródła te ukazują istotę człowieczeństwa, wskazują, jak kroczyć przez życie, co jest ważne na tej drodze, jak się zachowywać, żeby nie stracić istotnych cnót przypisywanych istotom Wszechświata, a jednocześnie być szczęśliwym. Spośród wielu wskazań na uwagę zasługują (choć nie są podane wprost): **▶** nadawanie sensu każdej minucie swego życia, **▶** zachowanie spokoju, **▶** życie z nadzieją, **▶** unikanie nienawiści, **▶** pokora wobec sukcesu, **▶** zachowanie godności w sytuacji porażki, **▶** odwaga w podejmowaniu ryzyka, **▶** zachowanie tożsamości w każdej sytuacji, i inne.

Holistyczna koncepcja zdrowia została tu zaprezentowana na bazie omówienia podstawowych pojęć psychologicznych, dotyczących procesów poznawczych, emocjonalno-motywacyjnych, samoświadomości i świadomości innych. Promowanie zdrowia psychicznego jest ukazane w kontekście kształtowania akceptowanych społecznie wzorów indywidualnych zachowań, które w konsekwencji mogą wpłynąć na jakość naszego życia; rozwój umiejętności rozwiązywania problemów życiowych w zgodzie z przesłankami socjoekologicznymi; kierowanie się w życiu założeniami takiego modelu stylu życia, który nadaje sens naszej egzystencji i umożliwia nasz rozwój. Wyjątkowe miejsce zajmuje problematyka stresu i jego związku z funkcjonowaniem człowieka. I tu właśnie spotykamy określenie stresu jako „*soli życia*”.

W podrozdziale „Sztuka życia”, zamieszczone zostały testy i wskazówki, wzbogacające treść książki i czyniące ją źródłem popularno-naukowej wiedzy. Poprzez odwołanie się do opracowań biblijnych i Fengshui, autorka wprowadza element mistycyzmu, co wzmacnia zainteresowanie czytelnika tym opracowaniem.

Książka liczy 290 stron; zawiera 242 pozycje bibliograficzne

DR N. PRZYR. NINA GOZDEK

Z noty autorskiej

Zrozumienie, że zdrowie nie jest zjawiskiem statycznym, że można je kształtować, rozwijać, było przełomem i zmieniło całkowicie filozofię myślenia o zdrowiu oraz dało podstawę do działań na jego rzecz. Jednym z wielu działań, służących utrzymaniu i zachowaniu zdrowia jest kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych oraz zmiana sposobów myślenia o zdrowiu, zwiększających skuteczność kontroli nad własnym zdrowiem. (...)

Na progu XXI wieku zagrożenia, które niesie współczesna cywilizacja dla środowiska i dla człowieka, narastają bardzo szybko. Towarzyszy im nieustannie nasilanie się zaburzeń nerwicowych oraz chorób o podłożu psychogennym. Granica między zdrowiem i chorobą, tym co normalne i nienormalne ulega zatarciu. Jawi się więc konieczność zdefiniowania parametrów zdrowia psychicznego oraz przedstawienia oferty zdrowego stylu życia psychicznego możliwej do przyjęcia i realizacji przez jak największe grupy społeczne. Opracowanie, wdrażanie i promowanie zdrowego stylu życia psychicznego, to już w tej chwili warunek konieczny przetrwania człowieka i całej społeczności. Jest truizmem stwierdzenie, że występujące w XX i obecnie, na początku XXI wieku zmiany społeczne o charakterze globalnym w dużym stopniu determinują nasz stan zdrowia psychicznego. Truizm kolejny to teza, że zmiany ewolucyjne i przystosowawcze w organizmach ludzkich są zbyt wolne w stosunku do konieczności naszych czasów. Na szczęście, jako istoty myślące i dysponujące ogromną wiedzą naukową możemy pokusić się o skonstruowanie takich przystosowań dla każdej jednostki i grupy.

(...) Aktualny klimat psychiczny, uwarunkowany przez współczesną cywilizację techniczną, jest niepokojący. Wypaczony (i nadal wypaczony przez dzisiejsze pokolenie), samolubny sposób myślenia ludzi jest tym niebezpieczniejszy, że zmienia na gorsze for-

my ludzkiego współżycia. Zauważa się, że nerwicowe reakcje przybierają niejednokrotnie charakter masowy. Dostyc często jesteśmy świadkami stylu życia określonych grup społecznych nacechowanego obojętnością albo lekceważącym stosunkiem do innych, brakiem szacunku i tolerancji.

Coraz większa liczba osób na Ziemi już teraz odczuwa niepokój związany z utratą stałych punktów odniesienia (moralnych, społecznych, ekonomicznych, geograficznych, ideologicznych, religijnych...). Niektórzy nie radzą sobie z większością codziennych problemów, które – coraz bardziej złożone – są jedynie bezpośrednim odzwierciedleniem dysharmonii, jaka zapanała w wymiarze ogólnoswiatowym. Pojawiają się wyraźne oznaki – i jest ich coraz więcej – że mieszkańcy naszej planety stają wobec coraz poważniejszych problemów: zabójstwa, terroryzm, wojny, katastrofy ekologiczne, kryzysy polityczne i gospodarcze, bezrobocie, opady radioaktywne, choroby szalonych krów, epidemie chorób cywilizacyjnych i nowych nieuleczalnych, awarie reaktorów atomo-

sy stają się coraz silniejsze. Te specyficzne problemy współczesnego życia nakładają się na odwieczne problemy nurtujące człowieka, takie jak: miłość, przyjaźń, wrogość, konflikty, zdrada, niepowodzenie, choroby, śmierć. Współczesny człowiek jest często nieszczęśliwy. Nie dowierza nikomu, nie może sobie poradzić z dniem dzisiejszym, z trwogą myśli o jutrze. Często przeżywa kryzysy, czuje się osaczony, bezsilny, sklócony zarówno z sobą, jak i ze środowiskiem. Nie ma jednak nauczycieli, którzy by mu wskazali, jak bronić się przed zagrażającym złem, płynącym często z odhumanizowanego świata techniki. Nie ma przyjaciół, którzy by mu wskazali kulturowe dobro ludzkości, to jest sztukę i nauczyli korzystania z tego niewyczerpanego źródła radości życia.

(...) Pełne i zdrowe funkcjonowanie osoby oznacza, że radzi sobie ona sama z zadaniami i wymaganiami życia, i wykorzystuje wszystko, czym dysponuje. Należy więc czerpać z życia jak najwięcej, by nasze życie mogło się zmieniać na lepsze. Na pewno dobrodziejstwem życia jest zdrowie, wital-

Współczesny człowiek jest często nieszczęśliwy. Nie dowierza nikomu, nie może sobie poradzić z dniem dzisiejszym, z trwogą myśli o jutrze

wych (Czernobyl), próby klonowania człowieka. Święty charakter życia jest coraz częściej poddawany w wątpliwość, wielu ludzi nie wie jak zadbać o swoje bezpieczeństwo fizyczne, psychiczne i jak obronić się przed zagrożeniami zewnętrznymi.

Dzisiejszy człowiek żyje w dynamicznie zmieniającym się świecie; są to zmiany cywilizacyjne, technologiczne, kulturowe, wzrasta tempo życia, a stre-

ność, równowaga i spokój – pod warunkiem, że człowiek żyje w zgodzie z naturą. Życie ludzkie jest duchowej natury i trwa wiecznie. Należy żyć w radosnym oczekiwaniu wszystkiego, co najlepsze, a wtedy stanie się to naszym udziałem. Warto żyć w taki sposób, by tworzyć wartościowe, zdrowe życie psychiczne.

DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA

DOMOWE SPOSOBY NA LEPSZĄ PAMIĘĆ

Barbara Boughton
Karen Cicero
John Forester
Brian Good
Dana Sullivan
Elizabeth Torg
Mariska van Aalst

Konsultacja naukowa
Jennifer Kushnier

GRUPA WYDAWNICZA
BERTELSMANN MEDIA
WYD. DIOGENES
WARSZAWA, 2002



Poradnik pt. „Domowe sposoby na lepszą pamięć” napisany został przez autorów: B. Boughton, K. Cicero, J. Forester, B. Good, D. Sullivan, E. Torg i M. van Aalst. Oparty jest na pracach naukowych, obserwacjach i doświadczeniu wielu lekarzy, psychologów, pedagogów, terapeutów i humanistów dotyczących sposobów zachowania dobrej pamięci przez całe życie.

Wszystkie rady dla czytelnika są zawarte w sześciu rozdziałach i usystematyzowane. Najbardziej kontrowersyjnym rozdziałem jest rozdział ostatni pt. „Metody alternatywne”. Ponieważ jestem zwolenniczką medycyny akademickiej, więc trudno jest mi ustosunkować się do opisywanych metod.

Książkę czyta się łatwo, i przyswaja postępowanie wypukłone przez autorów, aby pamięć nasza była sprawna. Naukowcy twierdzą, że zaburzenia zdolności zapamiętywania są powodowane przez zmiany zachodzące w odczuwaniu naszych zmysłów, przede wszystkim słuchu, wzroku jak też wahania emocjonalne, natłok informacji, niezdrowy tryb życia oraz przyjmowanie leków.

Znajomość ćwiczeń naszego mózgu w codziennym życiu ma ogromne znacze-

Wielu naukowców uważa różne czynności „niecodzienne” np. pisanie lewą ręką czy wykonywanie innych czynności u osób praworęcznych za uaktywniające przeciwstawną półkulę mózgu. Oglądanie pięknych widoków, zabytków, dzieł sztuki, podróże wszystko to poprawia pamięć i wzmacnia naszą koncentrację. Podobnie działa światło, szczególnie słoneczne.

Znanym faktem jest dodatni wpływ na naszą sprawność intelektualną rozwiązywania rebusów, krzyżówek, gry w skrable itp. Czytanie książek i głośne powtarzanie przeczytanej treści, zapamiętywanie numerów to świetne ćwiczenia dla osób starszych.

Ciekawe są doświadczenia naukowców z Kansas State University; okazało się, że oglądanie telewizji tylko w ciągu pierwszych piętnastu minut powoduje zwiększenie aktywności fal mózgowych, następnie aktywność tych fal spada. Badacze ci proponują czynienie notatek podczas oglądania np. filmu, aby je przeczytać po zakończeniu emisji.

Ćwiczenia koncentracji uwagi, zapamiętywania faktów wiążą się z zapamiętaniem miejsca, zapachu, pory roku itp. Lektura książek i głośne powtarzanie tekstu, nabywanie nowych

Oceniam pozytywnie wspomniany poradnik, który może być pomocny również w praktyce lekarskiej.

nie, toteż autorzy opisują proste i łatwe metody stymulujące pamięć. Słuchanie różnego rodzaju muzyki oraz granie na różnych instrumentach pobudza mózg, podobnie jak zapachy (aromatoterapia), masaż ciała. Ciekawostką jest, że głośna rytmiczna muzyka działa stymulująco na funkcję naszego mózgu. Z tego wynika, że dzisiejsza młodzież ucząc się przy głośnych tonach muzyki czyni dobrze.

umiejętności w tym uczenie się języków obcych, taniec, ćwiczenia fizyczne są elementami przyczyniającymi się do utrzymania sprawnej pamięci. Duże znaczenie ma odpowiednie odżywianie bogate w aminokwasy pierwiastki takie jak: cynk, bor, żelazo, magnez oraz witaminy: E, kwasy tłuszczowe omega3 itp.

Oceniam pozytywnie wspomniany poradnik, który może być pomocny również w praktyce lekarskiej.

PROF. DR HAB. BIRUTA FAFROWICZ

Bibliometryczne nieporozumienia

Wyniki publikowane przez ISI są szeroko znane i czy to nam się podoba, czy nie, jest to dziś jeden z uznanych standardów oceny pozycji naukowej poszczególnych państw, wykorzystywanych przez OECD, Unię Europejską, UNESCO, World Bank.

Od paru lat na łamach „Forum Akademickiego” toczy się ostra polemika na temat praktyk bibliometrycznych, to znaczy wyciągania wniosków z baz danych dotyczących publikacji naukowych i ich cytowań. Sprawy są bardzo ważne, jednak dyskusji nie widać końca. Z doświadczenia wiem, że jeśli rozsądni skądinąd ludzie nie mogą dojść do porozumienia mimo długiej i ostrej dyskusji, to jest prawdopodobne, iż albo dyskutują o różnych rzeczach, albo przypisują różne znaczenia tym samym wyrażeniom. Wydaje mi się, że właśnie to obserwujemy w polemice na łamach „FA”.

Cheiałbym wprowadzić do tej dyskusji pewien porządek, wyróżniając

w praktykach bibliometrycznych trzy obszary o bardzo różnym znaczeniu, metodologii i sensowności. Wydaje mi się, że będzie to ważne zwłaszcza dla czytelników, którzy obserwując wspomnianą polemikę, mogli się już poczuć nieco zagubieni. Nie zamierzam toczyć boju z jakimkolwiek konkretnym artykułem polemicznym, chociaż czytelnicy będą mogli się zorientować, z kim się zgadzam, a czyje poglądy uważam za błędne.

Kilka wiadomości podstawowych

Bibliometria jest narzędziem, które pozwala oceniać stan nauki i technologii na podstawie całkowitej produkcji piśmiennictwa naukowego. Wyniki bibliometryczne mogą być pomoc-

ne w procesie zarządzania nauką, pod warunkiem, że są właściwie i umiejętnie wykorzystywane. Nazwę „bibliometria” zaproponował Pritchard w 1969 r., ale ta dziedzina ma znacznie dłuższą historię (już w latach dwudziestych ubiegłego wieku prace bibliometryczne publikował Alfred Lotka). Weześniej używano najczęściej terminu „statystyczna bibliografia”. Współczesna bibliometria jest związana przede wszystkim z nazwiskiem Eugene’a Garfielda, który w 1955 r. zaproponował stworzenie indeksu cytowań naukowych (Citation indexes for science, „Science”, 121, 108 (1955)). Garfield miał zresztą tylko zamiar dostarczenia naukowcom narzędzia do łatwego przeszukiwania literatury w celu znalezienia wcześniejszych prac na podobny temat. Ten cel Garfielda został dziś zupełnie zapomniany, ponieważ szybko indeksy cytowań zaczęły być wykorzystywane do porównań i rankingów personalnych. Pierwszy Science Citation Index (SCI) ukazał się w 1963 r. i był dość skromny, obejmował bowiem 102 tys. artykułów, które zostały opublikowane w 1961 r. w 613 wybranych czasopiśmie. Garfield założył w Filadelfii Instytut Informacji Naukowej (Institute of Scientific Information, w skrócie ISI), którego zadaniem było i jest opracowy-

wanie coraz bardziej rozbudowywanych indeksów cytowań.

Żyjemy obecnie w epoce zalewu informacji. Ciekawe, że już niemal 400 lat temu Barnaby Rich (1613) miał podobne odczucia, gdy napisał: *Jedną z chorób obecnego wieku jest mnogość książek, które tak zarzucają świat, że nie jest możliwe trawienie tej obfitości treści, która każdego dnia pojawia się na świecie.*

Obecnie jednak sytuacja właściwie wymknęła się już spod kontroli. Nikt nie wie, ile dokładnie jest na świecie periodyków naukowych. Ich spis, być może niepełny, opracowany przez UNESCO, zawiera już niemal pół miliona tytułów. Jest rzeczą oczywistą, że ogromna większość tych periodyków jest zupełnie bezużyteczna, ponieważ nie jest w ogóle zauważana ani czytana przez naukowców, nie wnosi zatem niczego do postępu nauki. Warto tu przytoczyć wyniki pewnego statystyka, który zbadał 53 tys. wypożyczeń z działu naukowego British Library, która prenumerowała wtedy 9120 czasopism uznanych za najważniejsze. Okazało się, że nikt nigdy nie sięgnął do ponad połowy z nich (4800), a dalsze 2274 czasopisma były konsultowane tylko raz.

W 1950 r. Samuel Bradford udowodnił, że ogromna większość istotnych prac w danej dziedzinie ukazuje się w stosunkowo niewielkiej liczbie czasopism. Tylko te istotne prace są dalej cytowane i przyczyniają się do postępu. Praktyki ISI opierają się właśnie na wykorzystaniu „prawa Bradforda” i monitorowaniu tylko starannie wyselekcjonowanej próbki czasopism, uznanych za najbardziej istotne w poszczególnych dziedzinach. Tak jest tworzona „lista filadelfijska” (szczegółowe zasady jej komponowania można sprawdzić na internetowej stronie ISI).

Podstawowe zasady bibliometrii

Podstawowa reguła w bibliometrii brzmi: im większa próbka, tym bardziej wiarygodne wyniki. Stąd wynikają następujące trzy zasady:

1. Wyniki dotyczące całych krajów czy dziedzin nauki można uznać za wiarygodne.

2. Wyniki dotyczące instytucji czy centrów naukowych są w przybliżeniu wiarygodne.

3. Wyniki dotyczące poszczególnych badaczy są bardzo mało wiarygodne i należy do nich podchodzić z najwyższą troską i ostrożnością.

Zasady te można jeszcze uzupełnić przez stwierdzenie, że trendy czasowe są w bibliometrii na ogół bardziej wiarygodne od bezwzględnych wartości parametrów.

Najstarszy i najlepiej znany indeks cytowań SCI jest mało przydatny do oceny i porównywania instytutów naukowych czy uczelni oraz zupełnie bezużyteczny do porównywania całych krajów. Dlatego też ISI przygotowuje specjalne bazy danych: National Science Indicators (NSI) oraz National Citation Report (NCR).

Odnoszę wrażenie, że w dotychczasowej dyskusji na łamach „Forum Akademickiego” spierano się jednocześnie o te bardzo różne sprawy: wyniki bibliometryczne dotyczące całych państw, poszczególnych instytutów czy wydziałów i wreszcie – indywidualnych badaczy.

Można wierzyć – NSI

W 1992 r. ISI opublikował po raz pierwszy bazę National Science Indicators (NSI). Od tego czasu corocznie wydawane są kolejne, wzbogacone wersje tej bazy. Jej najnowsze wydanie z 2001 r. obejmuje publikacje i cytowania za okres 1981-2000. Baza ta jest obecnie oparta na danych z ponad 8500 najważniejszych czasopism naukowych z całego świata, tworzących „listę filadelfijską” (w tym ok. 5500 z nauk matematyczno-przyrodniczych, 1800 z nauk społecznych i 1200 z nauk humanistycznych i sztuki). Baza obejmuje już ok. 130 mln cytowań i prawie 12 mln publikacji. Publikacje i cytowania są przyporządkowane ponad 170 krajom i regionom geograficznym (na podstawie narodowości autorów), nie ma natomiast w niej informacji o nazwiskach autorów i instytucjach, z których się wywodzą.

Baza NSI pozwala na szybkie ustalanie wkładu poszczególnych krajów do danej dziedziny, porównywanie

z sobą różnych państw pod względem wkładu do nauki światowej, a także ustalanie silniejszych i słabszych dziedzin w danym kraju. Ścisłe mówiąc, istnieją dwie wersje bazy National Science Indicators, tzw. NSI Standard i NSI Deluxe. Publikacje i cytowania w bazie NSI Standard obejmują 24 dziedziny: nauki biologiczno-medyczne, matematyczno-fizyczne, przyrodnicze, techniczne oraz ekonomię, prawo, edukację, psychologię i nauki społeczne; jedna z kategorii to tzw. badania multidyscyplinarne, do której autorzy bazy zaliczają publikacje z pogranicza dyscyplin. Ta klasyfikacja dziedzin została oparta na schemacie używanym w „Current Contents”, przeglądzie zawartości czasopism naukowych, wydawanym co tydzień przez ten sam Institute of Scientific Information. Wersja NSI Deluxe obejmuje dodatkowo 10 dziedzin nauk humanistycznych, społecznych i sztuki, a ponadto dla 16 z dziedzin objętych przez NSI Standard podano w niej dokładniejszy podział na dyscypliny, tak że łącznie mamy tu podział publikacji i cytowań na 105 pól badawczych, odpowiadających konwencji „Current Contents”. Warto podkreślić, że dziedziny i pola badawcze w NSI zostały zdefiniowane jako zbiór publikacji ogłoszonych w określonym zestawie czasopism rejestrowanych w jednej z siedmiu edycji „Current Contents” oraz w indeksach cytowań. Niektóre pola stworzone na potrzeby NSI nie mają swojego odpowiednika w innych klasyfikacjach nauk.

Przydział publikacji do odpowiednich kategorii następował zatem głównie na podstawie przyporządkowania im czasopism, w których znajdują się publikacje i cytowania. W mielicznych przypadkach czasopismo przyporządkowywano dwóm (lub nawet trzem) kategoriom, a klasyfikację publikowanych artykułów wykonywano indywidualnie. Prace ogłaszane w czasopismach wielodyscyplinowych (jak „Nature”, „Science” itp.) były przydzielane indywidualnie do odpowiednich kategorii. Nie udało się jednak uniknąć przyporządkowania niektórych publikacji do więcej niż jednej kategorii, wobec czego sumowanie publi-

kacji ze wszystkich kategorii daje liczbę nieco większą od rzeczywistej liczby opublikowanych prac i to samo dotyczy cytowań.

W bazie NSI publikacje i cytowania są przypisywane odpowiednim krajom na podstawie adresów podawanych przez autorów. Publikacja i jej wszystkie późniejsze cytowania są przypisane danemu krajowi, jeżeli chociaż jeden z autorów podał adres z tego kraju. Trzeba podkreślić, że ISI rejestruje wszystkie nazwiska i adresy autorów, nie tylko pierwszego na liście. Jeżeli autorzy pracy pochodzą z kilku państw, to zalicza się ją z jednakową wagą jednostkową każdemu z tych państw. Ten system zliczania unika ułamków i został przyjęty ze względu na zastosowanie komputerów, w których informacje są przechowywane w systemie zero-jedynkowym. Powoduje to jednak pewne problemy z ustaleniem wkładu danego kraju do nauki światowej. Ograniczona objętość tego artykułu nie pozwala na wchodzenie w szczegóły. Poprzestaną tylko na stwierdzeniu, że zsumowanie artykułów przypisanych wszystkim państwom daje wartość większą (obecnie o ponad 20 proc.) od rzeczywistej liczby artykułów opublikowanych w całym świecie, należy więc pamiętać o odpowiedniej normalizacji (zapomina się o tym czasem w wydawnictwach KBN, a nawet w ostatnim opracowaniu GUS: Nauka i technika w 1999 roku, Warszawa 2001).

W bazie NSI Deluxe podano także dane zbiorcze trzech dużych obszarów geopolitycznych: Unii Europejskiej, Ameryki Łacińskiej i obszaru Asia Pacific (Azja Południowo-Zachodnia od Pakistanu do Korei oraz Australia i Nowa Zelandia).

Uznawany standard

Trzeba koniecznie wiedzieć, że zasada tworzenia bazy NSI jest inna niż dla Science Citation Index, na którym jest oparta. W SCI rejestrowane są wszystkie cytowania zamieszczone w obecnie publikowanych pracach (w czasopiśmie objętych rejestrem SCI), można więc tam np. znaleźć nadal cytowania (wprawdzie nieliczne) prac Isaaca Newtona z XVII w. czy Al-

berta Einsteina z początku obecnego stulecia. Natomiast w NSI rejestruje się tylko cytowania do prac zarejestrowanych w tej bazie, a więc opublikowanych w latach 1981-2000. Tak więc np. obecne cytowania prac (w tym polskich) opublikowanych przed 1981 rokiem nie wchodzą do tej bazy. Baza NSI jest skonstruowana tak, jakby świat powstał dopiero 20 lat temu.

Ponieważ baza NSI obejmuje ogromną liczbę prac i cytowań, wyciągane z niej wnioski są znaczące statystycznie i bardzo istotne.

Na przykład, z bazy NSI można się dowiedzieć o znacznych różnicach w cytowaniach prac w poszczególnych dziedzinach. Dane uzyskane z NSI 2001 są zamieszczone w załączonej tabelicy. Dane te musi znać każdy, kto chciałby wyciągać jakieś wnioski bibliometryczne w stosunku do różnych dziedzin nauki. Nie można tego przecież robić bez wprowadzania bardzo istotnych poprawek normalizacyjnych, skoro np. średnia liczba cytowań jednej pracy z biologii komórki jest ponad 130 razy większa niż pracy z architektury i sztuki.

Z bazy NSI można bezpiecznie wyciągać wnioski na temat trendów czasowych i miejsca poszczególnych państw w rankingu światowym. To właśnie dane z tej bazy dyskutowałem parokrotnie na łamach „FA” i innych pe-

riodyków, wskazując na pogarszającą się pozycję Polski. Wiadomo, że z 15. miejsca, które Polska zajmowała w 1981 r., spadliśmy obecnie na miejsce 21. To właśnie wnioski z tej bazy interesują władze KBN i były jednym z powodów, dla których przy wprowadzaniu nowej kategoryzacji jednostek podkreślano rolę publikowania prac przede wszystkim w czasopiśmie „listy filadelfijskiej” oraz przestrzegania właściwej afiliacji autorów.

Oto parę przykładowych wyników z najnowszej bazy NSI 2001. Nasza informatyka z 13. miejsca w świecie w 1981 r. spadła aż na 27. w 1999 r., nauki techniczne – z 12. na 25., materiałoznawstwo – z 11. na 16. Regres tych dziedzin ilustruje dodatkowo niewielka liczba patentów. Duży regres spotkał nauki medyczne (obecnie dopiero 29. miejsce w świecie). O jego skali może świadczyć to, że z czterokrotnie od Polski mniejszej Grecji pochodzi dwukrotnie więcej publikacji medycznych. Wielki regres spotkał także nauki społeczne (obecnie tylko 36. miejsce w świecie!). Przedstawiciele tych nauk często narzekają, że reguły klasyfikacji „filadelfijskiej” nie odpowiadają naszym polskim warunkom. Dziwne jest jednak, że takich problemów nie mają wyprzedzające nas w rankingu tej dziedziny Chorwacja, Czechy, Grecja, Turcja czy Meksyk, al-



bo że z siedmiokrotnie od Polski mniej-szej Finlandii pochodzi 5 razy więcej publikacji w naukach społecznych.

Kryteria oceny pozostają niezmiennie, więc skoro w 1981 r. wypadaliśmy w wielu dziedzinach korzystnie, a obecnie już nie, to nie jest to wina kryteriów.

Przeciwnicy bibliometrii głoszą, że nie można mierzyć „produkcji naukowej” danego państwa liczbą artykułów naukowych w uznanych na świecie czasopiśmie, a więc opierać się na bazach danych ogłaszanych przez ISI.

Otóż ja oczywiście wiem, iż postęp nauki odbywa się dzięki wybitnym odkryciom, a nie statystyce, ale – wbrew temu, co na łamach „FA” głosił pewien „znawca” – te dwie rzeczy są ze sobą silnie skorelowane, o czym można się przekonać porównując np. rankingi państw według liczby publikacji i według najbardziej uznanych wyróżnień (nagrody Nobla, medale Fieldsa itp.). Łatwo zrozumieć, że wybitni uczeni i największe odkrycia naukowe nie zdarzają się na pustyni naukowej, lecz tam, gdzie istnieje obszerne i bogate zaplecze z wieloma tysiącami pracowników nauki. Trzeba także pamiętać, że wyniki publikowane przez ISI są szeroko znane i czy to nam się podoba, czy nie, jest to dziś jeden z uznanych standardów oceny pozycji naukowej poszczególnych państw, wykorzystywanych przez OECD, Unię Europejską, UNESCO, World Bank itd. Ci, którzy twierdzą inaczej, po prostu wprowadzają w błąd opinię publiczną.

Ostrożnie wykorzystywać – NCR

Baza NCR jest dostarczana przez ISI na specjalne zamówienie z danego kraju, ponieważ wymaga specjalnego, jednostkowego opracowania. W bazie tej znajdują się informacje o publikacjach i cytowaniach autorów zatrudnionych w poszczególnych uczelniach czy jednostkach badawczych tego kraju. Zasady tworzenia bazy NCR są inne niż w NSI, a zbliżone do SCI. W bazie tej notuje się publikacje począwszy od 1979 r. oraz cytowania do tych publikacji (przyporządkowane rokowi, w którym było cytowanie, a nie – jak w NSI – rokowi publikacji cytowanej pracy). Podobnie jak w NSI, tak-

że w NCR publikacje i cytowania przyporządkowane są różnym dziedzinom i dyscyplinom.

Baza NCR pozwala na porównywanie aktywności naukowej poszczególnych jednostek w danej dziedzinie. To ostatnie zastrzeżenie jest istotne, ponieważ parametry dotyczące publikacji i cytowań w różnych dziedzinach różnią się bardzo istotnie. Nie wolno więc – bez wprowadzania odpowiednich czynników korekcyjnych – porównywać aktywności jednostek z różnych dziedzin nauki.

Ale nawet porównywanie osiągnięć poszczególnych jednostek w tej samej czy zbliżonej dziedzinie musi być dokonywane bardzo ostrożnie. Trudność polega na tym, że prace publikowane przez pracowników danego instytutu trafiają nie tylko do jednej dziedziny według klasyfikacji ISI. Np. pracownicy instytutów fizycznych publikują swe prace w czasopiśmie z fizyki, matematyki, materiałoznawstwa, a czasem nawet astrofizyki czy chemii (fizycznej). Tu znów więc trzeba pamiętać o różnicach między dziedzinami (patrz tablica). Nie ma w zasadzie w Polsce dwóch instytutów o identycznym profilu badawczym.

Trzeba tu dodać, że baza NCR dla Polski w postaci przysyłanej przez ISI nie nadaje się w ogóle do użytku, a surowe dane z tej bazy muszą być dopiero przetworzone do potrzeb KBN przez Ośrodek Informacji Naukowej (OPI).

Problem polega na tym, że nie mamy w Polsce ustalonych obcojęzycznych nazw naszych jednostek badawczych. Nazwy te są każdorazowo tłumaczone ad hoc na angielski lub inne języki. Pisałem na ten temat w „FA” (nr 4/1999). Przy przeglądaniu materiałów nadsyłanych do KBN okazało się, że niektóre instytucje występują w prasie światowej pod kilkoma czy nawet kilkunastoma różnymi nazwami. Nasze uczelnie techniczne nie potrafiły się zdecydować na wybór jednolitej nazwy angielskiej i spotyka się obok nazwy Polytechnic także Technical University oraz University of Technology, oczywiście z różnymi wariacjami przyimków of i in przy podawaniu nazwy miasta. Nawet moja szacowana macierzysta uczelnia występu-

je jako Warsaw University oraz University of Warsaw – skąd zagraniczny czytelnik ma wiedzieć, że chodzi o tę samą uczelnię? Przecież gdzie indziej tak właśnie odróżnia się uczelnie (np. University of Miami i Miami University albo University of Washington i Washington University to są różne uczelnie).

Niedawno na prośbę władz uczelni z Zielonej Góry zbierałem z najnowszej, jeszcze surowej bazy NCR dla Polski, dane na temat publikacji z tych uczelni. Okazało się, że pracownicy tamtejszej WSP i Politechniki używali w publikacjach łącznie ponad 40 różnych nazw. Mam nadzieję, że utworzony obecnie Uniwersytet w Zielonej Górze od początku narzuci swym pracownikom jednolite obcojęzyczne nazwy uczelni.

Podkreślę ponownie, że ze względu na omówione wyżej różnice między dyscyplinami nie można w zasadzie porównywać wyników bibliometrycznych całych uczelni, nawet tego samego profilu, ponieważ mają one na ogół odmienną strukturę dyscyplinową. Można natomiast dość bezpiecznie wyciągać wnioski z trendów czasowych wyników danej jednostki, albo porównywać wyniki tej samej specjalności w różnych jednostkach.

Najwięcej pułapek i niebezpieczeństw – SCI

Tak się składa, że większość dyskusji na łamach „FA” dotyczy właśnie Science Citation Index, który, moim zdaniem, jest najbardziej kontrowersyjnym źródłem informacji. Korzystanie z SCI wymaga wielkiej umiejętności i ostrożności, inaczej bowiem można nie tylko dojść do mało sensownych wyników, ale – ponieważ sprawa dotyczy poszczególnych badaczy – wyrządzić im niezastuzone krzywdy.

Najpierw pewien komentarz. Mając krytyczny stosunek do SCI, opracowałem jakiś czas temu indeks cytowań dla połowy XVIII wieku [wyniki są opublikowane w artykule: Science Citation Index A. D. 1758, „Prace Komisji Historii Nauki PAU”, tom II, 61-74 (2000)]. Okazało się, że najczęściej cytowani wówczas autorzy są dziś w dużej części zapomniani, natomiast uczeni dziś uznani-

wani za wybitnych (np. Euler, Huygens) znaleźli się daleko od czołówki. Ten wynik daje sporo do myślenia.

Niektóre z powodów, dla których dane z SCI o cytowaniach poszczególnych autorów trzeba traktować z ostrożnością, były już podane powyżej. Przede wszystkim są to wielkie różnice cytowalności w poszczególnych dziedzinach. Jeżeli więc dwóch badaczy ma w SCI liczby cytowań odpowiednio 100 i 1000, to sama taka informacja jest całkowicie bezużyteczna i na pewno nie można powiedzieć, że ten drugi badacz jest dziesięć razy lepszy od pierwszego. Sprawa może pozostać otwarta nawet po wprowadzeniu poprawek na średnią cytowalność w poszczególnych dziedzinach. Pozostają bowiem jeszcze inne ważne czynniki, np.:

► Zdarza się, że prace błędne uzyskują dużą liczbę cytowań, właśnie dlatego, że są błędne (przykładem może być osławiona „zimna fuja”, której autorzy już w pierwszym roku uzyskali ok. 400 cytowań, w ogromnej większości bardzo krytycznych).

► Wskutek „lenistwa” autorów artykuły przeglądowe uzyskują więcej cytowań niż wartościowe prace oryginalne, na których te przeglądy są oparte. Niektóre prace o dużej wartości bywają niezrozumiałe i nie są cytowane aż do chwili ich akceptacji przez środowisko (np. praca Stevena Weinberga na temat unifikacji oddziaływań elektromagnetycznych i słabych, która przyniosła mu Nagrodę Nobla z fizyki, w ciągu pierwszych 5 lat po ukazaniu się miała tylko 5 cytowań).

► Prace „klasyczne” przestają być cytowane. Jeśli wynik jakiegoś autora zostaje powszechnie zaakceptowany w danej dziedzinie, to często jego artykuł przestaje być cytowany, „bo i tak wszyscy to wiedzą”. Gdyby np. w artykułach z fizyki każdorazowo cytować *Principia* Isaaca Newtona, to byłby on dziś rekordzistą pod względem liczby cytowań i odpowiadałoby to jego randze jako jednego z największych uczonych wszystkich czasów. A tak rekordzistami są: O. H. Lowry, N. J. Rosebrough, A. L. Farr i R. J. Randall, autorzy metodycznej pracy *Protein measurement with the Folin phenol reagent*, „*J. Biol. Chem.*” 193,

265-275 (1951), która nadal każdego roku uzyskuje ok. 6000 cytowań i nabierała ich już blisko 300 tys.! Nie dowodzi to jednak, że autorów trzeba uznać za najwybitniejszych współczesnych uczonych.

► Liczba cytowań w danej dyscyplinie zależy od liczby publikowanych prac, a ta – od liczby autorów. Zatem w bardzo wąskich dyscyplinach, w których pracuje niewiele autorów, cytowań jest mniej niż w dziedzinach rozległych.

► W starszych wersjach SCI podawane było tylko nazwisko pierwszego autora pracy.

► Wielką trudność stanowi też notoryczne przekraczanie przez autorów prac nazwisk „egzotycznych” cytowanych przez nich artykułów (dotyczy to nazwisk słowiańskich, węgierskich, chińskich, japońskich, hinduskich, fińskich etc.). Ponieważ cytowania trafiają do SCI automatycznie, powielane tam są wszystkie te błędy i z tej przyczyny nieszczęśliwi autorzy o trudnych nazwiskach mogą występować w SCI w różnych miejscach. Sam się o tym przekonałem odnotowując już kilkanaście wariantów mojego nazwiska w SCI.

Z tych powodów nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi do bezwzględnej liczby cytowań przy ocenie działalności poszczególnych badaczy. Z zastrzeżeniami wyrażonymi powyżej można jednak przypuszczać, że artykuł w ogóle nie cytowany (albo cytowany tylko przez jego autora – tzw. samocytowanie) nie ma wartości naukowej, a artykuł mający bardzo dużo cytowań ma większą wartość od artykułu z bardzo małą liczbą cytowań, o ile dotyczy tej samej specjalności.

Niestety, zdarzają się tu sytuacje zupełnie patologiczne. Np. w Hiszpanii zaczęto przy konkursach kierować się tylko bezwzględną liczbą cytowań. Przedstawiciele nauk o Ziemi, botaniki i zoologii przegrywali z genetykami lub przedstawicielami biologii molekularnej i publicznie wołali o ratunek („*Nature*”, 16 maja 1996 r).

Naszą polską specjalnością jest to, że w niektórych dziedzinach i instytucjach panuje nieuzasadniona balwo-

chwalcza wiara w tzw. *impact factor* (IF). Dochodzi do patologicznych sytuacji, że wynagrodzenia są uzależniane od wartości IF czasopisma, do którego został wysłany artykuł danego pracownika (niezależnie od tego, czy ten artykuł ktoś przeczytał i zacytuje!).

Zwoleńnicy używania IF zupełnie nie zdają sobie sprawy ze znanych wad tego parametru, a przede wszystkim z tego, że wartość IF danego czasopisma ma słaby związek z liczbą cytowań poszczególnej pracy zamieszczonej w tym czasopiśmie.

Szczegółowa dyskusja IF zabralaby zbyt wiele miejsca, więc odłożę ją do innego artykułu. Tu ograniczę się tylko do empirycznego stwierdzenia, że wartość IF danego periodyku jest w zasadzie ustalana przez bardzo niewielką liczbę bardzo „gorących” artykułów, podczas gdy ogromna większość artykułów stanowi tylko „tło”, ponieważ ich cytowania są opisane malejącą funkcją wykładniczą. Taka funkcja wykładnicza ma, jak wiadomo, maksimum przy wartości zero, a więc właśnie przy zerze cytowań jest największa wartość prawdopodobieństwa a priori cytowania pracy wysłanej do każdego periodyku!

Niedawno spotkałem w Polsce pewnego naukowca, który jako wskaźnik swego dorobku naukowego podawał sumę wartości IF czasopism, w których opublikował swe prace. Zupełnie nieważne, czy ktoś te prace potem przeczytał i zacytował. To wyjątkowo bezrozumne podejście!

Mam nadzieję, że tym artykułem pomogłem trochę uporządkować dyskusję na temat zalet i wad bibliometrycznego podejścia do wyników naukowych. Do wszystkich dalszych dyskusyj mam prośbę, aby zechcieli oddzielnie wypowiadać poglądy na te trzy różne tematy: NSI, NCR i SCI.

ANDRZEJ KAJETAN WRÓBLEWSKI

FORUM AKADEMICKIE 9/2001

Prof. dr hab. Andrzej Kajetan Wróblewski, fizyk, jest profesorem na Wydziale Fizyki Uniwersytetu Warszawskiego. W latach 1989-92 pełnił funkcję rektora tej uczelni. W latach 1997-2000 wiceprzewodniczący KBN.

Uśmiech esKUIApa

Lekarz do męża pacjentki:

- Nerwica pańskiej żony nie jest taka straszna.
- Przeżyje z nią sto lat.
- A ja? - zapytał mąż.

Leżący w szpitalu mąż mówi do żony:

- Wiesz co, kiedy spłonął mój dom, byłaś przy mnie.
- Tak, kochanie.
- Kiedy okradli mi samochód, byłaś przy mnie.
- Tak, kochanie, byłam przy tobie.
- Kiedy potrącił mnie samochód byłaś przy mnie.
- Tak.
- To chyba przynosisz mi pecha!

- Panie doktorze, czy wyleczy mnie pan z bezsenności?
- Tak, ale najpierw trzeba ustalić i zlikwidować przyczynę.
- Lepiej nie. Żona jest bardzo przywiązana do naszego dziecka.

Za chwilę w szpitalu ma odbyć się skomplikowana operacja, ale nie przywieziono jeszcze pacjenta.

- Trudno - mówi lekarz - zaczynamy bez niego!

Psychiatra do pacjenta:

- Chyba jest pan bardzo niezdecydowanym człowiekiem?
- I tak, i nie, panie doktorze...
- Stan pańskiego zdrowia wymaga natychmiastowej operacji - komunikuje choremu lekarz w szpitalu.
- Nigdy się na to nie zgodzę! Wolę umrzeć! - odpowiada pacjent.
- Jedno drugiego nie wyklucza...
- Czy brak intelektu jest chorobą?
- Nie martw się, jeśli tak jest, to i tak wyglądasz na zupełnie zdrowego.

Lekarz przyjmuje nowego pacjenta do szpitala.

- Jest pan w zupełnie niezłej formie.
- Mam nadzieję, że przetrzyma pan również pobyt u nas.

- Jak ci idzie? - zapytał ślepy chromego.
- Jak widzisz - brzmiała odpowiedź.

Pani Goździkowa, mój mąż leży w szpitalu i stale się skarży.

- Na co?
- Na brak piwa!



Powiedzieli o Zdrowiu

**Szukamy zdrowia za granicą,
a możemy je wpuścić do domu
przez otwarte okna.**

STANISŁAW BREYER

**Zdrowie nie przychodzi samo przez się,
trzeba je stworzyć.**

MAURICE DELORT

Radość i zdrowie przemieniają zimą w lato.

MARC ANTOINE DESANGIERS

**Zdrowie narodu warte jest
nawet wielkich ofiar.**

MARCIN KASPRZAK

**Stan twojego zdrowia stanowi
odbicie twojego umysłu.**

IRWING OYLE

**Prawda jest doskonałym błędem,
tak jak zdrowie doskonałą chorobą.**

OSKAR WILDE

**Najlepsze wyniki leczenia
uzyskuje się u ludzi zdrowych.**

JAN LECHICKI

**Szanuj zdrowie należycie,
bo jak umrzesz stracisz życie.**

ALEKSANDER FREDRO


KWARTALNIK
Alma Mater

Adres redakcji: Rektorat AM, 20-095 Lublin, Al. Raclawickie 1, pok. nr 132, tel. +48 81/ 532 59 49

Redagują: Dr n. med. Włodzimierz Matysiak oraz współpracownicy

Skład/tamowanie: APS, tel. 0601/ 360 600 Druk: LIBER, tel. 081/ 442 54 44

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, możliwość skracania i adyustacji tekstów, zmiany ich tytułów oraz doboru ilustracji.



zalecany w
stanach zapalnych
jamy ustnej,
uszkodzeniach
nabłonka,
ranach
dziąseł.

naran **S**

Naturalna kompozycja ziołowa
do płukania i okładów.

30 szt. po 2g



stymuluje proces gojenia
działa przeciwbólowo
oczyszcza

naran **N**

Naturalna kompozycja ziołowa
do stosowania zewnętrznego.

30 szt. po 2g



Stanisław Sadowski

Ilustracje fotograficzne oraz zdjęcia dokumentujące życie Uczelni wykonał Stanisław Sadowski