



MEDYCYN DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XLIV

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

NR 6/2012

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Dr hab. Izabela Strużycka – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Mgr Cezary Ksel – sekretarz redakcji
Mgr Magdalena Zielonka – korekta

Rada Programowa i Naukowa:

Prof. dr hab. Marek Krawczyk – Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr hab. **Sławomir Majewski** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, dr hab. **Sławomir Nazarewski** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, prof. dr hab. **Anna Kamińska** – Prorektor ds. Kadr, prof. dr hab. **Marek Kulus** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, prof. dr hab. **Mirosław Wielgoś** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. **Renata Górka** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, prof. dr hab. **Jerzy A. Polański** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, dr hab. **Kazimierz Szopiński** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, prof. dr hab. **Marek Naruszewicz** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. nadzw. dr hab. **Zdzisław Wójcik** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, prof. dr hab. **Zbigniew Gaciong** – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego.

Wydawca:

Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw

Adres redakcji:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. (22) 57 20 615
e-mail: mdw@wum.edu.pl
http://mdw.wum.edu.pl

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny WUM
Prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być powielana bez zgody Wydawcy. Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów.

Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza WUM
ul. Pawińskiego 3, 02-106 Warszawa
tel. (22) 57 20 327, fax (22) 57 20 380
e-mail: oficynawydawnicza@wum.edu.pl
http://oficynawydawnicza.wum.edu.pl

Nakład: 500 egzemplarzy

CZASOPISMO JEST PUNKTOWANE W SYSTEMIE INDEX COPERNICUS

Spis treści

Z ŻYCIA WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

<i>Cezary Ksel</i>	
Otwarcie Centrum Biblioteczno-Informacyjnego.....2	
<i>Redakcja „MDW”</i>	
„To piękna chwila...” Rozmowa z mgr Irminą Utrą – dyrektorem Biblioteki Głównej WUM.....5	
<i>Cezary Ksel</i>	
Uroczystość wręczenia dyplomów doktora i doktora habilitowanego na I Wydziale Lekarskim..... 8	
<i>Redakcja „MDW”</i>	
Konferencja Naukowa Wydziału Nauki o Zdrowiu.....13	
<i>Redakcja „MDW”</i>	
Szesnaste Wolffiana14	
<i>Redakcja „MDW”</i>	
Odsłonięcie tablicy pamięci Profesora Stefana Wesołowskiego15	
<i>Krzysztof Owczarek, Dorota Włodarczyk, Magdalena Łazarewicz</i>	
Spotkanie kierowników katedr i zakładów psychologii medycznej.....16	
<i>Danuta Cieśla</i>	
I Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Doktorantów Wydziału Nauki o Zdrowiu19	
<i>Marta Suchojad, Magdalena Wilk</i>	
XIV Warszawskie Dni Kardiologii Akademickiej.21	
<i>Iwona Wawer</i>	
I Konferencja Zielarska Kobiet na Podlasiu.....23	
<i>Redakcja „MDW”</i>	
Afrykańska misja absolwentki WUM.	
Rozmowa z Moniką Sawicką.....25	
<i>Elwira Zielińska</i>	
Z Senatu WUM.....28	

MEDYCYN

<i>Franciszek Radziszewski, Dominik Olejniczak</i>	
Od telemedycyny do e-health.....31	

ETYKA

<i>Tadeusz Tołłoczko</i>	
Stanowisko w sprawie PGD przesłane do Komisji Bioetyki przy Prezydium PAN35	

NAUKA

<i>Jan Doroszewski</i>	
Język jako narzędzie medycyny: poznanie, leczenie, opieka38	
Terminy obron prac doktorskich.....42	



Otwarcie Centrum Biblioteczno- -Informacyjnego

**26 czerwca 2012 roku
Prezydent
Rzeczypospolitej Polskiej
Bronisław Komorowski –
uczestniczył w otwarciu
nowego budynku Centrum
Biblioteczno-Informacyjnego.
Warszawski Uniwersytet
Medyczny wzbogacił
się o wyjątkowe miejsce
łącznie nowoczesność
z tradycją i historią.**

Ten dzień zapisze się w pamięci całej społeczności akademickiej Uczelni, ale przede wszystkim studentów, dla których otwarcie nowego gmachu Centrum Biblioteczno-Informacyjnego kończy wieloletni okres oczekiwania na przyjazną, komfortową, przestronną i nowoczesną bibliotekę. Bibliotekę XXI wieku, która nie tylko jest spełnieniem marzeń wielu pokoleń studentów i pracowników naukowych Uczelni. Oprócz swo-

ich podstawowych celów dydaktycznych, daje coś jeszcze – z pewnością przyczyni się do integracji środowiska akademickiego, zainspiruje do jeszcze wnikliwszego studiowania setek tysięcy pozycji bibliograficznych zebranych teraz pod jednym dachem, ponadto stanie się miejscem relaksu i odpoczynku po trudach nauki.

18 czerwca 2009 roku, podczas wmurowania kamienia węgielnego pod nowy gmach Centrum Biblioteczno-Informacyjnego, Bronisław Komorowski, wówczas marszałek Sejmu RP, powiedział, że „trudno sobie wyobrazić człowieka mądrego bez dostępu do wiedzy”. Trzy lata później Warszawski Uniwersytet Medyczny wzbogacił się o miejsce będące wielką skarbnicą wiedzy medycznej i humanistycznej. Uczestniczący w uroczystości otwarcia nowej Biblioteki Prezydent Bronisław Komorowski życzył, aby otwarcie nowego gmachu nie przeszkodziło w budowaniu nowych aspiracji i marzeń o edukacji na światowym poziomie oraz stałym polepszaniu jakości zdobywania i korzystania z wiedzy.

Rektor prof. Marek Krawczyk poinformował zebranych o historii i perypetiach związanych z budową nowego gmachu Biblioteki, przypomniał o wielkich trudnościach, z którymi borykała się Uczelnia, związanych ze zdobywaniem funduszy na budowę oraz upór kolejnych Władz naszej *Alma Mater*, aby ten priorytetowy z punktu



Prezydent Bronisław Komorowski otrzymał od Rektora prof. Marka Krawczyka okolicznościowy klucz do Biblioteki



Prezydent wraz z Rektorem prezentują zebranym Przesłanie do Społeczności Akademickiej WUM



Prezydent podczas zwiedzania Centrum Biblioteczno-Informacyjnego. Na zdjęciu w jednej z sal nauki



Prezydent Bronisław Komorowski oraz abp Kazimierz Nycz wpisali się do Księgi Pamiątkowej

widzenia studentów i kadry naukowej projekt został ostatecznie zrealizowany. Rektor podkreślił, jak wielkie znaczenie dla całej społeczności akademickiej WUM ma otwarcie nowej siedziby Biblioteki Głównej, która w starych już murach, w swojej planowanej jako tymczasowa lokalizacji przy ul. Ocзки, przetrwała ponad 60 lat.

Ważną częścią uroczystości było podpisanie przez Prezydenta i Rektora specjalnego Przesłania do Społeczności Akademickiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W jego treści wyrażono nadzieję, że gmach Centrum Biblioteczno-Informacyjnego będzie miejscem odkrywania „tajemnic sztuki medycznej”, odnajdywania odpowiedzi na nurtujące pytania naukowe przy wsparciu wielkich autorytetów sztuki medycznej, miejscem, gdzie będą realizować się nowe ambicje i cele naukowe.

Oficjalną część uroczystości zakończyło wręczenie Prezydentowi elektronicznego klucza do Centrum Biblioteczno-Informacyjnego. Następnie Prezydent w towarzystwie Rektora zwiedził budynek.

Rangę wydarzenia, jakim było otwarcie gmachu CBI podkreślała obecność Prezydenta RP, ale też

liczne grono wybitnych autorytetów i specjalistów oraz ludzi nauki i polityki. Wśród nich znalazły się osoby z otoczenia kancelarii prezydenta, przedstawiciele Sejmu i Senatu RP, wojewoda mazowiecki, abp Kazimierz Nycz – metropolita warszawski, abp Henryk Hoser – biskup diecezji warszawsko-praskiej, dr Tomasz Makowski – dyrektor Biblioteki Narodowej, rektorzy uczelni warszawskich, w tym Przewodniczący Rektorów Uczelni Warszawskich – prof. Włodzimierz Kurnik, przedstawiciele PAN oraz instytutów naukowych, przedstawiciele ministerstw: zdrowia, nauki i szkolnictwa wyższego, sportu i turystyki, kultury i dziedzictwa narodowego, przedstawiciele władz miasta stołecznego Warszawy. Licznie zgromadziła się także społeczność akademicka WUM.

Centrum Biblioteczno-Informacyjne oznacza rozpoczęcie nowego rozdziału na drodze do podnoszenia jakości edukacji oraz stałego unowocześniania bazy dydaktycznej na naszej Uczelni.

Cezary Ksel
Redakcja „MDW”



Czytelnia zajmuje powierzchnię ponad 1000 m². Ulokowano na niej 230 stanowisk czytelniczych, na 110 z nich znajdują się stacje komputerowe z dostępem do internetu oraz elektronicznych zasobów bibliotecznych



Centrum Biblioteczno-Informacyjne oferuje możliwość korzystania z 7 pokoi do nauki indywidualnej oraz 3 pokoi do pracy zbiorowej. Dwie pracownie wyposażono w modele anatomiczne, tablice i atlasy do nauki anatomii



Budynek jest przystosowany do obsługi osób niepełnosprawnych. Nowością oraz wielkim udogodnieniem dla osób niedowidzących i niewidomych jest sala do nauki ze specjalnie przygotowanymi komputerami

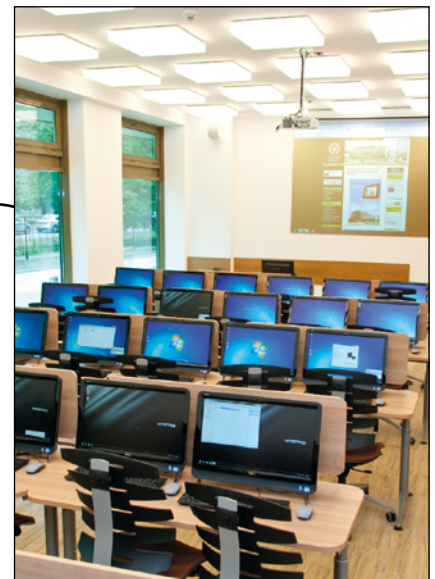


Strefa wolnego dostępu zapewnia korzystanie z 22 tysięcy woluminów z 56 dziedzin nauki. Materiały biblioteczne zabezpieczone są paskami magnetycznymi, współpracującymi z bramkami kontrolnymi



Szklana piramida wieńcząca dach budynku nowej Biblioteki zapewni naturalne źródło światła. Dodatkowo na 3 piętrze utworzono taras dla korzystających z zasobów wypożyczalni

W budynku znajdują się: sale seminaryjne na ponad 160 miejsc, w tym sala saminaryjno-komputerowa na 30 miejsc, która przeznaczona została m.in. do przeprowadzania egzaminów w formie elektronicznej, 10 sal dydaktycznych na ok. 500 miejsc oraz 2 sale konferencyjne



TO PIĘKNA CHWILA... rozmowa z mgr Irminą Utratą dyrektorem Biblioteki Głównej WUM

*Kolejne pokolenia studentów,
pracowników naukowych
oraz następujący
po sobie dyrektorzy
od dawna marzyli o nowoczesnej,
przestronnej i przyjaznej
Bibliotece Głównej. I oto jest!*

*W rozmowie z Redakcją „MDW”
dyrektor Biblioteki opowiada
o największych zaletach
Centrum Biblioteczno-Informacyjnego.*



Jakie odczucia towarzyszyły Pani w związku z otwarciem nowego budynku Biblioteki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, jednej z najbardziej oczekiwanych inwestycji w naszej Uczelni?

Kiedy rozpoczynałam pracę w Bibliotece Głównej, ówczesny dyrektor dr hab. n. hum. Janusz Kapuścik zapewniał mnie, że warunki lokalowe są trudne, ale niedługo przeprowadzimy się do nowej biblioteki. Nie przypuszczałam wtedy, że „lwią” część zawodowego życia spędzę jednak w tych trudnych warunkach przy ul. Oczki. Teraz, kiedy sama już jestem dyrektorem, moje pragnienia związane z nową biblioteką ziszczyły się. Biblioteka Główna wreszcie znalazła swoją przystań w budynku Centrum Biblioteczno-Informacyjnego Uczelni. Jestem szczęśliwcem, który do-

czekał się Biblioteki nowoczesnej, przestronnej, zapewniającej doskonałe warunki pracy. To piękna chwila rozpoczynająca nowy rozdział zarówno dla pracowników biblioteki, jak i jej użytkowników. Gdzieś jednak snuje się nie nostalgii za „starą biblioteką”, która, pomimo trudnych warunków lokalowych, służyła dobrze wielu pokoleniom studentów i pracowników.

Wspomniała Pani o byłym już budynku Biblioteki przy ul. Oczki. Czy wiadomo, jak zostanie wykorzystany?

To pytanie raczej do kierownika Zakładu Medycyny Sądowej. Nie znam dokładnych planów, ale z luźnych rozmów wiem, że nasi dotychczasowi sąsiedzi, również borykający się z trudnymi warunkami lokalowymi, skorzystają z dodatkowej

przestrzeni i poprawią swoje warunki pracy.

Biblioteka została stworzona przede wszystkim dla studentów. Co zyskali na otwarciu Centrum Biblioteczno-Informacyjnego?

Studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego do dnia otwarcia nowego budynku Biblioteki uczyli się i pracowali w trudnych warunkach lokalowych. Powierzchnia całej Biblioteki łącznie z pokojami pracowniczymi i magazynami wynosiła niewiele ponad 1400 m², teraz sama Czytelnia to ok. 1400 m². Liczba miejsc czytelniczych w starej lokalizacji wynosiła 120, teraz użytkownicy mają do dyspozycji 325 miejsc, 7 pokoi pracy indywidualnej, 3 pokoje pracy grupowej, w tym dwie pracownie wyposażone w pomoce do nauki anatomii. Wzrosła liczba udostępnianych

pomocy naukowych (modeli cząstek, dokupiono model korpusu ludzkiego). W „starym” budynku Biblioteki do dyspozycji studentów było 17 stanowisk komputerowych z dostępem do Internetu, w nowym – 106, w tym 16 iMac zakupionych z myślą o studentach anglojęzycznych i wzrastającej popularności sprzętu firmy Apple. Jedną z nowości jest utworzenie Informatorium, miejsca, gdzie użytkownik otrzyma niezbędne informacje, między innymi na temat oferowanych usług, topografii budynku oraz zbiorów. Informatorium działa na miejscu, ale udzielane są również odpowiedzi na zapytania składane drogą telefoniczną czy e-mailową. Do tej pory studenci, chcąc wypożyczyć książki, stali w długich kolejkach, na zewnątrz budynku, bez względu na pogodę. Wejście do Wypożyczalni sąsiadowało z miejscem przechowywania zwłok przez Zakład Medycyny Sądowej, widoki nawet dla studentów medycyny nie były przyjemne. Dziś studenci mają do dyspozycji piękną, przestronną Wypożyczalnię, a w niej wygodną poczekalnię. Oprócz Wypożyczalni z obsługą uruchomiono Wypożyczalnię Samoobsługową przystosowaną do udostępniania 5000 woluminów. Tutaj znajduje się wolnostojące urządzenie – SelfCheck, pozwalające użytkownikowi na samodzielne wypożyczenia i zwroty książek. Zbiory oznaczone zostaną elektronicznymi etykietami RFID, zawierającymi zakodowane informacje o poszczególnych egzemplarzach, identyfikowanymi w posiadanym przez Bibliotekę systemie Aleph. Dzięki komunikacji urządzenia SelfCheck z systemem, możliwa będzie samodzielna identyfikacja użytkownika, kontrola stanu konta, a w końcowym efekcie samodzielna rejestracja wypożyczanych i zwracanych książek.

Już tych kilka informacji świadczy o tym, że mamy do czynienia z zupełnie nową jakością. Czym jeszcze zaskoczycie użytkowników Biblioteki?

Kolejną nowością jest możliwość zdalnego składania zamówień, rezerwacji zbiorów bibliotecznych, prolongaty czy elektroniczne powiadamianie o terminach zwrotu czy o zarezerwowanej pozycji. Przedłużyliśmy czas pracy Wypożyczalni do godz. 19.00 oraz otworzyliśmy ją w soboty. Do dyspozycji użytkowników są 4 webkioski z dostępem do katalogu on-line, jeden z terminali jest dostosowany do potrzeb użytkowników z dysfunkcją ruchową (na wózkach) – posiada regulowaną wysokość pulpitu. W Czytelnicy użytkownicy mają swobodny dostęp do podręczników oraz wybranych kolekcji książek i czasopism w wolnym dostępie. Organizacja nowej Biblioteki została tak zaplanowana, aby użytkownicy uzyskali łatwy, niczym nie ograniczony dostęp do wiedzy oraz szerokiej oferty usług ją wspomagających. Punkt obsługi użytkownika zlokalizowany w centralnym miejscu Czytelnicy, obsługiwany przez wykwalifikowanych bibliotekarzy, pomagać będzie użytkownikom w poszukiwaniach literatury tradycyjnej, jak i elektronicznej, również poprzez prowadzenie indywidualnych szkoleń w zakresie wykorzystania medycznych baz danych czy e-zbiorów. Użytkownicy otrzymali do dyspozycji nową Bibliotekę łączącą funkcje biblioteki tradycyjnej i elektronicznej, będącej ośrodkiem informacji naukowej i kultury.

Otwarcie nowej Biblioteki wiąże się nie tylko ze zmianą miejsca, ale też z dużym skokiem technologicznym. Co pod względem technologicznym, zastosowanych rozwiązań informatycznych zasługuje na szczególne uznanie i jak one

przysłużą się korzystającym z Państwa zbiorów?

W październiku 2011 r. został zakupiony dla Biblioteki zintegrowany system biblioteczny Aleph. Dzięki niemu wszystkie procesy zarządzania Biblioteką zostały zautomatyzowane: gromadzenie, opracowywanie, udostępnianie, zamawianie, rezerwacja, prolongata, powiadamianie użytkownika, wypożyczalnia samoobsługowa działająca w oparciu na technologii RFID – wykorzystująca technologię identyfikacji książki za pomocą fal radiowych. W Bibliotece działają: nowoczesny system zabezpieczeń zarówno przed kradzieżą, jak i system kontroli przeciwpożarowej. Z myślą o użytkownikach z dysfunkcją wzroku utworzono pokój pracy indywidualnej wyposażony w komputer z oprogramowaniem powiększającym, udźwiękawiającym oraz skaner umożliwiający zamianę czarnodruku na wersję elektroniczną, dostępną dla osób słabowidzących lub niedowidzących przy użyciu programu powiększającego lub mowy syntetycznej. Wraz ze zmianą siedziby nastąpiła reorganizacja struktury Biblioteki. Powstał nowy Dział Automatyzacji Procesów Bibliotecznych, którego głównym zadaniem jest, jak najszybsze, stworzenie biblioteki cyfrowej Uczelni. Do dyspozycji użytkowników oddane zostaną samoobsługowe urządzenia reprograficzne, budynek wyposażony został w bezprzewodową sieć WiFi, prowadzony jest stały monitoring pomieszczeń, niektóre są objęte systemem kontroli dostępu.

Działalność Centrum Biblioteczno-Informacyjnego jest również szansą, aby w jednym miejscu znalazły się gromadzone przez lata zbiory. Jak bogate obecnie są zbiory Biblioteki Głównej oraz czy

nowa Biblioteka zagwarantuje im optymalne warunki do przechowywania?

Tak, to prawda. Rozproszone do tej pory w kilku lokalizacjach zbiory nareszcie znalazły miejsce w jednym, przestronnym magazynie o powierzchni 800 m². System magazynowania zwartego, urządzenia do monitorowania wilgotności i temperatury powietrza zapewniają optymalne warunki przechowywania zbiorów. Obecnie zbiory Biblioteki Głównej liczą ponad 400 000 woluminów. Są to książki, broszury, czasopisma, zbiory specjalne: starodruki, prace doktorskie, prace dyplomowe, dokumenty życia społecznego, materiały audiowizualne: kasety VHS, DVD, filmy na taśmach szpulowych.

Które z pozycji są szczególnie cenne?

Biblioteka posiada wiele cennych książek i czasopism pochodzących z XIX wieku, jednak najcenniejszymi zbiorami Biblioteki, z punktu widzenia historii, jest kolekcja 96 starodruków. Znaczna ich część to pozycje z dziedziny anatomii oraz chirurgii, pisane w języku łacińskim, niemieckim oraz francuskim. Do wyjątków należy książka z botaniki księdza Krzysztofa Kluka z 1778 roku, wydana w języku polskim. Przeważająca część kolekcji pochodzi z XVIII wieku (ponad 70 woluminów), najstarszy egzemplarz datowany jest na II połowę XVI wieku. Główną wartością tych dzieł jest czas, w jakim powstały – tak odległy. Woluminy wydawane były z wielką starannością i dużą dbałością o szczegóły, tłoczone na pergaminie, oprawne w skórę z tłoczeniami lub złożone. Najciekawiej oprawione dzieło pochodzi z 1611 roku – oprawę wykonano z deski, pokryto skórą, ozdobiono tłoczeniami, wyposażono w okucia służące zamykaniu książki, teraz niestety już bez tych

ozdób. Poza cennymi dziełami sztuki introligatorskiej do niezmiernie ciekawych należą ryciny zdobiące stare druki, bogactwo form towarzyszące frontyspisom i stronom tytułowym zaskakuje precyzją wykonania, bogactwem motywów, różnorodnością winiet oraz inicjałów. Niezmiernie cennym artefaktem są tablice umieszczane w dziełach anatomicznych zawierające najczęściej odbitki miedziorytnicze, często sygnowane przez twórców, przedstawiające części ciała ludzkiego, bywa że ręcznie kolorowane. Niektóre książki zaopatrzone w ekslibrisy wskazujące właściciela woluminu, często pochodzące z epoki, w której powstała książka.

Kto może korzystać ze zbiorów Biblioteki Głównej? Czy tylko studenci i pracownicy WUM?

Biblioteka Główna jest ogólnodostępną biblioteką naukową, z której mogą korzystać wszyscy użytkownicy zainteresowani zgromadzonymi zbiorami, oferowanymi usługami oraz zasobami elektronicznymi. Osoby nie będące pracownikami, doktorantami lub studentami Uczelni, ze zbiorów mogą korzystać bezpłatnie na miejscu, na zewnątrz mogą wypożyczyć książki wydane po 1950 r., nie będące aktualnymi podręcznikami dla studentów i doktorantów Uczelni po opłaceniu kaucji. Użytkownicy innych bibliotek czy instytucji naukowych krajowych i zagranicznych, zainteresowani zbiorami Biblioteki Uczelnianej, mogą korzystać z nich za pośrednictwem wypożyczalni międzybibliotecznej.

Nowy budynek Biblioteki zachęca piękną Czytelnią oraz nowoczesnymi pokojami nauki. Ale czy w budynku tym będą organizowane akcje o charakterze dydaktyczno-kulturalnym, tak aby jeszcze bardziej zachę-

cić do odwiedzania Centrum Biblioteczno-Informacyjnego?

Biblioteka służy zaspokajaniu potrzeb dydaktycznych, naukowych, informacyjnych i kulturowych użytkowników. Dzisiaj jednym z głównych jej zadań jest pośrednictwo między dostępnymi źródłami informacyjnymi a czytelnikami. Aby przybliżyć użytkownikom źródła informacji medycznej oraz sposoby ich efektywnego wykorzystania, organizowane są szkolenia stacjonarne oraz on-line dla studentów i pracowników naukowych WUM. Prowadzone są szkolenia dla społeczności akademickiej dotyczące wykorzystania nowych produktów, organizowane przy współpracy przedstawicieli producentów baz subskrybowanych przez Bibliotekę. Nowa siedziba zapewnia dobre warunki do nauki anatomii, oddajemy studentom pokoje wyposażone w modele anatomiczne, organizujemy praktyki dla studentów kierunku bibliotekoznawstwa i informacji naukowej czy praktyki zawodowe dla pracowników innych bibliotek. Pracownicy Biblioteki są autorami okolicznościowych wystaw tematycznych organizowanych w Rektoracie. W przeszłości były organizowane konkursy tematyczne na prace artystyczne wśród pracowników Uczelni. Cieszyły się dużym powodzeniem. Mamy w planach organizację podobnych przedsięwzięć czy spotkań z wybitnymi przedstawicielami środowiska medycznego, znawcami historii medycyny. Na pewno, i to już niedługo, zorganizujemy ogólnopolską konferencję dla środowiska bibliotekarzy. Będziemy prowadzić promocję Biblioteki, tak aby informacja o jej zbiorach i usługach była znana w całej Polsce, a zwłaszcza w środowisku medycznym i farmaceutycznym województwa mazowieckiego.

Dziękuję za rozmowę.

Uroczystość wręczenia dyplomów doktora i doktora habilitowanego na I Wydziale Lekarskim

Dostojne sale warszawskiego Zamku Królewskiego ponownie stały się miejscem jednego z najważniejszych wydarzeń w kalendarzu I Wydziału Lekarskiego, wręczenia dyplomów nowym doktorom i doktorom habilitowanym. 22 czerwca stał się dla nich dniem wieńczącym wieloletnie badania i zmagania z materią naukową.

Znana maksyma Benjamina Brittena, która brzmi: „Z nauką jest jak z wiosłowaniem pod prąd. Skoro tylko zaprzestaniesz pracy, zaraz spycha cię do tyłu” dobitnie oddaje, jak trudnym, ale jednocześnie fascynującym zajęciem jest pogłębianie nauki oraz swojej wiedzy i horyzontów poznawczych. Decyzja o rozpoczęciu kariery naukowej i badawczej wymaga odwagi, determinacji i pasji. Jednak owocem wieloletnich czasem zmagania staje się możliwość obcowania z nową materią naukową, odpowiedzi na nurtujące pytania, rozwiązania nieodkrytych zagadek nauki, co w dalszej perspektywie może przyczynić się do polepszenia jakości życia ludzi, wpłynąć na rozwój standardów leczenia, pomóc ukoić ból i cierpienie. Dlatego też chwila otrzymania dyplomu doktora i doktora habilitowanego jest tak szczególna i szczytowa. Nowi doktorzy i doktorzy habilitowani swoim niezwykłym poświęceniem i determinacją poszerzyli nie tylko swoją wiedzę, ale znacznie przyczynili się do rozwoju nauki w Polsce.

Gospodarzem ceremonii na Zamku Królewskim był Dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. Mirosław Wielgoś. Zanim jednak bohaterowie uroczystości –



Rektor prof. Marek Krawczyk podczas tegorocznego dyplomatorium I Wydziału Lekarskiego

doktorzy i doktorzy habilitowani – odebrali swoje dyplomy, odbyła się uroczystość przyznania Medalu za Zasługi dla Wydziału osobom, których praca i przywiązanie do I Wydziału Lekarskiego szczególnie wpłynęło na stan i rozwój tej jednostki. Rektor wraz z Dziekanem uhonorowali trzy osoby: prof. Marię Wierzbicką – która kierowała Zakładem Stomatologii Zachowawczej w latach 1979-2004, Prodziekan I Wydziału Lekarskiego ds. Stomatologii w latach 1981-1986, prof. Ewę Mayzner-Zawadzka – która kierowała Zakładem, a następnie Kliniką

Anestezjologii i Intensywnej Terapii w latach 2001-2009, prof. Leszka Babloka – który kierował I Katedrą i Kliniką Położnictwa i Ginekologii w latach 2004-2010. Na uroczystości nie było obecnych pozostałych osób uhonorowanych przez Kapitułę tym zaszczytnym wyróżnieniem, tj.: prof. Mirosława Łuczaka, prof. Wiesława Glinńskiego oraz Pani Małgorzaty Sawickiej. Dziekan prof. Mirosław Wielgoś poinformował, że w roku akademickim 2011/2012 Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nadał na wniosek Rady I Wydziału Lekarskiego tytuł profesora nauk



Wykład specjalny wygłosił prof. Maciej Zabela z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego



Gospodarzem uroczystości na Zamku Królewskim był Dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. Mirosław Wielgoś



Prof. Maria Wierzbicka odebrała z rąk Rektora prof. Marka Krawczyka Medal za Zasługi dla Wydziału



Podczas uroczystości wręczono także gratulacje nowym profesorom zwyczajnym I Wydziału Lekarskiego

medycznych 10 osobom. Byli to: prof. Lidia Chomicz z Zakładu Biologii Medycznej, prof. Marek Tomasz Gniatkowski z Narodowego Instytutu Leków, prof. Małgorzata Lewandowska-Szumieł z Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii, prof. Rafał Płoski z Zakładu Genetyki Medycznej, prof. Andrzej Radzikowski z Kliniki Gastroenterologii i Żywienia Dzieci, prof. Tomasz Bednarczuk z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii, prof. Alicja Wiercińska-Drapało z Kliniki Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych, prof. Zbigniew Wierzbicki z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, prof. Marcin Wojnar z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej. Stopień doktora habilitowanego uzyskało

13 osób, natomiast 65 osób obroniło prace doktorskie. Liczba ta powinna zostać poszerzona o 9 przewodów doktorskich przeprowadzonych w Instytucie Stomatologii oraz 4 doktoraty w Centrum Biostruktury. Dziekan dodał, że ma nadzieję, iż „dotychczasowe dokonania będą jedynie bodźcem do dalszych działań i wstępem do kolejnych sukcesów.” Dużą część swojego wystąpienia prof. Mirosław Wielgoś poświęcił kondycji oraz dalszemu rozwojowi nauki na I Wydziale Lekarskim. – Naukę tworzą ludzie – oni sami oraz ich chęci odgrywają tu kluczową rolę. To ludzie zdobywają fundusze, to oni realizują projekty badawcze, a następnie publikują wyniki swoich prac. Od aktywności nas wszystkich zależy wy-

miar i ranga tejże nauki oraz to, jak jesteśmy postrzegani w różnego rodzaju rankingach, ocenach i kategoryzacjach – mówił prof. Mirosław Wielgoś.

Rektor prof. Marek Krawczyk w swoim przemówieniu podkreślił duże znaczenie uroczystości na Zamku Królewskim, będącej symbolicznym zwieńczeniem nie tylko roku akademickiego 2011/2012, ale też zakończeniem prac władz rektorskich 2008-2012. Była to więc okazja do podsumowań i oceny ostatnich 4 lat. – Uczelnia bardzo dynamicznie się rozwija. Pracownicy i studenci odnoszą liczne sukcesy naukowe i dydaktyczne. Intensyfikowana jest współpraca międzynarodowa oraz realizowane są inwestycje na niespotykaną dotychczas skalę w uczelniach



Moment otrzymania dyplomu doktora to niezapomniana chwila zarówno dla nowych doktorów, jak i opiekunów ich prac



W imieniu nowych doktorów i doktorów habilitowanych do zebranych zwrócił się dr hab. Rafał Krenke



Podczas tegorocznej uroczystości dyplomy doktora odebrało łącznie 78 osób



Po części oficjalnej odbył się koncert „Warszawskiego Kwintetu Akordeonowego”

w Polsce. Jesteśmy krajowym liderem rozwiązań dotyczących systemu badań klinicznych oraz koordynatorem wielu ważnych projektów o zasięgu krajowym i międzynarodowym – mówił Rektor. Dużo miejsca poświęcił ponadto inwestycjom i celom, jakie stawia przed sobą Uczelnia na kolejne lata. W okresie 2012-2016 jednym z podstawowych celów będą „działania służące tworzeniu i udoskonalaniu bazy i infrastruktury dla przedklinicznych i klinicznych badań naukowych”. W ramach tej długofalowej strategii powstaje, a w 2013 roku zostanie oddane do użytku Centrum Badań Przedklinicznych w ramach projektu CePT, planowane jest dalsze pogłębianie współpracy w ramach programu ECRIN, w dalszym

ciągu trwać będą prace nad utworzeniem Akademickiego Centrum Badań Klinicznych, priorytetem będzie także dalsza współpraca z jednostkami krajowymi i europejskimi, państwowymi oraz prywatnymi przy pozyskiwaniu funduszy na rozwój badań naukowych.

Specjalnym Gościem tegorocznej uroczystości na Zamku Królewskim był prof. Maciej Zabela – histolog i biolog medyczny, profesor zwyczajny Akademii Medycznej w Poznaniu, od 2011 roku pełniący funkcję Przewodniczącego Komitetu Ewaluacji Jednostek Naukowych w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Prof. Zabela zaprezentował wykład pt. „Jak skategoryzować nieporównywalne, czyli jak zważyć naukę?”

Dr hab. Rafał Krenke, który w imieniu nowych doktorów oraz doktorów habilitowanych przemówił do zebranych, podkreślił wyjątkowość odbywającej się uroczystości. – Dzień dzisiejszy uświadamia nam, że właśnie zamknęliśmy jeden z ważnych, acz trudnych i wymagających wytężonej pracy, okresów naszego życia zawodowego. Za każdą pracą doktorską czy habilitacyjną kryją się tygodnie, miesiące i lata własnej pracy, ale także pracy naszych Promotorów, Opiekunów i Współpracowników, z których wiedzy, doświadczenia i wsparcia korzystaliśmy. Nasze sukcesy są również Ich sukcesami – mówił.

Cezary Ksel
Redakcja „MDW”

Przemówienie Jego Magnificencji Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego podczas uroczystej promocji na I Wydziale Lekarskim

*Panie Dziekanie, Wysoka Rado,
Dostojni Profesorowie,
Szanowni Doktorzy Habilitowani,
Drodzy Doktorzy,
Szanowni Państwo,*

Dzisiaj w Sali Balowej Zamku Królewskiego w Warszawie spotykamy się, by uhonorować nowych profesorów, doktorów habilitowanych i doktorów I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym, którzy uzyskali te zaszczyty w kończącym się roku akademickim 2011/2012.

Nie waham się powiedzieć, że w tej sali jest grono ludzi szczęśliwych. Jak napisał w „Rozmyślaniach” cesarz rzymski Marek Aureliusz:

*„A «szczęśliwy» to ten,
kto los szczęśliwy sam
sobie przygotował.
A szczęśliwy los to dobre
drżenie duszy,
dobre skłonności, dobre czyny”.*

Państwo – Bohaterowie Uroczystości – zgodnie z tymi słowami sprzed osiemnastu wieków, bo powstały ok. 180 roku naszej ery, sami swoimi zdolnościami, pracą, determinacją sprawiliście, że dzisiaj odbieracie te splendory.

Zawsze to wielka radość dla całej społeczności akademickiej, kiedy grono Pracowników, w tym wypadku osób związanych z I Wydziałem Lekarskim z Oddziałem Stomatologicznym, zdobywa kolejne tytuły i stopnie naukowe.

W imieniu władz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego serdecznie gratuluję Państwu tych awansów.

Winszuję również Państwa rodzinom. Wszyscy wiemy, że bliscy mają bardzo duży udział w naszych osiągnięciach. Bez ich wyrozumiałości i codziennego wsparcia dotarcie do celu byłoby o wiele trudniejsze, a może nawet niemożliwe.

Szczególne podziękowania kieruję do władz i Rady Wydziału oraz do promotorów prac doktorskich i opiekunów przewodów habilitacyjnych za aktywny udział w rozwoju kadry naukowej tak Wydziału, jak i całej Uczelni.

Szanowni Państwo, symbolicznie zamykamy dzisiaj rok akademicki 2011/2012 w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Dobiega również końca kadencja 2008-2012 władz rektorskich.

Te cztery lata, kiedy jako Rektor wraz z zespołem Prorektorów – prof. Sławomirem Majewskim, dr. hab. Sławomirem Nazarewskim, prof. Markiem Kulusem i prof. Anną Kamińską zarządzaliśmy Uczelnią były korzystne dla *Alma Mater*. Potwierdził to wybór Elektorów, którzy ponownie obdarzyli nas zaufaniem i dali mandat na kolejne 4 lata.

Uczelnia bardzo dynamicznie się rozwija. Pracownicy i studenci odnoszą liczne sukcesy naukowe i dydaktyczne. Intensyfikowana jest współpraca mię-

dzynarodowa oraz realizowane są inwestycje na niespotykaną dotychczas skalę w uczelniach w Polsce.

Jesteśmy krajowym liderem rozwiązań dotyczących systemu badań klinicznych oraz koordynatorem wielu ważnych projektów o zasięgu krajowym i międzynarodowym.

Jak napisała austriacka pisarka Marie von Ebner-Eschenbach:

*„Pamiętaj, co masz do zrobienia,
i zapomnij, czego
już dokonałeś”.*

My, kierując Uczelnią, działamy zgodnie z tymi słowami.

Jesteśmy szkołą wyższą, która kultywuje tradycje akademickie, dba o swoją historię, swoje korzenie, ale odważnie patrzy w przyszłość.

Stale rozwijamy dydaktykę, naukę, ale także infrastrukturę. W najbliższy wtorek, 26 czerwca otwieramy z udziałem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Bronisława Komorowskiego nową bibliotekę. Budujemy Szpital Pediatriczny, nowe laboratoria zlokalizowane w naszym Centrum Badań Przedklinicznych, Centrum Rehabilitacyjno-Sportowe. Pracujemy nad nowym Instytutem Stomatologii, nowoczesnym Ośrodkiem Onkologicznym i nowym gmachem Instytutu Psychiatrii.

Chcemy, aby nasi studenci uczyli się zawodu w znakomitej bazie dydaktycznej, naukowcy

pracowali w nowoczesnych laboratoriach i aby lekarze w naszych szpitalach klinicznych leczyli pacjentów w godnych warunkach i na światowym poziomie.

Aktywnie rozwijaliśmy naukę w Uczelni i będziemy to czynić nadal.

Strategia na lata 2012-2016 zakłada działania, które będą służyły tworzeniu i udoskonaleniu bazy i infrastruktury dla przedklinicznych i klinicznych badań naukowych.

W roku 2013 zakończona zostanie faza inwestycyjna programu CePT. Struktura CePT, w której skład wchodzi laboratorium naukowe Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Warszawskiego, Politechniki Warszawskiej i Polskiej Akademii Nauk będzie stanowiła jedyne tego rodzaju Centrum Badań w Polsce i Europie Środkowej. Umożliwi to partnerską współpracę z wiodącymi ośrodkami naukowymi w świecie. W ramach projektu CePT planowana jest kontynuacja współpracy oraz nawiązanie nowych sojuszy z kilkunastoma ośrodkami naukowymi w Europie i Stanach Zjednoczonych.

W 2013 roku w ramach projektu CePT w naszej Uczelni zostanie oddane do użytku Centrum Badań Przedklinicznych (CBP), które będzie stanowiło bazę naukową dziewięciu jednostek naukowo-badawczych wszystkich Wydziałów.

W przyszłej kadencji chcemy kontynuować Program UE – ECRIN (Europejskiej Klinicznej i Naukowej Sieci Infrastrukturalnej), z możliwością przystąpienia Uczelni do dalszego jego etapu (w przygotowaniu projekt ERIC oparty na partnerstwie „publiczno-prywatnym”).

Będziemy dalej działać w ramach Programu Elektroniczne Systemy Baz Danych Medyc-

nych w zakresie Badań Klinicznych, który jest formą partnerstwa „public-private” pomiędzy UE i przemysłem farmaceutycznym, reprezentowanym przez *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations–EFPIA*.

Na mocy listu intencyjnego podpisanego przez naszą Uczelnię i firmę Astra Zeneca w listopadzie 2011 roku obecnie tworzone jest Akademickie Centrum Badań Klinicznych. To tzw. „*prime site*”, czyli wiodący ośrodek badań klinicznych prowadzonych w naszych szpitalach klinicznych z możliwością rozszerzenia działalności na cały region. Formuła Centrum ma charakter otwarty i jest skierowana do różnych podmiotów z obszaru badań klinicznych.

Chcemy też dalej zwiększać pozyskiwanie funduszy zagranicznych i krajowych na badania naukowe. Będzie to aktywność dotycząca komercjalizacji wyników badań naukowych.

Zgodnie z ustawą Prawo o Szkolnictwie Wyższym utworzona jest Spółka z o.o. „Synergia – WUM” ze 100% udziałem naszej Uczelni.

Celem jej działania będzie aktywny udział w pozyskiwaniu funduszy na badania naukowe, zarówno ze środków budżetowych, jak i poza budżetowych; współfinansowanie procesu patentowego oraz dalszych etapów komercjalizacji.

Poprzez tę spółkę chcemy ściśle współpracować z tworzącym się klastrem BTM Mazowsze w celu pozyskiwania środków finansowych typu „*venture capital*” (fundusze o podwyższonym ryzyku) w celu finansowania wczesnych etapów (*proof of concept*) projektów o najwyższej potencjalnej wartości komercyjnej.

Rozwijana będzie również działalność Centrum Transferu

Technologii utworzonego w ramach CePT.

Będziemy wspierali wspólne projekty i studia doktoranckie prowadzone przez kilka jednostek, w tym Uczelnię i Polskiej Akademii Nauk (takich jak np. Studium Medycyny Molekularnej).

Chcemy doprowadzić do podniesienia jakości studiów doktoranckich poprzez wprowadzenie systemu badania jakości kształcenia przez zewnętrzne instytucje oceniające ich efekty.

Planujemy wprowadzenie systemu elektronicznego upubliczniania dorobku naukowego nauczycieli akademickich. Prowadzone będą nadal działania w celu zapobiegania nierzetelności w nauce.

Będzie rozszerzana współpraca bilateralna z innymi uczelniami medycznymi w Europie i na świecie. Chcemy również zwiększać wymianę naukową studentów i pracowników naukowych w ramach programów europejskich.

Szanowni Państwo,
kończąc posłużę się jeszcze jednym cytatem odnoszącym się do naszych działań. Tym razem będą to słowa lekarza, filozofa i społecznika Władysława Biegańskiego:

**„Jest to złota zasada w życiu:
wymagać mało od świata,
a dużo od siebie”.**

Droży Państwo,
z radością i dumą gratuluję wszystkim Państwu osiągniętych sukcesów w karierze naukowej. Życzę, aby Państwa talent przeważył Was jeszcze wyżej.

*prof. dr hab. n. med.
Marek Krawczyk
Rektor Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego*

Konferencja Naukowa Wydziału Nauki o Zdrowiu

Mimo że Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jest najmłodszą jednostką dydaktyczną naszej Uczelni, już może poszczycić się wieloma sukcesami i osiągnięciami naukowymi. Przekonali się o tym uczestnicy konferencji Wydziału Nauki o Zdrowiu, która była prezentacją jego dorobku oraz potencjału naukowego.

Wydział Nauki o Zdrowiu liczy sobie 12 lat, od 2009 roku organizuje konferencję naukową, która jest podsumowaniem dorobku ostatniego roku. 5 czerwca 2012 roku odbyła się jej czwarta edycja. Honorowy Patronat nad wydarzeniem objął Rektor WUM prof. Marek Krawczyk. Uroczystego otwarcia konferencji dokonał Dziekan Wydziału prof. Zdzisław Wójcik. Zwracając się do zebranych w Sali prof. B. Olszewskiego podkreślił, że naukowy dorobek punktowy Wydziału Nauki o Zdrowiu w skali całej Uczelni nie jest jeszcze dosyć wysoki, wyraził jednak nadzieję, że następne lata przyniosą znaczącą poprawę. Przypomniawszy główne osiągnięcia wydziału, wśród nich znalazło się uzyskanie zgody na

promowanie doktorów habilitowanych w dziedzinie nauk o zdrowiu. Dziekan poinformował, że w chwili obecnej wydział pochwalić się może 39 ukończonymi przewodami doktorskimi.

W imieniu Władz Rektorskich głos zabrała prof. Anna Kamińska – Prorektor ds. Kadr. Pani Prorektor potwierdziła znaczącą rolę wydziału w krajobrazie Uczelni. – Dziś nie wyobrażamy sobie uczelni bez jej czwartego filaru – powiedziała prof. Kamińska. Całemu wydziałowi, jego pracownikom i studentom życzyła dalszych sukcesów i rozwoju.

Specjalnym gościem konferencji była prof. Magdalena Środa – filozofka i etyczka, która poproszona została o zaprezentowanie wykładu inauguracyjnego pod tytułem „Etyka w medycynie”.



Konferencję prowadził prof. Andrzej Friedman – Prodekan ds. przewodów doktorskich i współpracy z zagranicą

Następnie rozpoczęła się sesja naukowa, w trakcie której dokonano 8 prezentacji najbardziej znaczących publikacji oraz wyróżnionych prac doktorskich i magisterskich.

Redakcja „MDW”

Zestawienie 10 polskich czasopism z IF 2011

Pod koniec czerwca Institute of Scientific Information opublikował wartości IF dla czasopism naukowych. Profesor dr hab. Andrzej Górski sporządził Top 10 dotyczący polskich periodyków (ze 125 obecnych na „liście filadelfijskiej” krajowych czasopism). Szczególnym powodem do satysfakcji dla naszej Uczelni jest duży awans *Annals of Transplantation* (red. P. Małkowski

i K. Zieniewicz), oraz pierwsza pozycja *Arch Immunol Ther Exp* (red. A. Górski). Poniżej prezentujemy sporządzoną przez prof. Andrzeja Górskiego listę dziesięciu polskich periodyków z najwyższym wskaźnikiem IF za 2011 rok:

- 1) *Arch Immunol Ther Exp* – 2.541
- 2) *Pharmacol Rep* – 2.445
- 3) *Ann Agr Env Med.* – 2.311

- 4) *J Physiol Pharmacol* – 2.267
- 5) *Acta Neurobiol Exp* – 2.110
- 6) *Ann Transpl* – 2.020
- 7) *Reprod Biol* – 1.921
- 8) *Acta Astronom* – 1.680
- 9) *Hered Cancer Clin Pr* – 1.680
- 10) *J Appl Genet* – 1.664

Redakcja Czasopisma „Medycyna Dydaktyka Wychowanie”, pragnie podziękować prof. Andrzejowi Górskiemu za dostarczone informacje.

Szesnaste Wolffiana

Tegoroczne, szesnaste już święto Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego miało wyjątkowy przebieg. Podczas uroczystości w Klubie Lekarza Medal A.F. Wolffa otrzymał prof. Tadeusz Tołłoczko.

Doroczne święto Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się 30 maja, a rozpoczęło je złożenie kwiatów pod tablicą Augusta Ferdynanda Wolffa, która znajduje się na zewnątrz budynku Głównej Biblioteki Lekarskiej Zbiorów Specjalnych przy ul. Jazdów w Warszawie. Cześć współzałożycielowi w 1820 roku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego oraz jego pierwszemu Prezesowi oddali obecny Prezes TLW prof. Jerzy Jurkiewicz, członek zarządu TLW oraz Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek Krawczyk.

Podczas dalszej części uroczystości, która odbyła się w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej, miało miejsce wyjątkowe do naszej Uczelni wydarzenie. Najwyższe odznaczenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego – Medal A.F. Wolffa otrzymał prof. Tadeusz Tołłoczko – wybitny chirurg i etyk, były Rektor Akademii Medycznej w Warszawie. Laudację prof. Tadeusza Tołłoczki wygłosił prof. Jerzy Jurkiewicz, w której scharakteryzował sylwetkę i dokonania byłego Rektora AM w Warszawie. Powiedział m.in.: „Profesora Tadeusza Tołłoczke znamy właściwie wszyscy, jest z nami od zawsze, służy nam radą i pomocą, jego eseje, artykuły, jego opis sytuacji moralnej, w jakiej znajduje się lekarz współczesny, są bardzo pomocne, użyteczne, ratujące nasze umysły i nasze dusze. Profesor jest dla nas drogowskazem, dla Niego drogowskazem przez całe życie, jak wiele razy miałem przyjemność rozmawiać, jest przysięga Hipokratesa. Jest człowiek”. Następnie odbyło się odczytanie tekstu dyplomu oraz wręczenie Medalu A.F. Wolffa. W tekście dyplomu znalazły się następujące słowa: „Towarzystwo Lekarskie Warszawskie doceniając wielkość zasług w służbie chorym i potrzebującym: przyznaje Tadeuszowi Tołłoczko medal Augusta Ferdynanda Wolffa – najwyższe odznaczenie Towarzystwa”. Gratulacje w imieniu swoim oraz całego zespołu złożył prof. Tadeuszowi Tołłoczce Rektor WUM prof. Marek Krawczyk. To najwyższe wyróżnienie przyznawane jest wybitnym autorytetom oraz Członkom Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, którzy w sposób ponad przeciętny mają wpływ na funkcjonowanie i rozwój Towarzystwa, organizacji z ogromnymi tradycjami i zasługami dla krzewienia etosu lekarza. Medal ten



Profesor Tadeusz Tołłoczko (drugi z lewej) podczas uroczystości przyznania Medalu A.F. Wolffa

przyznawany jest od 1846 roku, a pierwszy otrzymał go August Wolff.

Ponadto 4 osobom wręczono Medal Włodzimierza Brodowskiego i Ludwika Paszkiewicza za zasługi. Medalami tymi, zwanymi także Medalami Prezesów, honoruje się nie tylko lekarzy, którzy z niezwykłą pasją i poświęceniem wykonują swoją misję leczenia chorych, ale także przyjaciół Towarzystwa, wielce zasłużonych dla jego działalności.

Po podniosłych chwilach związanych z wręczeniem medali i dyplomów, dr Antonii Żawrocki wygłosił wykład pt. „Michał Bułchakow – zarys biografii lekarza”.

Tradycją każdej edycji święta Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego jest promocja „Pamiętnika TLW”. Prezentacji nowego numeru wydania „Pamiętnika TLW” dokonał jego tegoroczny redaktor prof. Tadeusz Tołłoczko. Na zakończenie Wolffiany prof. Zdzisław Gajda z Krakowa przekazał prof. Jerzemu Jurkiewiczowi 9 medali z serii poświęconej lekarzom polskim. Zwieńczeniem oficjalnych obchodów tegorocznej edycji święta TLW był koncert w wykonaniu Juka Hatori – fortepian oraz Michała Zielińskiego – wiolonczela, którzy zaprezentowali 4-częściową sonatę g-moll F. Chopina opus 65.

Redakcja „MDW”

Redakcja Czasopisma „MDW” serdecznie dziękuje Pani Wiesławie Granowskiej z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za pomoc przy redagowaniu tekstu oraz przesłaną fotografię

Odślonięcie tablicy pamięci Profesora Stefana Wesołowskiego

16 sierpnia minie
114-ta rocznica urodzin
prof. Stefana Wesołowskiego –
wybitnego naukowca, profesora
i nauczyciela wielu pokoleń
urologów oraz wieloletniego
kierownika Kliniki Urologii AM
w Warszawie. W hołdzie
dla zasług prof. Stefana
Wesołowskiego, 14 czerwca
odbyło się uroczyste
odślonięcie tablicy
poświęconej Jego pamięci.

To wyjątkowe spotkanie, pełne wspomnień i refleksji, zaszczycił swoją obecnością Rektor prof. Marek Krawczyk oraz córka zmarłego przed dwoma laty profesora Wesołowskiego – Anna Wesołowska, a także Dyrektor Szpitala Dzieciątka Jezus prof. Janusz Wyzgał. Gospodarzem uroczystości odślonięcia tablicy był obecny Kierownik Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej prof. Andrzej Borkowski.

Podczas uroczystości wielokrotnie wspomniano zasługi Profesora Stefana Wesołowskiego, podkreślano znaczenie dokonań Profesora zarówno dla rozwoju polskiej urologii, warszawskiej Akademii Medycznej, jak i całego świata nauki. Była to okazja do przypomnienia ogromnego dorobku naukowego i dydaktycznego Profesora Stefana Wesołowskiego, nie zapomniano jednak o tym, że oprócz ogromnych osiągnięć jako naukowiec i lekarz, był On także wspaniałym, kochającym ludzi człowiekiem.

Prof. Stefan Wesołowski w latach 1954-1978 piastował funkcję kierownika Kliniki Urologii Akademii Medycznej. Wielką zasługą prof. Wesołowskiego była inicjatywa powstania samodzielnej Kliniki Urologicznej Akademii Medycznej, która ostatecznie została oddana do użytku w 1970 roku na terenie stołecznego Szpitala Dzieciątka Jezus, a która w ciągu kilku lat stała się najnowocześniejszą jak na owe czasy kliniką urologiczną w Polsce.

Redakcja „MDW”



Odślonięta Tablica poświęcona pamięci prof. Stefana Wesołowskiego



Prof. Andrzej Borkowski – Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej przypominał biografię oraz najważniejsze dokonania prof. Stefana Wesołowskiego



Na zdj. od lewej Rektor WUM prof. Marek Krawczyk, prof. Andrzej Borkowski oraz Anna Wesołowska – córka prof. Stefana Wesołowskiego

Spotkanie kierowników katedr i zakładów psychologii medycznej

W dniu 8 maja br. w siedzibie Zakładu Psychologii Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, odbyło się robocze spotkanie kierowników katedr i zakładów psychologii medycznej uczelni medycznych w naszym kraju. Dotyczyło ono kształcenia w zakresie psychologii na uczelniach medycznych zarówno w kontekście działań bieżących, jak i przyszłych.

Ważnym powodem, dla którego spotkanie to zostało zorganizowane była ożywiona kampania medialna dotycząca braku umiejętności prowadzenia przez lekarzy dialogu z pacjentami i ich rodzinami, która toczyła się na przełomie roku. Inicjatywa ta spotkała się z dużym zainteresowaniem ze strony Pana Prof. Janusza Kleinrocka – Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia. W dużym stopniu była ona spowodowana nagromadzeniem się skarg pacjentów zgłaszanych m.in. do Rzecznika Praw Pacjenta i Rad Lekarskich. Spotkało się to z dużym oddźwiękiem medialnym.

W ostatnich miesiącach ubiegłego roku Pan Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz powołał Komisję ds. Humanizacji Medycyny, m.in. w trosce o poprawę jakości komunikacji w tym zakresie. W skład tego kolegialnego ciała z ramienia naszej Uczelni weszli prof. dr hab. med. Tomasz Pasierski i dr hab. Krzysztof Owczarek, prof. WUM. Z ich inicjatywy powstała propozycja powołania przez Ministerstwo Zdrowia do życia nowego przedmiotu na studiach lekarskich „Relacje lekarz-pacjent”.

Spotkanie w ZPM WUM dotyczyło omówienia tej cennej inicjatywy oraz prezentacji zagadnień będących przedmiotem nauczania w tym zakresie przez Zakład

Psychologii Medycznej WUM. Obradom przewodniczył Kierownik Zakładu Psychologii Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Owczarek. Porządek zebrania dotyczył szczegółowego przedstawienia wniosku Komisji ds. Humanizacji Medycyny Ministerstwa Zdrowia mającego na celu wykorzystanie wiedzy psychologicznej dla poprawy kontaktu lekarzy z pacjentem i ich rodzinami. Drugim punktem obrad była informacja o aktywności Zakładu Psychologii Medycznej w zakresie nauczania Psychologii Lekarskiej dla Wydziałów Lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów relacji lekarz-pacjent i właściwej komunikacji. Te zagadnienia zaprezentowały adiunkt i asystent ZPM WUM dr n. med. Dorota Włodarczyk i mgr Magdalena Łazarewicz. Ich wystąpienie było poświęcone wykorzystaniu współczesnej wiedzy psychologicznej oraz nowatorskich metod nauczania w celu podnoszenia umiejętności przyszłych lekarzy w relacji z pacjentem w ramach programowych zajęć akademickich realizowanych obecnie w naszej jednostce.

Dotychczasowy i aktualnie realizowany program nauczania:

- obejmuje kluczowe zagadnienia z zakresu psychologii medycznej mające zastosowanie w praktyce medycznej,

- odzwierciedla współczesne trendy obecne w światowej i polskiej psychologii medycznej (wykorzystywany jest nowy podręcznik „Psychologia w praktyce medycznej”, przygotowany przez pracowników ZPM i nagrodzony w 2009 roku przez Minister Zdrowia oraz inna współczesna literatura),
- uwzględnia potrzeby lekarzy określone na podstawie ogólnopolskich badań lekarzy (2005-2008) przeprowadzonych przez prof. Krzysztofa Owczarka i innych członków ZPM WUM, dotyczących wiedzy psychologicznej uzyskanej w ramach studiów medycznych i realnego zapotrzebowania na nią w praktyce zawodowej,
- wypracowany na przestrzeni kilkunastu lat (stopniowe modyfikacje uwzględniające nowe trendy w psychologii medycznej i aktualne potrzeby społeczne),
- do tej pory program psychologii lekarskiej realizowany jest w ramach 30 godzin dydaktycznych (I semestr) w toku 6-letnich studiów medycznych,
- realizowany dla studentów „pierwotnie niezmotywowanych do uczenia się psychologii” (w przeciwieństwie do np. studentów psychologii) – wymaga odpowiedniego przetworzenia wiedzy psy-



Obradom przewodniczył prof. nadzw. Krzysztof Owczarek



Spotkanie odbyło się w Zakładzie Psychologii Medycznej WUM

chologicznej i zastosowania odpowiednich metod nauczania (specyfika wiedzy psychologicznej na tle nauk medycznych),

- zajęcia są oceniane przez studentów (ewaluacja zajęć następuje po każdym zakończonym kursie).

Specyfika programu:

- rzetelne kształcenie na poziomie akademickim (sprawdzian wiedzy) połączone z treninżami umiejętności (sprawdzian umiejętności w postaci indywidualnie wykonywanego zadania przez każdego studenta),
- wykorzystanie zdobytej na zajęciach wiedzy psychologicznej do rozwiązywania konkretnych problemów z praktyki klinicznej (bezpośredni związek wiedzy z zastosowaniami praktycznymi),
- zagadnienia priorytetowe: pacjent i lekarz w sytuacji stresu, mechanizmy funkcjonowania człowieka w chorobie, relacja lekarz-pacjent, komunikacja lekarz-pacjent,
- wiedza i umiejętności psychologiczne jako pomoc dla lekarza w pracy z pacjentem chorym somatycznie: w centrum zainteresowania jest zarówno lekarz, jak i pacjent

(umiejętności psychologiczne mają pomagać i lekarzowi, i pacjentowi).

Podczas spotkania zaprezentowano postulaty Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (w powstaniu których aktywną rolę odegrał Zakład Psychologii Medycznej) wyrażające nowe trendy w kształceniu w zakresie psychologii. Wśród kluczowych zagadnień znalazły się:

- rosnąca akceptacja dla konieczności kształcenia studentów medycyny w zakresie psychologii i praktycznych umiejętności psychologicznych,
- inicjatywa mająca na celu utworzenie nowego przedmiotu dotyczącego komunikacji lekarza z pacjentem, obejmującego 20 godz. wykładów, 20 godz. seminariów, 20 godz. ćwiczeń (w sumie 60 godzin) – Komisja ds. Humanizacji Medycyny przy Ministerstwie Zdrowia (kierownik ZPM, prof. Krzysztof Owczarek jest członkiem tej Komisji) – aktualnie trwają procedury,
- wprowadzane zmiany są traktowane przez środowisko psychologów jako wyraz poważnej troski o poszerzenie kompetencji lekarzy w zakresie relacji z pacjentem,

- zmiany te mają charakter stopniowy (uwzględniają aktualne realia kształcenia i funkcjonowania ochrony zdrowia) i postępujący, co zwiększa szanse na osiągnięcie trwałych efektów w tym zakresie, w przeciwnieństwie do krótkotrwałych kampanii społecznych (medialnych):

- bazujących często na zniekształconym obrazie rzeczywistości, w którym np. lekarze (w domyśle wszyscy) nie potrafią rozmawiać z pacjentem (globalnie krzywdząca ocena środowiska lekarzy),
- koncentrujących się tylko na sytuacji pacjenta (bez uwzględnienia realiów pracy lekarzy) i mających charakter „nagonki” na tę grupę zawodową.

Zespół ZPM WUM konsekwentnie od wielu lat działa w tym kierunku, proponując podejście, gdzie w centrum zainteresowania jest pacjent i lekarz, jako ważni partnerzy wzajemnej relacji.

Ostatnim punktem programu była ożywiona dyskusja, w trakcie której stwierdzono, że w ramach dotychczasowej liczby godzin danej do dyspozycji jednostkom nauczającym psychologii (zazwyczaj 30 lub mniej godzin dydaktycznych) niezwykle trudno



Na zdj. od prawej: prof. nadzw. Krzysztof Owczarek oraz autorki referatów – dr n. med. Dorota Włodarczyk i mgr Magdalena Łazarewicz



Gościem obrad był dr hab. Marek Kuch – Dziekan-elekt II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (pierwszy z lewej)

jest wpoić i wykształcić właściwe kompetencje przyszłych lekarzy w zakresie kreowania obopólnie satysfakcjonujących relacji z pacjentem.

W związku z tym nietrudno się zgodzić, że w niektórych przypadkach lekarze przejawiają niewystarczającą wiedzę oraz umiejętności w tym zakresie. Może to się uwidocznić zwłaszcza w sytuacjach stresowych oraz wtedy, gdy w grę wchodzi element zaskoczenia i pojawiają się nowe, nieprzewidziane elementy rzeczywistości. Jednak przy formułowaniu generalnych ocen, trzeba mieć na względzie, że lekarz w swojej praktyce klinicznej staje czasem przed wyzwaniem, przed którym w normalnej sytuacji nigdy nie powinien stanąć. Należy mieć również na względzie, że wobec często nieskoordynowanych, chaotycznie wprowadzanych przemian w naszej służbie zdrowia, pełnienie funkcji lekarza przypomina czasami zajęcie zupełnie ekstremalne. Prócz klinicznej pracy, która w tym wszystkim wydaje się najłatwiejsza, biurokratyczna rzeczywistość często piętrzy przed lekarzami trudności i niespodzianki nie do zaakceptowania. Trudno się pogodzić z faktem, że środowiska przywdziewające

togę sędziów w tym zakresie szafują dużymi kwantyfikatorami. Z właściwą sobie, ale kompletnie błędną pewnością stwierdzają, że „wszyscy”, że „zawsze”, a wypowiedź jest jednoznaczna, że powszechnie pacjenci są krzywdzeni. Środowisko psychologów uczących na studiach medycznych nie ma zamiaru pełnić roli orędownika wszystkich poczynań lekarskich, ale jesteśmy zgodni, że w tym względzie wielokrotnie środowiska opiniotwórcze posunęły się za daleko, posługując się przesadnymi uogólnieniami. Takie formuły retoryczne stosowane bezwyjątkowo i zbyt często niż na to zasługują, rozmijają się z prawdą o otaczającej nas rzeczywistości. Prawdą jest natomiast, że wszystko, co się robi, można robić lepiej, można się jeszcze bardziej starać. W ramach dotychczasowych możliwości robimy to, na co nam pozwalają bezwzględne i nieprzekraczalne ramy czasowe. Czujemy się jednak odpowiedzialni za przygotowanie przyszłych lekarzy do pracy, której niezwykle ważnym elementem jest komunikowanie się z pacjentem oraz z jego rodziną. Mając to na względzie prof. T. Pasierski wraz z prof. K. Owczarkiem sformułowali propozycję powołania

do życia nowego przedmiotu „Relacje lekarz-pacjent”.

Na tym zebraniu powołany został Zespół Roboczy ds. Nauczania Psychologii w Medycynie, który wybrał prof. Krzysztofa Owczarka przewodniczącym. Zespół zaproponował, aby wyżej wspomniany przedmiot nazywał się „Psychologia relacji z pacjentem”. Rekomendowane przez w/w Zespół Roboczy nauczanie psychologii na studiach medycznych powinno mieć następujący przebieg:

- na III roku – przedmiot „Podstawy psychologii medycznej” (co najmniej 30 godzin);
- na V roku – „Psychologia relacji z pacjentem”.

Mamy nadzieję, że, za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia, uda się wdrożyć tę niezbędną inicjatywę do programu nauczania na studiach lekarskich i osiągnąć cel w postaci lepszego wykorzystania psychologów klinicznych i psychologów zdrowia w toku nauczania metod dotyczących kształtowania właściwych relacji lekarz-pacjent.

prof. nadzw. Krzysztof Owczarek
dr Dorota Włodarczyk
mgr Magdalena Łazarewicz
Zakład Psychologii Medycznej WUM

I Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Doktorantów Wydziałów Nauki o Zdrowiu

3 czerwca 2012 roku odbyła się I Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Doktorantów Wydziałów Nauki o Zdrowiu. Tematem przewodnim konferencji było „Niwelowanie różnic poprzez wspólne działanie”.



Organizatorem Konferencji był Zarząd Samorządu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a współorganizatorem Ogólnopolskie Porozumienie Doktorantów Uczelni Medycznych. Patronat honorowy nad konferencją objęli: Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek Kulus, Kierownik Studium Doktoranckiego Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Andrzej Friedman, Kierownik Studium Doktoranckiego I Wydziału Lekarskiego WUM prof. Piotr Pruszczyk.

W pracach Komitetu Naukowego Konferencji uczestniczyli: prof. Andrzej Friedman – przewodniczący oraz wiceprzewodniczący: dr hab. Marek Pastuszko, prof. Piotr Pruszczyk, prof. Marek Kulus, mgr Danuta Cieśla, mgr Elżbieta Wesołowska, lek. mgr farm. Wanda Gajzlerska, mgr Jakub Szymański.

Konferencja rozpoczęła się wykładem inauguracyjnym pt. „Problemy kliniczne przy interpretacji badań laboratoryjnych cholesterolu i jego frakcji” wygłoszonym przez lek. Konrada Kowalskiego. Wykład był interdyscyplinarnym ujęciem problemu interpreta-

cji badań laboratoryjnych. Wykład poruszał problem dotyczący zmiany filozofii myślenia klinicysty podczas oceny wyników badań.

Po wykładzie inauguracyjnym rozpoczęły się sesje tematyczne: Rozwój praktyki pielęgniarskiej – pielęgniarstwo kliniczne, Zdrowie publiczne, Dietetyka, Sesja studencka. Słowo wstępne wygłosili: lek. mgr farm. Wanda Gajzlerska – przewodnicząca Samorządu Doktorantów WUM oraz mgr Danuta Cieśla – przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego konferencji.

Sesja pierwsza „Rozwój praktyki pielęgniarskiej – pielęgniarstwo kliniczne” poruszała zagadnienia dotyczące praktyki pielęgniarskiej i położniczej. Jako pierwsza referat przedstawiła mgr Paulina Durka z Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM, która w wykładzie „Cięża po przeszczepieniu nerki - opis przypadku” przedstawiła temat związany z opieką położnej wobec pacjentki po przeszczepieniu nerki.

Mgr Aleksandra Kołtuniuk z Zakładu Pielęgniarstwa w Podstawowej Opiece Zdrowotnej Wydziału Nauki o Zdrowiu z Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu omówiła „Występowanie czynników

ryzyka nadciśnienia tętniczego wśród studentów pielęgniarstwa”. Kolejne tematy referatów związane były z opieką pielęgniarską. Prace wygłosili: mgr Danuta Cieśla „Opieka neurochirurgiczna w ocenie pacjentów” (PTP Oddział Mazowiecki), mgr Marta Szmaj „Zaburzenia jedzenia i połykania we wczesnym dzieciństwie” (Zakład Fizjologii Człowieka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny), mgr Martyna Gębska-Tołoczko „Funkcje wykonawcze w obrazie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi w ocenie neuropsychologicznej i behawioralnej” (Katedra i Zakład Neuropsychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu).

Sesja „Zdrowie publiczne” poruszała zagadnienia dotyczące palenia tytoniu, świadomości zagrożeń środowiskowych, jakości życia osób starszych. W tej sesji prace prezentowali: mgr Dagmara Opoczyńska „Wpływ zmian instytucjonalnych na liczbę osób palących tytoń w Polsce” (Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii WUM), mgr Agata Mucha „Świadomość środowiskowych zagrożeń i samoocena



Na zdj. od lewej: mgr Danuta Cieśla oraz lek. mgr farm. Wanda Gajzlerska z Zarządu Samorządu Doktorantów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Prof. Marek Kulus (po prawej) patronował konferencji oraz przewodniczył jednej z sesji. Obok siedzi dr hab. n. med. Marek Pastuszko – wiceprzewodniczący Komitetu Naukowego



Organizatorzy konferencji (mgr Danuta Cieśla, lek. mgr farm. Wanda Gajzlerska, Prezes Ogólnopolskiego Porozumienia Doktorantów Uczelni Medycznych – lek. Konrad Kowalski), zaproszeni goście (dr hab. n. med. Marek Pastuszko i dr n. o zdr. Marta Hreńczuk) oraz uczestnicy konferencji

stanu zdrowia mieszkańców Katowic-Szopienic” (Katedra i Zakład Propedeutyki Chirurgii i Medycyny Ratunkowej Wydziału Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), mgr Magdalena Klimek „Karmienie piersią, a rozmiary ciała. Znaczenie dla zdrowia publicznego” (Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków), mgr Iwona Zaczek „Stan zdrowia oraz sprawność funkcjonalna ludzi starszych korzystających z opieki pielęgniarstwa w środowisku domowym a jakość ich życia na podstawie wyników badania pilotażowego” (Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków).

Kolejna sesja obejmowała zagadnienia dotyczące żywienia. Swoje referaty zaprezentowali: mgr Malwina Respondek „Rola diety w prewencji chorób cywilizacyjnych” (Zakład Żywienia Czł-

wieka, Wydział Farmaceutyczny w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny), mgr Ewa Błaszczak „Spożycie napojów energetyzujących, a stan odżywienia młodzieży z powiatu leśkiego” (Zakład Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków).

Ostatnia sesja skierowana była do studentów, którzy zdecydowali się zaprezentować swoje prace o bardzo zróżnicowanej tematyce. Ciekawy sposób przygotowania i prezentacji pracy sprawiły, że Komitet Naukowy i Organizacyjny przyznał nagrody dla uczestników tej sesji.

I Ogólnopolska Konferencja zorganizowana została dla doktorantów Wydziałów Nauki o Zdrowiu. Była to niezwykle istotna inicjatywa dla tej grupy odbiorców. Zapotrzebowanie na wymianę poglądów, możliwość dyskusji przedstawicieli uczelni medycznych z całego kraju spowodowała, że konferencja zyskała na atrakcyjności. Różnorodna tematyka oraz przedstawiciele wielu dyscyplin spowodowały, że każdy z uczestników mógł skorzystać z zaproponowanej tematyki konferencji. Była to pierwsza inicjatywa w Polsce, polegająca na tym, aby doktoranci nauk o zdrowiu wspólnie dyskutowali o wynikach badań i problemach. Wymiana poglądów spowodowała, że uczestnicy wysoko ocenili merytoryczne przygotowanie konferencji. Słowo na zakończenie sympozjum wygłosił Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych prof. Marek Kulus oraz wiceprzewodniczący Komitetu Naukowego dr hab. Marek Pastuszko.

mgr Danuta Cieśla
Samorząd
Doktorantów WUM



XIV Warszawskie Dni Kardiologii Akademickiej

II Letnie Spotkanie Sekcji
Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej PTK



Poza I Katedrą i Kliniką Kardiologii do inicjatywy włączyły się inne jednostki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz pozauczelniane instytucje: Katedra i Klinika Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych II Wydziału Lekarskiego WUM, III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II Wydziału Lekarskiego WUM, Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Instytutu Stomatologii WUM, Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM, Katedra i Zakład Farmakologii WUM, Sekcja Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, II Klinika Choroby Wieńcowej Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie, Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, Komisja Kardiologii Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN.

Uczestników wydarzenia powitał Kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii – prof. Grzegorz Opolski, który podziękował Władzom Uczelni za wsparcie i patronat nad XIV edycją Warszawskich Dni Kardiologii Akademickiej oraz pomysłodawcom i twórcom za ich inicjatywę i trud poniesiony przy organizacji tego sympozjum. Spotkanie swoją obecnością zaszczylił JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, który pogratulował kolejnego forum poświęconego kardiologii akademickiej, podkreślając przy tym, iż „coroczne spotkania, których głównym organizatorem jest I Katedra i Klinika Kardiologii naszego Uniwersytetu nie-

14 i 15 czerwca, w murach Centrum Dydaktycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, odbyły się XIV Warszawskie Dni Kardiologii Akademickiej i II Letnie Spotkanie Sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jak co roku głównym organizatorem spotkania była I Katedra i Klinika Kardiologii naszej Uczelni, a honorowy patronat nad wydarzeniem objął JM Rektor naszej Uczelni – prof. Marek Krawczyk.

zmiennie odznaczają się wysokim poziomem merytorycznym debaty naukowej oraz profesjonalizmem organizacyjnym”.

Po uroczystym otwarciu konferencji uczestnicy wzięli udział w sesjach dydaktycznych, których tematyka koncentrowała się wokół farmakoterapii sercowo-naczyniowej oraz profilaktyki leczenia pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi. Pierwsza sesja merytoryczna poświęcona była zatorowości płucnej, druga – roli i znaczeniu serca prawego, trzecia – leczeniu dyslipidemii w wybranych grupach pacjentów. W czwartej poruszono kwestię chromotropizmu serca jako celu współczesnej terapii, a w piątej postępu doustnego leczenia przeciwkrzepliwego. Jednocześnie w Auli B Centrum Dydaktycznego WUM odbyły się dwa posiedzenia: „Przedpołudnie farmakologii



Prof. Grzegorz Opolski podczas tegorocznej konferencji



Na zdj. od prawej: Rektor prof. Marek Krawczyk oraz Prorektor dr hab. Sławomir Nazarewski



Uczestnicy Warszawskich Dni Kardiologii Akademickiej podczas jednej z sesji dydaktycznych



Oprócz wykładów na sesjach plenarnych dużym zainteresowaniem cieszyła się sesja plakatowa

i farmakoekonomiki”, w trakcie którego poruszono dwa główne zagadnienia: „Kobieta w farmakologii” i „Postępy w farmakologii” oraz „Popołudnie telemedycyny”, którego przedmiotem były „Innowacyjne rozwiązania teleinformatyczne w ochronie Zdrowia”.

Poza Centrum Kongresowym przeprowadzono Spotkanie Krajowego Zespołu Nadzoru Specjalistycznego w dziedzinie Kardiologii pod przewodnictwem prof. Grzegorza Opolskiego.

Drugiego dnia konferencji, w piątek – 15 czerwca, odbyły się sesje dydaktyczne poświęcone kardiologii, których tematami były: echokardiograficzna ocena wczesnych powikłań zawału serca, niewydolność serca, pacjent z miażdżycą wielopoziomową oraz kardiologia interwencyjna. Ponadto miała miejsce sesja plaka-

towa prac oryginalnych, oceniana przez Jury w składzie: prof. Bożena Tarchalska-Kryńska (przewodnicząca) oraz członkowie: dr Wiesława B. Duda-Król, dr Rafał Dąbrowski.

Jury przyznało 2 równorzędne nagrody oraz 6 wyróżnień, z czego aż 4 wyróżnienia otrzymały prace pochodzące z jednostek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego:

- „Co czuje pacjent podczas implantacji stymulatora lub wszczepialnego kardiowerte-ra-defibrylatora?” P. Paszkowska, E. Szczerba, K. Chojnacka, Ł. Januszkiewicz, J. Samul;
- „Ocena funkcji mięśnia sercowego u pacjentów z wywiadem STE-MI – 9-letnia obserwacja, wyniki wstępne” M. Sadecka, J. Zielińska, A. Cacko, R. Głowczyńska, A. Kapłon-Cieślicka, M. Grabowski;

- „Polimorfizm rs2073618 genu dla osteoprotegeryny: nowy specyficzny dla płci męskiej marker genetyczny zespołu stopy cukrzycowej” P. Nehring, A. Sobczyk-Kopciół, B. Mrozikiewicz-Rakowska, A. Makowski, P. Krasnodębski, G. Broda, R. Płoski, W. Karnafel;
- „Profil pacjenta z cukrzycą typu 2 zgłaszającego się po raz pierwszy do Poradni Diabetologicznej” M. Pękała, M. Moskal, P. Sobieraj, W. B. Duda-Król.

Tego dnia odbyła się również konferencja prasowa Krajowego Zespołu Nadzoru Specjalistycznego w dziedzinie Kardiologii zatytułowana „Problemy opieki kardiologicznej w Polsce”.

W konferencji uczestniczyło łącznie ponad 450 osób.

Marta Suchojad, Magdalena Wilk
Biuro Informacji i Promocji WUM

I Konferencja Zielarska Kobiet na Podlasiu

Wykłady o ziołach polskich, peruwiańskich, śródziemnomorskich, afrykańskich i wielu innych wypełniły program I Konferencji Zielarskiej Kobiet zorganizowanej przez Zakład Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego, która odbyła się w dniach 21-23 czerwca w miejscowości Koryciny na Podlasiu.

Podlasie to czysty ekologiczny region, doskonały do pozyskiwania ziół z naturalnych stanowisk oraz do ich uprawy. W bliskiej odległości (ok. 15 km) istnieją tu dwa ogrody botaniczne. W Ciechanowcu, obok pałacu i skansenu jest ogród ks. K. Kluka. W małej miejscowości Koryciny jest „Ziołowy Zakątek” z ogrodem założonym przez jego właściciela p. M. Angielczyka. Ogród jest otwarty dla zwiedzających, ma ponad 700 gatunków roślin, a obok niego powstało Centrum Edukacji Przyrodniczej z bazą hotelową. Zioła omawiane na wykładach można obejrzeć, powąchać i kupić (herbatki ziołowe, nalewki, nasiona, sadzonki).

Dr hab. Iwona Arabas (WUM) rozpoczęła część naukową konferencji od omówienia tradycji zielarstwa na tych terenach. W XVIII wieku „panią na Siemiatyczach” i jedną z najbardziej znanych polskich kobiet była księżna Anna Jabłonowska, jej wspinała kolekcję egzotycznych roślin, minerałów oraz innych eksponatów zakupił car Aleksander I. W dworach szlacheckich leczeniem domowników i pracowników zajmowała się pani domu, a do dyspozycji miała specjalną apteczkę pełną suszonych ziół i nalewek. Receptury niektórych specyfików przekazywano z pokolenia na pokolenie w linii żeńskiej. W domowych księgach przepis na nalewkę „na trawienie” można znaleźć obok przepisu na „baby Wielkanocne”. Tradycja tworzenia domowych ziołowych apteczek nie odrodziła się po II wojnie światowej. W Polsce



Grupa uczestników konferencji gotowa do zwiedzania Ogrodu Botanicznego. Na zdj. w środku prof. Iwona Wawer

nie było już dworów szlacheckich, kiedyś będących centrum życia społecznego. Natomiast ziołolecznictwem od wieków zajmowali się mnisi, zioła lecznicze rosły w przyklasztornych ogrodach. Do dziś franciszkanie, benedyktyni czy bonifratrzy oferują zioła i produkty ziołowe.

Prof. dr hab. Irena Matławska (UM, Poznań) mówiła o oleju arganowym, mało znanym w Europie surowcu, którego pozyskiwaniem zajmują się kobiety. Drzewo arganowe (*Argania spinosa*), czyli argania żelazna, rośnie tylko w południowym Maroku, a olej jest nazywany „złotym skarbem Maroka”. Olej arganowy jest używany do gotowania oraz do produkcji kosmetyków. Jego głównym składnikiem jest kwas oleinowy (jak w oliwie z oliwek) oraz linolenowy, ale skład chemiczny jest unikalny ze względu

na obecność γ - tokoferolu, steroli, karotenoidów i skwalenu. Olej arganowy może obniżać ciśnienie oraz poziom cholesterolu i triglicerydów. Działa korzystnie na układ krążenia, ale najbardziej popularne są jego zastosowania jako oleju kosmetycznego (natłuszczenie, masaże), poprawiającego stan starzejącej się skóry.

Prof. dr hab. Iwona Wawer (WUM) promowała użycie niektórych roślin zarówno w kuchni, jak i w leczeniu różnych dolegliwości. Wiele chorób rozpoczyna się od złego trawienia, jest to fakt znany wszystkim systemom tradycyjnej medycyny. Tymczasem lekarstwa rosną w naszym otoczeniu. Karczoch jest jadalny we Włoszech jako warzywo, w Polsce znany głównie jako składnik leków „na wątrobę” działających żółciopędnie, hepatoprotekcyjnie, a także przeciwmiażdżycowo.

Cebule fenkułu (kopru włoskiego) można kupić w polskich sklepach. Herbatka z kopru to pierwsza pomoc przy kolce niemowlęcej, polecana jest też dla seniorów. Sok czy napar z pokrzywy można stosować w przypadkach anemii i wyczerpania. Uczestnicy konferencji dostali na obiad smaczną zupę pokrzywową. Antidotum na ból brzucha po posiłku w barze „fast-food” to mięta. Mini-ogródek zielony (mięta, bazylija, rozmaryn, majeranek, melisa) powinien być na każdym kuchennym parapecie.

Mgr Beata Przybyszewska-Kujawa (Estetyka, Warszawa) opowiedziała o ziołach z rejonu Morza Śródziemnego, a głównie o lawendzie z chorwackiej wyspy Hvar, ilustrując wykład pięknymi zdjęciami. Lawenda to surowiec stosowany od wieków w tradycyjnej medycynie. Olejku lawendowego używali starożytni Persowie, Grecy i Rzymianie. Obecnie olejek lawendowy jest składnikiem perfum, jest stosowany zarówno w kosmetyce, jak i w terapii. Ma działanie odkażające, rozgrzewające i przeciwbólowe. Skład olejku zależy od odmiany i pochodzenia surowca, ten otrzymywany z lawendy chorwackiej należy do najcenniejszych. Pobyt na wyspie Hvar to nie tylko okazja do oglądania pól lawendowych, ale też do spróbowania czerwonego wina, oliwy oraz potraw, w których obficie stosuje się zioła: rozmaryn, bazylię, tymianek.

Dr Katarzyna Paradowska (WUM) zajęła się ziołami z Peru, kraju o 64 strefach klimatycznych, od wysokich gór po amazońską dżunglę. Ten rejon to skarbiec surowców zielonych, którymi interesują się firmy farmaceutyczne, ale również ośrodki akademickie. Wśród roślin, które zdobyły już rozgłos są: vilcacora (*Uncaria tomentosa*), maka (*Lepidium meyenii*) czy smokowiec (*Croton lechleri*). Każda z nich ma długą tradycję stosowania przez Indian, mogłyby

być wykorzystane do uzupełnienia diety mieszkańców Europy, jednak ich użycie jako surowców farmaceutycznych wymaga przeprowadzenia badań fitochemicznych oraz biologicznych. Vilcacora (czepota puszysta) to pnącze, osiagające nawet 30 m. Ekstrakty z kory zawierają alkaloidy o działaniu immunostymulującym. Interesujący jest czerwony sok ze smokowca (Dragon's blood). Zastyga na powietrzu tworząc cienką warstwę, która chroni rany i przyspiesza proces gojenia. W formie alkoholowej nalewki jest stosowany wewnętrznie, przy infekcjach przewodu pokarmowego. Inna roślina, nazywana „chanca piedra” (*Phyllanthus niruri*) jest skuteczna w leczeniu kamieni żółciowych i nerkowych, może wspomagać leczenie cukrzycy.

Dr Marta Jamróz (WUM) przedstawiła dwie egzotyczne rośliny: iporuru i borututu. Iporuru (*Alchornea castaneifolia*) to wysoki krzew występujący w dorzeczu Amazonki. W peruwiańskiej medycynie naturalnej ekstrakt z kory stosowany jest do sporządzania naparów o działaniu hipoglikemicznym. Roślina jest coraz bardziej popularna wśród sportowców jako naturalny anabolik i środek o działaniu przeciwbólowym (dzięki obecności alkaloidów). Składniki polifenolowe, oprócz działania antyoksydacyjnego, mogą obniżać poziom cholesterolu. Borututu (*Cochlospermum angolense*) to drzewo rosnące w Afryce. Surowcem leczniczym jest korzeń i kora, stosowany przez kolonizatorów jako środek przeciwko malarii. Obecnie zarejestrowany jako suplement diety o działaniu detoksykującym, może być używany do zapewnienia dobrej pracy wątroby oraz jako środek zapobiegający powstawaniu kaca.

Dominika Pietrzyk (stud. WUM) mówiła o hennie, prawdopodobnie najstarszym kosmetyku świata, bo znanym od 6 tysięcy lat,

powszechnie stosowanym przez kobiety do barwienia włosów i skóry. Hennę uzyskuje się przez sproszkowanie liści krzewu *Lawsonia inermis*. Jej kwiaty są wykorzystywane do sporządzania perfum. Tatuaze z henny utrzymują się tylko przez kilka tygodni, ponieważ lawson nie wnika do skóry właściwej, a naturalny barwnik jest dobrze tolerowany. Jednak trzeba unikać tzw. „czarnej henny”, dodaje się do niej syntetyczne aminy, które często wywołują reakcję alergiczną.

Kobięcie zielolecznictwo

Kobiety karmiły i leczyły od początku historii, a dowody pisane w postaci ksiąg mają kilkaset lat. W średniowieczu wiedźmy (kobiety mające wiedzę) palono na stosie. Wiele procesów czarownic miało u podłoża lęk przed osobą umiejącą uzdrowić korzystając z dziko rosnących roślin. Jednocześnie rośliny lecznicze (szałwiew, mięta, rozmaryn, bazylię, koper włoski, kmin, cząber, rzeżuchę, boże drzewko, malwę, rutę, konwalię, wrotycz) uprawiano w ogrodach klasztornych. Zielolecznictwo zyskało na popularności w czasach renesansu. Farmakopea z XVI w. zalecała, by ogrody roślin leczniczych powstawały przy każdej aptece. W późniejszych czasach, obowiązki należące do mnichów lub aptekarzy przejmowały kobiety, uprawiające zioła na domowe potrzeby. Popularne wówczas „encyklopedie zdrowia” to zielniki. W XVIII i XIX wieku najważniejszy z nich był „Dykjonarz roślinny” księdza K. Kluka, zawierał rejestr chorób i koniecznych do ich zwalczania roślinnych leków. Za niezbędne w apteczce uważano takie zioła jak: cebula i czosnek, lipa, melisa, rumianek, mięta, szalwia, koper włoski, czarny bez, tymianek, senes, prawoślaz, rzewień.

Są pomocne na wiele dolegliwości, które mogą być leczone domowymi sposobami, dlatego wiedza o roślinach leczniczych stała się niezbędna kobietom.

Największą wiedzę o roślinach leczniczych mają dziś farmaceutki. Mogą doradzić wybór specyfiku

dostępnego bez recepty, w tym leków roślinnych. Coraz więcej osób interesuje się ziołami w ramach samoleczenia i potrzebne jest wiarygodne źródło informacji. Dlatego inicjatywa zorganizowania konferencji powstała na Wydziale Farmaceutycznym

WUM. Mamy zamiar organizować zielarską konferencję corocznie i zapraszamy zainteresowane osoby do współpracy.

prof. dr hab. Iwona Wawer
Zakład Chemii Fizycznej WUM

Afrykańska misja absolwentki WUM

rozmowa z Moniką Nowicką



Monika Nowicka podczas spotkania ze studentami naszej Uczelni w Auli Centrum Dydaktycznego



Spotkanie przyciągnęło rzesze młodych ludzi zafascynowanych niezwykle historią pomocy ludziom w Tanzanii

2 lata temu ukończyła studia licencjackie na kierunku położnictwo. Niemal natychmiast wyjechała do Tanzanii służyć chorym w tym jednym z najbiedniejszych państw Afryki. Korzystając z wizyty w Polsce, 4 czerwca postanowiła podzielić się swoją wiedzą ze studentami WUM. Historia misji Moniki Nowickiej dla wielu studentów mogła wydać się egzotyczna, dla wszystkich jednak jest świadectwem ogromnej pasji i poświęcenia w niesieniu pomocy medycznej tym, którym z różnych przyczyn ta pomoc nie jest dana.

Skąd w Pani zamiłowanie do pracy misyjnej? Co Panią skłoniło do wyjazdu do tak egzotycznego i dalekiego kraju?

Już od kilku lat fascynował mnie wolontariat, dawanie siebie innym, służenie potrzebującym, aż w końcu trafiłam do Centrum Charytatywno-Wolontariackiego „SOLIDARNI” działającego przy

SMA (Stowarzyszenie Misji Afrykańskich). Poznałam tam Wolontariuszy, Misjonarzy Kapłanów oraz Misjonarzy Świeckich, którzy pracowali na misjach w Afryce. Zachwyciłam się każdą opowieścią, każdym zdjęciem, filmem. Zostałam tam wolontariuszką, szukaliśmy wsparcia finansowego na różne projekty, promowaliśmy

Afrykę, misje i pomoc najpotrzebniejszym, prowadziliśmy zajęcia z edukacji globalnej. W 2008 roku wyjechałam na krótki projekt międzykulturowy do Togo (Afryka Zachodnia). To było to! Zakochałam się w Afryce! Po przyjeździe wiedziałam, że to nie był mój ostatni wyjazd na ten kontynent. Potem odkryłam w sobie powołanie

misyjne i zostałam Misjonarką Świecką SMA. Gdy byłam świeżo upieczoną położną, dostałam propozycję wyjazdu do Tanzanii na Misję Bugisi, gdzie pracują Misjonarze SMA oraz siostry zakonne OLA – to one prowadzą przychodnię zdrowia, w której służę.

Czy wyjazdowi towarzyszyły jakieś obawy?

Zawsze przed jakąś dużą zmianą są obawy – ja miałam ich wiele. Obawiałam się przede wszystkim, czy dam sobie radę, czy nie jadę za wcześnie, bo zaraz po studiach, czy to nie za duże wyzwanie. I bałam się odpowiedzialności. Szybko jednak musiałam przestać się bać, tylko zacząć ryzykować i odważnie działać, bo czasu nie było.

Od razu została Pani „rzucana na głęboką wodę”...

Kiedys w nocy zawołali mnie do właśnie przybyłej pacjentki – 4 ciąża, stan przedrzucawkowy odklejające się łożysko, regularna czynność skurczowa, rozwarcie 4 cm. Była 3 nad ranem i kierowca państwowej karetki, który powinien przyjeżdżać na wezwanie 24 h – okazało się, że w nocy nie przyjeżdża... bo śpi! Wiedziałam, że jeśli zostawię pacjentkę u nas – jej dziecko umrze i być może ona również. Szukałam alternatywnej opcji transportu. Nikt inny nie chciał się zgodzić jechać o 3 nad ranem do szpitala (godzinę drogi) i to motocyklem, po niebezpiecznej w nocy drodze i w dodatku z kobietą w porodzie. Znalazł się jeden odważny; odważny był, bo czuć było od niego trochę alkoholu. Niestety nie było innego wyjścia. Pojechali i na resztkach paliwa kierowca dowiózł ją do szpitala. Udało się! Mama i dziecko zostali uratowani. Gdy patrzę po jakimś czasie na te wszystkie trudne przypadki, krytyczne sytuacje, to widzę, że bez palca Pana Boga obejść się nie mogło. A i mi te obawy co-

dzienne i stresowe sytuacje udaje się pokonywać dzięki wierze.

Jak prezentuje się świadomość zdrowotna osób z Pani regionu? W jaki sposób starają się Państwo zmienić tę świadomość?

Pocieszające jest przede wszystkim to, że ta świadomość zdrowotna wśród okolicznych mieszkańców wzrasta, choć nie jest wciąż na zadowalającym poziomie. Niestety wiele osób przyjsie do przychodni zdrowia traktuje jako ostateczność. Najpierw chory otrzymuje przeróżne „terapię” z wyrobów naturalnych, roślin, owoców, zwierząt, ziół, itd. Nierzadko chorego zanosi się do lokalnego „znachora”, który swoich sił próbuje w różnego rodzaju „zabiegach”. Były przypadki, gdy dopiero po kilku tygodniach czy miesiącach rodzina przywoziła pacjenta do naszej przychodni w coraz gorszym stanie. Czasem było już za późno – szczególnie w przypadkach malarii, która po kilku tygodniach rozwinęła się na tyle, że zainfekowała już układ nerwowy i osoba nie miała szans na przeżycie.

Ale na szczęście to się zmienia. Coraz więcej jest pacjentów, którzy przychodzą regularnie. Widać większą świadomość także u kobiet, matek małych dzieci. Na oddziale zawsze najwięcej przyjętych jest dzieci. Zawsze przy okazji wizyt u lekarza, czy na kontroli, czy podczas szczepień upominamy, uwrażliwiamy, uświadamiamy... Ale dopóki sami nie zrozumieją, jak zdrowie jest ważne i że jest ono w ich rękach, to my sami, pracownicy służby zdrowia, niewiele zdziałamy.

Skąd biorą Państwo leki i sprzęt do badań? Jak zbierają fundusze na swoją działalność?

Przychodnia jest półprywatna, to znaczy, że niektóre z naszych usług są płatne. Dzięki temu nasza przychodnia sama na sie-

bie pracuje, co jest bardzo dużym wysiłkiem, patrząc na minimalne koszty leczenia ponoszone przez pacjentów – np. diagnostyka i leczenie malarii to koszt 4 zł, a jedna doba na oddziale to koszt 3 zł. Przychodnia nie przynosi praktycznie żadnego dochodu – za to, co zarobimy, kupujemy leki, opatrunki, narzędzia do badań, opłacamy rachunki za prąd, opłacamy pracowników (jest to 19 osób), paliwo do naszej karetki. To co czasami uda nam się zaoszczędzić, dokładamy do funduszy uzyskanych od naszych darczyńców – i inwestujemy, m.in. w nowy sprzęt laboratoryjny. Otrzymujemy w darach środki medyczne – np. znajomi lekarze z Irlandii przywieźli całą walizkę przeróżnych rozmiarów i rodzajów nici chirurgicznych – bardzo nas tym wspomogli, ponieważ są to drogie rzeczy i nie zawsze dostępne w hurtowniach w Tanzanii. Wszystkie inne środki medyczne czy finansowe otrzymujemy od naszych znajomych lub po prostu ludzi dobrej woli, chcących w ten sposób wspomóc naszą misję medyczną. Ja za te pieniądze opłacam leczenie tym, których naprawdę nie stać na nie, oraz zakupuję narzędzia czy środki farmakologiczne do naszej przychodni.

Jak wygląda dzień pracy w placówce medycznej, w której Pani pracuje?

Nasza przychodnia czynna jest całą dobę. Funkcjonujemy jako mały szpital – mamy ok. 30 łóżek na 3 oddziałach (1 – dzieci, 2 – kobiety 3 – mężczyźni) plus 6-osobowy oddział położniczy. Codziennie działa ambulatorium i apteka w godz. 8.00-14.30, ale prowadzimy także 24-godzinną izbę przyjęć. Jestem jedną z 3 osób, która odbywa całodobowe dyżury lekarskie. Na co dzień pracuję od poniedziałku do soboty w godz. 8.00-14.30. Prowadzimy tzw. kliniki jednodniowe, i tak na przy-



Wykonywanie badania kontrolnego po porodzie



W okolicy brak lepiej funkcjonującej przychodni dla matek z dziećmi



Przychodnia prowadzi m.in. badania ultrasonograficzne



Oddział dla kobiet. Nad łózkami wiszą obowiązkowe moskitiery



Monika Nowicka z uczestniczkami Szkoły Rodzenia...



...oraz z najmłodszymi pacjentami kliniki

kład: w poniedziałki i piątki jest klinika dla osób zarażonych wirusem HIV, podczas której konsultujemy pacjentów, badamy, wydajemy leki antyretrowirusowe, itd. Wtorki to dzień stacjonarnych szczepień dla noworodków i dzieci do lat 5. Tego dnia także odbywają się konsultacje poporodowe dla położnic. Środa to dzień bez kliniki, choć w każdą ostatnią środę miesiąca odbywają się konsultacje okulistyczne i drobne zabiegi na oczy. Czwartek to klinika przedporodowa – wszystkie kobiety z okolicy przychodzą na badania laboratoryjne i położnicze, badanie USG, konsultacje z położną, otrzymują darmową profilaktykę malarii i innych chorób. Piątek to, oprócz kliniki dla osób zarażonych wirusem HIV, także dzień szczepień w klinice wyjazdowej.

Jaka jest Pani rola w takiej strukturze kliniki?

Moja praca w tym wszystkim to sprawowanie opieki pielęgniarskiej i położniczej nad pacjentami, choć od niedawna także prowadzenie całego zespołu, ponieważ zostałam pielęgniarką/położną oddziałową. Ponadto, ze względu na braki personalne, zajmuję się administracją szpitala i zaopatrzeniem szpitala w leki i wszelkie sprzęty medyczne. Ale tak naprawdę każdy dzień jest inny i przynosi inne zadania i wyzwania.

skiej i położniczej nad pacjentami, choć od niedawna także prowadzenie całego zespołu, ponieważ zostałam pielęgniarką/położną oddziałową. Ponadto, ze względu na braki personalne, zajmuję się administracją szpitala i zaopatrzeniem szpitala w leki i wszelkie sprzęty medyczne. Ale tak naprawdę każdy dzień jest inny i przynosi inne zadania i wyzwania.

Z wykształcenia jest Pani położną, dlatego zapytam o stan położnictwa w regionie, w którym Pani pracuje?

Przeciętna kobieta z plemienia Sukuma rodzi sześcioro dzieci, a w pierwszą ciążę zazwyczaj zachodzi w wieku już 17-18 lat. Opieka okołoporodowa dla kobiet w Tanzanii wg prawa musi być bezpłatna (wizyty kontrolne, badania laboratoryjne, profilaktyka antypasożytnicza, antymalaryczna, suplementy diety, poród, itd). Niestety rze-

czywistość często wygląda inaczej – w większości przychodni państwowych (szczególnie na terenach wiejskich) nie ma żadnych (albo były, ale niewystarczająca ilość) leków, badań, suplementów diety, itd. W związku z tym bardzo często kobieta idzie na wizytę kontrolną w czasie ciąży i jedyne co ma zagwarantowane to rozmowa z położną, badanie zewnętrzne i np. kontrola wagi, a do porodu musi przynieść dla położnej 2 pary rękawiczek, bo sala porodowa na stanie ich nie posiada. Zdarzały się także pacjentki, które w czasie ciąży nie miały zmierzonego NIGDY ciśnienia, zbadanego moczu czy chociażby poziomu hemoglobiny we krwi. Niestety, ten brak opieki w czasie ciąży powoduje, że mamy wiele powikłań ciążowych – bardzo dużo odnotowujemy poronień samoistnych spowodowanych kiłą, zakażeniem układu moczowego, malarią, chorobami

pasożytniczymi. Kilkakrotnie miałam pacjentki ze stanami przedrzucawkowymi, odklejającym się łożyskiem, kilkudniowym PROMem, głęboką anemią, itd. Gdyby każda kobieta mogła w czasie ciąży otrzymać odpowiednią opiekę przedporodową, o wiele mniej byłoby powikłań okołoporodowych, poronień czy zgonów okołoporodowych.

W Państwa przychodni kobiety czują się bardziej bezpieczne?

Jak już wcześniej wspomniałam, kobiety ciężarne uczęszczające do naszej przychodni mają zapewnioną bardzo dobrą opiekę okołoporodową. Nie muszą się martwić o leki czy badania, tak jak w przypadku innych okolicznych przychodni zdrowia w naszym rejonie.

Dlatego też, pomimo że nasza przychodnia opiekuje się kobietami w ciąży w promieniu 4 głównych wiosek to zdeterminowane kobiety ciężarne z wielu innych

wiosek, chcące mieć w prawidłowy sposób prowadzoną ciążę, przychodzą do nas po pomoc.

Samych powikłań okołoporodowych mamy bardzo dużo. Jesteśmy tylko przychodnią zdrowia, więc w świetle prawa nie możemy przeprowadzać cięcia cesarskiego – najbliższy „dostęp” do cięcia cesarskiego to szpital wojewódzki – prawie godzinę drogi od nas. To niestety często za daleko, dlatego też albo transportujemy pacjentkę wcześniej, gdy są „przesłanki” i jakieś nieprawidłowości lub, jeśli już jest za późno, to robimy wszystko, co w naszej mocy, zdajemy się na nasze umiejętności oraz na możliwości Pana Boga, bo czasami nic więcej zrobić nie możemy.

Jak długo planuje Pani nieść pomoc w Tanzanii?

W Tanzanii przebywam już prawie 2 lata, obecnie jestem w Polsce na urlopie i z początkiem sierpnia wracam do Tanzanii jeszcze na rok. Wierzę, że to bę-

dzie bardzo dobry rok. Mam jeszcze sporo pomysłów, które chcę zrealizować – przede wszystkim pragnę zorganizować drugą edycję Szkoły Rodzenia w naszym rejonie (stacjonarna + wyjazdowa), zamierzam również poprowadzić zajęcia doszkalające dla personelu oraz ulepszyć funkcjonowanie oddziału położniczego.

Wrócę do Polski za rok, ale wierzę, że to moje „pożegnanie z Afryką” będzie tymczasowe – MUNGU AKIPENDA* – wrócę kiedyś! Jeszcze dużo jest tam do zrobienia!

Dziękuję za rozmowę.

Redakcja „MDW” dziękuje Pani Monice Nowickiej za udostępnienie fotografii z misji w Tanzanii. Więcej o pracy Moniki Nowickiej na: www.poloznawswieciekobietsukuma.blogspot.com

*w języku suahili – „jak Bóg da”

Z Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 28 maja 2012 roku

1. Gratulacje, nominacje.

JM Rektor wręczył gratulacje:

z okazji uzyskania tytułu profesora:

- Pani prof. dr hab. Bożenie Werner – Kierownikowi Kliniki Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej;
- Panu prof. dr hab. Tomaszowi Bednarczukowi – Kierownikowi Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii.

z okazji uzyskania nagrody jubileuszowej:

- Panu prof. dr hab. Włodzimierzowi Otto z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby;
- Panu dr hab. Andrzejowi Dep-tale – Kierownikowi Zakładu Profilaktyki Onkologicznej;
- Panu prof. nadzw. dr hab. Jackowi Łukaszewiczowi – Kierownikowi Zakładu Biochemii i Chemii Klinicznej.

JM Rektor złożył gratulacje studentom Warszawskiego Uni-

wersytetu Medycznego, z okazji uzyskania stypendiów Ministra Zdrowia, za osiągnięcia w nauce.

Stypendia otrzymali :

- Karolina Grąt;
- Joanna Przybek.

2. Uzyskanie przez Warszawski Uniwersytet Medyczny certyfikatu „Uczelni walczącej z plagiatami”.

Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych prof. Marek Kulus przekazał na ręce JM Rektora, uzyskany przez Warszawski

Uniwersytet Medyczny, certyfikat „Uczelni walczącej z plagiatami”.

3. Sprawy Szpitali Klinicznych.

1) Senat pozytywnie zaopiniował następujące zmiany w Statucie Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego:

- wyłączenie Pododdziału Intensywnej Terapii Pooperacyjnej ze struktur Oddziału Klinicznego Kardiologii Dzieci;
- wyłączenie Pododdziału Intensywnej Terapii Pooperacyjnej ze struktur Oddziału Klinicznego Chirurgii Dzieci;
- zmianę nazwy Oddziału Klinicznego Kardiochirurgii Dzieci wraz z Pododdziałem Intensywnej Terapii Pooperacyjnej na „Oddział Kliniczny Kardiochirurgii Dziecięcej i Pediatrii”;
- zmianę nazwy Oddziału Klinicznego Chirurgii Dzieci wraz z Pododdziałem Intensywnej Terapii Pooperacyjnej na „Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej i Pediatrii”;
- zmianę nazwy Oddziału Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Opieki Pooperacyjnej przy ul. Marszałkowskiej 24 na „Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Opieki Pooperacyjnej I”;
- zmianę nazwy Działu Anestezjologii przy ul. Działdowskiej 1 na „Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Opieki Pooperacyjnej II”.

2) Senat dokonał następujących zmian w składzie Rady Społecznej Szpitala Klinicznego im. ks. Anny Mazowieckiej:

- odwołał Pana Aleksandra Soplińskiego ze składu Rady



Prof. Marek Kulus wręczył Rektorowi prof. Markowi Krawczykowi certyfikat „Uczelni walczącej z plagiatami”

Społecznej Szpitala Klinicznego im. ks. Anny Mazowieckiej;

- powołał Panią Ewę Łagowską w skład Rady Społecznej Szpitala Klinicznego im. ks. Anny Mazowieckiej.

4. Opinia Senatu w sprawie zawarcia przez Warszawski Uniwersytet Medyczny umowy o współpracy naukowej z Europejską Wspólnotą Energii Atomowej.

Senat wyraził zgodę na zawarcie przez Warszawski Uniwersytet Medyczny umowy o współpracy naukowej z Europejską Wspólnotą Energii Atomowej.

5. Sprawozdanie z prac Senackiej Komisji ds. Rozwoju Kadry za lata 2010-2011.

Senat przyjął Sprawozdanie z prac Senackiej Komisji ds. Rozwoju Kadry za lata 2010-2011, przedstawione przez Pana prof. dr. hab. Mirosława Dłużniewskiego – Przewodniczącego Komisji.

6. Sprawy I Wydziału Lekarskiego.

1) Senat przyjął Sprawozdanie Dziekana z realizowanej polityki osobowej, dorobku

naukowo-dydaktycznego oraz sprawozdanie finansowe z działalności I Wydziału Lekarskiego w kadencji 2008-2012.

2) Senat pozytywnie zaopiniował sprawę powołań na stanowiska kierowników jednostek I Wydziału Lekarskiego:

- Pana prof. dr. hab. Marka Krawczyka na stanowisko Ordynatora – Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby;
- Pana prof. dr. hab. Piotra Pruszczyka na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Instytutu Stomatologii;
- Pani prof. dr. hab. Barbary Górnickiej na stanowisko Kierownika Katedry i Zakładu Patomorfologii;
- Pani prof. dr. hab. Hanny Szajewskiej na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Pediatrii;
- Pana prof. dr. hab. Zbigniewa Gacionga na stanowisko Ordynatora – Kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętnicznego i Angiologii;
- Pani dr. hab. Danuty Samolczyk-Wanyury na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii;
- Pani prof. dr. hab. Barbary Grytner-Zięciny na stanowisko Kierownika Zakładu Biologii Ogólnej i Parazytologii;
- Pana dr. hab. Pawła Krajewskiego na stanowisko Kierownika Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej;
- Pana prof. dr. hab. Rafała Płoskiego na stanowisko Kierownika Zakładu Genetyki Medycznej;

- Pana prof. dr. hab. Marka Radkowskiego na stanowisko Kierownika Zakładu Immunologii, Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych;
 - Pani dr hab. Małgorzaty Zadzurskiej na stanowisko Kierownika Zakładu Ortodoncji;
 - Pana prof. dr. hab. Edwarda Towpika na stanowisko Dyrektora Muzeum Historii Medycyny;
 - Pana mgr. Jerzego Chrzanowskiego na stanowisko Kierownika Studium Wychowania Fizycznego i Sportu.
- 3) Senat negatywnie zaopiniował następujące kandydatury na kierowników jednostek I Wydziału Lekarskiego:
- Pani prof. dr hab. Marii Roszkowskiej-Blaim na stanowisko Ordynatora – Kierownika Katedry i Kliniki Pediatrii i Nefrologii;
 - Pani prof. dr hab. Joanny Matuszkiewicz-Rowińskiej na stanowisko Ordynatora – Kierownika Katedry i Kliniki Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych;
 - Pana prof. dr. hab. Andrzeja Wojtowicza na stanowisko Kierownika Zakładu Chirurgii Stomatologicznej.
- 4) Senat pozytywnie zaopiniował powołanie Pana prof. dr. hab. Jakuba Gołąba na stanowisko profesora zwyczajnego.

7. Sprawy II Wydziału Lekarskiego.

Senat pozytywnie zaopiniował następujące kandydatury na stanowiska kierowników jednostek II Wydziału Lekarskiego:

- Pani dr hab. Magdaleny Marchyńskiej na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego;
- Pana prof. dr. hab. Tomasza Wolańczyka na stanowisko

Ordynatora – Kierownika Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego;

- Pani prof. dr hab. Bożeny Werner na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej;
- Pana prof. dr. hab. Macieja Karolczaka na stanowisko Ordynatora – Kierownika II Katedry i Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Ogólnej Dzieci;
- Pana dr. hab. Artura Mamcarza na stanowisko Ordynatora – Kierownika III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii;
- Pana dr. hab. Bartosza Łoży na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii;
- Pana prof. dr. hab. Sławomira Majewskiego na stanowisko Ordynatora – Kierownika Katedry i Kliniki Dermatologii i Wenerologii;
- Pana prof. dr. hab. Tomasza Pasierskiego na stanowisko Kierownika Zakładu Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny.

8. Sprawy finansowe.

- 1) Senat podjął uchwałę o utworzeniu w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Funduszu Rozwoju Uczelni i jego zasad gospodarki finansowej;
- 2) Senat wyraził zgodę na zbycie nieruchomości w Somiance – powiat wyszkowski;
- 3) Senat wyraził zgodę na przyjęcie dotacji z Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w ramach Programu priorytetowego nr 5.3. pn. „System Zielonych Inwestycji (GIS – Green Investment Scheme) – Część 1. Zarządzanie energią w budynkach użyteczności publicznej”;

- 4) Senat przyjął zmianę Planu rzeczowo-finansowego Uczelni za 2011 rok;
- 5) Senat zatwierdził Sprawozdanie finansowe Uczelni za 2011 rok;
- 6) Senat przyjął Plan rzeczowo-finansowy oraz Budżet Zadaniowy Uczelni na 2012 rok.

9. Omówienie najważniejszych spraw bieżących Uczelni.

JM Rektor poinformował o następujących sprawach :

- Wybrano nowe władze Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polski. Przewodniczącym-elektem KRASP został Rektor Uniwersytetu Śląskiego – prof. Wiesław Banyś;
- Zastępcami Przewodniczącego KRASP zostali:
 - Rektor Politechniki w Łodzi – prof. Stanisław Bielecki,
 - Rektor-elekt Uniwersytetu Muzycznego w Warszawie – prof. Ryszard Zimak.
- Zakończono procedurę wyboru głównego wykonawcy na realizację inwestycji „Szpital Pediatryczny” Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Głównym wykonawcą została firma WAR-BUD S.A.
- W dniu 11 czerwca br. nastąpi otwarcie ofert na wybór wykonawcy inwestycji pn. „Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne”.

10. Komunikaty i wolne wnioski.

JM przedstawił Zastępcę Kanclerza ds. Eksploatacji – Pana mgr. Jana Małachowskiego oraz poinformował o powołaniu Pana dr. Macieja Piróga jako Pełnomocnika Rektora, na Dyrektora Szpitala Pediatrycznego w budowie.

mgr Elwira Zielińska
Biuro Organizacji WUM

Od TELEMEDYCYNY do E-HEALTH

mgr Franciszek Radziszewski

dr n. med. Dominik Olejniczak¹

¹ Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego

Telemedycynę uważa się za nową, interdyscyplinarną dziedzinę medycyny. Samo pojęcie „telemedycyna” wywodzi się z greckiego „tele” oznaczające „na odległość” i łacińskiego „medicina” tłumaczonego jako „leczenie, sztuka lekarska”. Na przestrzeni lat ulegało ono wielu różnym interpretacjom. Jedną z prostszych definicji jest ta, która mówi o telemedycynie jako o dowolnym elemencie procesu diagnozy czy leczenia, wykonywanym, podczas gdy lekarz z pacjentem przebywają w różnych, oddalonych od siebie miejscach. Obecnie umożliwia to łącze i sieć komputerowa, lecz na początku rozwoju wykorzystywana była łączność telefoniczna i radiowa. [1]

Medycyna zawsze wykorzystywała najnowsze osiągnięcia z dziedziny nauki czy techniki. Dlatego też szybki rozwój techniki spowodował duże zmiany w podejściu do leczenia i samego kontaktu z pacjentem. Takie wynalazki jak telegraf, telefon czy faks szybko znajdowały zastosowanie, pozwalając na poprawę

jakości i skuteczności z jednoczesnym ograniczeniem kosztów. Za początek rozwoju telemedycyny uważa się drugą połowę XX wieku. Krajem stawiającym pierwsze kroki na tym nowym gruncie były Stany Zjednoczone. Rozwój nowych technologii był związany początkowo z wojnikiem. Dzięki łączu satelitarnemu możliwa była komunikacja pomiędzy poszczególnymi bazami wojskowymi USA rozlokowanymi w wielu częściach Ziemi. Następnym ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój telemedycyny był wyścig zbrojeń i związany z nim wyścig w podboju przestrzeni kosmicznej. Aby monitorować funkcje życiowe i stan zdrowia kosmonautów, trzeba było pokonać barierę odległości dzielącą ich od Ziemi. Konsultacje na odległość i przesył danych medycznych był także często wykorzystywany w więzieniach i zakładach karnych ze względu na niebezpieczeństwo i trudności w transporcie skazanych.

Od początku lat 90. XX w. nastąpiła rewolucja technolo-

gii cyfrowej. Doprowadziła ona do rozpowszechnienia nowoczesnej techniki i spowodowała zmniejszenie kosztów związanych z nabyciem odpowiedniego sprzętu. Udostępnione zostały nowe pasma transmisyjne oraz powstały cyfrowe systemy telekonferencyjne oparte o komputery PC. Zaczęto zwracać uwagę na jednolite standardy wymiany danych, bezpieczeństwo transferu i przechowywania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Poprzez wdrażanie działań opartych o telemedycynę, starano się ułatwić dostęp do porad i opinii specjalistycznych na terenach wiejskich. Rozwijano współpracę lekarza rodzinnego ze specjalistami przebywającymi w innych ośrodkach medycznych. Rozwój telemedycyny i informatyki związanej z medycyną stał się celem badań Unii Europejskiej, które dążyły do sprawdzenia przydatności i opłacalności prowadzenia tych działań. Szybki rozwój Internetu, który nastąpił w połowie lat 90. doprowadził do nowych możliwości i nowego spojrzenia

na telemedycynę. Szybki i nieustający rozwój technologii utrudnia podanie jednej i pełnej definicji. Co więcej, uważa się, że poprzez ten rozwój pojęcie „telemedycyna” może całkiem zaniknąć w momencie, kiedy stanie się podstawą wszelkich usług medycznych. [1, 2]

Chęć jak najszybszego udzielenia pomocy medycznej oraz zapewnienia szerokiego dostępu do konsultacji wysokospecjalistycznych, doprowadziła do powstania i rozwoju nowej gałęzi medycyny – telemedycyny, oraz będącej jej specjalistyczną odmianą – teleradiologii. Ma ona na celu rozwijanie, ulepszanie oraz tworzenie dróg przesyłu danych medycznych. W przypadku teleradiologii mogą to być zdjęcia rentgenowskie (RTG), obrazy tomografii komputerowej (CT), rezonansu magnetycznego (MRI), pozytronowej tomografii emisyjnej (PET) oraz obrazu ultrasonograficznego (USG). Podstawowym działaniem związanym z telemedycyną jest tzw. *store and forward* (zapisz/zachowaj i wyślij). Czynność ta polega na przesłaniu zapisanych w innym miejscu danych. Ideą teleradiologii jest umożliwienie przesyłu badania (dla uproszczenia można przyjąć, że jest to zdjęcie RTG) w dowolne miejsce na Ziemi, w celu uzyskania opisu, zaczerpnienia konsultacji. Obecność sieci elektronicznej usprawnia relację: technik wykonujący badanie-lekarz prowadzący. Otrzymany obraz jest od razu widoczny, co umożliwia natychmiastowe przekazanie uwag dotyczących wykonania badania, również w sytuacji, gdy lekarz znajduje się w innej części szpitala. Elektroniczna archiwizacja zapewnia nieograniczony dostęp do badań. Wystarczy posiadać dostęp do komputera połączonego z bazą danych. Obieg dokumentów jest szybszy, a dostęp do nich łatwiejszy. W miejscu wykonywania badań wystarczająca

jest obecność technika radiologa. Osoba dokonująca opisu obrazów może przebywać w innym miejscu. Dzięki archiwizacji elektronicznej można uzyskać lepszą jakość przechowywanego obrazu (tradycyjna klisza się starzeje), a po dodaniu słów kluczowych o wiele szybszą możliwość szukania dokumentu. Koszt takiej archiwizacji w ujęciu wielu lat jest niższy od tradycyjnej. [3, 4]

Rozwiązania telemedyczne stosowane w neurologii opierają się na podobnych zasadach jak w teleradiologii, umożliwiając udostępnianie, przesył czy odczyt obrazów, takich badań jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny na odległość. Rozwiązania telemedyczne w tym zakresie nie różnią się w znaczący sposób pod względem działania, wymaganego sprzętu czy możliwości, które dają, od tych opisanych wcześniej, jednak, ze względu na odmienną specjalistyczną lekarza neurologa oraz całej dziedziny medycznej, wydaje się ważne zaznaczenie i wspomnienie o nich.

Podobnie jest z telekardiologią; jej celem jest umożliwienie wymiany informacji na odległość (wyniki badań, obrazy oraz materiały wideo, jak np. angiografia, echokardiogram czy ultrasonografia, wynik EKG). Działania telemedyczne umożliwiają telekonsultacje pomiędzy różnymi ośrodkami medycznymi, ułatwiają dostęp do specjalistycznej opieki osobom mieszkającym na wsi czy w miejscu z dostępem jedynie do podstawowej opieki medycznej. Telekardiologia to także przesyłanie obrazu z sali operacyjnej, wykorzystanie robotów medycznych i sterowanie nimi na odległość. [5]

Kolejnym przykładem zastosowania nowoczesnych metod komunikacji w medycynie jest teleopieka, a więc sprawowanie opieki na odległość, która

ma w określonych sytuacjach prowadzić do skrócenia czasu hospitalizacji lub jej całkowitego wyeliminowania. Pozwala to obniżyć koszty sprawowania opieki (hospitalizacja generuje największe) oraz zapewnia ciągły monitoring, wykrywanie oraz w niektórych przypadkach eliminację zagrożeń dla życia pacjenta w miejscu jego zamieszkania. Szacuje się, że zastosowanie technik teleopieki dla takich jednostek chorobowych jak cukrzyca czy choroby układu krwionośnego może przynieść wymierne korzyści pod względem finansowym dla płatnika i szpitali oraz dla pacjenta w formie lepszego sprawowania opieki zdrowotnej. [6, 7]

Wykorzystanie teleopieki wymaga łączności pomiędzy pacjentem a placówką medyczną, lekarzem. Wydaje się, że obecnie najprostszym sposobem jest skorzystanie z możliwości, jakie daje sieć telefonii komórkowej. Szczególnie sieci trzeciej generacji (3G) pozwalającej na szybszy przesył oraz transmisję wideo. Pacjent posiada urządzenie monitorujące określoną cechę lub funkcję (poziom glikemii, EKG). Za pomocą telefonu ze specjalnie przygotowaną aplikacją lub bezpośrednio z urządzenia monitorującego, poprzez sieć komórkową, przesyła wynik do ośrodka medycznego. Tam osoba nadzorująca może przeprowadzić analizę danych. Dalsze operowanie informacją jest już ograniczone tylko inwencją twórcy systemu telemedycznego.

Na świecie, ale także i w Polsce, notuje się wzrost zachorowań na cukrzycę. Mówi się o „epidemii cukrzycy”. Widoczny jest wzrost zachorowań na cukrzycę insulinozależną i –niezależną. Podobnie jest z chorobami układu krążenia, które stanowią pierwszą przyczynę zgonów w Polsce. Dlatego też najczęściej opisywane przedsięwzięcia dotyczą systemów

umożliwiających przesłać wyniki glikemii, wartości tętna, ciśnienia i EKG. [7, 8, 9]

Działaniem z zakresu rehabilitacji i kardiologii, wykorzystującym telemedycynę, jest program Polkard, który ma na celu zapewnienie pacjentom kardiologicznym, głównie po przebytych zawałach, rehabilitacji polegającej na ćwiczeniach wykonywanych samodzielnie we własnym domu. Kontrolę lekarza i rehabilitanta zapewnia telemonitoring ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna, a także możliwość wideokonferencji czy rozmowy telefonicznej. [10]

W ratownictwie medycznym wykorzystywany jest system tele-EKG, który pozwala na skrócenie czasu pomiędzy wystąpieniem zawału a interwencją lekarską w pracowni hemodynamicznej. Ideą systemu jest jak najszybsze wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG i przesłanie go zespołowi dyżurujących kardiologów, którzy po zapoznaniu się z krzywą, od razu, jeszcze przed przyjazdem pacjenta, mogą podjąć decyzję w sprawie leczenia. System ten składa się z dwóch głównych urządzeń. Pierwszym z nich jest defibrylator wyposażony w moduły: 12-odprowadzeniowe EKG oraz przeznaczony do wysyłania badania EKG. Są w niego wyposażone poszczególne karetki pogotowia R. Drugi to stacje odbiorcze, w które wyposażone są poszczególne pracownie hemodynamiczne. System jest prosty i nie sprawia problemów w obsłudze. [15] Zaraz po przyjeździe do pacjenta, zespół pogotowia wykonuje badanie EKG, które wraz z podstawowymi parametrami życiowymi zmierzonymi przez defibrylator zostaje automatycznie przesłane do stacji odbiorczej. Kardiolog dyżurujący w pracowni hemodynamicznej ma możliwość oceny odebranych wyników oraz zadecydowania

o dalszych krokach leczniczych. Po tej wstępnej diagnozie zespół karetki pogotowia jest informowany nt. stanu pacjenta i wspólnie ustala się dalszą procedurę postępowania. Zwykle pacjent jest transportowany bezpośrednio do pracowni hemodynamicznej, z pominięciem najbliższego szpitala. Zespół kardiologów jest przygotowany na jego przyjazd i może bezzwłocznie po jego przyjeździe wykonać niezbędne zabiegi. Jednostka, czekając na transport chorego, przygotowuje sale i może wstrzymać planowe zabiegi, tak aby jak najszybciej pomóc transportowanemu choremu. [11]

W poradnictwie psychiatrycznym oraz neurologicznym znalazły zastosowanie witryny internetowe, dzięki którym zainteresowani mogą zadać pytanie lekarzowi, poprosić o pomoc, postawienie diagnozy. Tego typu komunikacja często pozwala przełamać barierę wstydu i jest początkiem procesu diagnostycznego oraz leczenia. Podobne zastosowanie sieci internetowej widoczne jest w dermatologii. Istnieje wiele serwisów i witryn służących nauce (e-learning). Sam dostęp do sieci pozwala na przesłać zdjęć wykorzystanych do diagnozy w celu zaczerpnienia porady innego lekarza.

Powszechny dostęp do Internetu zwrócił uwagę władz na możliwości jakie on za sobą niesie. Powstało nowe szersze pojęcie *e-health* obejmujące telemedycynę, ale także działania z zakresu zdrowia, nie mające bezpośredniego związku z leczeniem. Wykorzystanie Internetu w celu dotarcia do jak największej liczby osób i prowadzenie w ten sposób edukacji i prewencji zdrowotnej jest widoczne w działaniach poszczególnych instytucji Unii Europejskiej oraz w zrzeszonych w niej krajach członkowskich. W latach 90. XX wieku nastąpił ogromny rozwój usług elektro-

nicznych. Nowe technologie i rozwiązania mobilne zostają szybko przejmowane przez ośrodki i zespoły badawczo-rozwojowe działające w sektorze systemu opieki zdrowotnej. [1, 2]

Wykorzystując możliwości jakie daje Internet, wszelkie operacje finansowo-biznesowe zostały na nowo odkryte i wykorzystane. Pojawiło się wiele pojęć z przedrostkiem e-, jak np. *e-commerce* (e-handel, handel elektroniczny). Rozwój systemów oraz aplikacji telemedycznych wykorzystujących postęp elektroniczny i Internet (tak zwane e-aplikacje, czyli aplikacje elektroniczne) spowodował powstanie określenia *e-zdrowie*. Oba określenia są dziś bardzo popularne i często używane zamiennie, chociaż, mimo pewnych wspólnych elementów, są odmienne i dotyczą różnych działań i przedsięwzięć. Rozwój inicjatyw z zakresu telemedycyny doprowadził do powstania przedsięwzięć z zakresu e-zdrowia. Wywodzi się ono z telemedycyny, która jednak dziś stanowi jedną z gałęzi e-zdrowia. Definicje określone przez Polskie Towarzystwo Telemedycyny są skierowane na różnice kliniczne. E-zdrowie opiera się na wspólnych elementach medycyny i techniki, czerpie wiele możliwości z nowoczesnych technologii komunikacyjnych i sieci internetowej. Prezentuje nowoczesne podejście do funkcjonowania i organizacji opieki zdrowotnej. W Europie mówiąc o e-zdrowiu (e-health) ma się na myśli telezdrowie, elektroniczną kartę pacjenta oraz szereg innych działań w środowisku medycznym polegających na zastosowaniu nowoczesnych rozwiązań technologicznych. Telezdrowie (*telehealth*) jest określeniem obejmującym aspekty lecznicze, prewencyjne, profilaktyczne oraz promocyjne. Zajmuje się edukacją medyczną, administracją czy badaniami naukowymi, możemy mieć z nim

do czynienia w przypadku usług klinicznych i pozaklinicznych. Określenie jest pewnym substytutem dla telemedycyny, która, powstając, korzystała z o wiele prostszych i mniej zaawansowanych rozwiązań i skupiała się na aspektach klinicznych. Telemedycyna odnosi się głównie do działań leczniczych, relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem. E-zdrowie jest pojęciem szerszym, łączy się je ze zdrowiem publicznym i w nim upatruje się możliwości rozwoju. Światowa Organizacja Zdrowia, tworząc strategię zdrowotną odnoszącą się do zdrowia publicznego, wykorzystuje możliwości e-zdrowia. Ważną rolę w tych działaniach odgrywa edukacja medyczna, czyli *e-learning*. [12]

E-zdrowie jest dziedziną łączącą informatykę medyczną, zdrowie publiczne oraz opiekę medyczną. Poprzez rozwój koncepcji z nim związanych można podnieść standard świadczonych usług z zakresu ochrony zdrowia, ulepszyć opiekę zdrowotną w skali lokalnej i światowej. Są to działania niebagatelne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Światowa Organizacja Zdrowia mówi o e-zdrowiu jako nowym terminie, który oznacza wykorzystanie w opiece zdrowotnej komunikacji elektronicznej oraz zastosowanie technologii infor-

matycznych. Rozwój inicjatyw związanych z e-zdrowiem ma swoje podłoże w wielu programach i strategiach europejskich (*e-Europe*). Ta ma początki w Strategii Lizbońskiej przyjętej w 2000 roku przez Radę Europejską i zakładającej dynamiczny rozwój gospodarczy i wzrost konkurencyjności krajów Unii Europejskiej. Głównym założeniem jest wykorzystanie nowoczesnych i innowacyjnych przedsięwzięć opartych na licznych badaniach naukowych. Rozwój ma się opierać na eksploatacji nowoczesnych dziedzin wiedzy. Społeczeństwo informacyjne oraz łączenie dziedzin i zasad z zakresu zarządzania, zdrowia, badań naukowych, czy bezpieczeństwa pozwoli na poprawę funkcjonowania systemu oraz podniesienie poziomu świadczonych usług w szeroko pojętej polityce zdrowotnej.

Wszelkie strategie i plany wspierające e-zdrowie mają dziś duże znaczenie z punktu widzenia ekonomiki, ponieważ to właśnie pozytywny stan zdrowia umożliwia pracę i zarabkowanie. Jedno z założeń programu *e-Europe*, którym jest upowszechnienie dostępu do Internetu wśród całego społeczeństwa, wpisuje się w trend rozwoju nowoczesnych rozwiązań w służbie zdrowia (rozwiązania telemedyczne,

e-zdrowie), które bardzo często wykorzystują możliwości sieci elektronicznej i internetowej. [13]

Przedstawione w pracy działania i programy telemedyczne wpływają pozytywnie na szybkość obiegu informacji i poprzez to pozwalają na skrócenie i często poprawienie jakości procesu diagnostycznego. W przypadku niektórych z nich wykonano badania potwierdzające, że ta oszczędność w czasie oraz uproszczenie poszczególnych procedur przekłada się na oszczędności finansowe oraz pozytywnie wpływa na jakość leczenia. Telemedycyna ułatwia dostęp, pozwala zapewnić opiekę medyczną tam, gdzie nie można było zapewnić pomocy lub ta pomoc była utrudniona w przypadku zastosowania tradycyjnych metod działania. Powszechny dostęp do Internetu zwrócił uwagę władz na możliwości, jakie on za sobą niesie. Powstało pojęcie *e-health* obejmujące telemedycynę, ale także działania z zakresu zdrowia nie mające bezpośredniego związku z leczeniem. Wykorzystanie Internetu w celu dotarcia do jak największej liczby osób i prowadzenie w ten sposób edukacji i prewencji zdrowotnej jest widoczne w działaniach poszczególnych instytucji Unii Europejskiej oraz w zrzeszonych w niej krajach członkowskich.

LITERATURA

1. Duplaga M.: Telemedycyna i e-Health jako kolejne etapy rozwoju systemów telematycznych w ochronie zdrowia. *Zdrowie i zarządzanie*, nr 1, 2003, str. 7-11.
2. Glinkowski W.: Wprowadzenie do telemedycyny. *Medycyna Dydaktyka Wychowanie*, Vol. XXXVII, nr 6, 2005, str. 3-8.
3. Głowacki M.: Teleradiologia w praktyce klinicznej. *Polish Journal of Radiology*, nr 4, 2006, str. 99-117.
4. Lada P., Brzeziński J.: Teleradiologia – podstawowe elementy systemu. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny*, nr 7, 2006, str. 44-47.
5. Zaczek R.: Telekardiologia w praktyce ambulatoryjnej, czyli świat w zasięgu ręki. *Przewodnik Lekarza*, nr 7, 2007, str. 19-23.
6. Frączkowski K.: Teleopieka – jak społeczeństwo informacyjne może zmienić świadczenia usług medycznych poprzez technologie informacyjno-komunikacyjne. (ICT) *Acta Bio – Optima et Informatica Medica Inżynieria biomedyczna*, Vol. 14, nr 4, 2008, str. 311-313.
7. Frączkowski K.: Teleopieka jako technologia usług medycznych zapewniająca dostęp do usług medycznych i poprawiająca jakość opieki. *Acta Bio – Optima et Informatica Medica Inżynieria biomedyczna*, Vol. 14, nr 1, 2008, str. 86-87.
8. Bujnowska-Fedak M. M., Puchała E.: Nowoczesne technologie teleinformatyczne w opiece nad chorym na cukrzycę. *Przewodnik Lekarza*, tom 109, nr 1, 2009, str. 34-38.

9. Rajzer M., Brzozowska-Kiszka M., Kawecka-Jaszcz K.: Telemonitorowanie ciśnienia tętniczego – nowa jakość w diagnostyce i leczeniu nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze*, tom 10, nr 3, 2006, str. 167-173.
10. Piotrowicz R., Baranowski R.: Monitorowana, spon-taniczna rehabilitacja kardiologiczna w warunkach domowych alternatywą dla tradycyjnej rehabilitacji ambulatoryjnej. *Kardiologia Polska*, nr 64/12, 2006, str. 1465-1468.
11. Kordasiewicz M.: Telemedycyna ratunkowa w kar-diologii interwencyjnej. *Acta Bio – Optima et Infor-matica Medica Inżynieria biomedyczna*, Vol. 14, nr 3, 2008, str. 240.
12. Glinkowski W.: Telemedycyna i Zdrowie w Polsce – z perspektywy Towarzystwa. W: *Postępy międzyna-rodowej telemedycyny i e-Zdrowia*. Wydawnictwo MediPage 2006, str.: 164-174.
13. Karski J.B., Olejniczak D.: e-Zdrowie (e-Health). W: *Promocja Zdrowia jako zadanie Zdrowia Publicz-nego*. Warszawa 2006, str. 276-279.



8 czerwca 2012 roku Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN wystosował specjalne stanowisko w sprawie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej.

W dokumencie tym Komitet rekomendował „jednoznaczne zalegalizowanie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej w akcie prawnym określającym zasady wykonywania zapłodnienia pozaustrojowego”.

Dokument został przyjęty głosami 26 członków Komisji, 4 osoby były przeciwnie. Poniżej prezentujemy pismo autorstwa prof. Tadeusza Tołłoczki, w którym uzasadnia swoje stanowisko w sprawie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej (PGD) oraz zatwierdzonego przez Komitet Bioetyki dokumentu.



prof. Tadeusz Tołłoczko

Stanowisko w sprawie PGD przesłane do Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN

Wstęp

Największe niebezpieczeństwo w decyzjach wszelkich Komisji Bioetycznych dostrzegam w dominacji utylitaryzmu i prawa stanowionego przez władzę nad zasadami etycznymi.

W moim przypadku wstrzymanie się od głosowania oznaczać miało, że zgadzam się z wieloma tezami złożonego wniosku, ale nie z wszystkimi. Jedna łyżka dziegciu psuje całą beczkę miodu, ale jedna łyżka miodu nie zmienia właściwości całej beczki dziegciu. Dużo w zatwierdzonym „Sta-

nowisku Komitetu” jest prawdy, ale traktuje je jako prawdy częstokowe, jednak całość, moim zdaniem, nie stanowi pełnej prawdy.

Tok myślenia prezentowany w „Stanowisku Komitetu” jest typowym przykładem myślenia utylitarystycznego omijającego zasady moralne.

Gdybym się zgodził być członkiem jakiegoś Komitetu działającego w oparciu o zasady utylitaryzmu to niewątpliwie głosowałbym za przyjęciem przedstawionego „Stanowiska”. Będąc natomiast członkiem Komitetu „etycznego”, muszę respektować

niepodważalność zasad etycznych i dbać o ich właściwą interpretację.

Życie

Sens i nieporównywalna z niczym innym wartość ludzkiego życia nakazuje mi uznać, że każde życie obdarzone być musi szacunkiem i godnością i że jest po prostu świętością. Moja chirurgiczna życiowa droga w tym przeświadczeniu mnie tylko utwierdzała. Nawet w USA wprowadzony został w 1984 r. przez Prezydenta R. Reagana Dzień Świętości Życia. Świętość życia od wieków wyraża piąte Przykazanie Dekalogu

„Nie zabijaj”. Wielkość człowieka docenił już Seneka pisząc „Homo homini res sacra”. (*Człowiek człowiekowi rzeczą świętą*). W różnych religiach, kulturach i epokach, obowiązuje generalny nakaz moralny „nie zabijaj”, chociaż podstawy światopoglądowe tych zasad są całkiem odmienne.

Mówiąc natomiast o godności, nie należy mylić pojęcia godnego i wygodnego życia.

Życie ludzkie jest własnością jednostki. Myślę więc, że uzurpowanie prawa do dysponowania i decydowania o życiu i śmierci tej jednostki jest postępowaniem niemoralnym i chyba bezprawnym (poza przypadkami wojennymi). Czy ktokolwiek może przyznać sobie „przywilej” łamania tego prawa? Życie ludzkie jest podstawową wartością i do tej wartości wszyscy jako ludzie jesteśmy równouprawnieni.

Ja mogę zrozumieć, że jakiś komitet kierujący się zasadami utilitaryzmu przyzna sobie prawo wydawania opinii czy rekomendacji do traktowania istoty ludzkiej jako przedmiotu, to jednak nie może w swej nazwie wykorzystać słowa „etyczny”. Byłby to fałsz. Jednakże w czasach chytrego liberalizmu fałsz podawany jest pod postacią prawd pozornych, bo lud tego nie odróżni.

Jaką więc pozycję chcemy przyznać współcześnie człowiekowi wśród ludzi? Czy ma to być status bliźniego, czy też przedmiotu? A więc czy embrión dla drugiego człowieka jest rzeczą świętą, czy tylko rzeczą? Utilitarystyczne rozumienie dobra człowieka, gdy tylko użyteczność stanowić będzie kryterium „dobra” i „zła” jest niebezpieczne, bo wielokrotnie staniemy przed dylematem wyboru – życie ludzkie czy użyteczność? A wiemy, że większość zbrodni wobec człowieka zostało dokonanych pod hasłem „dobra i szczęścia ludzkości”. Jednorazowe nawet złamanie zasad mo-

ralnych spowoduje, że i w innych sprawach unieczynnione zostaną hamulce moralne.

Uczciwość

Bardzo często wydaje mi się, że ludzie nie tyle chcą być mądrymi, ile chcą zawsze uchodzić za mądrych. Podobnie chcą zawsze uchodzić za uczciwych i moralnych, pomimo że postępują niemoralnie. Do tego służą pozory. Pozory prawdy, moralności – też służą maskowaniu koniunkturalizmu, oportunistów i karierowiczostwa.

Podobnie nikt nie ma odwagi uczciwie powiedzieć, że w konkretnej sprawie wartości utilitarne są dla niego ważniejsze od wartości moralnych. Dlatego manipuluje się definicjami. Nie mogę zgodzić się, aby los istoty ludzkiej zależał od definicji dowolnie określającej, czy embrión człowieka jest „kimś”, czy „czymś”.

Dlatego też wymyślono problem: „Człowiek czy jeszcze nie”. Ja osobiście uważam, że będąc w fazie zygoty byłem człowiekiem, bo w żadnym wypadku nie mogłem urodzić się słoniem, myszą czy świnią. Od początku bowiem miałem „człowieczy” genotyp.

Wielu badaczy boryka się z problemem, jak zdefiniować zadanie, ażeby pod pozorem przestrzegania zasad moralnych można było sprostować swoim ambicjom naukowym i interesom. Są dwie alternatywy: albo zmienić metodykę badania, albo definicję kwalifikacji moralnej działania. Łatwiej jest zmienić definicję i ogłosić się badaczem przestrzegającym zasad moralnych w nauce. W zależności od potrzeby głoszone są różne „nowoczesne” zasady moralne.

Wprawdzie również nie do zaakceptowania, ale mniej myśląc społeczeństwo postawę, przyjmując, którzy całkowicie ignorują moralność z jej zasadami i nie wdają

się w żadne pozorujące prawdę i uczciwość dysputy. Mówią, że po prostu robią to, co uważają za słuszne. Inaczej myślący to oczywiście oszołomy, itp. (Natrafiłem nawet na określenie „szambonurki”). Nie zależy im nawet na etykietce „moralności”. Nie posługują się jednak myślowymi kruczkami, fortelami, kręactwem, czy też niekończącymi się dyskusjami na temat różnic w rozumieniu poszczególnych słów i określeń. W takich przypadkach wyczuwa się groźbę braku ich samokontroli. („Najbardziej lękam się fanatyków liberalizmu” – A. Einstein).

Znaki drogowe

Myślę, że lepiej jest czasami na drodze postępu postawić znak „Wstęp wzbroniony”, niż potem natknąć się na znak „Wyjścia nie ma”. Już teraz powstaje pytanie, co robić z nadmiarowymi zarodkami – wykorzystać do uzyskania zarodkowych komórek macierzystych, udostępnić dla przemysłu kosmetycznego, niszczyć, adoptować?

Głosowanie

Przekonany też jestem, że zasad moralnych nie możemy przyjmować na zasadzie głosowania. Wyniki głosowań bowiem są predeterminowane składem osobowym, którym decydent może swobodnie manipulować, doprowadzając do pełnej „jednomysłowości” wszystkich członków lub pozostawiając kilka „rodzynek” na pokaz i dla „ozdoby”. Decyzję jednak trzeba podjąć.

Metodą głosowania tworzyć można „umowy społeczne”, a nie rekomendowane potem zasady moralne. „Umowa społeczna” byłaby nazwą bardziej uczciwą, aczkolwiek motywacje przegłosowywanych „umów” społecznie nie zawsze są uczciwe, jako wynikające z bieżących korzyści politycznych. Pomimo że w Komitecie mamy pełną swobodę

wypowiedzi, to jednak i tak „pamentu na doskonałość i prawdę” Komitet nie osiągnie. Skromność jest cnotą. Dlatego przekazywać społeczeństwu powinniśmy nie „Stanowisko” czy rekomendacje, lecz opinie, lub jak zaproponował P. Prof. W. Galewicz – racje.

W Komitecie różnimy się poglądami, ale nie wyobrażam sobie, aby Członkowie o już ukształtowanym światopoglądzie, którzy traktują życie jako epizod istnienia człowieka, w wyniku dyskusji zostali przekonani, że życie ludzkie jest epilogiem tego istnienia. I odwrotnie. Sprawiać to będzie, że Komitet nasz, tak jak każde powołane do istnienia ciało, będzie stabilne wobec wszelkich decyzji związanych ze światopoglądem. Raz ujawniona większość będzie miała do końca swej kadencji przewagę. W innych organizacjach zmienność wyników głosowania zależna być może od koniunkturalizmu i zewnętrznych presji.

Komitet jako ze wszech miar potrzebna i niezbędna instytucja poniósłby klęskę, gdyby wraz ze zmianą składu osobowego, ustalone stanowiska w konkretnych sprawach były nie tylko odmienne, ale i sprzeczne. Obowiązuje nas myślenie długofalowe, „oporne na czas” i polityczne zawirowania.

Dominacja prawa stanowionego

W pkt. 4 (po czwarte) uchwalonego „Stanowiska Komitetu...” czytamy:

„...delegalizacja preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej, w sytuacji istnienia prawnej akceptacji dla diagnostyki prenatalnej i przerywania ciąży z powodu poważnej wady lub choroby, naruszałaby zasadę spójności aksjologicznej i systemowej prawa”.

Odczytuję to jako „rekomendację” podporządkowania decyzji zasad moralnych aksjologicznej i systemowej spójności prawa. Trudno jest mi się z tym zgodzić.

W uprzednio przyjętym stanowisku Komitetu (Stanowisko nr 1) czytamy, że Komitet:

„...Stanowczo sprzeciwia się jednak przypadkom nadużywania lub korzystania z klauzuli sumienia wbrew przepisom ustawy z pogwałceniem fundamentalnych praw polskich pacjentek i pacjentów”.

Rekomendowane więc jest tu podporządkowanie lekarskiego sumienia prawu stanowionemu, co świetnie wyraża dążenie wszelkiej maści polityków do podporządkowania sobie sumienia obywateli. A moje sumienie nie jest własnością władzy. Wszelka władza jest natomiast bardzo skuteczna w podporządkowaniu sobie sumienia koniunkturalistów, karierowiczów i oportunistów oraz zmuszaniu do przestrzegania rygoru partyjnego w sprawach moralności. Lekarze – zbrodniarze z obozów koncentracyjnych tłumaczyli się, że wykonywali rozkazy legalnie wybranych władz.

Pozwolę sobie przypomnieć orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego w związku z zaskarżeniem Kodeksu Etyki Lekarskiej przez Rzecznika Praw Obywatelskich.

Trybunał odrzucił podporządkowanie norm etycznych normom stanowionym przez państwo i stwierdził, że:

„...zbiory norm prawnych i norm etycznych nie pokrywają się [...] i tworzą dwa względnie niezależne od siebie kręgi. Nieuprawnione jest więc twierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi. To raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną”.

Myśl moja, którą tak jasno i precyzyjnie wyraził Trybunał Konstytucyjny była kolejnym motywem, dla którego nie mogłem głosować „za” stanowiskiem

Komitetu w sprawie PGD. Zacytowany powyżej tekst pkt. 4 „Stanowiska” jest w pełni sprzeczny z przedstawionym orzeczeniem Trybunału. Rozumiem, że osoby zgadzające się ze „Stanowiskiem Komitetu” oparły się na argumentach przekreślających wartość orzeczenia Trybunału. Byłbym wdzięczny, gdyby ktoś zapoznał mnie z tymi argumentami i pomógł mi w ich zrozumieniu. Szczerze o to proszę, bowiem zdaje sobie sprawę, że nikt nie „musi” ani czytać, ani odpowiadać na moje opracowania. Ja proszę, bo mi naprawdę zależy na uczciwej konstrukcji mego osobistego stanowiska w odniesieniu do omawianego zagadnienia.

Spór myślowy a praktyczne rozwiązania

Zdaję sobie sprawę, że czym innym jest spór myślowy, a czym innym znalezienie praktycznego rozwiązania konkretnej sprawy. Kiedyś w dyskusji wyraziłem negatywną opinię w sprawie aborcji. Zadano mi pytanie, jak bym postąpił, gdybym był Ministrem Zdrowia, a nie byłoby żadnych szans na przegłosowanie mojej koncepcji. Odpowiedziałem, że zaproponowałbym metodę, w wyniku której wykonuje się najmniej aborcji.

Zdawać sobie musimy sprawę, że niezależnie od stanowiska Komitetu, niezależnie od obowiązujących ustaw, PGD będzie wykonywane i to zapewne w zwiększającej się liczbie przypadków. Na problem ten nie należy zamykać oczu i chować głowy w piasek. Nie można tylko nie zgadzać się, ale trzeba być na ten problem pod każdym względem przygotowanym, bo powstająca na drodze „in vitro” istota, to człowiek, który, właśnie jako człowiek „...jest także objęty Odkupieniem”. (B. Chyrowicz). TP 2006,28:1.

prof. Tadeusz Tołłeczko

Język jako narzędzie medycyny: poznanie, leczenie, opieka

Language as an instrument of medicine: cognition, treatment, care

prof. dr hab. med. Jan Doroszewski

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, emeryt;

Rada Języka Polskiego przy Prezydium PAN, przewodniczący Zespołu Języka Medycznego.

STRESZCZENIE

ABSTRACT

Językowa komunikacja lekarzy i pielęgniarek z pacjentami w powiązaniu z pokrewnymi sposobami porozumiewania się jest równie ważną częścią składową nowoczesnej medycyny jak inne metody diagnostyczne, terapeutyczne i organizacyjne. Porozumienie językowe umożliwia poznanie (diagnostykę) stanu zdrowia i choroby w sposób odpowiadający aktualnym poglądom na istotę tych stanów, tj. jako na całościowy stan somatyczny i psychiczny wraz z elementami zachowania społecznego. Pełne zrozumienie przez pacjenta rozpoznania lekarskiego oraz planowanego postępowania terapeutycznego jest możliwe jedynie dzięki umiejętności lekarza swobodnego i szczegółowego porozumienia z pacjentem; dzięki temu ustalenie optymalnego sposobu leczenia może odpowiadać obecnie przyjmowanym normom postępowania w medycynie. Dla właściwego prowadzenia procesu terapeutycznego, zarówno typu zachowawczego, jak i zabiegowego, niezbędne jest przekazywanie zrozumiałych dla pacjenta instrukcji kierujących jego zachowaniem wraz z czuwaniem nad stanem osób leczonych. Są to sprawy szczególnie ważne jeśli chodzi o choroby przewlekłe, upośledzające i związane z dużym cierpieniem. We wszystkich etapach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego komunikacja językowa zapewnia stałe odczuwanie przez pacjentów opieki i troski, zaś lekarzowi przekonanie o zaufaniu pacjenta.

Komunikacja lekarzy i pielęgniarek z pacjentami jest wyróżniającą się dziedziną wiedzy i praktyki medycznej, która powinna być osobnym przedmiotem nauczania powiązanym z odpowiednimi zagadnieniami z etyki medycznej, psychologii i socjologii.

Słowa kluczowe: komunikacja medyczna, stosunek lekarz/pielęgniarka-pacjent, kształcenie medyczne, poznanie pacjenta, udział pacjenta w decyzjach, opieka medyczna

The importance for the modern medicine of the communication of doctors and nurses with patients by means of linguistic and related ways of mutual comprehension, is comparable to the traditional methods of diagnosis, therapy and organization. The exchange of linguistic signs (symptoms etc.) makes possible a broad and deep understanding of the state of health and disease of patients which includes the somatic, as well as psychic and social aspects. A real understanding by the patients of the diagnosis and of the doctor's plan of therapy and their conscious consent is possible only thanks to the communicative abilities of doctors; communication is, therefore, a necessary condition of the promotion of the patient's rights. A clear, comprehensive and easy to follow formulation of instructions for the patients is a necessary element of the whole diagnostic and therapeutic process. A permanent contact of doctors and nurses with the patient undergoing the treatment in various situations, is the basic element of which is conversation making possible the patients' needs and feelings. Thus, communication is the main factor in the general care over the patient, the importance of which is especially conspicuous in chronic and severe diseases.

The doctor-patient and nurse-patient communication is a more and more significant field of medical knowledge and practice; its linguistic, psychological and social aspects should constitute an important component of the medical curriculum.

Key words: medical communication, doctor-patient relationship, medical education, cognition of the patient, doctor-patient decision sharing, medical care

WPROWADZENIE

Niniejsza praca zawiera przegląd coraz bardziej aktualnych zagadnień związanych z nauczaniem umiejętności komunikowania się personelu medycznego z pacjentami; porozumiewanie się z ludźmi chorymi nierozłącznie wiąże się z wieloma istotnymi aspektami somatycznymi, psychicznymi i środowiskowymi medycyny oraz z problemami etyki medycznej, co w tym artykule jest szczególnie uwzględnione.

Przez wiele wieków historii medycyny porozumiewanie się lekarza z pacjentem stanowiło główną metodę poznania człowieka chorego i zawsze towarzyszyło leczeniu. Dopiero jednak w drugiej połowie dwudziestego wieku [1] problemy komunikacji lekarzy i pielęgniarek oraz innych członków personelu medycznego z pacjentami zaczęły tworzyć wyróżniającą się całość [przegląd literatury p. 2], która staje się obecnie określoną dziedziną medycyny i nauk pokrewnych oraz ważnym elementem praktyki klinicznej i ambulatoryjnej.

W wielu wyższych szkołach medycznych w Europie i w Stanach Zjednoczonych AP programy nauczania obejmują obowiązkowe lub fakultatywne kursy komunikowania się personelu medycznego z ludźmi będącymi pod ich opieką [3, 4, 5]. W Polsce również problematyka ta [6] rozwija się w różnych formach organizacyjnych, w większości wraz z zajęciami z chorób wewnętrznych, psychologii i psychiatrii. W Warszawskim Uniwersytecie Medycznym od kilku lat prowadzony jest fakultatywny kurs z tej dziedziny. W różnych ośrodkach powstają polskie publikacje z zakresu komunikacji medycznej mające charakter oryginalny [7] lub będące tłumaczeniami [8]. Komunikacja między ludźmi staje się też niezależnym przedmiotem wielodyscyplinarnych badań i zastosowań [9].

KOMUNIKACJA A STOSUNEK LEKARZA DO PACJENTA

Zadania, które spełniają w medycynie procesy komunikacyjne, dotyczą szczegółowych, konkretnych zjawisk somatycznych, psychicznych i behawioralnych. Nie jest to jednak jedyny, czasem nawet nie najważniejszy, zakres porozumienia z lekarzami, pielęgniarkami i innymi przedstawicielami personelu medycznego. Komunikacja jest bowiem czynnikiem tworzącym podstawy ogólnego stosunku łączącego ludzi korzystających z pomocy medycznej z tymi, którzy tej pomocy udzielają. Pacjenci chcą mieć przekonanie, że lekarz i pielęgniarka są dla nich życzliwi, ofiarni, nie żałują czasu i wysiłku, dobrze rozumieją ich

cierpienie i sytuację oraz trudne problemy i konieczność podjęcia związanych z nimi decyzji. Innymi słowy, chcą wiedzieć, że są „w dobrych rękach” ludzi, którzy interesują się nimi i kierują się przede wszystkim ich dobrem, chcą wyłącznie ich zdrowia oraz walczyć, gdy potrzeba, o ich życie. Lekarzom i pielęgniarkom jest łatwiej opiekować się ludźmi, którzy mają do nich zaufanie i u których widzą budzoną przez siebie nadzieję i chęć współdziałania i podejmowania wspólnie decyzji i wysiłków, którzy bez obawy przekazują im swoje osobiste problemy. Wszystkie te sprawy zawierające się w wyrażeniach: „stosunek pacjent – lekarz” i „pielęgniarka – pacjent” stanowią treść komunikacji, którą można nazwać ogólną, będącą nośnikiem porozumienia na poziomie wyższym od szczegółowego. Porozumienie takie towarzyszy wszelkiej działalności lekarzy i pielęgniarek, każdemu rodzajowi komunikacji, zarówno językowej, parajęzykowej i niewerbalnej.

Znaczenie, jakie dziś przywiązuje się do spraw związanych z komunikacją medyczną podkreśla między innymi fakt, że podstawowe zasady porozumiewania się lekarzy z pacjentami stanowią treść wielu ważnych artykułów Kodeksu Etyki Lekarskiej [10].

Językowa komunikacja medyczna jest to wzajemne przekazywanie związanych z medycyną wiadomości (funkcja informacyjna) oraz tworzenie intelektualnej i uczuciowej wspólnoty tych ludzi (funkcja emocjonalna). Z komunikacją językową z reguły wiążą się inne znaki (pozawerbalne), które mają istotne znaczenie jako zjawiska jej towarzyszące i elementy niezależne. Komunikacja medyczna jest stosunkowo młodą dziedziną medycyny; obejmuje ona: a) poznanie lekarskie realizowane z udziałem języka [3] oraz b) metody językowego współdziałania lekarza i innych osób z personelu medycznego z pacjentami. Każdy z tych działów stanowi rozwinięcie dotychczasowych, tradycyjnych sposobów badania i postępowania lekarskiego. Podobnie jak wiele dyscyplin medycznych, komunikacja ma ścisły związek z innymi naukami, przede wszystkim z etyką medyczną, psychologią i socjologią.

POZNANIE LEKARSKIE

Poznanie lekarskie dotyczy ogólnoustrojowego i szczegółowego stanu człowieka w zdrowiu i chorobie, tj. obejmuje zarówno (w odpowiedniej proporcji) ciało, psychikę i elementy środowiska, zwłaszcza stosunki z innymi ludźmi. Jest to dziedzina należąca do klasycznego wywiadu i badania podmiotowego. Jednak przy zastosowaniu

podejścia komunikacyjnego, metod lingwistycznych i specyficznego sposobu interpretacji objawów, postępowanie to ma znacznie większy i głębszy zakres. Metoda pytań i odpowiedzi wraz z danymi z wywiadu, dzięki współpracy z psychologią i socjologią, umożliwia wnikliwe poznanie stanu psychicznego osoby badanej. Gdy osobą tą jest człowiek chory, komunikacja umożliwia rozszerzenie diagnozy o zrozumienie i opis subiektywnego doznania choroby (*illness*) nie tylko z punktu widzenia przeżyć bezpośrednich z nią związanych, przede wszystkim cierpienia, lecz także od strony pragnień, celów i przekonań człowieka chorego, co ma istotny związek z udziałem pacjenta w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Metody socjologiczne zastosowane podczas zbierania wywiadu i prowadzenia rozmowy z pacjentem są niezastąpione, jeśli chodzi o skuteczność badania oraz poznanie spraw związanych z życiem rodzinnym i zawodowym pacjentów. Z punktu widzenia uczuciowej i opiekuńczej funkcji komunikacji dialog przeprowadzony starannie i fachowo ma często – również ze względów humanistycznych – wielkie znaczenie dla pacjenta; przy czym przy dobrej metodyce nie wydłuża się czas badania. Metody lingwistyczne ułatwiają „przekładanie” języka fachowego [11], którym posługuje się lekarz, na język potoczny służący większości pacjentów, a więc sprzyjają dobremu porozumieniu. Warto zwrócić uwagę także na fakt, że instrumentalne metody badania, które są stosowane w coraz większej ilości, a nawet często wypierają lub zastępują badanie podmiotowe, w wielu wypadkach dają wyniki, które są przedstawiane i wykorzystywane w formie językowej (np. w formie przejścia z wartości liczbowej do zakresu odchylenia od normy albo wykorzystania językowego opisu obrazu). Sprawa ta jest ważna nie tylko z lingwistycznego punktu widzenia, dotyczy bowiem metodyki rozumowania diagnostycznego z wykorzystaniem metod ilościowych przy zasadniczo jakościowym charakterze ogólnej wiedzy medycznej. Na tej drodze badanie podmiotowe łączy się z badaniami przedmiotowymi i instrumentalnymi, dzięki czemu rozumowanie lekarskie opiera się na jednolitej metodyce i może służyć racjonalnemu wnioskowaniu dotyczącemu stanu somatycznego i psychicznego pacjenta oraz zjawiskom społecznym z nim związanym.

Związek komunikacji z etyką medyczną (deontologią) polega przede wszystkim na tym, że – jak każdy krok postępowania lekarza – tak i wszystkie elementy dialogu diagnostycznego są działaniami o charakterze etycznym ze względu na ich cel oraz na to, że ich przedmiotem jest człowiek. Poza tym,

pytania zadawane przez lekarza wywołują nie tylko słowne odpowiedzi pacjenta, lecz również różnorodne, nierzadko silne, emocje, a nawet nieprzemyślane decyzje. Etyczny wymiar ma także tematyczny zakres pytań lekarza, co ma związek z problemem, w jakim stopniu lekarz ma prawo (z takim czy innym uzasadnieniem ściśle medycznym) wkraczać w intymne sfery życia człowieka. Dotyczy to także spraw związanych z ekonomicznymi aspektami postępowania lekarza, np. z perswazją czy reklamą związaną z medyczną wartością leków lub usług różnych ośrodków. Dialog lekarza z pacjentem nie może przybierać formy rozmowy sprzedawcy z klientem.

PODEJMOWANIE DECYZJI

Współdziałanie lekarza z pacjentem jest jednym ze szczególnie ważnych, szerokich i złożonych problemów, które obejmują rozległe dziedziny działalności lekarskiej; sprawy te można podzielić na dwa rodzaje: podejmowanie zasadniczej decyzji terapeutycznej i realizacja postępowania leczniczego.

Podejmowanie decyzji jest centralnym punktem w każdym procesie leczniczym i stanowi obecnie przedmiot licznych badań klinicznych, metodologicznych i etycznych. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu kwestia ta sprowadzała się do stosunkowo prostego postępowania składającego się z ustalenia przez lekarza rozpoznania, poinformowania pacjenta o zamierzonym sposobie leczenia, uzyskania zgody pacjenta (poprzednio i to nie było konieczne) i rozpoczęcia leczenia. Obecnie centralne miejsce w tym procesie zajmuje koncepcja udziału pacjenta w podejmowaniu podstawowych decyzji terapeutycznych, czyli zajęcie przez pacjenta stanowiska zwanego świadomą zgodą na proponowane mu leczenie.

Warunkiem realizacji tego postulatu jest zrozumienie dla pacjenta poinformowanie o jego stanie, czyli o diagnozie (w odpowiedni sposób i we właściwym zakresie), przedstawienie projektowanego sposobu lub sposobów leczenia, przeprowadzenie z pacjentem rozmowy prowadzącej do świadomego uznania projektu lub jego wariantu oraz podjęcia decyzji przez lekarza z odpowiednim udziałem pacjenta. W prostych sytuacjach proces ten może być stosunkowo łatwy, w trudnych, przewlekłych i niebezpiecznych chorobach staje się bardzo złożony; dzieje się tak między innymi dlatego, że celem jest tu dążenie do postępowania optymalnego z obiektywnego punktu widzenia, przy odpowiednim uwzględnieniu postulatów pacjenta, z jednoczesnym zachowaniem pełnej odpowiedzialności lekarza.

Dyskusja, dialog czy rozmowa na temat projektu leczenia jest procesem *par excellence* językowym. Diagnoza, jako rezultat rozumowania opartego na badaniu lekarskim, stanowi przede wszystkim twór myślowy odzwierciedlający klasyfikacyjne oraz przyczynowo-skutkowe aspekty zjawisk chorobowych i innych wyrażone w zdaniach o odpowiednim znaczeniu. Podobnie projekt terapeutyczny jest, po pierwsze, zbiorem myśli opisujących zamierzone działania odpowiednimi zdaniami. Lekarz na drodze porozumienia językowego przedstawia choremu te koncepcje, które – będąc zasadniczo prawdziwe – zawierają przede wszystkim takie elementy, które wiążą się bezpośrednio z diagnozą z punktu widzenia treści i formy. Innymi słowy, opis stanu pacjenta jest dostosowany do tego, co ma stanowić podstawę przyszłych czynności terapeutycznych oraz tego, co jest szczególnie ważne dla pacjenta. Za najlepszego lekarza – ze swojego punktu widzenia – uznaje to, co stanowi najlepsze dostosowanie treści diagnozy i treści projektu terapeutycznego. Pacjent jednak w tej sprawie może mieć częściowo odmienne poglądy i wtedy we wzajemnej dyskusji lekarz bądź przekonuje pacjenta do swoich racji, bądź w pewien sposób modyfikuje pierwotny projekt leczenia. W obu sytuacjach pacjent musi poznać podstawowe czynniki, na których opiera się racjonalna decyzja, to jest stan aktualny (opisany przez diagnozę), stan pożądany (zdrowie lub stan bardziej zbliżony do zdrowia), sposób uzyskania zmiany stanu wraz z opisem ujemnych skutków ubocznych, prawdopodobieństwo i czas zajścia pożądanej zmiany stanu, itp. O wszystkie te sprawy pacjent podczas rozmowy nie tylko ma prawo, ale i powinien pytać, lekarz zaś obiektywnie je naświetlić. Ze względu na fakt, że lekarz zna sytuację w sposób fachowy, a ponadto za przyszłe postępowanie jest odpowiedzialny właśnie lekarz, a nie pacjent, często konieczne staje się przekonanie pacjenta do przyjęcia stanowiska zbliżonego do projektu lekarza, choć nierzadko z istotnymi modyfikacjami. Najlepszym sposobem perswazji lub innego uzgodnienia stanowisk (jeśli jest taka potrzeba), jest racjonalne i zrozumiałe dla pacjenta – lub (ze strony pacjenta) przekonujące dla lekarza – uzasadnienie projektu. Osiągnięcie wspólnego poglądu na konieczność przeprowadzenia takiego czy innego rodzaju działania odpowiada świadomej zgodzie pacjenta lub tym, czym jest *consensus* terapeutyczny. Podstawą opisanego wyżej procesu dochodzenia do decyzji (ang. *decision sharing*) stanowi powszechnie obecnie przyjęta teoria etyczna opierająca działanie lekarza na szacunku dla pacjenta i jego wolnym wyborze, sposobem

zaś realizacji jest wykorzystanie możliwości, jakie stwarza komunikacja językowa i osiągnięcie dzięki niej porozumienie.

KOMUNIKACJA W TRAKCIE LECZENIA

Postępowanie terapeutyczne, zwłaszcza w przewlekłych i ciężkich chorobach, składa się z licznych etapów w różny sposób wpływających na życie człowieka i w różnym stopniu związanych z mniej lub bardziej ujemnymi skutkami ubocznymi, z cierpieniem, lękiem, brakiem zrozumienia tego, co się dzieje.

Porozumienie językowe jest jednym ze sposobów, za pomocą których lekarze wraz z pozostałymi osobami personelu medycznego pomagają chorym. Jest to oddziaływanie polegające na przekazywaniu pacjentom informacji, na bezpośrednim udziale w zabiegach albo w organizacji leczenia. Gdy pacjent sam realizuje leczenie, na przykład zażywając leki, rola lekarza leczącego polega przede wszystkim na przekazywaniu pacjentowi instrukcji, w jaki sposób ma postępować; ponieważ z reguły rodzaj i sposób użycia leku wynika z poprzednio wyrażonej zgody. Udział w zabiegach typu chirurgicznego dotyczy wszystkich jej etapów, tj. przygotowania pacjenta, wykonania operacji i okresu pooperacyjnego. Zadaniem lekarza w pierwszym etapie jest wyjaśnienie, na czym zabieg ma polegać i jakie będą z nim związane dolegliwości, w drugim etapie (jeśli pacjent nie jest w pełnej anestezji) najważniejsze jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i panowania nad sytuacją (jest to zwykle rola osób asystujących), natomiast okres pooperacyjny, zwłaszcza po dużym zabiegu, wymaga pełnej opieki psychicznej podobnej do sytuacji ciężkiej choroby. W czasie pobytu pacjenta w szpitalu udział personelu medycznego, tj. lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych, może łagodząco wpływać na przeżycia wyobcowania, samotności i lęku, które często towarzyszą tej sytuacji. Wszystkie wymienione wyżej rodzaje oddziaływania terapeutycznego i okołolecniczego są możliwe za pomocą językowej komunikacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Veatch R. M.: Models for ethical medicine in a revolutionary age. Hastings Center Rep., tom 2, 1972, str. 5-7.
2. Doroszewski J.: Komunikacja pacjenta z lekarzem – literatura, stanowiska, problemy. W: Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem. Wyd. Polskiej Akademii Nauk, Rada Języka Polskiego przy Prezydium PAN, 2008, str. 41-61.

3. Junger J., Kollner V.: Integration of a doctor-patient communication training into clinical teaching. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2003, 53(2), 56-64.
4. Rosenbaum M.E., Ferguson K.J., Lobas J.G.: Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad. Med.* 2004, 79(2), 107-117.
5. Towle A., Hoffman J.: An advanced communication skills course for fourth-year post-clerkship students. *Acad. Med.* 2002, 77(11), 11-65-1166.
6. Doroszewski J.: Kształcenie w dziedzinie komunikacji lekarzy z pacjentami. W: Nauczanie etyki w uczelniach medycznych, pod red. J. Suchorzewskiej i M. Olejniczaka. Wyd. Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdańsk 2007, str. 111-122.
7. Steciwko A., Barański J.: Porozumiewanie się lekarzy z pacjentami i jego rodziną, Elsevier, Urban i Partner, Wrocław 2012.
8. Gordon T., Edwards W.S.: Rozmawiać z pacjentem. Podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji; tłumaczenie polskie T. Szafranski, Wyd. SWPS Academica, Warszawa 2009.
9. Morreale S.P., Spitzberg B.H., Barge J.K.: Komunikacja między ludźmi: motywacja, wiedza i umiejętności. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
10. Kodeks Etyki Lekarskiej, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2004.
11. Doroszewski J.: Język nauki i praktyki medycznej. W: Polskie języki. O językach zawodowych i środowiskowych. Materiały VII Forum Kultury Słowa, Gdańsk 2008, pod red. M. Milewska-Stawiany i E. Rogowska-Cybulska, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2010, str. 299-319.

Obrony prac doktorskich

II Wydział Lekarski

5 czerwca 2012 roku

godz. 9⁰⁰

lek. Anna Szymańska *Echokardiograficzna ocena funkcji skurczowej prawej komory serca u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi*

promotor: prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski

recenzenci: prof. dr hab. Bożena Werner
prof. dr hab. Katarzyna Mizia-Stec

godz. 10⁰⁰

mgr Beata Żuk *Wpływ zaburzeń funkcji stawu kolanowego na wybrane czynności codzienne chorych na Młodzieńcze Idiopatyczne Zapalenie Stawów*

promotor: prof. dr hab. Krystyna Księżopolska-Orłowska

recenzenci: dr hab. Dariusz Szukiewicz
prof. dr hab. Krzysztof Klukowski

godz. 10⁴⁵

lek. Tarun Kumar Mittal *Wpływ hipoksji na wytwarzanie fraktalkiny w pozaustrojowej hodowli ludzkiego trofoblastu uzyskanego z ciąży o różnym przebiegu*

promotor: dr hab. Dariusz Szukiewicz

recenzenci: dr hab. Ewa Dmoch-Gajzlerska, prof. nadzw.
prof. dr hab. Henryk Wiktor

Obrony prac doktorskich

godz. 11³⁰

mgr Witold Pawliczuk *Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych*

promotor: prof. dr hab. Tomasz Wolańczyk

recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Kokoszka
prof. dr hab. Hanna Jaklewicz

godz. 12¹⁵

lek. Tomasz Netczuk *Ocena systemu telekonsultacji neurochirurgicznych z uwzględnieniem wyników klinicznych i ekonomicznych*

promotor: prof. dr hab. Zbigniew Czernicki

recenzenci: dr hab. Marek Pastuszko
prof. dr hab. Marek Moskała

godz. 13⁰⁰

lek. Maciej Mrówka *Zastosowanie tytanowych zaczepek osteointegracyjnych w otorynolaryngologii*

promotor: prof. dr hab. Hanryk Skarżyński

recenzenci: prof. dr hab. Jarosław Wysocki
prof. dr hab. Marek Rogowski

Wydział Farmaceutyczny

20 czerwca 2012 roku

godz. 12³⁰

mgr farm. Marcin Łukasik *Zastosowanie metanolu jako vehiculum w badaniach toksykologicznych*

promotor: dr hab. prof. nadzw. WUM Mirosław Szutowski

recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Sapota
prof. dr hab. Jan Pachecka

Wydział Nauki o Zdrowiu

12 czerwca 2012 roku

godz. 14⁰⁰

mgr Józefa Czarnecka *Wiedza personelu pielęgniarzkiego na temat kultury bezpieczeństwa, a postrzeganie opieki przez pacjenta w oddziałach chirurgicznych*

promotor: dr hab. Andrzej Krupienicz

recenzenci: prof. dr hab. Irena Wrońska (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
prof. dr hab. Jerzy Szczerbań

Obrony prac doktorskich

godz. 15⁰⁰

mgr Ewa Kobos *Funkcjonowanie rodzin dzieci chorych na cukrzycę typu I*

promotor: dr hab. Jacek Imiela

recenzenci: prof. dr hab. Waldemar Karnafel

prof. dr hab. Elżbieta Piontek (Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka)

14 czerwca 2012 roku

godz. 13⁰⁰

mgr Anna Idzik *Samoocena stanu zdrowia mężczyzn w wieku 40-60 lat w aspekcie wybranych elementów stylu życia*

promotor: dr hab. Jacek Imiela

recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Filipiak

prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kułak (Uniwersytet Medyczny w Białymstoku)

godz. 14⁰⁰

lek. Grażyna Dulny *Ocena sytuacji epidemiologicznej, przebiegu zachorowania, skuteczności leczenia oraz występowania czynników ryzyka zakażeń *Clostridium difficile* u pacjentów hospitalizowanych w dużym szpitalu klinicznym o profilu internistyczno-chirurgicznym*

promotor: prof. dr hab. Grażyna Młynarczyk

recenzenci: prof. dr hab. Waldemar Karnafel

prof. dr hab. Andrzej Zieliński (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny)

godz. 15⁰⁰

mgr Anna Leńczuk-Gruba *Problemy w adaptacji zawodowej absolwentów pielęgniarstwa*

promotor: dr hab. Jacek Imiela

recenzenci: prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska (Collegium Medicum w Bydgoszczy)
dr hab. Ewa Dmoch-Gajzlerska, prof. nadzw.

***Z rozprawami można zapoznać się
w Bibliotece Głównej WUM***