



# MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXVIII

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 10/2006

## Zespół redakcyjny:

prof. dr hab. **Stefan Kruś** – redaktor honorowy;  
prof. dr hab. **Jakub Gołąb** – redaktor naczelny;  
mgr **Mirosława Müldner – Kurpeta** z – ca redaktora naczelnego; mgr **Magdalena Zielonka** – korekta;  
mgr **Ewa Barciszewska** – sekretarz redakcji.

## Rada Programowa i Naukowa:

prof. dr hab. **Leszek Pączek** – Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, prof. dr hab. **Ryszarda Chazan** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, prof. dr hab. **Wiesław Gliński** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, prof. dr hab. **Jerzy Stelmachów** – Prorektor ds. Kadr, prof. dr hab. **Piotr Zaborowski** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, prof. dr hab. **Marek Krawczyk** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. **Renata Górska** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, prof. dr hab. **Maciej Karolczak** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, dr hab. **Waldemar Koszewski** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, prof. dr hab. **Józef Sawicki** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. dr hab. **Piotr Małkowski** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, prof. dr hab. **Zbigniew Gacjong** – Dziekan Wydziału Kształcenia Podyplomowego.

## Wydawca:

Akademia Medyczna w Warszawie, Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw.

## Adres redakcji:

Biuro Organizacyjno-Prawne ul. Żwirki i Wigury 61,  
02-091 Warszawa, tel. (22) 5720-615, (22) 5720-304  
e-mail: ebarciszewska@bibl.amwaw.edu.pl;  
www.amwaw.edu.pl/biuletyn

## Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM

Prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być powielana bez zgody Wydawcy. Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów i nie odpowiada za treść publikowanych reklam.

## Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza AM tel. (22) 5720-327, fax (22) 5720-328  
e-mail: oficyna.wydawnicza@am.edu.pl

## Spis treści

### Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

#### Inauguracja roku akademickiego ..... 3

*Lech Kaczyński*

Wystąpienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej..... 4

*Leszek Pączek*

Słowo Rektora ..... 6

*Józef Glemp*

Od Prymasa Polski ..... 6

*Przemysław Rzodkiewicz*

Wystąpienie przedstawiciela studentów ..... 9

*Grzegorz Opolski*

Kardiologia XXI wieku – nowe wyzwania ..... 11

Odnaczenia i nagrody dla pracowników AM..... 13

*Agnieszka Czarnecka*

Dzieła anatomiczne i ich twórcy (1858 – 1928) ..... 23

### NAUKA

Streszczenia prac doktorskich..... 27

*Andrzej Dariusz Pokrywka*

Środki dopingujące z grupy narkotyków w moczu sportowców polskich w latach 1998–2004 ..... 27

*Michał Wolniak*

Struktura, właściwości antyutleniające i radioprotekcyjne antocyjanidyn oraz ich cukrowych pochodnych ..... 27

Obrony prac doktorskich..... 28

### DYDAKTYKA

*Ewa Kądalska, Irena Wrońska, Piotr Małkowski*

System kształcenia pielęgniarek w Polsce i Holandii ..... 29

### HISTORIA

*Andrzej Doroba*

„Nowy Medyk” – dzieje skondensowane ..... 40

KOMUNIKATY ..... 44



Prezydent RP prof. Lech Kaczyński wpisuje się do księgi pamiątkowej.



Wybitni goście byli na pewno magnesem dla publiczności.



Wśród gości specjalnych nie zabrakło byłych rektorów AM.



Sala „pękała w szwach”.



Prymas Polski dokonał krótkiej analizy... „Gaudeamus igitur”.



Indeksy dla studentów pierwszego roku z rąk Dziekana I WL.



Brązowy Krzyż Zasługi dla dr. hab. Marka Kucha.



Na zakończenie chór AM pod dyrekcją p. Beaty Herman odśpiewał „Gaudeamus igitur”.

## Inauguracja roku akademickiego

5 października, po raz pierwszy w murach naszej uczelni odbyła się centralna inauguracja roku akademickiego uczelni medycznych. Aula Centrum Dydaktycznego pękała w szwach, a wiele osób z żalem, jeszcze przed *Gaude Mater Polonia*, ruszyło z powrotem do szatni. Magnesem, który tak liczną publiczność przyciągnął do Auli, była na pewno obecność ogromnej liczby wybitnych gości, z Prezydentem Rzeczypospolitej Polskiej – profesorem Lechem **Kaczyńskim** na czele i Prymasem Polski – Józefem kardynałem **Glempem**. Nie sposób wymienić wszystkich gości (choć podczas powitania prawie udało się to JM Rektorowi), zaznaczmy więc tylko, że na uroczystość przybyli: przedstawiciele rządu, samorządu lokalnego, Sejmu i Senatu RP, ambasadorowie, hierarchowie kilku wyznań, reprezentanci – przeważnie najwyższego szczebla – instytucji państwowych, instytutów i towarzystw naukowych, wybitni uczeni w różny sposób związani z warszawską

AM (między innymi pięciu byłych rektorów), wreszcie rektorzy warszawskich uczelni wyższych i rektorzy – co najlepiej symbolizowało charakter wydarzenia – wszystkich uczelni medycznych w Polsce.

Po – publikowanych na dalszych stronach – przemówieniach Prezydenta RP, Rektora AM i krótkim wystąpieniu Prymasa Polski przystąpiono do immatrykulacji studentów I roku. W pierwszej, bardzo symbolicznej części, każdy z rektorów uczelni medycznych promował jednego, świeżo upieczonego studenta swojej uczelni. Następnie dziekani czterech wydziałów naszej Alma Mater dokonali immatrykulacji 140 wytypowanych na tę uroczystość studentów I roku. Po uroczystym przyrzeczeniu, w imieniu studentów starszych lat głos zabrał Przewodniczący Samorządu Studentów AM – Przemysław **Rzodkiewicz**. Następnym punktem programu było wręczenie odznaczeń: Srebrnych i Brązowych Krzyży Zasługi, odznaczeń resortowych, Medali Komisji Edukacji Narodowej



i Medali za Zasługi dla Akademii Medycznej w Warszawie, a w imieniu odznaczonych podziękował za wyróżnienie dr hab. Marek **Kuch**. Bogato ilustrowany wykład inauguracyjny pt. „Kardiologia XXI wieku – nowe wyzwania” wygłosił prof. dr hab. Grzegorz **Opolski**, po czym – na zakończenie – chór AM pod dyrekcją p. Beaty **Herman**, wykonał *Gaudeamus igitur*.





## Wystąpienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej

**Prof. dr hab. Lech Kaczyński** czucie bezpieczeństwa, że powoli – choć nie tak szybko, jakbyśmy chcieli, ale jednak – ogranicza się

z punktu widzenia osiągniętych dochodów – skończyć edukację na poziomie zasadniczym. Dziś w Polsce tak nie jest, a w każdym razie jest w coraz mniejszym stopniu. I to jest niezwykle, ale to niezwykle ważne. Nie oznacza to oczywiście, że ten świat, w którym się dzisiaj znalazłem, świat szkolnictwa wyższego, szkół medycznych, ale także innych szkół uniwersyteckich w naszym kraju, nie ma problemów. Brak środków na naukę – choć w tym roku, a właściwie w przyszłym po raz pierwszy będzie ich istotny wzrost, o ponad 10 procent. Brak środków na szkolnictwo wyższe – i tu w przyszłym roku wzrost będzie, jeszcze niewielki, niespełna dwuprocentowy, ale będzie. To są wszystkie problemy, o których obecne władze Rzeczypospolitej pamiętają. Zapewnić mogę w ich imieniu, że rola nauki i nauczania na poziomie wyższym i w ogóle edukacji od okresu przedszkolnego leży im bardzo głęboko na sercu. Znakomicie zdajemy sobie – i mogę tu mówić w liczbie mnogiej – sprawę z tego, że wysiłek edukacyjny jest podstawowym warunkiem naszego sukcesu. To nie żadna imaginacja, to doświadczenie tych narodów, które w ostatnich dziesięcioleciach ten sukces odniosły. Będziemy więc czynić wysiłki coraz większe, aby ten sukces był jak najłatwiejszy, jeżeli chodzi o poziom szkolnictwa wyższego, jeżeli chodzi o nakłady na naukę i w końcu, jeżeli chodzi o to, co wiąże się może z kwestiami prozaicznymi, ale w normalnym, ludzkim życiu jest istotne – czyli dochody, które przynosi zajęcie się nauką, zajęcie się nauczaniem na poziomie wyższym. Szanowni Państwo! Dzisiaj mówię w istocie do całego środowiska akademickiego, ale w pierwszym rzędzie do przedstawicieli nauk medycz-



Magnificencjo, Eminencjo, Księżę Kardynale Prymasie, Eksceleńco Księżę Arcybiskupie Nuncjuszu, Magnificencje Rektory uczelni medycznych z całego kraju i uczelni warszawskich, Panie i Panowie Profesorowie, Pracownicy Naukowi, Szanowni Studenci, Panie i Panowie Studenti! Zawsze jest dla mnie olbrzymią satysfakcją, kiedy mogę choćby na kilka godzin, choćby na kilkadziesiąt minut wrócić do środowiska – w szerokim tego słowa znaczeniu, w którym spędziłem bardzo dużą część swojego życia – środowiska akademickiego. Jego sprawy, sprawy szkolnictwa wyższego w naszym kraju, sprawy nauki i jej sukcesów są dla mnie sprawami zawsze niezwykle bliskimi. Żyjemy dzisiaj w okresie pod niejednym względem trudnym, żyjemy w okresie napięć, ale żyjemy też w okresie, w którym nasz kraj odnosi bardzo poważne sukcesy. I nie chodzi tylko o to, że w dość szybkim tempie rośnie produkt krajowy brutto, że spada przestępczość, że wzrasta po-

jedna z największych plag naszego życia, czyli bezrobocie. Idzie także o to, że w tej dziedzinie, w której zarówno ci z Państwa, którzy pełnią najwyższe i najzaszczytniejsze funkcje rektorów, jak i ci, którzy korzystają z tego systemu jako studenci – w tym właśnie świecie nasz kraj odniósł sukces niewątpliwy. Po roku 1989 nastąpiła eksplozja, jeżeli chodzi o szkolnictwo wyższe. Czterdzieści kilka procent naszej młodzieży dzisiaj studiuje. Dla Was, Panie i Panowie, wydaje się to może oczywiste, ale mniej niż 20 lat temu było to zaledwie kilkanaście procent. Tu widać olbrzymią zmianę, olbrzymi sukces naszego niepodległego państwa. Bo dlaczego tak jest? Przyczyny oczywiście są różne, ale przyczyna podstawowa leży w tym, że dzisiaj w Polsce warto się uczyć, że nie żyjemy w kraju, w którym wysiłek włożony przez młodych ludzi w wykształcenie, ale także przez ich rodziny, ich rodziców przede wszystkim, na ogół nie daje żadnego rezultatu, idzie na marne. Bo lepiej – przynajmniej

nych i do studentów medycyny. Mówię do środowiska, które boryka się ze szczególnymi problemami. Mogę powiedzieć z olbrzymią satysfakcją, że i te problemy powoli, nie z miesiąca na miesiąc, pewnie i nie z roku na rok, ale będą rozwiązywane. W tej chwili – zapewniał mnie o tym jeszcze przed kilkunastoma minutami obecny tu z nami pan minister Religa – trwa już realizacja pierwszej od lat, istotnej podwyżki, jeśli chodzi o służbę zdrowia. To na pewno nie to, co być powinno, ale tym razem jest to ruch o charakterze istotnym; są na to środki, i to bardzo istotne. Myślę, że z punktu widzenia tego, czego chciałyby środowiska medyczne, ważne jest to, iż powoli akademie medyczne będą się zmieniać w uniwersytety medyczne. Można powiedzieć, że to jedynie zmiana nazwy, ale w naszym systemie, w pojęciach o tym, co jest prestiżowe, co jest wyższą uczelnią – jest to zmiana korzystna. Bardzo się z tego cieszę. Ze swej strony podejmę także kroki, mające na celu bliższy kontakt Prezydenta Rzeczypospolitej ze środowiskiem naukowym. Do połowy lub do końca listopada, bo mamy tutaj wybór tak bogaty, że nie jest go łatwo dokonać, powstanie rada ds. nauki przy Prezydencie Rzeczypospolitej. Jeszcze jako prezydent Warszawy zdołałem zbudować (w istocie to zdołaliśmy zbudować, bo nigdy nie jest to decyzja i przedsięwzięcie jednej tylko osoby) poważny fundusz stypendialny dla tej młodzieży, która pochodzi z rodzin mniej zamożnych. Jest to duży fundusz, na kilkaset stypendiów. Prezydent Rzeczypospolitej nie ma tego rodzaju możliwości, co prezydent Warszawy, ale utworzony zostanie niewielki, za to przeznaczony dla osób bardzo się wyróżniających, prezydencki fundusz, który, mam nadzieję, będzie zachętą dla innych władz publicznych Rzeczypospolitej.

Mamy bardzo dużo młodzieży w wieku dziewiętnastu – dwudziestu pięciu lat i mamy znaczną ilość młodzieży, która studiuje – i to jest bardzo dobrze. Ale jednym z zadań władzy publicznej w moim przekonaniu jest również to, żeby dostęp do nauki stawał się coraz bardziej równy. Nikt z nas nie odpowiada za to, czy urodził się w rodzinie, która stwarza mu pod tym względem znakomite warunki, czy urodził się w rodzinie, która nawet przy najlepszej woli i wysiłku takich warunków mu stworzyć nie może. Należę do tych ludzi – chociaż wiem, że są tutaj także osoby o odmiennych przekonaniach – którzy uważają, że zadaniem władzy publicznej jest co najmniej zmniejszanie tych różnic, ich łagodzenie. To, co uczynię, będzie gestem symbolicznym, ale mam nadzieję, że zachęci także inne władze publiczne Rzeczypospolitej do tego, aby pójść tą samą drogą i stworzyć taki system, który nie będzie obejmował tak jak system warszawski kilkuset osób, jak znakomita Fundacja Nowego Tysiąclecia, fundacja kościelna, która dla nas była wzorem – kilkuset również osób,

tylko będzie obejmował wiele tysięcy osób. Mam nadzieję, że to się uda. Magnificencjo, Panie Profesorze, Eminencjo, Ekszellencko, Szanowni Państwo! Myślę, że tu, w tych salach i w salach setek innych polskich uczelni, wykuwa się nasz sukces, którego owoce widać już po części dzisiaj, ale w stu procentach te owoce skonsumuje dopiero to pokolenie, które dziś dochodzi do dojrzałości. Jestem najgłębiej przekonany, że wybraliśmy dobrą drogę i że ten sukces będzie – że Polska za kilkanaście, dwadzieścia lat to nie będzie kraj, który w jednoczącej się Europie będzie miał pięćdziesiąt kilka procent przeciętnego dochodu, tylko będzie to kraj, który będzie sięgał już przeciętnej. Jestem najgłębiej przekonany, że nie stanie się tak, jak opowiadano mi w Izraelu, także w Stanach Zjednoczonych, że „macie znakomitych uczonych w chemii, fizyce, matematyce i innych dziedzinach, ale nie przekłada się to na odpowiednio prestiżowe sukcesy”, że będzie się to przekładać, że nasza edukacja, nasza nauka, nasza kadra naukowa będzie podporą siły naszego państwa.



Powitanie Prezydenta RP, prof. Lecha Kaczyńskiego przez Rektora AM, prof. Leszka Pączka przed gmachem Rektoratu.

## Słowo Rektora

**Prof. dr hab. Leszek Pączek**

Panie Prezydencie, Eminencjo, Ekszelencje, Magnificencje, Panowie Ministrowie, Wysoki Senacie, Drodzy Studenci, Szanowni Państwo.

niejsze uroczystości uniwersyteckie, początek i koniec studiów, honorowe przyjęcia gości, a także jest to miejsce, skąd promieniuje wiedza. Chciałbym, aby ten niedawno oddany do użytku budynek za sprawą dzisiejszej



Witam Państwa bardzo serdecznie na inauguracji roku akademickiego 2006/2007. Nasze dzisiejsze spotkanie z okazji inauguracji ma wyjątkowe znaczenie, bowiem Akademia Medyczna w Warszawie po raz pierwszy w swej historii jest samodzielnym gospodarzem tak doniosłego wydarzenia. Stało się to możliwe dzięki wybudowaniu Centrum Dydaktycznego wraz z Aulą. Centrum zostało oddane do użytku 17 marca bieżącego roku. Jego wybudowanie stanowiło palącą konieczność wobec rosnących wymagań stawianych wyższym uczelniom. Było to jednak również przedsięwzięcie wymagające ogromnego wysiłku organizacyjnego i finansowego.

Aula uniwersytecka będąc centralnym miejscem, gdzie toczy się uniwersytecki dyskurs, jest zarazem sercem każdej uczelni. Tu odbywają się najważ-

uroczystości stał się symbolem rozwoju i dobrych czasów dla polskiej nauki.

Akademia Medyczna w Warszawie kontynuuje działania zmierzające do dalszego rozwoju samej uczelni i nauki. Trwają już prace nad budową nowej biblioteki, a właściwie centrum biblioteczno-informatycznego. W najbliższych planach naszej uczelni jest także współtworzenie Narodowego Centrum Terapii Hadronowej. Będzie to jeden z trzech ośrodków tego typu w Europie. Tworzymy Akademickie Centrum Onkologii, zabiegamy o utworzenie Ośrodka Neurotraumatologii, który będzie działał na bazie dwóch szpitali klinicznych Akademii Medycznej. Bardzo zaawansowane są także prace zmierzające do stworzenia Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii. W ramach tego centrum będą

## Od Prymasa Polski

Z uczuciami wielkiej serdeczności chciałbym się zwrócić do wszystkich i pozdrowić obecnych, którzy tak jak i cała ludzkość dzielą się na tych, którzy leczą i tych, którzy są leczeni. To nie jest wyczerpujący podział; niedawno na Podlasiu zmarł człowiek, który miał 103 lata i nie znał lekarza.

Jest jeszcze inna dziedzina, dziedzina ducha, bo kiedy życie doczesne się kończy, to następuje życie ducha. Dlatego chciałbym z tej okazji przywołać przykłady takiego życia, które nie podlegają medycynie. Dzisiaj mamy patronalne święto św. Faustyny Kowalskiej, która z medycyną miała coś wspólnego, bo mając 35 lat umarła na suchoty. Ona do dzisiaj żyje, bo była mistyczką, co znaczy, że w niej było życie nadprzyrodzone. Przekazała światu orędzie o Bożym miłosierdziu. (...)

Odnosząc się do świata medycznego – składam mu ogromny hołd, bo przecież sam jestem owocem skuteczności medycyny. Chciałbym powiedzieć, że młodzi ludzie trochę lekceważą życie i zdrowie. A starsi bardziej trzymają się życia i bardziej je kochają. Bardziej więc kochają też medycynę.

Dlaczego to mówię? Weźmy dla przykładu hymn Gaudeamus, który wspólnie później zaśpiewamy. Pesymistyczny bardzo. Trzy pierwsze zwrotki wypowiedane są przez uczniów, a czwarta, ta końcowa, adresowana do uczonych nauczycieli i profesorów.

Gaudeamus, czyli „cieszymy się”, które kończy się „pochłonnie nas ziemia”. Bardzo pesymistyczne. Natomiast, gdy chodzi o profesorów, „semper florens”. „Semper”, czyli mają się na wieczność cieszyć, kwitnąć, radować się.

*Józef kardynał Glemp*



współdziałały: Uniwersytet Warszawski, Politechnika Warszawska oraz 5 instytutów naukowych Polskiej Akademii Nauk. Nie bez nutki dumy chciałbym podkreślić, że koordynatorem tego wielkiego przedsięwzięcia jest Akademia Medyczna w Warszawie.

Ostatnio bardzo wiele mówi się o etyce oraz moralności. Problemy z tym związane dotyczą wszystkich sfer życia. Dla nas szczególnie istotne są zagadnienia etyki medycznej.

Pojęcie etyki medycznej znacznie rozszerzyło swoje znaczenie w ostatnich latach. Do odwiecznych problemów, takich jak rzetelność i uczciwość dołączono nowe: działanie w oparciu o wiedzę (słynne EMB) oraz wiarygodność publikowanych badań. Wyrazem tego ostatniego są częste ostatnio dyskusje dotyczące plagiatów.

Mój przyjaciel, profesor socjologii, Jacek Raciborski, zwrócił mi uwagę na szczególną rolę szpitali klinicznych, w nich bowiem schodzą się cztery rodzaje praktyki, w innych sferach życia społecznego zazwyczaj oddzielone: badania naukowe, ich implementacja, czyli leczenie, ocena rezultatów leczenia oraz dydaktyka. Medycyna jako profesja sama zatem stawia sobie zadania, sama je wykonuje i sama ocenia ich wykonanie. W istocie w małym stopniu podlega zewnętrznej kontroli społecznej. Sytuacja ta rodzi olbrzymi deficyt uprawomocnienia, olbrzymie zapotrzebowanie na wartości moralne i dobrze uzasadnione przez te wartości standardy postępowania. Muszą one zostać przekazane przyszłemu lekarzowi – jeśli nie, to student może w przyszłości stać się lekarzem niejako ułomnym.

Postęp nauki jest tak ogromny, że systemy prawa kodyfikacyjnego stają się niewystarczające. Po prostu nie można za-

pisać wszystkich możliwych do wykonania procedur i zabiegów wraz z komentarzem etycznym. Istnieje zatem potrzeba systemowego podejścia do zagadnienia. Środowisko medyczne musi tworzyć system ocen etycznych niejako na bieżąco, stojąc przy łóżku chorego. Wynika z tego, że nauczanie filozofii, ze szczególnym uwzględnieniem etyki, chociaż bardzo potrzebne, jest tylko instrumentem drugorzędym. Studenci medycyny uczą się bardzo dużo poprzez naśladownictwo, imitację, także w sferze postaw etycznych. Rola nauczycieli akademickich sprowadza się zatem przede wszystkim do prezentacji właściwych postaw moralnych i pilnowania, aby studenci dobrze ich naśladowali. Problem powstaje w przypadku, jeśli postawa moralna nauczycieli budzi zastrzeżenia. W tym miejscu pojawia się odwieczne pytanie filozoficzne: kto nauczy nauczycieli?

Drugi aspekt to represyjna sytuacja pacjenta. Jest on niejako zmuszony do totalnego podporządkowania się i nawet studenci stają się elementami tej maszyny. Jest to incydentalna władza, która z czasem może się rozszerzać. A władza, jak wiadomo, nie tylko polityczna, niesie z sobą niebezpieczeństwo demoralizacji.

Wobec ewidentnego braku gotowych standardów postępowania warto pamiętać słowa Jana Pawła II: „In any event, methods that fail to respect the dignity and value of the person must always be avoided”.

Tradycja uniwersytecka jest bardzo długa. Początkowo studia miały charakter jednowydziałowy. W XIII wieku powstały wielowydziałowe uniwersytety. Nazwa uniwersytet pochodzi od łacińskiej nazwy korporacji wykładowców i studentów: universitas magistrorum et scholarium.

Obecnie uniwersytety utrzymywane są wyłącznie albo głów-

nie z funduszy państwowych. W skutek tego stają się w znacznej części zależne od władz administracyjnych państwa i muszą liczyć na ich przychyłność.

Ostatni rok był dla uczelni okresem bardzo pracowitym. Dostosowaliśmy jej działanie do ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym. Jedną z widocznych zmian jest nowy statut uczelni, którego redakcja pochłonęła wiele miesięcy dyskusji, a często sporów o kształt szkoły. Ale rzeczywistość realizacja leży po stronie władz państwowych. Istotą zmian jest finansowanie uczelni zadaniowo, czyli określanie dotacji na podstawie wykonanych zadań, a nie uznaniowo – wg bliżej nie znanego algorytmu. Jeżeli finansowanie zadaniowe urzeczywistni się – reforma szkolnictwa wyższego stanie się realna.

W szczególnej sytuacji są akademie medyczne, one bowiem są szczególnie kosztochłonne, jeśli wolno mi użyć modnego obecnie określenia. Samo nauczanie jest tu wyjątkowo drogie, a do tego dochodzą koszty leczenia pacjentów w szpitalach klinicznych – jedne i drugie pokrywane przez Ministra Zdrowia.

Sytuacja, w której dochodzi do styku medycyny i polityki nie należy do łatwych, co pokazuje nawet historia. Virchow, jeden z największych lekarzy – naukowców, twórca nowoczesnej biomedycyny w 1850 roku wygłosił swoją brzemienne w skutki tezę, że jeżeli medycyna ma wypełniać swoje zadania, to musi oddziaływać na życie polityczne. Źródło tej tezy tkwiło w obserwacji, że warunki socjoekonomiczne wpływają na rozwój chorób w populacji. Za swoje poglądy Virchow został usunięty ze swojej katedry. Do dziś w Würzburgu w Niemczech, gdzie pracował, na próżno szukać choćby małej tabliczki ku czci i pamięci tego wielkiego uczonego.

Instytuty naukowe i wyższe uczelnie to ośrodki, które generują postęp nie tylko poprzez działania na rzecz rozwoju nauki, ale także poprzez kształcenie kadr, czyli zapewnienie edukacji na wysokim poziomie. Instytucjom tym przypada zatem szczególnie ważna rola w życiu i rozwoju naszego kraju.

Zwykle myśląc o wyższej uczelni stosujemy konstrukcję logiczną, a właściwie logistyczną: co ja mogę otrzymać od uczelni? Stosunkowo rzadko zadajemy pytanie: co ja mogę dać uczelni? Rozumowanie to można rozszerzyć: czego uczelnia oczekuje od państwa i władz państwowych? Ale pojawia się też tutaj naturalne pytanie: co uczelnia może zrobić dla państwa?

Uczelnia pozwala na zdobywanie wiedzy i wykształcenia. Proces ten jest ściśle powiązany z badaniami naukowymi. Pojawia się jednak trzeci problem, jakim jest udział uczelni w życiu gospodarczym.

Rewolucję teleinformatyczną rozpoczęły Stanford University i Uniwersytet MIT w Bostonie.

W medycynie wiele nowych technologii diagnostycznych i procedur leczniczych tworzonych jest w laboratoriach i szpitalach akademickich. Czy uczelnie w Polsce podejmą wyzwanie? Czy uczelnie w Polsce zyskają poparcie władz, bez którego jest to niemożliwe? Czy w końcu idea nie zostanie zablokowana na przykład w imię zachowania czystości edukacji i nauki? Najbliższe lata dadzą odpowiedź na to pytanie. I niezależnie od tego, jaka decyzja zapadnie w Polsce, warto obserwować, co zrobi świat.

Dzisiejsza uroczystość ma szczególne znaczenie dla studentów, zwłaszcza tych rozpoczynających studia w naszej uczelni. Część z nich za chwilę otrzyma indeksy poświadczające przyjęcie

ich w poczet naszych studentów.

Obecny rok był kolejnym, w którym nastąpił wzrost liczby kandydatów na studia na kierunkach medycznych – zarejestrowaliśmy ponad 10.000 chętnych, co daje średnio około 5 kandydatów na miejsce na dowolny kierunek i specjalność w Akademii Medycznej. W tej sytuacji szczególnie serdecznie gratuluję nowo przyjętym, musieli oni bowiem w swoich staraniach o przyjęcie na studia zmierzyć się z niebagatelną konkurencją. Chciałbym także w tym miejscu wspomnieć, że tegoroczna rekrutacja na studia była pierwszą w historii przeprowadzoną elektronicznie przez Internet.

Drodzy studenci. Goethe powiedział: „Kto nie uwierzy we własny rozwój, ten na zawsze zostanie szarym przechodniem”. Dziś, w dniu inauguracji roku akademickiego, słowa te brzmią szczególnie dobitnie. Studia wyższe bowiem nie są jedynie precyzyjnie zaplanowaną ścieżką kariery, lecz przede wszystkim okazją, by poznać otaczający świat i poznać siebie, swoje możliwości, a także swoje ograniczenia. Studia medyczne są szczególnym rodzajem studiów, gdzie wiedza na temat człowieka służy temu, by pomóc wrócić mu do zdrowia.

Drodzy studenci. Niektórzy mówią, że studia są trudne i ciężkie. Nawet hymn studencki, *Gaudeamus Igitur*, dziś wykonywany w wersji opracowanej przez Brahmsa w XIX wieku, dawniej był pieśnią pokutną. Nie do końca jest to jednak prawdą. Wystarczy tylko zastosować praktycznie zalecenie Ludwika Pasteura, wielkiego francuskiego chemika, który dla pozyskania pieniędzy został mikrobiologiem. Pasteur powiedział: „Wystarczy tylko przyzwyczaić się do pracy i już bez niej nie można żyć”.

Wspomniany już wcześniej Goethe sformułował także inną myśl: „Tylko człowiek, który przez całe życie pracował, ma prawo powiedzieć: żyłem!”. W tych krótkich słowach zawiera się cała wartość ludzkiego życia. Praca bowiem, wykonywana z sercem i z zaangażowaniem, jest największą wartością człowieka. Nie praca pojęta wyłącznie w kategoriach materialnych, lecz taka, która pozostawia trwałe ślady w pamięci innych ludzi. Niech słowa Goethego zawsze pozostaną w Waszej pamięci.

Drodzy studenci. Władze akademickie, cała kadra naukowa czerpią satysfakcję z tego, że nasi absolwenci są doceniani w świecie i z łatwością znajdują zatrudnienie w wielu krajach Unii Europejskiej. Nie dokonujcie pochopnych wyborów. Satysfakcję zawodową, rozwój, umiejętności możecie uzyskać nie opuszczając kraju na stałe. Polska to piękny kraj i wykorzystajcie swoje historyczne szanse rozwojowe, a Wy, Wasza wiedza i umiejętności, jesteście ważnym elementem tych szans.

Życzę Wam, abyście aktywnie uczestniczyli w życiu swojej uczelni, ale także abyście tworzyli lepszy świat. Pamiętajcie przy tym słowa Bernarda Shawa: „Człowiek rozsądny przystosowuje się do świata. Człowiek nierozsądny stara się przystosować świat do siebie. Stąd wszelki postęp pochodzi od nierozsądnych”.

*Quod felix, faustum, fortunatumque sit!* W ten sposób starożytni Rzymianie kończyli swoje życzenia składane jedni drugim. Słowa te stały się także tradycyjną formułą kończącą inaugurację roku akademickiego. Nie pozostaje mi nic innego jak tylko uczynić zadość tej starożytnej tradycji. A zatem: niechaj ten nowy rok akademicki wypadnie dobrze, szczęśliwie i pomyślnie!



## Wystąpienie przedstawiciela studentów

**Przemysław Rzodkiewicz**

**Przewodniczący Zarządu  
Samorządu Studentów AM  
w Warszawie**

Wasze Magnificencje, Wasza Eminencjo, Wysoki Senacie, Dostojni Goście, Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy.

Każda inauguracja roku akademickiego jest świętem, świętem społeczności akademickiej. Jest to dzień, w którym całe środowisko uroczyście rozpoczyna rok wysiłku w celu zdobywania i poszerzania wiedzy. Tegoroczna inauguracja jest wyjątkowa, ponieważ ma charakter ogólnopolski jednocząc nie tylko środowisko naszej warszawskiej uczelni. Sprawia to, że w tej uczelni panuje wyjątkowa atmosfera. Od samego progu czuje się, że jest to dziś prawdziwe Centrum Dydaktyczne, w którym prawda oświeca rozum i kształtuje wolność człowieka – takie przesłanie niesie między innymi herb budynku, w którym się nieprzypadkowo znajdujemy.

Szeroka reprezentacja środowisk uczelnianych na naszym akademickim święcie oraz niespotykana atmosfera nakłania i ośmiela mnie do tego, by powiedzieć o odczuciach studentów, z jakimi wchodzimy w nowy rok akademicki, odczuciach dotyczących nie tylko tego, czego spodziewamy się nauczyć podczas studiów, ale również tego, co budzi nasz niepokój przed ich zakończeniem.

Zakończony niedawno, poprzedni rok akademicki upłynął pod znakiem kilku istotnych wydarzeń. Jednym z nich było wprowadzenie nowej ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, która stwarza dodatkowe możliwości w budowaniu akademickiej wspólnoty. Uczelnie musiały zmierzyć się z budową nowych statutów i dostosowaniem uczel-



nianych przepisów do wymogów nowego prawa. Jedną z zmian jest zwiększenie udziału studentów w organach kolegialnych uczelni do przynajmniej 20%. Chciałbym zapewnić, że dołożymy wszelkich starań, aby zwiększona reprezentacja studentów przyniosła wiele pożytku, świeżego spojrzenia na stare sprawy i dynamikę rozwoju. Dzisiaj, podczas tego święta mamy niepowtarzalną okazję, by mówić o naszych marzeniach. Jeżeli marzysz samotnie, to jedynie marzysz. Jeśli marzysz wspólnie z innymi, to stworzysz rzeczywistość. Poszerzone organy kolegialne niech staną się forum szerokiego dialogu akademickiego.

Na Akademii Medycznej w Warszawie również wydarzyło się bardzo wiele. Obecny rok akademicki przejdzie do historii uczelni, jako rok otwarcia nowoczesnego Centrum Dydaktycznego oraz rozpoczęcia części jakże koniecznych remontów. Poprawi się jakość i komfort odbywanych zajęć. Mamy jednak nadzieję, że nie są to ostatnie inwestycje. Z niecierpliwością czekamy na realizację kolejnych, niezwykle ważnych projektów na Polu Mokotowskim, takich jak biblioteka, hala sportowa, czy akademik,

które pomogą uczelni stać się uniwersytetem medycznym na miarę XXI wieku. Chcielibyśmy, aby uczelnia poza najistotniejszym – rozwojem naukowym – dawała możliwość rozwijania ducha i osobowości, budowania więzi ze środowiskiem, kształtowała ducha rywalizacji oraz dawała wzorce, jak być dobrym obywatelem.

Panie i Panowie. W służbie zdrowia obecny rok upłynął pod znakiem protestów w związku z niskimi zarobkami. Z przykrością zwracamy uwagę, że pomimo ogólnych podwyżek płac, nie objęto nimi najmłodszych absolwentów uczelni medycznych – lekarzy stażystów. Sytuacja młodych lekarzy po stażu też jest niewesoła. Głodowe pensje młodych pracowników ochrony zdrowia powodują, że wielu z nich pracuje na kilku etatach. Zmuszeni są – aby zapewnić sobie podstawowe środki do życia – do brania dodatkowych dyżurów, do pracy niejednokrotnie ponad dobę bez przerwy. Czy tak mają wyglądać warunki pracy lekarza, który chcąc być wiernym swoim ideałom zostaje w kraju? A otwarcie wymarzonych specjalizacji, czy też zdobycie miejsca na rezydenturę jest bardzo trudne.



Rektor AM w Białymstoku prof. dr hab. Jan Górski wręcza pierwszy indeks w tym roku akademickim.



Rektor warszawskiej AM, profesor Leszek Pączek promuje na studenta Tomasza Bodowskiego.



Nie jest prawdą twierdzenie, że młodzi absolwenci marzą tylko o wyjeździe za granicę. Wręcz przeciwnie. Mamy świadomość, że pełne możliwości rozwoju oraz osiągnięcia satysfakcji zawodowej mamy jedynie w kraju ojczystym. Za granicą zawsze będziemy emigrantami i nie poczujemy się nigdy jak w domu. Warunki pracy w Polsce są jednak trudne do akceptacji i dla wielu osób wyjazd jest jedyną szansą na godne życie po studiach oraz realizację ambicji. Konieczne jest podjęcie działań, które przyczynią się do poprawienia stanu finansowego służby zdrowia, zwłaszcza jeśli chodzi o wynagrodzenie najmłodszych pracowników oraz umożliwienie im rozwoju zawodowego.

Inauguracja roku akademickiego, jak już wspominałem, jest wielkim świętem całej społeczności. My wszyscy jesteśmy jej integralnym elementem, podobnie jak jesteśmy obywatelami naszego państwa. Chcemy, by nasz wkład w budowę naszego kraju oraz naszej małej ojczyzny – uczelni, był jak najbardziej wartościowy. Młodości zarzuca się często, że wierzy, iż świat zaczyna się dopiero od niej, ale starość wierzy jeszcze częściej, iż świat kończy się razem z nią. Nie chciałbym, aby w środowisku akademickim panował taki stereotyp, dlatego musimy nauczyć się żyć razem, jak bracia, jeśli nie chcemy zginąć razem, jak szaleńcy.

Szanowne Panie, Szanowni Panowie Profesorowie. Każdy człowiek ma taką osobę, która odcisnęła na jego życiu piętno, wskazała drogę, którą warto, aby się kierował i była źródłem zasad i wartości, na których się opierał. Drodzy nauczyciele, jesteście grupą, która na naszym życiu odciska duży ślad. Kształ-

tujecie je prezentując wzory postaw. Na pewno jesteście, zaraz po rodzicach tymi, którzy mają największy wpływ na nasze życie, a na nasze życie to znaczy na przyszłość naszego pokolenia, na przyszłość naszego kraju. Tak się składa, że tegoroczna inauguracja przypada w Międzynarodowym Dniu Nauczyciela. Z tego też względu życzę wszystkim Państwu w imieniu studentów wiele sił, cierpliwości oraz ciągle nowej motywacji w wypełnianiu swojej misji.

# Kardiologia XXI wieku – nowe wyzwania

Prof. dr hab. Grzegorz Opolski

I Katedra i Klinika Kardiologii I WL AM w Warszawie



Choroby serca i naczyń na tle miażdżycy pozostają najczęstszą przyczyną przedwczesnej śmiertelności i zachorowalności w krajach Unii Europejskiej (UE). Chociaż śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych maleje, to jednocześnie – paradoksalnie – występowanie tych chorób wzrasta w związku z wydłużeniem życia i starzeniem się naszej populacji. Żyjemy dłużej, ale częściej chorujemy na zawały serca i udary mózgu niż przed 20 – 30 laty.

Niedawno opublikowane wyniki międzynarodowego badania „INTERHEART”, które objęło 15 tysięcy osób wykazały, że jednocześnie występowanie nadciśnienia, hiperlipidemii, cukrzycy i palenia wiąże się z 32-krotnie wyższym ryzykiem zawału serca. Proste zmiany trybu życia (niepalenie, codzienne spożywanie warzyw i owoców, regularna aktywność fizyczna) pozwalają ograniczyć zagrożenie zawału aż o ponad 80%.

Coraz więcej zwolenników zdobywa koncepcja badań przesiewowych w kierunku miażdżycy u mężczyzn w wieku 45–75 lat oraz kobiet w wieku 55–75 lat bez objawów choroby sercowo-naczyniowej. Z dostępnych obecnie technik wizualizacji zmian miażdżycowych, biorąc pod uwagę zadowalającą wiarygodność i koszt badania, wyróżniamy dwie metody, które znalazły rekomendacje: ocena zwapnień w tętnicach wieńcowych za pomocą tomografii komputerowej oraz ultradźwiękowy pomiar grubości kompleksu błona wewnętrzna – środkowa tętnicy szyjnej. W dalszej perspektywie prawdziwym przełomem w prewencji chorób sercowo-naczyniowych będzie zastosowanie badań genetycznych.

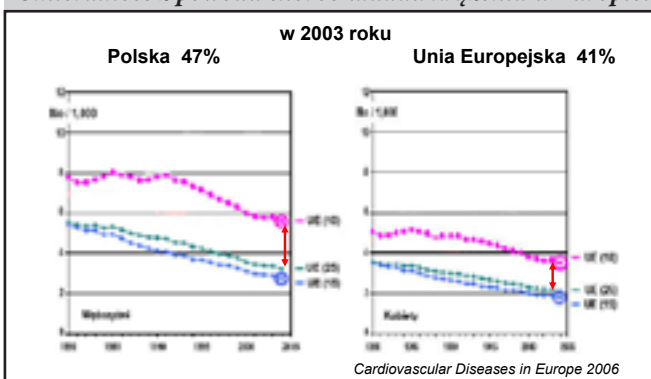
Z obserwacji epidemiologicznych wynika, że w ciągu najbliższych 30 lat należy spodziewać się

podwojenia liczby pacjentów z chorobą wieńcową i niewydolnością serca. Dalsza poprawa efektywności naszego postępowania w tych chorobach kardiologicznych oraz zapobieganie nagłej śmierci sercowej to wyzwania, przed którymi stoi kardiologia XXI wieku.

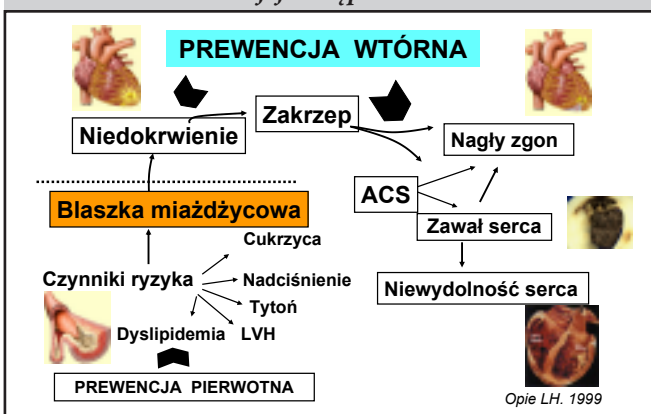
## Choroba wieńcowa

Obrazowanie zmian miażdżycowych – wizualizacja niestabilnej blaszki miażdżycowej (blaszki wysokiego ryzyka pęknięcia) to niewątpliwie „gorący” temat współczesnej kardiologii.

Umieralność z powodu chorób układu krążenia w Europie.



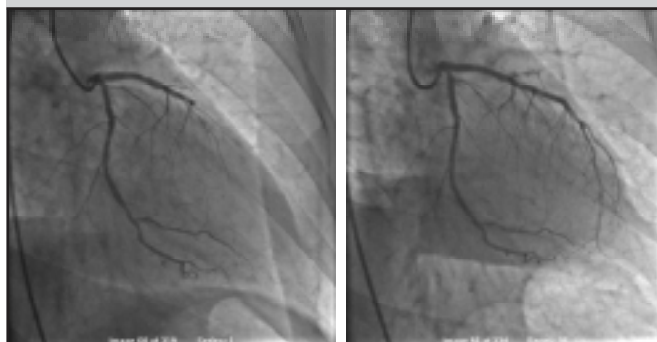
Jak skutecznie diagnozować i leczyć chorobę wieńcową i jej następstwa?



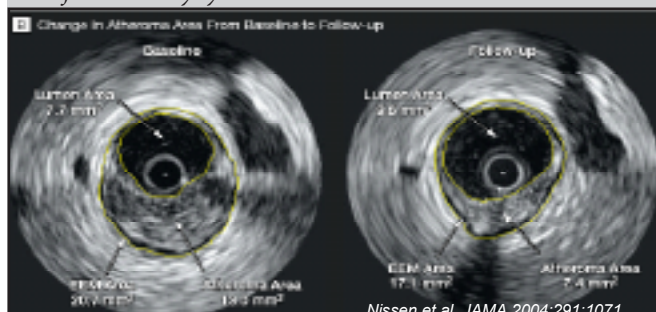
Jak wyodrębnić osoby zdrowe zagrożone wysokim ryzykiem zdarzenia sercowo-naczyniowego?





**Świeży zawał serca – pierwotna angioplastyka wieńcowa****Postęp farmakoterapii kardiologicznej.**

Zmniejszenie objętości blaszki miażdżycowej pod wpływem dużej dawki statyny.



Postęp w zakresie ultrasonografii wewnątrzwieńcowej, tomografii komputerowej oraz rozwoju urządzeń rezonansu magnetycznego powinien szybko doprowadzić nie tylko do precyzyjnego określenia wielkości blaszki miażdżycowej, ale również do oceny ryzyka jej pęknięcia i wystąpienia zawału serca na podstawie nasilenia procesu zapalnego i składu blaszki miażdżycowej.

W leczeniu choroby wieńcowej przełomem było wprowadzenie i upowszechnienie przezskórnej angioplastyki wieńcowej. Najbardziej spektakularny wpływ tej metody obserwujemy w leczeniu świeżego zawału serca – najdramatyczniejszej postaci choroby wieńcowej. Szybkie otwarcie tętnicy dożawałowej spowodowało kilkakrotne zmniejszenie śmiertelności i uratowało miliony osób przed trwałym kalectwem. Postęp w farmakoterapii choroby wieńcowej to przede wszystkim nowe leki przeciwplatekcyjne oraz duże dawki statyn, które hamują powstawanie zmian miażdżycowych w naczyniach.

**Niewydolność serca**

Obecnie możemy wyodrębnić kilka kierunków leczenia niewydolności serca. Jeden z nich związany jest z rozszerzeniem wskazań do zastosowania urządzeń elektrycznych, takich jak stymulatory resynchronizujące i kardiowertery-defibrylatory. Innym kierunkiem są techniki czasowego mechanicznego wspomaganie komór, które stanowią pomost do poprawy funkcji serca w przypadku jego odwracalnego uszkodzenia, jakie ma miejsce w zapaleniu mięśnia sercowego.

Perspektywę dla przeszczepu serca upatruje się w przeszczepach międzygatunkowych (ksenogenicznych) oraz w sztucznym sercu. Jednak największe zainteresowanie i nadzieje budzi regeneracja uszkodzonego mięśnia sercowego z zastosowaniem autologicznych komórek szpiku kostnego oraz mioblastów.

**Nagły zgon sercowy**

Nagły zgon sercowy jest najczęstszą przyczyną przedwczesnych zgonów w krajach uprzemysłowionych. Często jest on pierwszym i niestety ostatnim objawem choroby serca i naczyń. Do około 1/5 tych zgonów dochodzi w miejscach publicznych. Dla 80% chorych z nagłym zatrzymaniem krążenia jedynym skutecznym leczeniem jest defibrylacja elektryczna. Szanse na skuteczną defibrylację zmniejszają się o 7–10% z upływem każdej minuty. Dlatego tak ważne znaczenie ma program powszechnej dostępności defibrylatorów w miejscach publicznych, takich jak dworce lotnicze lub kolejowe, stadiony sportowe czy kasyna). Większość epizodów zatrzymania akcji serca ma jednak miejsce w domu, gdzie nie ma szans na profesjonalną pomoc w ciągu 10 minut. Być może już niedługo zewnętrzny kardiowerter-defibrylator stanie się jednym z podstawowych urządzeń w naszych mieszkaniach, tak jak telewizor, pralka czy lodówka.

Nadrobienie opóźnienia Polski w stosunku do „starych” krajów UE wymaga narodowego programu poświęconego zwalczaniu chorób sercowo-naczyniowych. Program ten od 2003 roku nosi nazwę Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego, w skrócie POLKARD. Obok położenia nacisku na zwalczanie najpowszechniejszych czynników ryzyka, takich jak palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze i zaburzenia lipidowe, program koncentruje się na nowoczesnej i kompleksowej promocji zdrowia i prewencji niewydolności serca. Ważnym celem jest poprawa dostępu do nowoczesnych procedur w zakresie leczenia inwazyjnego chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce, co najmniej do poziomu średnich wskaźników europejskich.

Czy i kiedy będziemy w stanie wyeliminować choroby sercowo-naczyniowe na tle miażdżycowym? Zrozumiałe jest, że coraz skuteczniejsze, ale i jednocześnie coraz droższe techniki interwencyjne w leczeniu i prewencji z zastosowaniem „supertabletki”, zawierającej kilka leków modyfikujących czynniki ryzyka, mogą jedynie opóźnić proces aterosklerozy. Radykalne rozwiązanie może przynieść szczepionka przeciw miażdżycy. Być może już niedługo miażdżycy podzieli losy wielkich chorób minionych wieków, takich jak dżuma czy ospa prawdziwa, a nowoczesną dziś angioplastykę wieńcową nasi wnukowie będą znać jedynie z opowiadań dziadków.

## Odnaczenia i nagrody dla pracowników AM

5 października, w trakcie Uroczystej, Ogólnopolskiej Inauguracji Roku Akademickiego Uczelni Medycznych odznaczeni zostali:

♦ **Srebrnym Krzyżem Zasługi** – dr Hanna **Drac**, dr hab. Elżbieta **Jodkowska**, dr Jacek **Kowalski**;

♦ **Braźowym Krzyżem Zasługi** – dr hab. Marek **Kuch**, prof. AM dr hab. Tomasz **Wolańczyk**, prof. AM dr hab. Bożena **Werner**;

♦ Oznakami Honorowymi „**Za zasługi dla ochrony zdrowia**” – prof. dr hab. Danuta **Liszewska – Pfejfer**, prof. dr hab. Beata **Śpiewankiewicz**, prof. dr hab. Włodzimierz **Sawicki**;

Medalami **Komisji Edukacji Narodowej** – dr Hanna **Baltaziuk – Białek**, prof. dr hab. Ryszarda **Chazan**, prof. nadzw. dr hab. Lidia **Chomicz**, prof. dr hab. Maciej **Czaplicki**, prof. dr hab. Renata **Górska**, dr Mirosław **Kobus**, prof. dr hab. Piotr **Małkowski**, prof. dr hab. Sławomir **Majewski**, dr Marian **Pieniak**, dr Aleksander **Remiszewski**;

♦ Medalami „**Za zasługi dla Akademii Medycznej**” – prof. dr hab. Piotr **Andziak**, dr Hanna **Bielska – Fałda**, Teresa **Bogiel**, prof. dr hab. Maciej **Czaplicki**, dr Jacek **Imiela**, prof. dr hab. Lech **Korniszewski**, prof. dr hab. Józef **Kowalski**, Waldemar **Kuliński**, Ewa **Łagowska**, prof. dr hab. Mirosław **Łuczak**, prof. dr hab. Stanisław **Moskalewski**, prof. dr hab. Grzegorz **Opolski**, prof. dr hab. Janusz **Piekarczyk**, dr Piotr **Porzycki**, prof. dr hab. Hubert **Wanyura**.

Podczas uroczystego posiedzenia Senatu Akademii Medycznej w Warszawie w dniu 9 października kilkudziesięciu pracowników naukowych i administracyjnych otrzymało z rąk Rektora ordery i odznaczenia państwowe. Prof. Leszek Pączek wręczył także Nagrody Rektora Akademii Medycznej za szczególne osiągnięcia naukowe i dydaktyczne w ubiegłym roku akademickim.

### Odnaczenia państwowe i ordery

- Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski: prof. dr hab. Andrzej **Członkowski**, prof. dr hab. Andrzej **Marchel**, dr Jolanta **Siemińska**
- Złoty Krzyż Zasługi – dr hab. Marek **Pastuszko**
- Srebrny Krzyż Zasługi – prof. dr hab. Zbigniew **Gaciong**
- Medal Komisji Edukacji Narodowej – prof. dr hab. Jerzy **Polański**, dr Barbara **Siemińska – Piekarczyk**
- Medal „Za Zasługi dla Akademii Medycznej” – dr Małgorzata **Szczańska – Putz**

### Nagrody JM Rektora AM

• Za osiągnięcia i szczególne zaangażowanie w czasie pełnienia funkcji: prof. dr hab. Ryszarda **Chazan** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą. Pani profesor została także nagrodzona za redakcję książki pt. „Pneumonologia praktyczna” i publikacje dotyczące rozpoznawania raka płuca; prof. dr hab. Piotr **Zaborowski** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych; prof. dr hab. Wiesław **Gliński** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem; prof. dr hab. Jerzy **Stelmachów** – Prorektor ds. Kadr. Pan profesor otrzymuje także nagrodę za współautorstwo cyklu prac dotyczących doskonalenia metod rozpoznawczych w ginekologii onkologicznej.



U honorowani odznaczeniami państwowymi (od lewej): prof. Zbigniew Gaciong, dr hab. Marek Pastuszko, dr Jolanta Siemińska, prof. Andrzej Marchel i prof. Andrzej Członkowski



Podczas inauguracji roku akademickiego odznaczono m.in.:



*dr. Hannę Drac – Srebrnym Krzyżem Zasługi;*



*prof. Ryszardę Chazan – Medalem Komisji Edukacji Narodowej;*



*prof. Lecha Korniszewskiego*



*i prof. Janusza Piekarczyka – Medalami za Zasługi dla Akademii Medycznej w Warszawie*

- Nagrody indywidualne II stopnia: prof. dr hab. Marek **Krawczyk** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego; prof. dr hab. Maciej **Karolczak** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego; prof. dr hab. Józef **Sawicki** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego; prof. dr hab. Piotr **Małkowski** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu; prof. dr hab. Zbigniew **Gaciong** – Dziekan Wydziału Kształcenia Podyplomowego.

- Nagrody indywidualne organizacyjne I stopnia: dr Henryk **Rebandel** – za wieloletnią pracę w Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej i prof. dr hab. Anna **Barańczyk – Kuźma** – za wieloletnie pełnienie funkcji koordynatora programu Sokrates Erasmus. Pani profesor została również uhonorowana za cykl prac dotyczących roli transferazy S–glutationowej w fizjologii i patologii ośrodkowego układu nerwowego ssaków.

- Nagrody indywidualne organizacyjne II stopnia: prof. dr hab. Wiesław **Jędrzejczak** – za wieloletnią opiekę nad Studenckim Kołem Naukowym przy Katedrze i Klinice Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych; prof. dr hab. Jerzy **Polański** – za szczególny wkład w rozwój English Division; prof. dr hab. Robert **Rudowski** – za wkład pracy w informatyzację uczelni. Pan profesor został również uhonorowany za cykl publikacji dotyczących zastosowań nowoczesnych markerów biochemicznych w ostrych zespołach wieńcowych; prof. dr hab. Hubert **Wanyura** – za wkład pracy w rozwój procesu akredytacyjnego w Polsce oraz współautorstwo publikacji pt. „Treatment of osteomas located between the anterior cranial base and the face”.

- Nagrody indywidualne organizacyjne III stopnia: mgr Mirosława **Müldner – Kurpeta** – za szczególne zaangażowanie w pracę na stanowisku Dyrektora Biblioteki Głównej, mgr Jerzy **Chrzanowski** – za uporządkowanie organizacyjne oraz stworzenie ram do dynamicznego rozwoju sekcji sportowych dla studentów.

- Nagrody zespołowe organizacyjne I stopnia: dr hab. Włodzimierz **Otto** – za zaangażowanie w pełnienie funkcji Prodziekana Wydziału Kształcenia Podyplomowego; prof. dr hab. Magdalena **Durlik** – za szczególne zaangażowanie w pracę Senackiej Komisji ds. Finansowo–Budżetowych; prof. dr hab. Andrzej **Borkowski** – Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Rozwoju Kadry; prof. dr hab. Andrzej **Górecki** – za szczególne zaangażowanie w prace Senackiej Komisji ds. Oceny Profesorów oraz Rzecznika Dyscyplinarnego; prof. dr hab. Waldemar **Karnafel** – za szczególne zaangażowanie w prace Komisji Dyscyplinarnej dla Nauczycieli Akademickich; prof. dr hab. Grzegorz **Opolski** – za szczególne zaangażowanie w prace Senackiej Komisji ds. Lecznictwa i Współpracy z Regionem. Pan profesor został



nagrodzony także za współautorstwo publikacji pt. „Mean Platelet Volume on Admission Predicts Impaired Reperfusion and Long-term Mortality in Acute Myocardial Infarction Treated with Primary Percutaneous Coronary Intervention” oraz za prace nad zastosowanie nowoczesnych markerów biochemicznych do stratyfikacji ryzyka w ostrych zespołach wieńcowych.

## Nagrody z inicjatywy Ministra Zdrowia

- prof. dr hab. Janusz **Piekarczyk**
- prof. dr hab. Wojciech **Noszczyk**
- prof. dr hab. Wojciech **Rowiński**

## Nagrody Ministra Zdrowia z inicjatywy JM Rektora

- Nagroda indywidualna – prof. dr hab. Andrzej **Friedman** – za redakcję monografii pt. „Choroba Parkinsona – mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie”.

- Nagrody zespołowe:

- prof. dr hab. Mirosław **Dłużniewski**, dr hab. Marek **Kuch**, dr hab. Artur **Mamcarz**, dr Iwonna **Grzywanowska – Łaniewska**, dr Joanna **Suska – Sumińska**, dr Wojciech **Braksator**, dr Jarosław **Król**, dr Marek **Chmielewski**, lek. Maciej **Janiszewski**, dr Patryk **Krzyżak**, lek. Michał **Moszczeński**, lek. Katarzyna **Sadkowska**, lek. Monika **Tomaszewska – Kiecana**, lek. Edyta **Kostarska – Srokosz**, lek. Ewa **Burbicka**, lek. Karol **Wrzosek**, dr Jacek **Sawicki**, dr Andrzej **Światowiec**, lek. Izabella **Graczak**, lek. Agnieszka **Kosieradzka**, lek. Agnieszka **Cudnoch – Jedrzejowska** – za pracę Podyplomowej Szkoły Kardiologicznej Katedry i Kliniki Kardiologii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie w latach 2001–2002, 124 edycje szkoły dla 5400 lekarzy oraz 3 kardiologiczne sympozja dla lekarzy z całej Polski pt.: „Codzienne problemy Lekarza Praktyka” – „Zakopiańskie Dni Kardiologiczne”.

- prof. dr hab. Marek **Radkowski**, dr Agnieszka **Pawęlczyk**, dr Joanna **Jabłońska**, dr hab. Bożena **Walewska – Zielecka**, dr Andrzej **Horban**, dr Joanna **Kubicka** – za cykl 5 publikacji dotyczących patogenezы zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV), koinfekcji HCV i HIV oraz możliwych konsekwencji klinicznych replikacji HCV w komórkach układu immunologicznego.

- prof. dr hab. Mirosław **Łuczak**, prof. dr hab. Felicja **Meisel – Mikołajczyk**, dr Hanna **Pituch**,

dr Piotr **Obuch – Woszczyński**, mgr Dorota **Wultańska** – za cykl 5 publikacji, w których przedstawiono pierwsze i jak dotychczas jedyne wyniki kompleksowych badań przeprowadzonych w Polsce, dotyczących zakażeń szpitalnych laseczką *Clostridium difficile*, będących najważniejszym czynnikiem biegunek poantybiotykowych w lecznictwie szpitalnym.

- prof. dr hab. Andrzej **Członkowski**, prof. dr hab. Anna **Członkowska**, dr Ewa **Bałkowiec – Iskra**, mgr Agnieszka **Ciesielska**, lek. Adam **Przybyłowski**, dr Grażyna **Gromadzka**, mgr Ilona **Joniec**, dr Iwona **Kurkowska – Jastrzębska**, dr Tomasz **Litwin** – za cykl 6 publikacji dotyczących roli reakcji zapalnej w patogenezie choroby Parkinsona.

## I Wydział Lekarski

Nauczyciele akademicki zatrudnieni w I Wydziale Lekarskim, którzy otrzymali nagrody JM Rektora za działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną

- Nagrody zespołowe organizacyjne I stopnia:

- prof. dr hab. Renata **Górska** – za organizację pracy w Dziekanacie Oddziału Stomatologii, a szczególnie za reorganizację nauczania licencjackiego w tym Oddziale, a także za wyróżniające się sprawowanie funkcji prodziekana. Pani profesor została uhonorowana również za współautorstwo pracy pt.: “The influence of surgical treatment of periodontal disease on selected lymphocyte subpopulations important for cellular and humoral immune responses”;

- prof. dr hab. Anna **Kamińska** – za zorganizowanie I Konferencji Naukowej I Wydziału Lekarskiego i za niezwykle zaangażowanie w prowadzeniu doktoratów. Pani profesor brała również udział w pracach zespołu, który został nagrodzony za opracowanie publikacji pt.: „Hsp27–2D–gel electrophoresis is a diagnostic tool to differentiate primary deminopathies from myofibrillar myopathies”;

- prof. dr hab. Marek **Kulus** – za przygotowanie zmian programowych w nauczaniu pediatrii w I Wydziale Lekarskim, organizację warsztatów integracyjnych dla studentów I roku i wyróżniające się sprawowanie funkcji prodziekana, a także za współautorstwo skryptu „Pediatria. Choroby układu oddechowego”;

- prof. dr hab. Ireneusz **Krasnodębski** – za przygotowanie zmian dydaktycznych w programach I Wydziału Lekarskiego, jak również za wyróżniające się sprawowanie funkcji prodziekana oraz za uczestnictwo w pracach dotyczących wpływu urazu operacyjnego na układ immunologiczny;

- prof. dr hab. Piotr **Pruszczyk** – za organizację Studiów Doktoranckich w I Wydziale Lekarskim,



Prof. Robert Rudowski odbiera nagrodę rektorską „za wkład pracy w informatyzację uczelni”



a mgr Mirosława Müldner – Kurpeta „za szczególnie zaangażowanie w pracę na stanowisku dyrektora Biblioteki Głównej”.

jak również za wyróżniające się sprawowanie funkcji prodziekana;

– prof. dr hab. Kazimierz **Wardyn** – za przygotowanie zmian programowych w nauczaniu chorób wewnętrznych na I Wydziale Lekarskim i wyróżniające się sprawowanie funkcji prodziekana;

– prof. dr hab. Marek **Gołębiowski** – za prowadzenie spraw dotyczących nauczania elektroradiologii, w tym za organizację zmian w programie dydaktycznym (zgodnie ze standardami) i wzorowe sprawowanie funkcji pełnomocnika rektora w tym zakresie;

– dr hab. Sylwia **Słotwińska** – za przygotowanie nowych programów zgodnych ze standardami w zakresie higieny stomatologicznej i wzorowe sprawowanie funkcji pełnomocnika dziekana w tym zakresie;

– dr hab. Leopold **Wagner** – za przygotowanie nowych programów, zgodnych ze standardami w zakresie technik dentystycznych i wzorowe sprawowanie

funkcji pełnomocnika dziekana w tym zakresie. Pan docent został uhonorowany także za współautorstwo skryptu pt. „Wprowadzenie do ćwiczeń przedklinicznych z materiałowznawstwa. Materiały stosowane w stomatologii zachowawczej i endodoncji”.

• Nagrody naukowe III stopnia:

– dr n. med. Marcin **Grabowski** – za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Integracja skal ryzyka i czynnika natriuretycznego typu B w systemie ekspertowym dla ostrych zespołów wieńcowych” oraz za cykl publikacji dotyczących zastosowań nowoczesnych markerów biochemicznych w ostrych zespołach wieńcowych;

– dr hab. Jarosław **Wysocki** – za autorstwo pracy „Topographical anatomy of the guinea pig temporal bone”;

– dr Dominika **Nowis** – za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Próby zwiększenia efektywności przeciwnowotworowej terapii fotodynamicznej w warunkach *in vitro* oraz u zwierząt doświadczalnych”, a także za cykl publikacji przeglądowych w dziedzinie eksperymentalnej onkologii;

– dr Marcin **Bury** – za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Badanie biogenezy proteasomów przy użyciu interferencji RNA”;

– dr Piotr **Suwalski** – za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Ocena skuteczności chirurgicznego leczenia migotania przedsionków z zastosowaniem różnych technik operacyjnych”;

– dr Bartłomiej **Matłosz** – za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Zakażenie wirusem Polyoma BK u biorców przeszczepów nerki oraz nerki i trzustki”;

– dr Anna **Lipińska** – za rozprawę doktorską pt. „Ocena stężenia w surowicy krwi cząsteczek adhezyjnych: sE – selektyny, sICAM-1, sVCAM-1 u mężczyzn z cukrzycą typu 1”;

– dr Marcin **Dębski** – za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Dejodynaza typu pierwszego/D1/ w tkance raków piersi i w tkance niezmiętej nowotworowo”;

– dr Maciej **Zaremba** – za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Choroba przyzębia jako czynnik ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych”;

– dr Piotr **Okoński** – za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Ocena wyników leczenia bezzębnej żuchwy z zastosowaniem protez całkowitych typu overdenture wspartych o wszczepy śródkostne”;

– dr Grzegorz **Basak** – za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Połączenie interleukiny 15 ze szczepionkami przeciwnowotworowymi w próbach leczenia doświadczalnych nowotworów u myszy”.

• Nagrody naukowe zespołowe I stopnia:

– dr n. med. Jarosław **Jóźwiak** – za badania nad patogenezą stwardnienia guzowatego;

– prof. dr hab. **Jakub Gołąb** oraz dr **Tomasz Stokłosa** – za cykl publikacji przeglądowych w dziedzinie eksperymentalnej onkologii;

– dr **Paweł Włodarski**, dr **Monika Kasprzycka**, lek. **Michał Marzec** – za cykl prac dotyczących mechanizmów aktywacji kinaz mTOR i PI4KII;

– dr hab. **Tadeusz Grochowiecki** – za cykl prac dotyczących analizy czynników wpływających na izolację ludzkich wysp trzustkowych do transplantacji. Prace te zostały napisane we współpracy ze szpitalem San Raffaele w Mediolanie;

– dr **Anna Zawadzka – Krajewska**, dr **Wojciech Feleszko**, lek. **Joanna Peradzyńska** – za współautorstwo pracy pt. „Parental tobacco smoking is associated with augmented IL-13 secretion in children with allergic asthma”. Pracownicy ci brali również udział w pracach zespołu, który otrzymał nagrodę dydaktyczną za opracowanie skryptu „Pediatria. Choroby układu oddechowego”;

– prof. dr hab. **Adam Płaźnik**, mgr **Agnieszka Członkowska**, mgr **Małgorzata Lehner**, lek. **Helena Sienkiewicz – Jarosz**, mgr **Anna Skórzewska**, dr **Ewa Taracha**, lek. **Aleksandra Wisłowska – Stanek**, lek. **Małgorzata Zienowicz**, dr **Andrzej Bidziński**, dr **Wojciech Danysz**, dr **Marek Siemiątkowski** – za badania podstawowe w zakresie psychofarmakologii eksperymentalnej, dotyczące podłoża neurobiologicznego (neuroprzekaznikowego) procesów emocjonalnych i działania leków przeciwlękowych;

– prof. dr hab. **Leszek Królicki**, dr **Witold Chudziński**, dr **Joanna Mączewska**, mgr **Zofia Lasiecka** i dr **Tomasz Grzela** – za cykl prac dotyczących biologii molekularnej wtórnej i trzeciorzędowej nadczynności przytarczyc. Dr Grzela był ponadto współautorem pracy w „International Immunopharmacology”, opisującej zmiany parametrów stresu oksydacyjnego i indukcję apoptozy pod wpływem tiuramu;

– dr hab. **Krzysztof Filipiak**, dr **Janusz Kochman** – za współautorstwo publikacji pt. „Mean Platelet Volume on Admission Predicts Impaired Reperfusion and Long-term Mortality in Acute Myocardial Infarction Treated Percutaneous Coronary Intervention”. Dr hab. **Krzysztof Filipiak** dodatkowo został uhonorowany za wkład pracy w badania nad zastosowaniem nowoczesnych markerów biochemicznych do stratyfikacji ryzyka w ostrych zespołach wieńcowych;

– dr **Aleksandra Banaszkiewicz** – za współautorstwo pracy pt. „Ineffectiveness of Lactobacillus GG as an adjunct to lactulose for the treatment of constipation in children: a double-blind, placebo-controlled randomized trial” oraz współautorstwo podręcznika „Gastroenterologia dziecięca”;

– prof. dr hab. **Hanna Szajewska** – za współautorstwo pracy pt. „Saccharomyces boulardii in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea in children: a randomized double-blind placebo-controlled trial” oraz „Ineffectiveness of Lactobacillus GG as an adjunct to lactulose for the treatment of constipation in children: a double-blind, placebo-controlled randomized trial”;

– dr **Maria Kotowska**, dr **Piotr Albrecht**, dr **Marcin Klisza** oraz dr **Marek Ruszczyński** – za współautorstwo pracy pt. „Saccharomyces boulardii in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea in children: a randomized double-blind placebo-controlled trial”.

• Nagrody naukowe zespołowe II stopnia:

– dr hab. **Ewa Szczepańska – Sadowska**, mgr **Elwira Milik** i dr **Jakub Dobruch** – za cykl publikacji anglojęzycznych dotyczących badania nad ekspresją genów dla receptorów angiotensyny 2 i wazopresyny w nadciśnieniu naczyniowo-nerkowym;

– dr hab. **Joanna Domagała – Kulawik**, dr **Marta Maskey – Warzechowska** – za cykl publikacji dotyczących rozpoznawania raka płuca;

– dr hab. **Ewa Iwanicka – Grzegorek**, lek. **Joanna Michalik**, lek. **Joanna Kępa – Prokopienko**, lek. **Marcin Aleksieński** – za cykl publikacji anglojęzycznych dotyczących halitozy ustnej w stomatologii, m.in. „Comparison of ninhydrin method of detecting amine compounds with other methods of halitosis detection”;

– prof. dr hab. **Danuta Liszewska – Pfejfer**, dr **Krzysztof Jankowski**, dr **Michał Ciurzyński**, dr **Barbara Lichodziejewska**, lek. **Katarzyna Kurnicka** – za współautorstwo publikacji anglojęzycznej „A positive outcome in patient with massive acute pulmonary embolism and right atrial mobile thrombus fragmented during thrombolysis: a serial echocardiographic examination”.

• Nagrody naukowe zespołowe III stopnia:

– dr **Artur Kamiński** – za współautorstwo publikacji pt. „Treatment of osteomas located between the anterior cranial base and the face”;

– dr hab. **Iwonna Rahden – Staroń**, dr **Maria Szumiło** oraz mgr **Emilia Grosicka** – za współautorstwo pracy w „International Immunopharmacology” opisującej zmiany parametrów stresu oksydacyjnego i indukcję apoptozy pod wpływem tiuramu;

– prof. dr hab. **Jerzy Kossakowski**, dr **Marta Struga**, mgr **Magdalena Pakosińska – Parys**, mgr **Anna Wojciechowska**, mgr **Agnieszka Szczepańska**, dr **Aldona Raszkiewicz** oraz mgr **Kinga Ostrowska** – za współautorstwo cyklu 11 prac pt. „Synteza nowych związków chemicznych o potencjalnym działaniu farmakologicznym”;



- dr Beata **Gajewska**, dr Magdalena **Kuźma** - **Kozakiewicz**, dr Dorota **Dziewulska**, mgr Marzenna **Gutowicz**, dr Jacek **Sawicki**, mgr Beata **Każmierczak** oraz mgr Ewa **Usarek** - za cykl prac dotyczących roli transferazy S-glutationowej w fizjologii i patologii ośrodkowego układu nerwowego ssaków;
  - prof. dr hab. Ewa **Bar** - **Andziak** oraz dr hab. Rafał **Płoski** - za osiągnięcia naukowe w zakresie „Lymphoid tyrosine phosphatase (PTPN22/LYP) variant and Graves disease in a Polish population: association and gene dose-dependent correlation with age of onset”;
  - dr Dariusz **Kosior** - za opracowanie zasad postępowania u chorych z migotaniem przedsionków;
  - dr Jan **Kowalski** - za współautorstwo pracy pt. „The influence of surgical treatment of periodontal disease on selected lymphocyte subpopulations important for cellular and humoral immune responses”;
  - prof. dr hab. Robert **Słowiński**, dr Gustaw **Lech** i dr Maciej **Słodkowski** - za badania dotyczące wpływu urazu operacyjnego na układ immunologiczny;
  - dr Marek **Czarkowski** i dr Lech **Hilgertner** - za współautorstwo pracy pt. „Is the Resistance of Large Conduit Arteries Also Decreased in Thyrotoxic Patients with Graves?”;
  - prof. dr hab. Barbara **Grytner** - **Zięcina**, prof. dr hab. Zdzisław **Świdorski** - za badania ultrastrukturalne nad rozwojem embrionalnym tasiemca *Mosgovoyia ctenoides*;
  - prof. dr hab. Hubert **Kwieciński**, dr Anna **Kostera** - **Pruszczyk** i dr Izabela **Domitrz** - za publikację pt. „A single-fibre EMG study of neuromuscular transmission in migraine patients”; - prof. dr hab. Krzysztof **Włodarski**, prof. dr hab. Krzysztof **Haberko**, prof. dr hab. Kazimierz **Ostrowski**, dr Iwona **Kochanowska**, dr Anna **Haberko**, dr Marek **Pieńkowski**, mgr Anna **Pyda**, Iwona **Liberek**, Katarzyna **Niemira** - za cykl prac dotyczących mechanizmów indukcji heterotopowej kości;
  - dr hab. Mirosław **Wielgoś**, dr Małgorzata **Gajewska**, dr Magdalena **Malejczyk**, prof. dr hab. Longin **Marianowski** - za publikację pt. „The occurrence of genital types of human papillomavirus in normal pregnancy and in pregnant women with pregestational insulin dependent diabetes mellitus”;
  - dr Ewa **Swoboda** - **Kopec**, dr Marta **Wróblewska**, dr Dariusz **Kawecki**, mgr Maria **Dąbkowska** oraz Ewa **Stelmach** - za cykl prac naukowo-badawczych dotyczących zakażeń grzybiczych wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach klinicznych Akademii Medycznej w Warszawie;
  - prof. dr hab. Katarzyna **Rowińska** - **Marcińska** i dr Hanna **Drac** - za współautorstwo oryginalnej pracy dotyczącej genetyki choroby Charcot-Marie-Tooth;
  - prof. dr hab. Paweł **Kamiński** i dr hab. Ewa **Barcz** - za cykl prac w zakresie immunologii endometriozy;
  - dr hab. Michał **Walski** oraz mgr Julia **Dąbrowska** - za badania ultrastrukturalne dotyczące procesu kalcyfikacji u larw mięśniowych *Trichinella spiralis* i zmian w mięszu płucnym po zahamowaniu syntezy NO;
  - dr Halina **Gadomska** - za publikację pt. „Serum lipids concentration in women with benign and malignant ovarian tumours”;
  - dr hab. Antoni **Grzanka** i dr Tomasz **Gotlib** - za cykl prac anglojęzycznych dotyczących zastosowania prób prowokacyjnych w diagnostyce alergicznego nieżyty nosa;
  - dr Elżbieta **Szmidt** - **Sałkowska** - za oryginalne badania nad patofizjologią chorób nerwo-mięśniowych;
  - dr Ewa **Jankowska** - **Steifer**, dr Marek **Kujawa**, dr Wojciech **Baran** - za publikację pt. „Quantitative ultrastructural changes in satellite cells of rats immobilized after soleus muscle denervation”, która ukazała się w piśmie “Experimental and Molecular Pathology, 2005, s. 78-85”;
  - dr Dagmara **Mirowska** - **Guzel**, dr Jadwiga **Kruszewska**, dr Ewa **Orlewska**, mgr Izabela **Ski-bicka**, dr hab. Wiesław **Drozdowski**, dr Waldemar **Fryze**, lek. Piotr **Mierzejewski**, lek. Wojciech **Wi-cha**, dr Jacek **Zaborski** - za przeprowadzenie oceny kosztów stwardnienia rozsianego w zależności od stopnia zaawansowania choroby;
  - dr Maciej **Niewada**, lek. Adam **Kobayashi**, prof. Peter **Sandercock**, mgr Bogumił **Kamiński** - za współautorstwo w badaniach epidemiologicznych nad wpływem płci na rokowanie chorych z udarem niedokrwiennym mózgu, opublikowanych w czasopiśmie „Neuroepidemiology”;
  - lek. Bartłomiej **Piechowski** - **Jóźwiak** - za autorstwo pracy poglądowej na temat prewencji udarów mózgu;
  - prof. dr hab. Robert **Rudowski**, lek. Renata **Głowczyńska**, lek. Grzegorz **Karpiński** oraz lek. Adam **Rdzanek** - za cykl publikacji dotyczących zastosowań nowoczesnych markerów biochemicznych w ostrych zespołach wieńcowych.
- Nagrody indywidualne dydaktyczne I stopnia:
- prof. dr hab. Lech **Korniszewski** - za rozdział poświęcony nowoczesnym metodom diagnostycznym pt. „Dysmorfologia molekularna” w podręczniku „Dziecko z zespołem wad wrodzonych”;

– prof. dr hab. Jacek **Muszyński** – za redakcję i współautorstwo monografii pt. „Gastroenterologia”;  
– dr hab. Witold **Lasek** – za autorstwo podręcznika – kompendium „Immunologia – podstawowe zagadnienia i aktualności”

• Nagroda indywidualna dydaktyczna II stopnia – prof. dr hab. Antoni **Krzeski** – za redakcję podręcznika „Wykłady z chirurgii nosa”, jak również za współautorstwo podręcznika pt. „Otolaryngologia praktyczna”

• Nagroda indywidualna dydaktyczna III stopnia – dr Mariusz **Jasik** – za autorstwo podręcznika pt. „Opieka diabetologiczna – wybrane zagadnienia z diabetologii klinicznej dla aptekarzy”

• Nagroda zespołowa dydaktyczna I stopnia – prof. dr hab. Hanna **Grubek – Jaworska**, dr Andrzej **Dąbrowski**, dr Rafał **Krenke**, dr Tadeusz **Przybyłowski**, dr Joanna **Hermanowicz – Salamon**, mgr Włodzimierz **Dolecki** – za współautorstwo książki pt. „Pneumonologia praktyczna”

• Nagroda zespołowa dydaktyczna II stopnia – prof. dr hab. Jerzy **Kiwerski**, dr hab. Roman **Paśniczek**, dr Marek **Krasuski**, dr Michał **Dziewulski** – za opracowanie podręcznika „Rehabilitacja medyczna”

• Nagrody zespołowe dydaktyczne III stopnia:  
– dr Agata **Skórka**, dr Dorota **Gieruszczak – Białek** – za współautorstwo opracowania nowego programu nauczania genetyki klinicznej i propeutyki genetyki klinicznej. Pani dr Agata Skórka otrzymała również nagrodę za osiągnięcia naukowe w zakresie: „Lymphoid tyrosine phosphatase (PTPN22/LYP) variant and graves disease in a Polish population: association and gene dose-dependent correlation with age of onset”;

– prof. dr hab. Elżbieta **Jodkowska**, dr Stanisława **Rejchert**, lek. Ewa **Fitak**, lek. Renata **Lenkiewicz** – za współautorstwo skryptu pt. „Wprowadzenie do ćwiczeń przedklinicznych z materiałoznawstwa. Materiały stosowane w stomatologii zachowawczej i endodoncji”;

– dr Agnieszka **Krauze**, dr Katarzyna **Krenke**, dr Joanna **Lange**, dr Jerzy **Ziółkowski** – za współautorstwo skryptu „Pediatria. Choroby układu oddechowego”;

– prof. dr hab. Andrzej **Radzikowski**, dr Andrea **Horvath – Stolarczyk**, dr Izabella **Łazowska-Przeorek**, dr Katarzyna **Karolewska-Bochenek**, lek. Agnieszka **Gawrońska**, dr Piotr **Dziechciarz** – za współautorstwo podręcznika „Gastroenterologia dziecięca”;

– prof. dr hab. Grzegorz **Janczewski** – za redakcję i współautorstwo podręcznika „Otolaryngologia praktyczna”, a zespół w składzie: prof. dr hab. Teresa **Goździk – Żołnierkiewicz**, prof. nadzw. Bar-



*Nagroda rektorska dla dr hab. Jarosława Wysockiego za autorstwo pracy „Topographical anatomy of the guinea pig temporal bone”;*



*i dla dr Dominiki Nowis za wyróżnioną rozprawę doktorską pt. „Próby zwiększenia efektywności przeciwnowotworowej terapii fotodynamicznej w warunkach in vitro oraz u zwierząt doświadczalnych”;*

bara **Maniecka – Aleksandrowicz**, dr Magdalena **Arcimowicz**, dr Anna **Domeradzka – Kołodziej**, dr Marta **Held – Ziółkowska**, dr Anna **Galewicz – Zielińska**, dr Iwona **Gromek**, dr Katarzyna **Pierchała**, mgr Agnieszka **Woźniak**, dr hab. Krzysztof **Kochanek**, dr Jarosław **Balcerzak**, dr Antoni **Bruzgielewicz**, dr Piotr **Chęciński**, lek. Juliusz **Piotrowski** – za współautorstwo tego podręcznika

• W rankingu studentów I Wydziału Lekarskiego oceniającym pracę dydaktyczną w roku akademickim 2005/2006:

– I miejsce otrzymał Zespół Kliniki Neonatologii II Katedry Położnictwa i Ginekologii kierowany przez prof. dr hab. Marię Katarzynę **Borszewską – Kornacką**, w składzie: dr Renata **Bokiniec**, lek. Justyna **Tołłoczko**

– **II miejsce** otrzymał Zespół Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej w składzie: prof. dr hab. Mieczysław **Chmielik**, Małgorzata **Dębska**, dr Lidia **Zawadzka** – **Głos**, dr Lechosław **Chmielik** oraz lek. Anna **Bielicka**.

• **W rankingu studentów Oddziału Stomatologii** oceniającym pracę dydaktyczną w roku akademickim 2005/2006

– **I miejsce** otrzymał Zespół Kliniki Chirurgii Czaszkowo–Szczękowo–Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii, Katedry Chirurgii Szczękowo–Twarzowej, Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii Instytutu Stomatologii, kierowany przez prof. dr hab. Janusza **Piekarczyka**, w składzie: dr Danuta **Samolczyk–Wanyura**, dr Maciej **Jagiellak**, dr Marcin **Wiśniewski**, lek. Michał **Szałwiński**

– **II miejsce, a także nagrodę zespołową dydaktyczną II stopnia** otrzymał Zespół Kliniki Chirurgii Czaszkowo–Szczękowo–Twarzowej, Katedry Chirurgii Szczękowo–Twarzowej, Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii Instytutu Stomatologii pod kierunkiem prof. dr hab. Huberta **Wanyury** w składzie: lek. Marzena **Uliasz**, lek. Andrzej **Brudnicki** i lek. Zygmunt **Stopa**. Lek. Marzena Uliasz dodatkowo została uhonorowana za wzorową organizację zajęć dydaktycznych z zakresu chirurgii szczękowo–twarzowej i patologii jamy ustnej dla studentów V roku kierunku lekarsko–dentystrycznego oraz dla studentów III roku specjalności techniki dentystyczne, prowadzonych w I Klinice Chirurgii Szczękowo–Twarzowej AM w Warszawie w roku akademickim 2004/2005, natomiast lek. Zygmunt Stopa – za współautorstwo publikacji pt. „Treatment of osteomas located between the anterior cranial base and the face”.

## II Wydział Lekarski

Nauczyciele akademicki zatrudnieni w II Wydziale Lekarskim, którzy otrzymali nagrody JM Rektora za działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną

• Nagrody zespołowe organizacyjne I stopnia:

– prof. dr hab. Piotr **Ciostek** – za zaangażowanie w opiekę i prowadzenie spraw studenckich pierwszych trzech lat studiów oraz za pełnienie funkcji Przewodniczącego Komisji Rekrutacyjnej w II Wydziale Lekarskim;

– prof. dr hab. Włodzimierz **Sawicki** – za zaangażowanie w opiekę i prowadzenie spraw studenckich na latach IV–VI oraz za wzorową organizację procedur związanych z nadawaniem stopni i tytułów naukowych;

– dr hab. Waldemar **Koszewski** – za promowanie

w krajach Bliskiego Wschodu, a szczególnie w Arabii Saudyjskiej i Zjednoczonych Emiratach Arabskich studiów medycznych w języku angielskim, jak również za zaangażowanie w rozwój 4–letniego i 6–letniego programu studiów oraz za pełnienie funkcji Przewodniczącego Oddziałowej Komisji Rekrutacyjnej;

– prof. dr hab. Jerzy **Jurkiewicz**, dr Joanna **Cegielska**, dr Witold **Rongies**, dr Dariusz **Białoszewski**, mgr Anna **Ostaszewska**, mgr Janina **Wereszczak** – **Wzorek**, lek. Robert **Surowiecki** za zaangażowanie i bardzo dobrą organizację prac Komisji Rekrutacyjnej Oddziału Fizjoterapii 2005 r.

• Nagrody zespołowe naukowe I stopnia:

– prof. dr hab. Stefania **Jabłońska**, prof. dr hab. Sławomir **Majewski** – za cykl prac dotyczących mechanizmów wirusowej onkogenezy skórnej;

– dr hab. Danuta **Maślińska**, prof. dr hab. Sławomir **Maśliński**, dr hab. Dariusz **Szuniewicz**, lek. Grzegorz **Szewczyk** – za cykl prac dotyczących udziału mediatorów komórek tucznych w różnicowaniu się komórek.

• Nagroda zespołowa naukowa II stopnia – dr Robert **Proczka** – za publikację pt. „Angiogenic and antiangiogenic gene therapy”.

• Nagrody zespołowe naukowe III stopnia:

– prof. dr hab. Beata **Śpiewankiewicz**, dr Zbigniew **Nowakowski** i lek. Grzegorz **Gerulewicz** – za cykl prac dotyczących doskonalenia metod rozpoznawczych w ginekologii onkologicznej;

– dr Anita **Bryńska** – za badania nad rozpoznaniem zaburzenia obsesyjno–kompulsyjnego oraz współautorstwo podręcznika pt. „Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci”.

• Nagrody zespołowe dydaktyczne III stopnia:

– prof. dr hab. Andrzej **Marciński**, dr Agnieszka **Biejat**, dr Anna **Jakubowska**, dr Anna **Tarnowska**, dr Michał **Brzewski**, dr Jarosław **Madzik**, lek. Danuta **Roik** – za współautorstwo skryptu „Radiologia pediatria”;

– prof. dr hab. Jadwiga **Komender**, prof. Tomasz **Wolańczyk**, dr Agata **Brzozowska**, dr Gabriela **Jagielska**, dr Urszula **Szymańska**, dr Celina **Tomaszewicz** – **Libudzik**, mgr Magda **Błachno**, dr Artur **Kołąkowski** – za współautorstwo podręcznika „Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci”. Pan prof. Tomasz Wolańczyk uczestniczył również w badaniach nad problemem rozpowszechnienia zaburzenia obsesyjno–kompulsyjnego;

– prof. dr hab. Anna **Czech**, prof. dr hab. Jan **Tatoń**, dr Małgorzata **Bernas** i lek. Marek **Roik** – za twórcze ujęcie interdyscyplinarnych problemów kardiologii i diabetologii opracowanych w formie monografii „Cukrzycowe choroby serca” dla celów dydaktycznych.



• W rankingu studentów II Wydziału Lekarskiego oceniającym pracę dydaktyczną w roku akademickim 2005/2006

I miejsce otrzymał Zespół II Kliniki Psychiatrycznej kierowany przez prof. dr. hab. Andrzeja Kokoszkę, w składzie: dr hab. Bartosz Łoza, dr Artur Cedro, dr Wiesław Czernikiewicz, dr Klaudiusz Papierski, dr Iwona Matejuk-Mazurek, dr Anna Mosiołek, lek. Ludwik Bryła, lek. Paweł Holas, lek. Agnieszka Łukasiewicz, lek. Wojciech Matysiewicz, lek. Agnieszka Popielarczyk

II miejsce otrzymał Zespół Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii kierowany przez prof. dr hab. Annę Czech, w składzie: prof. dr hab. Jan Tatoń, dr Małgorzata Bernas, dr Marek Kowrach, dr. Roman Kuczerowski, dr Paweł Luźniak, dr Paweł Piątkowski, dr Anna Rubiec – Niemirowska, dr Zofia Szczeklik – Kumala, lek. Jerzy Marek, lek. Sylwia Zawada – Targoli

## Wydział Farmaceutyczny

Nauczyciele akademicy zatrudnieni w Wydziale Farmaceutycznym, którzy otrzymali nagrody JM Rektora za działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną:

- Nagrody zespołowe organizacyjne I stopnia:
  - prof. dr hab. Jan Pachecka – za opracowanie i wdrożenie programu nauczania na I roku uzupełniających studiów magisterskich na kierunku analityka medyczna;
  - prof. dr hab. Andrzej Tokarz – za wiodący udział w opracowaniu materiałów na potrzeby akredytacji Wydziału Farmaceutycznego dokonanej przez Państwową Komisję Akredytacyjną;
  - prof. dr hab. Mirosław Szutowski – za opracowanie zasad realizacji bloków fakultatywnych w programie nauczania zgodnym z nowymi standardami dla kierunku farmacja.
- Nagroda indywidualna naukowa I stopnia – prof. Waław Kołodziejski – za autorstwo pracy pt. „Solid-State NMR Studies of Bone”.
- Nagroda indywidualna naukowa III stopnia – dr n. farm. Barbara Lisowska – Myjak – za autorstwo pracy pt. „AAT as a diagnostic tool”.
- Nagrody zespołowe naukowe II stopnia:
  - mgr Katarzyna Paradowska, mgr Karolina Dąbrowska – Balcerzak, prof. Andrzej Temeriusz, dr Michał Cyrański, prof. Jacek Morzycki – za cykl 3 prac dotyczących badań strukturalnych bioaktywnych związków metodą NMR ciała stałego;
  - prof. dr hab. Liliana Konarska, prof. Bożena Kamińska, mgr Aleksandra Ellert – Miklaszewska – za współautorstwo pracy pt.: „Cannabinoids down-regulate PI3K/Akt and Erk signalling pathways



Prof. Mirosława Furmanowa odbiera gratulacje w związku z otrzymaniem zespołowej nagrody naukowej III stopnia za współautorstwo publikacji dot. biotechnologii roślin leczniczych.

and activate proapoptotic function of bad protein”.

- Nagrody zespołowe naukowe III stopnia:
  - dr Grażyna Prokopienko, dr Barbara Krasowska – Świebocka, dr Piotr Luliński – za współautorstwo cyklu prac dotyczących nowych metod jodowania arenów;
  - prof. dr hab. Iwona Wawer, dr Maciej Pisklak, prof. Zdzisław Chilmończyk – za współautorstwo publikacji dotyczącej badań struktury wiagry metodą NMR ciała stałego;
  - dr Andrzej Zimniak, dr Janusz Zachora – za współudział w badaniach wiązań wodorowych w antybiotykach;
  - prof. dr hab. Dorota Maciejewska, dr Maria Niemyjska oraz mgr Teresa Żołek – za współautorstwo prac dotyczących analizy struktury i oddziaływań międzymolekularnych związków aktywnych biologicznie;
  - dr Jolanta Zajdel – Dąbrowska, dr Danuta Kruzszevska, dr Aleksandra Sebastian, prof. Stefan Pierzynowski oraz dr Paweł Podgurniak – za współautorstwo pracy pt. „Extremely low electrical current generated by porcine small intestine smooth muscle alters bacterial autolysin production”;
  - prof. dr hab. Mirosława Goleniewska – Furman, dr Katarzyna Sykłowska – Baranek, dr Agnieszka Pietrosiuk, dr Piotr Suchocki, mgr Wojciech Szypuła, mgr Monika Zych – za współautorstwo cyklu publikacji dotyczących biotechnologii roślin leczniczych.
- Nagroda indywidualna dydaktyczna III stopnia – mgr Maciej Paprocki – za opracowanie założeń ramowego programu nowego bloku fakultatywnego na studiach farmaceutycznych – Zarządzanie i Ekonomia Farmacji.

- Nagroda zespołowa dydaktyczna III stopnia – prof. dr hab. Jacek **Łukasiewicz**, mgr Grażyna **Kubiak – Tomaszewska**, mgr Sylwia **Lewandowska – Pachecka**, dr n. farm. Piotr **Tomaszewski**, dr Maciej **Małecki** – za współautorstwo opracowania programów i metod nauczania biologii molekularnej oraz wdrożenie ich do realizacji na dwóch kierunkach studiów – farmacji i analityce medycznej.

- W rankingu studentów Wydziału Farmacji oceniającym pracę dydaktyczną w roku akademickim 2005/2006

I miejsce otrzymał Zespół Katedry i Zakładu Technologii Środków Leczniczych kierowany przez prof. dr hab. Franciszka **Herolda**, w składzie: dr Jadwiga **Turło**, dr Andrzej **Chodkowski**, dr Jerzy **Kleps** oraz mgr Marek **Król**

II miejsce otrzymał Zakład Farmakodynamiki kierowany przez prof. dr hab. Stanisława Witolda **Gumułkę**, w składzie: prof. nadzw. dr hab. Helena **Makulska – Nowak**, dr n. farm. Magdalena **Bujalska**, dr n. farm. Anna **Dorociak**, dr n. farm. Mirosław **Rewekant**, mgr biol. Małgorzata **Sasinowska – Motyl**, mgr farm. Anna **de Corde**, mgr farm. Jan **Tatarkiewicz**, lek. Piotr **Wesołowski**.

## Wydział Nauki o Zdrowiu

Nauczyciele akademicki zatrudnieni w Wydziale Nauki o Zdrowiu, którzy otrzymali nagrody JM Rektora AM

- Nagrody zespołowe organizacyjne I stopnia:
  - prof. dr hab. Bożena **Tarchalska – Kryńska** – za opracowanie przewodnika dydaktycznego dla studentów studiów I stopnia na kierunku zdrowie publiczne, specjalność ratownictwo medyczne, opracowanie zeszytu fakultatywnego z farmakologii – materiały dydaktyczne dla studentów WNoZ, jak również za dostosowanie programów nauczania do projektów standardów na specjalnościach ratownictwo medyczne i dietetyka;

- prof. dr hab. Jacek **Przybylski** – za organizację studiów pomostowych na kierunku położnictwo i dostosowanie programów nauczania do obowiązujących standardów;

- dr hab. Zdzisław **Wójcik** – za organizację studiów pomostowych na kierunku pielęgniarstwo dla 5 poziomów średniego wykształcenia zawodowego i wdrażanie programów nauczania dostosowanych do obowiązujących standardów;

- prof. dr hab. Bolesław **Samoliński** – za zbudowanie studiów na kierunku zdrowie publiczne. Pan profesor został nagrodzony także za prace nad zastosowaniem prób prowokacyjnych w diagnostyce alergicznego nieżyty nosa.

- Nagroda organizacyjna I stopnia – mgr Aleksandra **Werczyńska** – za zaangażowanie w prace Sekretarza Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej Wydziału Nauki o Zdrowiu, wyróżniające kompetencje i ogromny wkład pracy w rekrutację studentów na studia stacjonarne i niestacjonarne na 5 kierunkach studiów.

- Nagroda organizacyjna II stopnia – mgr Ewa **Kądalska** i mgr Dorota **Pytka** – za wybitny wkład w tworzenie nowego systemu rekrutacyjnego, umożliwiającego sprawną rekrutację studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu na studia stacjonarne i niestacjonarne oraz na studia pomostowe.

- Nagroda zespołowa naukowa I stopnia – dr hab. Małgorzata **Lewandowska – Szumieł**, dr Marcin **Kowalski** oraz mgr Radosław **Olkowski** – za badania nad materiałami przeznaczonymi do implantacji do tkanek ludzkich z perspektywą zastosowania w medycynie regeneracyjnej.

- Nagrody zespołowe naukowe III stopnia:

- dr Bożena **Czarkowska – Pączek**, dr Irena **Bartłomiejczyk**, prof. dr hab. Joanna **Juska** – za cykl prac nad udziałem cytokin i czynników wzrostu w rozwoju zapalenia;

- mgr Zofia **Sienkiewicz** i mgr Teresa **Paszek** – za przygotowanie materiałów dydaktycznych przedmiotu „Rozwój pielęgniarstwa z etyką zawodu” wraz z wykazem podstawowych kompetencji zawodowych oraz wersji egzaminu licencjackiego z tego przedmiotu.

- Nagroda zespołowa dydaktyczna I stopnia

za uzyskanie najwyższej oceny pracy dydaktycznej w rankingu studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu w roku akademickim 2005/2006 – Zespół Zakładu Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii, kierowany przez dr. Dariusza **Kossona**, w składzie: lek. Magdalena **Wodowska** i lek. Dorota **Lewandowska**. Lek. Dorota Lewandowska brała również udział w pracach zespołu, który otrzymał nagrodę za pracę pt. „Parental tobacco smoking is associated with augmented IL-13 secretion in children with allergic asthma”.

- Nagroda zespołowa dydaktyczna II stopnia

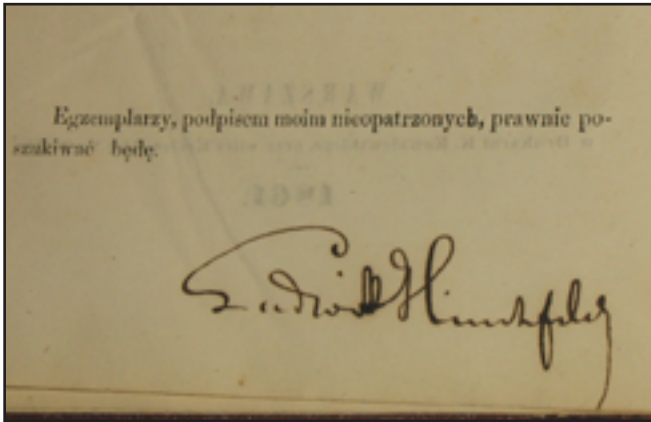
za uzyskanie drugiego miejsca w ocenie pracy dydaktycznej w rankingu studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu w roku akademickim 2005/2006 – Zespół Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu, kierowany przez dr. hab. Marka **Pertkiewicza**, w składzie: dr Michał **Ławiński**, mgr Krystyna **Majewska** i lek. Mohammad **Midi**.

# Dzieła anatomiczne i ich twórcy (1858–1928) (ze zbiorów Collegium Anatomicum)

**Mgr Agnieszka Czarnecka**

„...Anatomia w najobszerniejszym słowa znaczeniu jest nauką o organizacyi. Rozbiera ona organizmy (ustroje) na ich składowe części, wykazuje stosunek tychże pomiędzy sobą, bada ich wewnętrzną budowę i zewnętrzną postać. Słowem uczy nas czym ciało martwe było za życia. Piękniejszego założenia nie mógł sobie umysł ludzki uczynić. Anatomia jest więc jedną z najpowabniejszych i najdokładniejszych nauk”<sup>1</sup>

Tak istota anatomii została określona w jednym z kilku dzieł należących do kolekcji Zakładów i biblioteki Collegium Anatomicum, prezentowanych w Rektoracie AM w Warszawie, na wystawie „Dzieła anatomiczne i ich twórcy (1858–1928)”.



Podpis Ludwika Maurycego Hirszfelda w tomie czwartym *Anatomii opisowej człowieka*. Ze zbiorów Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii Centrum Biostruktury AM.

Przygotowując zbiory do tej ekspozycji, staraliśmy się pokazać je w możliwie najszerszym kontekście, pozwalającym na obejrzenie książek na zewnątrz i od środka, a także na dostrzeżenie tego, czego nie widać „gołym okiem”, czyli sylwetek twórców – autorów, tłumaczy, redaktorów. Wielu z nich, podobnie jak autor przytoczonego cytatu, chcąc ująć w słowa przedmiot swojej życiowej pasji, pozostawiło na kartach prezentowanych przez nas książek piękne i aktualne po dziś dzień definicje anatomii, jak chociażby tę: „Nauka o ciałoskładzie człowieka, która już w najodleglejszej starożytności, zwracała szczególną uwagę lekarzy, w bliższych epoki naszej czasach, nabrała jeszcze więk-

szego znaczenia, i stała się podstawą wiedzy lekarskiej. Najnowsze postępy fizjologii doświadczalnej, chirurgii, i wszystkich w ogóle gałęzi nauk lekarskich, jedynie dokładnej znajomości anatomii, zawdzięczają to piękno prawdy i pewności, jakie je odznacza”<sup>2</sup>. Słowa te pochodzą z przedmowy do tomu czwartego, wydanej w latach 1861–1869 „Anatomii opisowej ciała ludzkiego”. Skreślone zostały ręką jednego z najwybitniejszych dziewiętnastowiecznych polskich anatomów – Ludwika Maurycego Hirszfelda, którego życiorys nie ustępuje niezwykłością jego dziełom. Jako 20–letni chłopak, pochłonięty pasją zdobycia wykształcenia medycznego wyruszył z Warszawy do Paryża boso, bez paszportu i stosownych świadectw, utrzymując się po drodze z gry na skrzypcach. Swoją przygodę z medycyną roz-



począł od posady pomocnika posługacza w paryskim prosektorium École Pratique de Médecine u profesora Bourgery. Jego talent preparatorski został szybko zauważony. „Pewnego dnia zabrakło Profesorowi w czasie wykładu kilku preparatów: Wtedy Ludwik pobiegł do piwnicy i wyciągnął stamtąd swoje okazy. Przyniósł je na salę wykładową: profesor obejrzawszy je krzyknął na studentów: – A genoux, messieurs! (Na kolana, panowie). Preparaty były lepsze od jego własnych”<sup>3</sup>. Po 25 latach wyężonej pracy w Paryżu Hirszfild wraca do kraju już jako profesor zwyczajny anatomii i obejmuje stanowisko kierownika Katedry Anatomii w Akademii Medyko–Chiurgicznej w Warszawie.

- 1 *Anatomia opisowa ciała ludzkiego*, Tom 1, *Nauka o kościach i więzadłach. Nauka o mięśniach*, podług Józefa Hyrtla, tł. Ludwik Adolf Neugebauer, Janusz Ferdynand Nowakowski, Drukarnia Jana Cotty, Warszawa 1868, s. 1.
- 2 Hirszfild L.: *Anatomia opisowa ciała ludzkiego*, Tom 4, *Układ nerwowy i przyrządy zmysłowe (neurologia i aesthesiologia) wraz z uwagami fizyologicznymi*, Drukarnia W. Kowalewskiego, Warszawa 1861, s. 1.
- 3 *Dzieje nauczania medycyny i farmacji w Warszawie (1789–1950)*, red. M. Łyskanowski, A. Stapiński, A. Śródka, PZWL, Warszawa 1990, s. 202.





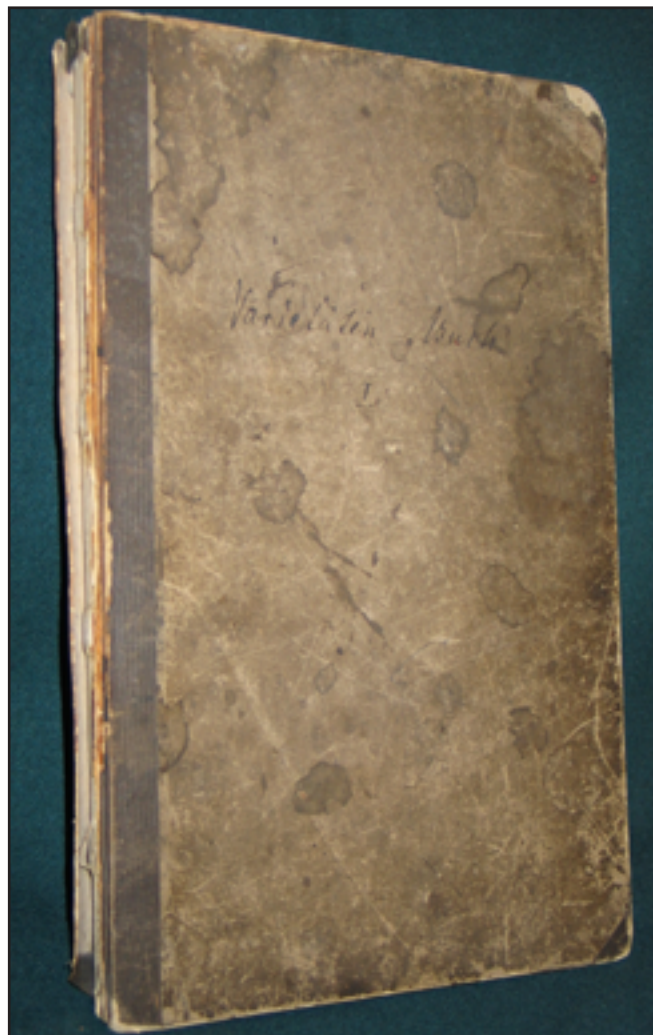
**Varietaten Buch** – ilustracja wraz z opisem, na dole strony data 13 grudnia 1862 r. Ze zbiorów Zakładu Anatomii Prawidłowej Centrum Biostruktury AM.

Prezentowany na wystawie czterotomowy podręcznik „Anatomia opisowa ciała ludzkiego”<sup>4</sup>, Hirszfeld wydał już w Warszawie. Na uwagę zasługuje fakt, że poszczególne jego tomy opatrzone zostały na odwrocie strony tytułowej własnoręcznym podpisem autora, umieszczonym pod informacją „...egzemplarzy podpisem moim nie opatrzonych prawnie poszukiwać będę”. Z niekłamaną przyjemnością oddawać się można lekturze wybranych fragmentów tekstu, która nie tylko z perspektywy anatomii, ale i stylistyki wydaje się niezwykle interesująca. Oto jak w tomie drugim profesor Hirszfeld oddał istotę ukła-

du mięśniowego: „Szkielet kostny otoczony jest ze wszech stron, na zewnątrz, masą miękką, czerwoną, pęczkowatą, wejrzenia włóknistego, stanowiąc to, co zazwyczaj mięsem (caro) nazywamy, a w języku anatomicznym mięśniami (musculi) ... Za pośrednictwem tych organów, połączonych z kośćmi, człowiek może wywierać wpływ na otaczające go przedmioty i wykonywać na nich różne odmiany; może poruszać się, wyrażać zrozumienie swe myśli i uczucia, bądź głosem, bądź znakami, bądź nakoniec za pomocą mimiki, czyli poruszeń rysów twarzy.”<sup>5</sup>

Ciekawą praktyką dziewiętnastowiecznych drukarzy, która znalazła swoje odbicie również w dziele Hirszfelda, było zamieszczanie w książkach list prenumeratorów, czyli nabywców. Deklarowali oni chęć zakupu dzieła jeszcze przed jego ukazaniem się w druku, czyniąc w ten sposób możliwym wydanie wielu cennych pozycji. W spisach prenumeratorów „Anatomii opisowej ciała ludzkiego” odnaleźliśmy m. in. słynną firmę wydawniczo-księgarską Gebethnera i Wolffa oraz nazwisko, będącego jeszcze wówczas studentem II roku medycyny, Wacława Mayzla.

Obwoluta **Varietaten Buch**. Ze zbiorów Zakładu Anatomii Prawidłowej Centrum Biostruktury AM.



- 4 Hirszfeld L.: *Anatomia opisowa ciała ludzkiego*, Tom 1, *Opis Układu kostnego i stawowego (osteologia i arthrologia)* wraz z uwagami fizjologicznymi, Drukarnia Spółki C. D. N., Warszawa 1867. Tom 2, Część 1, *Opis układu mięśniowego i powięziowego (myologia et aponeurologia)* wraz z uwagami fizjologicznymi, Drukarnia J. Goldmana, Warszawa 1869. Tom 3, *Opis układu naczyniowego człowieka (angiologia)* wraz z uwagami fizjologicznymi, Drukarnia K. Kowalewskiego, Warszawa 1863. Tom 4, *Układ nerwowy i przyrządy zmysłowe (neurologia i ae thesiologia)* wraz z uwagami fizjologicznymi, Drukarnia W. Kowalewskiego, Warszawa 1861.
- 5 Hirszfeld L., *Anatomia opisowa ciała ludzkiego*, Tom 2, Część 1, *Opis układu mięśniowego i powięziowego (myologia et aponeurologia)* wraz z uwagami fizjologicznymi, Drukarnia J. Goldmana, Warszawa 1869, s. 1.

W 1874 roku jako pierwszy opisał on zjawisko mitozy na łamach czasopisma „Medycyna”<sup>6</sup>

Wśród prezentowanych eksponatów znalazł się „Rys anatomii stosowanej” Pauleta z 1877 roku<sup>7</sup>. Jego przekładu z języka francuskiego podjęli się studenci Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego – Władysław Matlakowski i Roman Kowalewski. „Rys anatomii stosowanej” wydany został dla uczczenia czterechsetnej rocznicy urodzin Mikołaja Kopernika, z inspiracji absolwentów Uniwersytetu, rocznik 1873, którzy koszty tej szlachetnej inicjatywy, w wysokości 300 rubli, pokryli z własnych składek.<sup>8</sup>

Kiedy zgłębiamy życiorysy obu tłumaczy, oczywiście staje się powierzenie tego zadania właśnie im – ludziom niezwykle utalentowanym, którzy swoich zainteresowań nie ograniczali tylko do nauk medycznych. Na szczególną uwagę zasługuje zwłaszcza osoba Władysława Matlakowskiego – lekarza, chirurga, etnografa, tłumacza, który w 1882 r. wygrał konkurs na stanowisko ordynatora samodzielnego II Oddziału Chirurgicznego Kobiecego w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Przez ponad dwa lata był tu jedynym lekarzem. Skutecznie walczył o dobre wyniki swojej pracy chirurgicznej (włącznie z wprowadzeniem wymogu kąpieli operatora i jego asystenta, oraz zmianą przez nich bielizny przed operacją). Własnym kosztem urządził salę operacyjną, która zgodnie z jego słowami powinna być owym „*sanctum sanctorum*, jak w arce przymierza”<sup>9</sup>. Dzięki surowej dyscyplinie, jakiej zostali poddani pracownicy i pacjenci w zakresie antyseptyki, dokonał przełomu. Zniknęły: róża, posocznica, zgorzel szpitalna, a także cuchnące opatrunki i zaduch w salach chorych. To jemu właśnie jedną ze swoich monografii poświęcił wieloletni dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie – Janusz Kapuścik. Odnajdujemy w niej te słowa młodego Stefana Żeromskiego o tłumaczu „Rysu anatomii stosowanej”: „Okropnie kocham Matlakowskiego, bo jest to doskonały ja. Ma te same myśli, taki sam pogląd na świat, na rzeczy kochane, tak samo jest zabobonny, umierający ciągle, wszystko go to zachwyca, co mnie, a że jest prawdziwie głęboko mądry i wykształcony, więc mi z nim było ogromnie dobrze.



Ekslibris Profesora Edwarda Lotha, umieszczony w dziele *J. Henle's Grundriss der Anatomie des Menschen*. Ze zbiorów Zakładu Anatomii Prawidłowej Centrum Biostruktury AM.

On kocha się w przyrodzie właśnie po mojemu – nie po malarsku, jak pan Witkiewicz. Gadaliśmy na ganuku o srokach i ślinogorzach, o narzeczcu ludowym – i widziałem, że mię lubił. Ach, jaki to człowiek! Gdybym ja był takim.”<sup>10</sup>

Ciekawą grupę wystawowych eksponatów stanowią dzieła należące do kolekcji Zakładu Anatomii Prawidłowej Centrum Biostruktury, które ocalały z pożogi wojennej. Collegium Anatomicum płonęło dwukrotnie – podczas bombardowań we wrześniu 1939 roku<sup>11</sup> i podczas planowych podpaleń niemieckich w roku 1944<sup>12</sup>.

Wśród wydobytych ze zgliszcz Anatomicum dzieł znalazły się dwie rękopiśmienne książki – „Varietaten Buch” i „Księga odmian”. Rejestrują one przypadki ciekawych odstępstw od prawidłowej

6 Reymond J.: *Twórcy polskich podręczników anatomii człowieka i ich dzieła (XVIII–XIX wiek)*, Radomskie Towarzystwo Naukowe, Radom 2006, s. 87.

7 *Rys anatomii stosowanej przez Paulet'a*, tł. R. Kowalewski, W. Matlakowski, Drukarnia Gazety Lekarskiej, Warszawa 1877.

8 Z powodu ograniczonej powierzchni ekspozycyjnej niemożliwe było pokazanie w Rektoracie AM wszystkich wytypowanych do wystawy dzieł. Ten eksponat prezentowany jest na stronie [www.bibl.amwaw.edu.pl/wystawa](http://www.bibl.amwaw.edu.pl/wystawa)

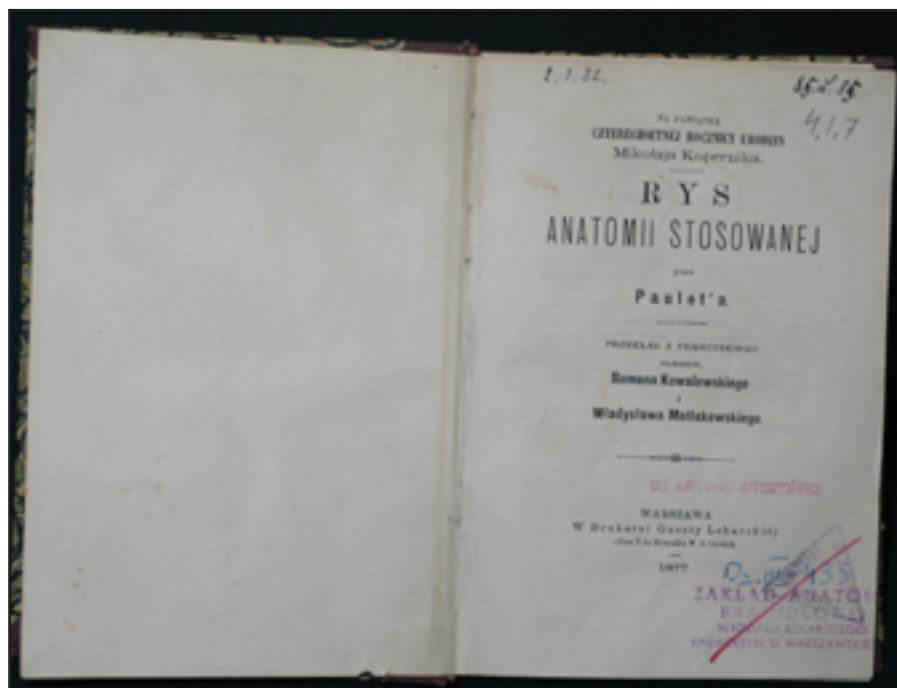
9 Kapuścik J.: *Władysław Matlakowski. Lekarz – pisarz – uczony*, Główna Biblioteka Lekarska, Warszawa 1995, s. 101.

10 Kapuścik J.: *Władysław Matlakowski. Lekarz – pisarz – uczony*, Główna Biblioteka Lekarska, Warszawa 1995, Warszawa 1995, s. 11.

11 Komender J.: *Zakład Histologii i Embriologii Akademii Medycznej w Warszawie, jego tradycje i rozwój*, Arch. Hist. Med. 1963, 26 (3–4), s. 234.

12 Zieliński J.: *Atlas dawnej architektury ulic i placów Warszawy: tom 2, Canaletta–Długosza*, Towarzystwo Opieki nad Zabytkami, Warszawa 1996, s. 23.





Strona tytułowa dzieła *Rys anatomii stosowanej przez Pauleta*, w przekładzie R. Kowalewskiego i W. Matlakowskiego. Ze zbiorów biblioteki Centrum Biostruktury AM.

Na sześciuset słuchaczy medycyny, znalazło się w odciętej Warszawie zaledwie kilkadziesiąt podręczników anatomii.<sup>14</sup>

Obecnie studenci medycyny mają do dyspozycji nie tylko podręczniki anatomii w niespotykanym dawniej nakładzie, ale także atlasy oraz zasoby Internetu. Tym bardziej jednak istotna wydaje się pamięć o twórcach i dziełach dawnych, bez których współczesna anatomia nie byłaby tym czym jest.

W niniejszym artykule zamieściłam informacje dotyczące jedynie najbardziej reprezentatywnych dla wystawy eksponatów, mając nadzieję, że tekst ten będzie dla Państwa zachętą do obejrzenia ekspozycji w Rektoracie AM i na stronie [www.bibl.amwaw.edu.pl/wystawa](http://www.bibl.amwaw.edu.pl/wystawa).

budowy anatomicznej. „Varietaten Buch” (z niem. księga odmian) pochodzi z drugiej połowy XIX wieku. Zawiera kolorowe ryciny i notatki w języku niemieckim, z których najstarsze datowane są na rok 1858. „Księga odmian” obejmuje materiał ilustracyjny wraz z opisami za lata 1928 – 1936. Wpisów dokonywali pracownicy zakładu. Większość z nich jest sygnowana podpisem S. Karpowicza, który w tamtym czasie był tu asystentem. W grupie dzieł naznaczonych piętnem tych tragicznych dla Anatomicum chwil znalazł się również podręcznik „J. Henle’s Grundriss der Anatomie des Menschen” z 1901 r.<sup>13</sup> Mimo nadpalenia grzbietu, blok główny książki zachował się w bardzo dobrym stanie. Jej wartość jest tym większa, że stanowiła ona własność profesora Edwarda Lotha, o czym informuje nas zachowany w książce oryginalny ekslibris tego wielkiego anatoma. Być może ten właśnie egzemplarz służył profesorowi przy pracy, kiedy stanął na czele komitetu redakcyjnego polskiego tłumaczenia podręcznika Henle’go. We wstępie do niego, który zatytułował „W rocznicę wskrzeszenia polskiego wykładu anatomii w Warszawie, dnia 25 listopada 1915 r.”, pisał: „...wobec otwarcia wydziału lekarskiego w Warszawie sprawa podręcznika z dziedziny anatomii jest tym bardziej nagła i paląca, że ze względu na rozporządzenia władz okupacyjnych, nie można było sprowadzać żadnych druków już nie tylko polskich, ale nawet i w niemieckim języku.

Na zakończenie czuję się w miłym obowiązku podziękować profesorom Bogdanowi Ciszewskiemu i Kazimierzowi Ostrowskiemu, bez których pomocy i życzliwości wystawa nie mogłaby zaistnieć.

## Piśmiennictwo:

1. *Dzieje nauczania medycyny i farmacji w Warszawie (1789–1950)*, red. M. Łyskanowski, A. Stapiński, A. Śródka, PZWŁ, Warszawa 1990.
2. Kapuścik J., *Władysław Matlakowski. Lekarz – pisarz – uczyony*, Główna Biblioteka Lekarska, Warszawa 1995.
3. Komender J.: *Zakład Histologii i Embriologii Akademii Medycznej w Warszawie, jego tradycje i rozwój*, Arch. Hist. Med., 1963, 26 (3–4): 225–238.
4. Kucharz E., Stawiarska B.: *Życie i działalność Ludwika M. Hirszfelda*, Wiad. Lek., 1982, 35, (3–4): 261–266.
5. Reymond J.: *Twórcy polskich podręczników anatomii człowieka i ich dzieła (XVIII–XIX wiek)*, Radomskie Towarzystwo Naukowe, Radom 2006.
6. Zieliński J.: *Atlas dawnej architektury ulic i placów Warszawy: tom 2, Canaletta–Długosza*, Towarzystwo Opieki nad Zabytkami, Warszawa 1996.

Zdjęcia *Agnieszka Czarnecka*

13 Merkel F.: *J. Henle’s Grundriss der Anatomie des Menschen*, Friedrich Vieweg, Braunschweig 1901.

14 Henle J.: *Zarys anatomii człowieka*, red. tłum. pol. E. Loth, Wende i S-ka, Warszawa 1916, s. 1





## Środki dopingujące z grupy narkotyków w moczu sportowców polskich w latach 1998–2004\*

Mgr Andrzej Dariusz Pokrywka

promotor – *prof. dr hab. Ryszard Grucza*

recenzenci: *prof. dr hab. Krystyna Olczyk*  
*prof. dr hab. Mirosław Szutowski*



Głównym celem pracy było rozpoznanie skali problemu używania narkotyków przez sportowców polskich. Na liście środków i metod niedozwolonych w sporcie – publikowanej przez Międzynarodowy Komitet Olimpijski (MKOl), a od 2004 roku przez Światową Agencję Antydopingową

(WADA) – pod nazwą narkotyki widnieją tylko narkotyczne środki przeciwbólne. Jednak w pracy nie ograniczono się wyłącznie do tej grupy związków i uwzględniono także kanabinoidy oraz wiele substancji z grupy stymulantów. Praca miała dostarczyć informacji charakteryzującej profil sportowców polskich stosujących narkotyki w latach 1998-2004 w zależności od płci, wieku, terminu badania (na zawodach, poza zawodami) i rodzaju uprawianej dyscypliny sportu. Odniesienie uzyskanych wyników do dostępnych wyników kontroli dopingiu na świecie miało na celu porównanie rezultatów badań sportow-

ców polskich z zawodnikami innych krajów. Jednym z celów pracy była także ocena wyników badań pod kątem tzw. dopingiu nieświadomego.

W poszukiwaniu narkotyków przebadano 13631 próbek moczu, pobranych od zawodników obu płci, w wieku 10-67 lat, będących przedstawicielami 46 dyscyplin lub związków sportowych. W analizie instrumentalnej wykorzystano chromatografię gazową i spektrometrię mas. Narkotyki wykryto w 401 próbkach. Zidentyfikowanymi związkami były: amfetamina, hydroksyamfetamina, kokaina, morfina, leworfanol i karboksytetrahydrokanabinol.

Ilość wykrywanych narkotyków z grupy stymulantów i narkotycznych środków przeciwbólowych u polskich sportowców jest podobna do średniej wykrywalności światowej i są to sporadyczne przypadki. Najczęściej wykrywanym narkotykiem u polskich sportowców jest tetrahydrokanabinol (THC). W zestawieniu z wynikami badań antydopingowych na świecie, w Polsce odsetek pozytywnych próbek moczu z THC jest jednym z najwyższych. Wykrywalność THC jest najczęstsza u sportowców w wieku 16-24 lata. Częściej stosowanie THC stwierdza się w badaniach poza zawodami, a problem używania tego narkotyku dotyczy głównie mężczyzn. Najbardziej narażonymi na problem narkomanii są zawodnicy uprawiający sporty kontaktowe (głównie rugby i hokej na lodzie), sporty walki oraz akrobatykę sportową, łyżwiarstwo, kulturystykę i trójbój siłowy. Interpretacja wyników analiz dla niektórych substancji jest złożona. Komisja do Zwalczenia Dopingiu w Sporcie, do której w Polsce należy rozstrzygnięcie, czy nastąpiło naruszenie przepisów antydopingowych, szczególnie w przypadku morfiny i kanabinoidów, powinna brać pod uwagę możliwość wystąpienia tzw. dopingiu nieświadomego.

## Struktura, właściwości antyutleniające i radioprotekcyjne antocyjanidyn oraz ich cukrowych pochodnych\*

Mgr Michał Wolniak

promotor – *prof. dr hab. Iwona Wawer*

recenzenci: *prof. dr hab. Waclaw Kołodziejcki*  
*prof. dr hab. Zygmunt Kazimierzczuk*

Tematem pracy doktorskiej były badania struktury antocyjanidyn i antocyjanin w ciele stałym z wykorzystaniem metod spektroskopii NMR oraz modelowania molekularnego. Głównym celem pracy była analiza konformacji kilkunastu szeroko rozpowszechnionych w świecie roślinnym antocyjanów, które udało się otrzymać w dostatecznej ilości z owoców kolorowych. Celem obliczeń teoretycznych było wsparcie eksperymentu poprzez obliczenie stałych ekranowania NMR oraz składowych tensora ekranowania jąder C-13 dla molekuł o wcześniej zoptymalizowanej geometrii. Interesujące było

również zbadanie właściwości antyutleniających i radioprotekcyjnych wybranych antocyjanów oraz ekstraktów z owoców bogatych w te związki.

Zarejestrowano widma  $^1\text{H}$  i  $^{13}\text{C}$  NMR w roztworze, widma  $^{13}\text{C}$  CP MAS NMR w fazie stałej dla 22 antocyjanidyn i antocyjanin oraz przypisano sygnały rezonansowe węgla; dla 6 antocyjanin wyznaczono elementy tensora przesunięcia chemicznego, po raz pierwszy dla tej klasy związków. Badania wykazały nieuporządkowanie strukturalne w fazie stałej. Analiza widm NMR dostarczyła informacji o polimorfizmie, potencjalnej lokalizacji anionu chlorkowego w stosunku do kationu flawyliowego oraz orientacji podstawników (grup OH). Wykonano obliczenia kwantowo-mechaniczne na poziomie DFT dla wszystkich badanych związków, obliczono też parametry ekranowania jąder C-13. Analiza parametrów anizotropii przesunięcia chemicznego, wyznaczonych metodą PASS-2D oraz obliczenia teoretyczne pozwoliły określić najbardziej prawdopodobne kon-

formacje w ciele stałym oraz oddziaływania międzymolekularne w postaci wiązań wodorowych.

Wykonano również pomiary pojemności antyoksydacyjnej czystych związków i ekstraktów metodą EPR, pokazując synergistyczne działanie mieszaniny polifenoli w ekstraktach. Do oceny właściwości radioprotekcyjnych wykorzystano linie komórkowe nerki małpy zielonej (GMK). Komórki ulegały uszkodzeniom skutkiem promieniowania gamma, którego źródłem był technet-99. Mimo iż wykazano zależność efektu radioprotekcyjnego od pojemności antyutleniającej, to jednak nie ma prostej korelacji między tymi parametrami.

Produkty spożywcze z owoców kolorowych bogate w antocyjany (szczególnie owoce aronii), powinny być szczególnie zalecane w profilaktyce chorób o etiologii wolnorodnikowej, ze względu na silne działanie antyutleniające antocyjanów.

\* streszczenie pracy doktorskiej

## Obrony prac doktorskich – I Wydział Lekarski

### 9 listopada 2006 roku

**godz. 10.35 – mgr Agnieszka Ciesielska** – *Zmiana ekspresji mRNA dla wybranych cytokin oraz aktywacji komórek glejowych w modelu zwierzęcym choroby Parkinsona*

promotor – prof. dr hab. Andrzej Członkowski

recenzenci: dr hab. Urszula Fiszer – prof. nadzw. CMKP, prof. dr hab. Leszek Pączek

**godz. 12.15 – lek. Ewa Orkan – Łęcka** – *Przydatność kliniczna słuchowych potencjałów pnia mózgowego wywołanych krótkimi tonami w diagnostyce odbiorczych zaburzeń słuchu*

promotor – dr hab. Krzysztof Kochanek

recenzenci: dr hab. Alina Morawiec – Bajda – prof. nadzw. UM w Łodzi,

prof. dr hab. Mariola Śliwińska – Kowalska

**godz. 13.00 – lek. Iwona Leszczyńska** – *Testy skórne i testy IgE swoiste u pacjentów z klinicznymi objawami alergii na zwierzęta*

promotor – prof. dr hab. Edward Zawisza

recenzenci: prof. dr hab. Michał Pirożyński,

prof. dr hab. Andrzej Kukwa

### 16 listopada 2006 roku

**godz. 10.30 – lek. Justyna Tołłoczko** – *Czynność wątroby u noworodków matek chorych na cukrzycę*

promotor – prof. dr hab. Maria Borszewska – Kornacka  
recenzenci: prof. dr hab. Maria Beata Czeszyńska,  
prof. dr hab. Leszek Bablok

**godz. 11.15 – lek. Anna Perdzyńska** – *Wpływ stosowania Vinpocetyny na poprawę krążenia mózgowego u noworodków donoszonych wymagających intensywnej terapii*

promotor – prof. dr hab. Maria Borszewska – Kornacka  
recenzenci: prof. dr hab. Jerzy Szczapa,  
dr hab. Jacek Rudnicki

**godz. 13.15 – lek. Paweł Gołębiwski** – *Ocena wewnątrznaczyniowego leczenia zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej*

promotor – dr hab. Hubert Kwieciński, prof. nadzw. AM  
recenzenci: prof. dr hab. Walerian Staszkiwicz, dr hab. Grzegorz Opala – prof. nadzw. ŚLAM

**godz. 14.00 – lek. Urszula Ablewska** – *Profil hormonalny i wybrane czynniki ryzyka miażdżycy tętnic u młodych kobiet po przebytych zawale serca*

promotor – prof. dr hab. Danuta Liszewska – Pfeifer  
recenzenci: prof. dr hab. Hanna Szwed,  
prof. dr hab. Stanisław Radowicki

**Z pracami można się zapoznać w Bibliotece Głównej AM przy ul. Oczki 1.**



# System kształcenia pielęgniarek w Polsce i w Holandii<sup>1)</sup>

*mgr Ewa Kądalska<sup>1</sup>,  
prof. dr hab. n. hum. Irena Wrońska<sup>2</sup>,  
prof. dr hab. Piotr Małkowski<sup>3</sup>,  
<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego,  
<sup>2</sup>Zakład Pielęgniarstwa Społecznego,  
<sup>3</sup>Wydział Nauki o Zdrowiu AM  
w Warszawie*

Kształcenie zawodowe pielęgniarek, z uwagi na szczególne usytuowanie tej profesji w systemie ochrony zdrowia poszczególnych krajów europejskich, zostało uregulowane w postaci jednoznacznie sformułowanych wymogów, zawartych zarówno w dyrektywach UE, jak też dokumentach strategicznych WHO. Państwa członkowskie UE, w tym Polska i Holandia, podlegają zatem wspólnym regulacjom w omawianym zakresie. Jednocześnie kraje te rozwijają własne koncepcje programowe kształcenia oraz wprowadzają rozwiązania systemowe, uwzględniając właściwe dla nich różnice kulturowe, demograficzne, systemowe i ekonomiczne.

Przyjęty i wdrażany powszechnie w każdym z tych krajów model kształcenia zawodowego pielęgniarek zmienia się i nieustannie kształtuje, podlegając wpływowi trzech najważniejszych czynników, do których należy zaliczyć: zapotrzebowanie na specjalistów z tego zakresu na rynku pracy, sytuację grupy zawodowej, a także regulacje prawne krajowe, o zasięgu europejskim oraz pozaeuropejskim. Praca prezentuje czynniki determinujące przemiany zachodzące w systemie kształcenia pielęgniarek w Polsce i Holandii, strukturę obecnego systemu kształcenia pielęgniarek w obu krajach oraz działania podjęte w kierunku przyszłego rozwoju systemu.

## Czynniki determinujące rozwój systemu kształcenia zawodowego pielęgniarek w Polsce i w Holandii

### Czynniki demograficzno-społeczne

Zapotrzebowanie na kadrę pielęgniarską, zarówno w Polsce, jak i w Holandii od lat rośnie i zwią-

zane jest bezpośrednio ze wzrostem społecznego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską. W Polsce od roku 2002 notuje się ujemny przyrost naturalny, któremu towarzyszy malejąca liczba ludności w wieku produkcyjnym i wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym oraz starzenie się społeczeństwa. [1] W Holandii przyrost naturalny jest od 1990 r. dodatni, przy rocznej stopie wzrostu liczby mieszkańców w latach 1990–2002 w granicach 0,6%, przy czym największe zmiany dotyczą ludności w wieku poprodukcyjnym. Starzenie się społeczeństwa jest również znamienne. [2] W obydwu krajach następuje coroczny wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe postępujące, wzrasta także liczba osób niepełnosprawnych korzystających ze świadczeń pomocowych. Cechą charakterystyczną jest także obecny oraz prognozowany wzrost liczby gospodarstw domowych jedno i dwuosobowych, co w świetle powyżej przedstawionych zagadnień może być związane ze zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi opiekuńcze. [1, 2]

Zmiany systemowe w ochronie zdrowia

Systemy ochrony zdrowia w Polsce i Holandii przechodzą podobną drogę przemian w kierunku ich ekonomizacji, co oznacza kontrolę kosztów, jakości i dostępności świadczeń oraz szeroką prywatyzację usług. Stale rozszerzane są pakiety oferowanych świadczeń w ochronie zdrowia, szczególnie w tych sektorach, w których istnieje zwiększone zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, a wśród nich – na stacjonarną i domową opiekę długoterminową oraz opiekę paliatywno-hospicyjną. [2, 3]

Sytuacja w grupie zawodowej pielęgniarek

Liczba zatrudnionych pielęgniarek wyniosła w Polsce w 2002 r. 181 291 (265 200 zarejestrowanych, mających prawo wykonywania zawodu) i od 1997 r. stale maleje. Na 1 tys. mieszkańców (w populacji 38 200 tys.) przypada ok. 4, 7 pielęgniarek i wynik ten plasuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie. [3, 4] Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w tej grupie zawodowej w październiku 2004 r. wynosiło 1658, 47 zł.

W Holandii w 2002 r. zatrudnionych było 221 783 pielęgniarek, co w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców

<sup>1)</sup>Praca powstała na podstawie projektu badawczego własnego Nr 2 P05 D 018 27, finansowanego ze środków MEiN, przeprowadzonego w latach 2004–2005. Celem projektu była analiza systemów kształcenia pielęgniarek w uczelniach w Polsce i w Holandii, oraz zachodzących w tym zakresie przemian, w świetle regulacji europejskich, wymogów WHO i uwarunkowań społecznych. Przeanalizowano obowiązujące regulacje prawne w obu krajach, odnoszące się do systemu kształcenia pielęgniarek, założeń programowych kształcenia oraz wykonywania zawodu. Wykorzystano również programowe dokumenty rządowe w tym zakresie oraz dane statystyczne dotyczące sytuacji demograficznej, społecznej i systemów ochrony zdrowia w Polsce i w Holandii.



(w populacji 16 200 tys.) oznacza ok. 13,7 pielęgniarek. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie pielęgniarki z wyższym wykształceniem zawodowym waha się w granicach 1700–1900 EURO. [2]

Warto podkreślić, że szacowany przez ekspertów deficyt kadry pielęgniarskiej w perspektywie najbliższych lat (do 2010 r.) w Holandii wyniesie ok. 5%, a w Polsce ok. 30%. [2, 5]

Niepokojącym zjawiskiem w grupie zawodowej pielęgniarek w Polsce są liczne odejścia z pracy spowodowane wiekiem, stanem zdrowia, sprawami rodzinnymi, ale także podjęciem pracy poza sektorem lub migracją do pracy za granicę. W opinii pielęgniarek, aby poprawić ich sytuację, zmian wymagają wynagrodzenia, wyposażenie stanowisk w sprzęt ułatwiający pracę, zakres samodzielności zawodowej (autonomii) oraz większe możliwości awansu. [6]

W Holandii, według uczestniczących w badaniach sondażowych pielęgniarek, odejścia z pracy spowodowane są głównie przeciążeniem fizycznym i psychicznym, zbyt dużą odpowiedzialnością w pracy, brakiem perspektyw, chęcią zmiany pracy, niskimi wynagrodzeniami, a w dalszej kolejności wiekiem, stanem zdrowia i sprawami rodzinnymi. [2]

Warto zauważyć, że w kraju tym podjęto wiele inicjatyw, mających na celu wzrost satysfakcji z wykonywanej pracy, niedopuszczenie do odejścia od zawodu oraz uatrakcyjnienie oferty edukacyjnej dla pielęgniarek. Prowadzi się tutaj systematyczne badania naukowe i coroczne analizy dotyczące podsystemu pielęgniarstwa, w tym: liczby kształconych, zapotrzebowania na pracę i warunków pracy oraz tworzenia atrakcyjnych form zatrudnienia, jak: skracanie tygodniowego wymiaru pracy w sektorze usług pielęgniarsko-opiekuńczych i możliwość zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy. [2] Oferta edukacyjna została wzbogacona o kształcenie przygotowujące wysoko wykwalifikowaną kadrę do specjalnych zadań. Wiele uwagi poświęcono pracy nad przyszłym wizerunkiem wysoko wykwalifikowanej pielęgniarki/pielęgniarskiego, systematyzacji struktury kwalifikacyjnej i kompetencji na różnych poziomach profesjonalnej edukacji. Więcej informacji na ten temat zaprezentowano w dalszej części pracy.

Reasumując należy stwierdzić, że sytuacja demograficzno-społeczna, zmiany systemowe w ochronie zdrowia, a także sytuacja w grupie zawodowej

pielęgniarek, zarówno w Polsce, jak i w Holandii, istotnie wpływają na społeczne zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarskie, a więc także na przemiany w systemie kształcenia pielęgniarek. Czynniki te determinują bowiem liczbę kształconych, zakres treści programowych, a także jakość kształcenia, by sprostać oczekiwaniom pracodawców w zakresie przygotowania zawodowego pielęgniarek.

Regulacje prawne jako determinanty rozwoju systemu kształcenia pielęgniarek przedstawione zostały w kolejnym rozdziale.

## Europejskie regulacje prawne oraz dokumenty strategiczne wyznaczające systemy kształcenia pielęgniarek w Polsce i w Holandii

### 1. Uregulowania prawne europejskie

Regulacją dotyczącą kształcenia pielęgniarek w Europie, która zapoczątkowała ujednolicenie kształcenia zawodowego było Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzone w Strasburgu w 1967 r., podpisane przez rząd RP w grudniu 1995 r. i ratyfikowane w marcu 1996 r. (Dz. U. nr 83, poz. 384, 385).<sup>2)</sup>

Powyższe regulacje prawne obligowały rząd RP do wdrożenia i rozwijania kształcenia pielęgniarek w nowym systemie od 2000 r., co zapoczątkowało proces transformacji kształcenia.

Holandia nie ratyfikowała wspomnianego porozumienia, ponieważ jako jedno z czołowych państw EWG stosowała w tym zakresie przepisy dyrektywy, które ukazały się kilka lat później.

Kolejną regulacją międzynarodową odnoszącą się do kształcenia i praktyki zawodowej pielęgniarek była Konwencja Nr 149 Międzynarodowej Organizacji Pracy, dotycząca zatrudnienia i warunków pracy personelu pielęgniarskiego, przyjęta w Genewie 21 czerwca 1977 r. (Dz. U. z 30 stycznia 1981 r.). Konwencja zobowiązywała państwa członkowskie do podjęcia działań w zakresie zapewnienia pielęgniarkom wykształcenia odpowiadającego wykonywanym funkcjom oraz warunków zatrudnienia i pracy, w tym również perspektyw zawodowych i wynagrodzenia, które umożliwiłyby „przyciągnięcie personelu do tego zawodu i pozostanie w nim”.

Wobec zintensyfikowanych działań rządu w zakresie przystąpienia Polski do UE fundamentalne

<sup>2)</sup> Porozumienie stanowi m.in. że podstawowe przygotowanie zawodowe pielęgniarki powinno mieć charakter ogólny, a czas studiów obejmować 4600 godzin nauki pielęgniarstwa podstawowego. Przynajmniej połowa czasu przeznaczanego na naukę powinna być poświęcona na szkolenie kliniczne (praktyczne). Porozumienie zawiera ramowy program kształcenia oraz wymagania organizacyjne dotyczące szkół pielęgniarskich.

znaczenie w latach 90. miało dostosowanie polskich regulacji prawnych do dyrektyw Rady Wspólnot Europejskich. Rada przyjęła dyrektywy sektoralne<sup>3)</sup> dotyczące wybranych zawodów medycznych, w tym kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej oraz dyrektywy dotyczące wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych poświadczeń kwalifikacji zawodowych, umożliwiające swobodny przepływ osób i usług świadczonych przez tychże profesjonalistów medycznych.

Holandia jest objęta systemem uznawania kwalifikacji od 29 czerwca 1979 r., Polska natomiast od 1 maja 2004 r.

## 2. Dokumenty strategiczne WHO

Dokumentem o szczególnym strategicznym znaczeniu w procesie zmian zachodzących w kształceniu pielęgniarek i położnych w krajach europejskich jest **Europejska strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych**.

W dokumencie zapisano m. in., że kształcenie i praktyka zawodowa pielęgniarek muszą opierać się na wartościach promowania i utrzymania zdrowia jednostki, rodzin i społeczności oraz zindywidualizowanej i holistycznej opieki nad chorymi. Kształcenie pielęgniarek i położnych winno być do pewnego stopnia prowadzone w układzie interdyscyplinarnym, z włączeniem umiejętności potrzebnych w innych zawodach, gdyż umożliwi to efektywną pracę zespołową i przyczyni się do racjonalnego obniżenia kosztów opieki zdrowotnej. Studia powinny trwać wystarczająco długo, aby umożliwiały zdobycie określonych umiejętności, lecz nie mogą trwać krócej niż 3 lata akademickie, a minimalnym poziomem zdobytego wykształcenia będzie tytuł odpowiadający licencjatowi w dziedzinie pielęgniarstwa. Realizowane programy nauczania muszą być oparte na wynikach badań naukowych i zorientowane na zdobywanie kompetencji. Kompetencje

te muszą obejmować umiejętność wykonywania zawodu w środowisku szpitalnym, w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w zespole terapeutycznym, złożonym z przedstawicieli różnych zawodów medycznych. Szkoła wyższa oraz placówki, w których prowadzone są praktyki zawodowe, muszą uzyskać akredytację oraz wprowadzić w życie systemy doskonalenia jakości.

Podczas II Konferencji Ministrów Zdrowia krajów członkowskich WHO, której tematem była rola i znaczenie pielęgniarek i położnych w zakresie poprawy zdrowia społeczeństw oraz świadczenia usług zdrowotnych przyjęto **Deklarację Monachijską** z 17 czerwca 2000 r. – „**Pielęgniarki i położne siłą na rzecz zdrowia**”, która zawiera m.in. apel do władz krajów Europejskiego Regionu WHO o przyspieszenie działań na rzecz wzmocnienia pozycji pielęgniarek i położnych.

Wzmocnienie pozycji pielęgniarek i położnych miałyby się dokonać poprzez: zapewnienie im udziału w podejmowaniu decyzji na wszystkich szczeblach przygotowywania i wdrażania polityki zdrowotnej; zapewnianie bodźców finansowych oraz możliwości awansu zawodowego; doskonalenie kształcenia wstępnego i ustawicznego oraz dostęp do szkolnictwa wyższego. Stwarzanie możliwości wspólnej nauki pielęgniarkom, położnym i lekarzom na szczeblu studiów dyplomowych i podyplomowych miałyby na celu zapewnienie ich ściślejszego współdziałania w interdyscyplinarnym zespole i lepszego poziomu opieki nad pacjentami. Ważnym elementem strategii byłoby także wspieranie badań naukowych i upowszechnianie informacji, pozwalających rozwijać wiedzę teoretyczną i praktyczną, niezbędną w praktyce zawodowej oraz wzmocnianie roli pielęgniarek i położnych w dziedzinie zdrowia społecznego, promocji zdrowia i rozwoju środowisk lokalnych.

<sup>3)</sup> Dyrektywa Nr 77/453/EWG określa, że kształcenie zawodowe pielęgniarki musi stanowić trzyletni kurs lub 4 600 godzin szkolenia teoretycznego i praktycznego i obejmować określone tam przedmioty programu nauczania. Dyrektywa Nr 80/155/EWG określa, że kształcenie położnej powinno obejmować co najmniej trzy lata nauki teoretycznej i praktycznej i obejmować określone przedmioty programu nauczania. Dyrektywa Nr 89/595/EWG ustala odpowiednie proporcje pomiędzy kształceniem teoretycznym i klinicznym w taki sposób, aby kształcenie teoretyczne trwało przynajmniej 1/3, a kształcenie kliniczne przynajmniej połowę „okresu kształcenia według ramowego programu”. Dyrektywa ta definiuje kształcenie teoretyczne jako tę część kształcenia, dzięki której pielęgniarki zdobywają wiedzę i umiejętności zawodowe, by planować, zapewnić i ocenić opiekę pielęgniarską, odbywaną w szkołach na zajęciach prowadzonych przez nauczycieli pielęgniarstwa i inne kompetentne osoby. Kształcenie kliniczne definiowane jest jako ta część kształcenia, dzięki której pielęgniarka jako członek zespołu i poprzez bezpośredni kontakt z osobą zdrową lub chorą uczy się planować, zapewnić i oceniać kompleksową opiekę pielęgniarską. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych ustala zasady uznawania kwalifikacji w odniesieniu do zawodów regulowanych, w tym zawodu pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, określa jakimi dokumentami i dowodami potwierdzającymi kwalifikacje powinna się pielęgniarka legitymować, w sekcji 3 art. 31 określa wymogi wejściowe i zasady kształcenia pielęgniarek (w tym okres kształcenia 3 lata lub 4600 godzin kształcenia teoretycznego i klinicznego, przy czym kształcenie teoretyczne obejmuje co najmniej jedną trzecią część, a kształcenie kliniczne co najmniej połowę minimalnego okresu kształcenia). Dyrektywa definiuje czym jest kształcenie teoretyczne, a czym kliniczne, gdzie się odbywa i przez kogo jest prowadzone. W załączniku V2 5.2.1. dyrektywa zawiera ramowy program kształcenia. W załączniku 5.2.2. określono dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji, organ wydający dokument i tytuł zawodowy oraz datę odniesienia.

### 3. Inne istotne uregulowania dotyczące kształcenia ogólnego

Oprócz aktów prawnych ściśle dotyczących kształcenia pielęgniarek, w krajach europejskich istotną rolę w określaniu strategii edukacyjnej oraz unifikacji systemów kształcenia odegrały: Deklaracja z Sorbony z 25 maja 1998 r. dotycząca harmonizacji „architektury” europejskiego systemu wyższego kształcenia, podpisana przez ministrów edukacji Francji, Włoch, Wielkiej Brytanii i Niemiec, a następnie Deklaracja z Bolonii z 19 czerwca 1999 r. podpisana przez ministrów edukacji 29 krajów.

Deklaracja Bolońska ułatwia porównywalność uzyskanego poziomu wykształcenia i systematyzuje dwa cykle kształcenia:

- zawodowy, trwający minimum 3 lata, istotny dla rynku pracy oraz
- wyższy, gwarantujący możliwość kontynuacji kształcenia na studiach doktoranckich.

Deklaracja Bolońska ustanowiła także system punktów kredytowych i zasadę współpracy w zakresie wymiany studentów oraz kadry, a także system zapewnienia odpowiedniej jakości kształcenia na wyższym szczeblu edukacji.

System europejskich punktów kredytowych przewiduje uzyskanie 60 punktów dla roku akademickiego. System ten jest szczególnie istotny dla międzynarodowej wymiany studentów, zaliczania programu i „czasokresu” studiów, a oparty jest na bilateralnym kontrakcie uczelni przyjmującej i uczelni wysyłającej studenta.

2000 r., a upowszechniono w 2003 r., obligując jednocześnie wszystkie uczelnie prowadzące kształcenie pielęgniarek do uzyskania akredytacji do 2007 r.

Dokumenty światowe i europejskiej regulujące kwestie kształcenia pielęgniarek ukazują znaczenie zawodu pielęgniarskiego, podkreślając jak ważne funkcje w opiece zdrowotnej pełni znakomicie wykształcona pielęgniarka i jakże ważną inwestycją jest kształcenie pielęgniarek. Jednocześnie wyzwaniem stawianym uczelniom przygotowującym do zawodu pielęgniarki jest takie kształcenie, by prowadziło do wzmocnienia pozycji i roli zawodowej pielęgniarki/pielęgniarskiego w działaniach podejmowanych na rzecz jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych, w tym promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, oraz interdyscyplinarnych badań naukowych, zarówno dla potrzeb własnego kraju, jak też w szerszym aspekcie transkulturowym.

## Kształcenie pielęgniarek w Polsce

Transformacja systemu kształcenia pielęgniarek i położnych, która zachodzi w Polsce od 2000 r. uwzględnia przemiany zachodzące w systemie edukacji narodowej, zorientowane na upowszechnienie wyższego wykształcenia, w tym zawodowego oraz poprawę jakości i dostępności kształcenia. Celem transformacji jest także umożliwienie rozwoju naukowego i intensyfikacji prac badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa. Proces przemian ma przyczynić się bowiem do podniesienia rangi i pozycji społecznej

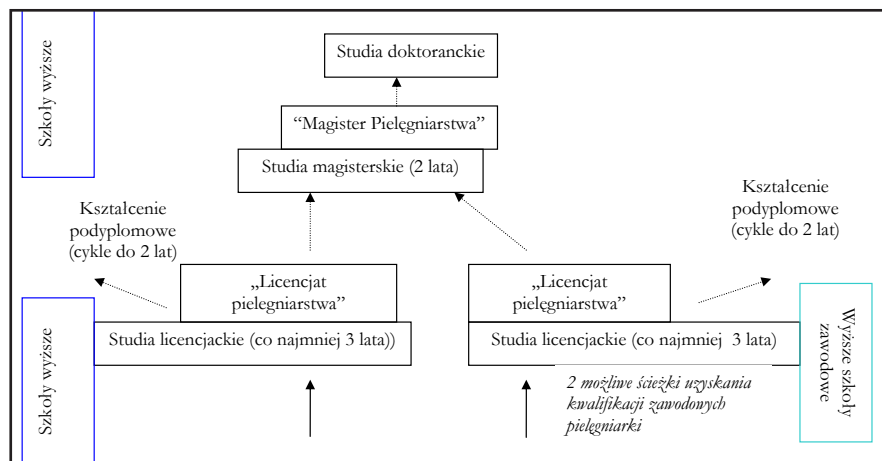
zawodów pielęgniarki i położnej, uatrakcyjnienia zawodów i w rezultacie do poprawy sytuacji i liczebności w tej grupie zawodowej. [7] Wraz z przystąpieniem Polski do UE – dzięki wypełnieniu przez Polskę przepisów unijnego prawa i zasadzie wzajemnego uznawania kwalifikacji – ogromne znaczenie ma stworzenie pielęgniarkom i położnym możliwości swobodnego wyboru pracy, także w krajach członkowskich UE.

W świetle aktualnie obowiązujących regulacji prawnych kształcenie pielęgniarek może być prowadzone w następujących typach szkół:

- a) w wyższych szkołach zawodowych (studia licencjackie)
- b) w uczelniach akademickich (studia licencjackie i magisterskie)
- c) na studiach doktoranckich.

Transformacja kształcenia pielęgniarek w Polsce została określona w drodze regulacji prawnych.

Schemat systemu kształcenia pielęgniarek w Polsce



W Holandii wdrożono te postanowienia od



Pierwsze regulacje ustanowiono w 2000 r. kiedy, to Uchwałą nr 76/2000 Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego z dnia 29 czerwca 2000 r. przyjęto minimalne wymagania programowe dla studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo i minimalne wymagania programowe dla studiów licencjackich na tym kierunku. (Dz. Urz. MEN Nr 3 z dnia 29 czerwca 2000 r.)

Następnie ukazała się nowelizacja **ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej** (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.), która uregulowała najważniejsze sprawy dotyczące kształcenia i praktyki zawodowej pielęgniarki oraz położnej. Ustawa stanowi, że pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły, którą może być wyższa szkoła zawodowa lub szkoła wyższa prowadząca kształcenie w formie studiów wyższych zawodowych albo studiów magisterskich jednolitych lub uzupełniających. Absolwent uzyskuje odpowiednio tytuł licencjata pielęgniarstwa lub magistra pielęgniarstwa. Studia licencjackie trwają co najmniej 6 semestrów i obejmują 4600 godzin, w tym co najmniej 50% stanowią zajęcia praktyczne.

W 2002 r. na podstawie art 4 a ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 65 poz. 385 z późn. zm.) zostało wydane rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 kwietnia 2002 r. w sprawie standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia (Dz. U. Nr 116, poz. 1004), które zmieniono jeszcze 3 listopada 2003 r. i 13 maja 2005 r. Rozporządzenie powyższe odrębnie definiuje sylwetkę absolwenta studiów magisterskich i zawodowych, określa grupy przedmiotów i obciążenia godzinowe, treści programowe poszczególnych przedmiotów oraz zawiera zalecenia dotyczące sposobu realizacji programu nauczania. Sylwetka absolwenta studiów zawodowych stanowi syntetyczny opis głównych kompetencji zawodowych, do których został przygotowany absolwent studiów pielęgniarstwa. Według wspomnianego opisu absolwent studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwie powinien być przygotowany do samodzielnego pełnienia roli zawodowej. Rolę pielęgniarki wyznaczają funkcje, w ramach których absolwent potrafi realizować zadania zawodowe, pogrupowane na: świadczenia opieki zdrowotnej oraz zarządzanie nią, promocję i edukację zdrowotną, działania w roli uczestnika zespołu opieki zdrowotnej, rozwój praktyki pielęgniarstwa, krytycznego myślenia i badań naukowych.

Sylwetka absolwenta studiów zawodowych podkreśla holistyczne podejście w opiece pielęgniarstwa, odwołanie do jednostki i do grupy społecznej, profesjonalizm i partnerstwo w działaniu, fundament etyczny i moralny zawodu, jego praktyczny, ale także naukowy charakter oraz szeroką podbu-

downą teoretyczną na bazie nauk humanistycznych, społecznych i medycznych. [8]

Kolejną grupą przepisów prawnych, regulujących kwestie nowego systemu kształcenia, są standardy organizacyjne, formułujące wymagania wobec szkół. Uprawnienia w zakresie kontroli przestrzegania wspomnianych standardów powierzono Krajowej Radzie Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego, organowi powoływanemu przez Ministra Zdrowia na 5-letnią kadencję. Sposób działania KRASZM, a także procedurę akredytacyjną reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2001 r. (Dz. U. z 2001 r. Nr 83, poz. 904). Instrumentem pomocniczym w procesie akredytacji są standardy kształcenia pielęgniarek i położnych w szkołach wyższych i wyższych szkołach zawodowych, stanowiące zbiór wymagań organizacyjnych w zakresie kadry i bazy dydaktycznej, sposobu realizacji programu kształcenia, w tym szkolenia praktycznego i w zakresie posiadania wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2002 r. w sprawie standardów kształcenia pielęgniarek i położnych w szkołach wyższych i wyższych szkołach zawodowych – Dz. U. z 2002 r. Nr 55 poz. 499).

W świetle powyższego można uznać, że system kształcenia pielęgniarek w Polsce jest dokładnie określony i prawnie uregulowany. Jednakże jego powszechne wdrożenie przebiega bardzo powoli. W roku akademickim 2004/2005 na studiach licencjackich w całym kraju rozpoczęło kształcenie ok. 2300 studentów. Zakładając nawet bardzo wysoką efektywność kształcenia, można spodziewać się w 2007 r. na rynku pracy napływu jedynie około 2 tys. absolwentów. Bardzo słuszne są zatem określone w projekcie Rządowego Programu Transformacji Kształcenia Pielęgniarek i Położnych z 1999 r. założenia, iż zarówno liczba szkół kształcących na kierunku pielęgniarstwie, jak też liczba studentów powinna być znacznie większa. Mając na uwadze zakres przygotowania zawodowego oraz poziom wykształcenia absolwentów studiów należy dążyć do stworzenia dla nich nowych, interesujących miejsc pracy oraz możliwości rozwoju zawodowego, w którym nadal ważną do spełnienia rolę będą miały uczelnie. Przykładem mogą być tu rozwiązania przyjęte w Holandii, opisane poniżej.

## Kształcenie pielęgniarek w Holandii

W Holandii, kraju będącym w czołówce europejskiej pod względem rozwoju pielęgniarstwa, system kształcenia pielęgniarek ulega od lat nieustannym przeobrażeniom. Mają one jednak inny charakter niż w Polsce, nie tak przełomowy, lecz bardziej stabilizujący wcześniejsze dokonania i ugruntowujący obrany kierunek działań. Kształcenie pielęgniarek pozostaje

w ścisłym związku z analizą zapotrzebowania społecznego na świadczenia pielęgniarские, trendami w zakresie rozwoju kształcenia zawodowego w Europie i analizą sytuacji grupy zawodowej pielęgniarek na rynku pracy. Pozwala to na poszukiwanie i wdrażanie wciąż nowych rozwiązań praktycznych i systemowych, warunkujących rozwój tej profesji.

Bardzo istotnym uwarunkowaniem rozwoju systemu kształcenia pielęgniarek w Holandii są regulacje prawne. Akty prawne o randze ustaw określają poziomy i sposób kształcenia, regulują kwestię zapewnienia jakości kształcenia, jego przejrzystości i porównywalności oraz uzyskanych tytułów i kompetencji zawodowych.

Należy tu wyróżnić:

- uniwersalne regulacje prawne dotyczące kształcenia pielęgniarek w państwach europejskich, zawarte w dyrektywach sektorowych Unii Europejskiej,

- regulacje krajowe, w tym: ustawę z dnia 8 października 1992 w zakresie kształcenia wyższego i badań naukowych (Wet op Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek); ustawę z dnia 11 listopada 1993 r. o zawodach w indywidualnej opiece zdrowotnej (Besluit opleidingsisen verpleegkundige – Wet op BIG), Staatsblad Nr 655, 1993; ustawę z dnia 21 października 1995 r. o edukacji i kształceniu zawodowym (Wet Educatie en Beroepsopderwijs), Staatsblad Nr 501 z 02.11.1995.

Kształcenie pielęgniarek/pielęgniarzy prowadzone jest w Holandii na podstawie przepisów ustawy o edukacji i kształceniu zawodowym. Minister właściwy dla spraw edukacji prowadzi centralny rejestr instytucji prowadzących kształcenie zawodowe – usystematyzowany zbiór danych dotyczących instytucji kształcących oraz egzaminujących. Minister określa również tzw. krajową strukturę kwalifikacyjną oraz wymogi końcowe dla kształcenia zawodowego. Wymogi końcowe obejmują wymagania jakościowe w zakresie wiedzy oraz umiejętności i postaw zawodowych, jakimi powinien się charakteryzować absolwent szkoły. Postanowienia w zakresie kształcenia wyższego i badań naukowych z dnia 8 października 1992 r. powołują do życia organ akredytacyjny – NAVO – Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie. NAVO przedstawia warunki akredytacji dla różnych poziomów kształcenia: *bachelor* en *master* i udziela akredytacji funkcjonującym szkołom wyższym i wyższym szkołom zawodowym oraz zajmuje się oceną nowych szkół/kierunków kształcenia wyższego. Organ ten konsultuje także warunki akredytacji z innymi krajami europejskimi, ze szczególnym uwzględnieniem państw sąsiadujących. Przy udzielaniu akredytacji zwraca się uwagę na takie aspekty jakości, mające wpływ

na poziom kształcenia, jak: treści kształcenia, proces kształcenia, właściwe, niezbędne wyposażenie oraz adekwatne metody wewnętrznej oceny jakości kształcenia. Akredytacja upływa sześć lat po wejściu w życie decyzji akredytacyjnej i cała procedura wymaga wznowienia. Organ akredytacyjny przedstawia decyzję oraz ustalenia w raporcie akredytacyjnym. W przypadku pozytywnego wyniku oceny, kierownictwo jednostki kształcącej zwraca się o dokonanie wpisu kształcenia we wspomnianym powyżej centralnym rejestrze.

Szczegółowe wymagania dotyczące kształcenia w zakresie pielęgniarstwa zawarto w art. 32 ustawy o zawodach w indywidualnej opiece zdrowotnej (Besluit opleidingsisen verpleegkundige – Wet op BIG) oraz w szczegółowych przepisach wykonawczych. Przepisy BIG regulują m in. sprawy związane z ochroną tytułu oraz rejestracja zawodową. Regulacje te określają, że osoba ubiegająca się o wpis do rejestru wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniara musi mieć świadectwo złożenia egzaminu kończącego kształcenie w zakresie pielęgniarstwa, wydane przez szkołę uznaną przez właściwe władze. Przepisy ustawy stanowią, że kształcenie w zakresie pielęgniarstwa obejmuje co najmniej 4600 godzin, w tym:

- a) co najmniej 1535 godzin kształcenia teoretycznego;
- b) co najmniej 2300 godzin kształcenia praktycznego.

Kształcenie teoretyczne obejmuje co najmniej dziedziny:

- pielęgniarstwo: w tym ogólne zasady pielęgniarstwa, opieki nad pacjentem przyjętym do placówki w związku z badaniem, zabiegiem chirurgicznym oraz zasady pielęgniarstwa w odniesieniu do specyficznych kategorii pacjentów;
- medycynę: według dziedzin medycyny, farmakologię i naukę o żywieniu;
- nauki z zakresu zachowania człowieka, takie jak psychologia i socjologia;
- dziedziny pomocnicze – związane z organizacją pracy i zarządzaniem, w tym: metody nadzoru nad jakością, przekazywania informacji, metody sporządzania dokumentacji pacjentów, etykę zawodową, przepisy prawne w zakresie opieki zdrowotnej.

Kształcenie praktyczne obejmuje zdobywanie praktycznego doświadczenia w zakresach określonych pod kierunkiem nauczyciela pielęgniarstwa – pielęgniarki będącej nauczycielem akademickim lub wyżej szkoły zawodowej.

Absolwent szkoły, osoba która uzyskała wymagane kwalifikacje zawodowe, poświadczone odpowiednim tytułem zawodowym, podlega kolejnym przepisom ustawy BIG. Ustawa ta określa m. in., że minister ds. zdrowia prowadzi rejestr, w którym

wpisywane są dane personalne osób wykonujących zawody medyczne, w tym osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniarsza (imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, adres oraz numer kolejny i data wpisu).

Art. 33 ustawy określa, że do zakresu działania pielęgniarki zalicza się:

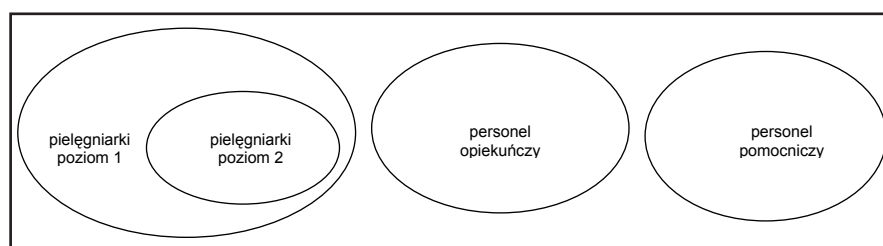
- wykonywanie czynności w zakresie obserwacji, opieki i pielęgnacji;
- wykonywanie zaleceń innych zawodów z dziedziny indywidualnej opieki zdrowotnej w zakresie czynności diagnostycznych i terapeutycznych.

## Organizacja systemu kształcenia pielęgniarek w Holandii

W holenderskim systemie opieki zdrowotnej wśród personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego, stanowiącego jedną grupę zawodów, występuje zróżnicowanie. [10] Istnieje pięć poziomów zawodowych (van Londen, J., Grotendorst A. 1999):

- pomoc opiekuńcza
- personel pomocniczy
- opiekunowie
- Mbo – pielęgniarka/pielęgniarsza z wykształceniem średnim zawodowym
- Hbo – pielęgniarka/pielęgniarsza z wyższym wykształceniem zawodowym – poziom przed

Ryc. 1 Struktura personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego w Holandii



uniwersytecki

**Personel pielęgniarski** wykonuje swój zawód w zakresie indywidualnej opieki zdrowotnej.

Uznanie fachowości i odpowiedzialności zawodowej personelu pielęgniarskiego przez społeczeństwo znalazło swój wyraz we wpisie tego zawodu do rejestru BIG. Personel ten jest odpowiedzialny za pielęgnowanie. Proces działania zawodowego pielęgniarki obejmuje następujące fazy:

- zgromadzenie danych,
- postawienie diagnozy,
- opracowanie planu pielęgnacji,
- świadczenie opieki pielęgniarskiej, somatycznej i psychospołecznej,
- ewaluacja świadczonej opieki.

Pielęgniarka organizuje i koordynuje opiekę „wokół pacjenta”, traktując bezpośredni kontakt z pacjentem jako istotny element swojej pracy. Ten bezpośredni kontakt tworzy ramy interwencji pielęgniarskiej i podstawy do organizacji opieki. Zawód pielęgniarki uwzględnia dwa poziomy kompetencji zawodowych. Personel pielęgniarski zarówno na pierwszym, jak i na drugim poziomie kompetencji wykonuje czynności wspomniane powyżej, składające się na proces pielęgnowania.

**Personel pielęgniarski pierwszego poziomu** ma wyższe kwalifikacje (wyższe wykształcenie zawodowe) i zadania o charakterze w pełni menedżerskim. Dlatego też personel ten jest odpowiedzialny m in. za:

- świadczenie konsultacji i doradztwo, poprzez służenie radą, np. przy stawianiu diagnozy pielęgniarskiej, przy wyborze interwencji i ocenie rezultatów, świadczeniu opieki oraz postępowaniu zgodnie z wzorcem dla zawodu,
- świadczenie usług opiekuńczych, szczególnie w sytuacji, gdy nie można zastosować standardowej procedury,
- pełnienie funkcji „reżysera” w zakresie opieki, poprzez ustalenie potrzeb opiekuńczych oraz rozpoznanie istniejących uwarunkowań, określenie, jakie interwencje muszą zostać wykonane, w jakiej kolejności, przez kogo oraz koordynację działań, także tych wykraczających poza ramy zawodu,
- totalne zarządzanie jakością, m in. poprzez

kształtowanie warunków dla poprawy jakości usług, tj. doskonalenie standardów, procedur i protokołów oraz rozwój kompetencji.

**Personel pielęgniarski na drugim poziomie** wykonuje swoje zadania zawodowe zgodnie z obowiązującymi standardami, realizuje proces pielęgnowania, świadczy usługi opiekuńcze w sytuacji typowej. Jego funkcje związane z zarząd-

daniem dotyczą organizacji pracy własnej, organizacji opieki, np. ustalenia potrzeb w zakresie opieki, włączenia personelu opiekuńczego i pomocniczego, sprawowania nadzoru nad jakością usług poprzez realizację standardów, procedur i protokołów.

**Personel opiekuńczy** częściowo wykonuje swój zawód w zakresie indywidualnej opieki zdrowotnej, częściowo zaś w zakresie czynności opiekuńczych. Personel opiekuńczy świadczy pomoc w podstawowym otoczeniu/środowisku podopiecznego (gospodarstwo domowe, dom dla osób starszych lub przewlekle chorych, dom dla niepełnosprawnych), gdy potrzebne jest fachowe uzupełnienie opieki. Punktem wyjścia w świadczeniu usług jest tutaj podtrzymywanie i stymulowanie samodzielności



podopiecznego. Tam, gdzie samodzielność osoby potrzebującej (w obszarze somatycznym lub psychospołecznym) jest niewystarczająca, opiekunowie winni ją stymulować, wspierać albo kompensować istniejące ograniczenia lub upośledzenie.

Czynności opiekunów obejmują:

- samodzielne opracowanie i realizację planu opieki,
- świadczenie opieki: opieka nad gospodarstwem domowym i otoczeniem podopiecznego, opieka osobista,
- sygnalizowanie zmian stanu zdrowia podopiecznego,
- zadania polegające na koordynacji działań, przekazywanie informacji i ustaleń, zapewnienie ciągłości i jakości opieki.

Zawód opiekuna w indywidualnej opiece zdrowotnej zawiera ponadto wiele elementów pielęgnacyjnych.

**Personel pomocniczy** wykonuje czynności opiekuńcze zazwyczaj w prywatnym otoczeniu/środowisku podopiecznego. Może to być jego własny dom, ale również środowisko zastępcze, jak dom dla osób starszych, dom dla przewlekle chorych, różne formy mieszkaniowe (mieszkania chronione) dla osób z upośledzeniem umysłowym lub niepełnosprawnych fizycznie. Czynności personelu pomocniczego obejmują m in. stymulowanie i wspieranie samodzielności podopiecznego, ze szczególnym uwzględnieniem prac w gospodarstwie domowym oraz działań związanych z higieną osobistą i innymi czynnościami samoobsługowymi.

W 2002 r. (według stanu na 1 października 2002) całkowita liczba uczniów i studentów na kierunkach pielęgniarstwa i opiekuńczych wyniosła 57 tys. (van der Windt W., Calsbeek H., Talma H., Hingstman L. 2003)

## Charakterystyka pielęgniarstwa z wyższym wykształceniem zawodowym (Hbo)

Cechą charakterystyczną osób, które uzyskały wyższe wykształcenie zawodowe jest to, że podczas wykonywania zawodu udaje im się połączyć i zintegrować dwa ważne elementy: wyższe wykształcenie oraz pielęgniarstwo. Osoby te są porównywalne pod względem osiągniętego poziomu kompetencji z innymi absolwentami licencjackich kierunków studiów, a jednocześnie ich czynności zawodowe obejmują wszystkie działania charakterystyczne dla zawodu pielęgniarstwa. Integracja tych dwóch elementów jest szczególnie widoczna w rodzajach pełnionych ról oraz w sposobie ich pełnienia i pozwala na wyodrębnienie dziewięciu cech kształcenia licen-

cyjnego, którymi (wg Pool A., e. a. 2001) są:

- **szeroka profesjonalizacja:** funkcjonowanie w obrębie organizacji i samodzielne wykonywanie zawodu;

- **multidyscyplinarna integracja:** integracja wiedzy, postaw i umiejętności z zakresu różnych dyscyplin;

- **naukowe zastosowania:** zastosowanie istotnych (naukowych) poglądów, teorii, koncepcji i rezultatów badań w przypadku zadań i problemów, z którymi konfrontacja następuje podczas wykonywania zawodu;

- **transfer i szerokie wykorzystanie:** zastosowanie wiedzy i umiejętności w różnorodnych sytuacjach zawodowych;

- **kreatywność i kompleksowość w działaniu:** sposób podejścia do rozwiązywania w praktyce zawodowej problemów, które nie są dokładnie opisane i trudno zastosować wówczas standardową procedurę;

- **praca ukierunkowana na problem:** na bazie istotnej wiedzy i (teoretycznych) poglądów samodzielne definiowanie i analizowanie kompleksowych sytuacji problemowych w praktyce zawodowej i w tym świetle rozwijanie i stosowanie (nowych) użytecznych strategii, a także ocena efektywności ich zastosowania;

- **metodyczne i refleksyjne myślenie oraz działanie:** stawianie realistycznych celów, planowanie czynności, uważne i rozważne wykonywanie czynności zawodowych na podstawie zgromadzonych i przeanalizowanych istotnych informacji;

- **umiejętności społeczne:** współpraca i komunikowanie się z innymi, tak aby spełnić wymogi stawiane przez uczestnictwo w organizacji;

- **podstawowe kwalifikacje związane z zarządzaniem:** wykonywanie prostych zadań związanych z kierowaniem i zarządzaniem.

## Nowe formy kształcenia i funkcje w opiece zdrowotnej dla wysoko wykwalifikowanej kadry pielęgniarstwa

Po raz pierwszy studia uniwersyteckie dla pielęgniarstwa uruchomiono w roku 1980 na uniwersytecie w Maastricht pod nazwą Nauki Pielęgniarstwa. [2]. W 1990 r. program takich studiów realizowany był także w Utrechcie i Groningen. Od 2000 r. na uniwersytecie w Utrechcie działa jedyny obecnie kierunek studiów z zakresu pielęgniarstwa, gdyż uniwersytety w Maastricht i Groningen przekształciły ten kierunek na studia o nazwie Nauka w Zakresie Opieki (również dla innych specjalistów,

nie tylko pielęgniarek i pielęgniarzy). Kształcenie w zakresie zarządzania dla pielęgniarek i pielęgniarzy oferowane jest w Rotterdamie na Wydziale Medycyny i Nauk o Zdrowiu.

Holandia zaproponowała pielęgniarkom nie tylko studia magisterskie i specjalizacje, ale pewne szczególne obszary praktyki związane z pełnieniem specyficznych funkcji zawodowych. Nowymi funkcjami dla wyżej wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego (wg van der Windt W., Calsbeek H., Talma H., Hingstman L. 2003) są:

- wspierający praktykę lekarza rodzinnego (POH)
- nurse practitioner (NP)
- asystent lekarza (PA).

**Wspierający praktykę lekarza rodzinnego (POH)** to pielęgniarka/pielęgniarz ukierunkowany zawodowo na opiekę nad przewlekle chorymi objętymi opieką lekarza rodzinnego. POH organizuje wizyty dla tej kategorii pacjentów, dokonuje kontroli, udziela wyjaśnień, prowadzi działalność edukacyjną rozwijając wiedzę i umiejętności chorego dotyczące radzenia sobie z chorobą oraz samoopieki.

**Nurse practitioner** (taka nazwa została przyjęta w Holandii) jest specjalistą szerzej wykształconym niż POH, może samodzielnie pracować na granicy obszarów „opieki” i „leczenia”. NP ma wyższe wykształcenie lub specjalizację, ukierunkowany jest na wykonywanie zabiegów medycznych i dlatego kształcony jest dla potrzeb szpitali. NP wykonują zarówno czynności pielęgniarskie, jak też niektóre zadania medyczne (kombinacja „cure and care”). Dla osób ubiegających się o wykonywanie czynności zawodowych przypisanych dla NP uruchomiono system kształcenia Advanced Nursing Practice ANP. Ten rodzaj studiów przeznaczony jest dla personelu pielęgniarskiego, który co najmniej kilka lat wykonywał samodzielnie zawód. Kształcenie, które przygotowuje do funkcji NP trwa 2 lata i kończy się uzyskaniem tytułu Master of Art in Advanced Nursing Practice. Studia w systemie ANP uruchomiono w Groningen, Diemen, Eindhoven i Leiden. Oprócz czynności medycznych w pełnieniu funkcji nurse practitioner ważna jest także metodologia i techniki badań naukowych (pod kątem unowocześniania i usprawniania działań zawodowych w praktyce). NP jest ekspertem w zakresie specjalistycznych czynności medycznych w odniesieniu do niektórych kategorii odbiorców, opracowuje i rozwija programy opieki, wykonuje badania naukowe oraz zajmuje się prewencją chorób.

Zadania **asystenta lekarza (PA)** koncentrują się na działaniach związanych ze wstępną diagnostyką i określeniem planu leczenia. Asystent lekarza przejmuje niektóre rutynowe zadania lekarza i wykonuje je pod jego nadzorem, może też specjali-

zować się np. w czynnościach przygotowawczych w chirurgii. Kształcenie w tym kierunku, podobnie jak na studiach magisterskich, trwa 2, 3 do 5 lat. Obejmuje część teoretyczną i praktyczną. Po raz pierwszy studia tego typu uruchomiono w 2001 r. w Nijmegen.

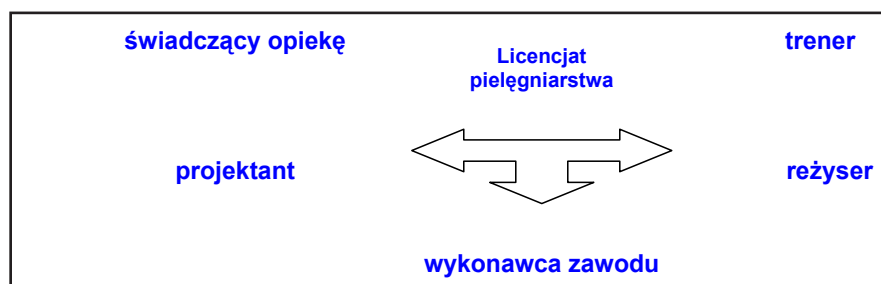
### **Kierunki zmian w postrzeganiu roli zawodowej wysoko wykwalifikowanej pielęgniarki w Holandii**

Zdaniem ekspertów holenderskich personel pielęgniarski i opiekuńczy powinien być tak wykształcony, aby pełnić swoje zadania nie tylko wyłącznie w jednym obszarze opieki zdrowotnej i społecznej, lecz aby funkcjonować w zmieniającej się „sytuacji opieki”. Pojęcia takie jak: „opieka na miarę”, „opieka ukierunkowana potrzebami” są odpowiedzią na zachodzące zmiany w zakresie społecznego zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarsko-opiekuńcze. W 1995 r. Commissie Verzorging określiła trzy najważniejsze kierunki zmian:

- substytucja – przesunięcie opieki w kierunku domów rodzinnych i domów opieki,
- „ekstrainstytucjonalizacja” – późniejsze przyjęcie i wcześniejsze wypisanie pacjenta z instytucji opieki,
- „transinstytucjonalizacja” – ten sam rodzaj opieki jest świadczony zarówno w instytucji opieki, jak w domu rodzinnym. [10]

W świetle planowanych zmian określono również nowe zadania personelu pielęgniarskiego z wykształceniem wyższym zawodowym (hbo) oraz obszarów, do których odnosi się jego fachowość. Wyróżnić tu można pięć najważniejszych ról: świadczący opiekę, reżyser, projektant, trener, wykonawca zawodu. (Pool A., e.a. 2001) Każdej z ról przypisano właściwy obszar praktyki zawodowej oraz charakterystyczne zadania zawodowe [11]. **Świadczący opiekę.** Pełniąc tę rolę pielęgniarka/pielęgniarz prezentuje umiejętności i predyspozycje, które umożliwiają pracę zgodnie z profesjonalnymi standardami i normami, wychodzenie naprzeciw potrzebom pacjentów i radzenie sobie w sytuacji napięcia i stresu. Wykonywanie roli świadczącego usługi opiekuńcze wymaga od personelu pielęgniarskiego analizy i rozważenia każdej sytuacji w aspekcie etycznym i technicznym w taki sposób, aby w każdej chwili móc przyjąć za te działania odpowiedzialność i odpowiednio je uzasadnić. Największe zmiany dla personelu pielęgniarskiego w porównaniu z minionym okresem polegają na przesunięciu pakietu zadań pomiędzy lekarzem i pielęgniarką/pielęgniarem. Kolejną istotną i konieczną zmianą jest organizacja opieki nie

Ryc. 2 Nowe role zawodowe pielęgniarek z wyższym wykształceniem zawodowym.



Tab. 1 Specyfika działań personelu pielęgniarstwa z wyższym wykształceniem (hbo) według ról zawodowych

Role zawodowe pielęgniarstwa (hbo)	Obszar praktyki	Specyfikacja działań
Świadczący opiekę Reżyser	Opieka	<ul style="list-style-type: none"> <li>– opieka nad chorymi, niepełnosprawnymi i osobami umierającymi</li> <li>– prewencja indywidualna i zbiorowa</li> <li>– propagowanie zachowań i wychowanie prozdrowotne</li> </ul>
Projektant Trener	Organizacja opieki	<ul style="list-style-type: none"> <li>– programowanie opieki</li> <li>– polityka pielęgnacyjna</li> <li>– współdziałanie pracowników</li> <li>– zorientowanie na jakość opieki</li> </ul>
Wykonawca zawodu	Zawód	<ul style="list-style-type: none"> <li>– innowacje zawodowe</li> <li>– wspieranie fachowości</li> </ul>

wokół dyscyplin medycznych, ale wokół pacjenta, który w systemie opieki zdrowotnej postrzegany jest jako pełnoprawny obywatel korzystający z oferty opieki. Umiejętność przekonania do korzystania z określonej oferty, a także utrzymanie zainteresowania i zaufania ze strony pacjenta to niełatwe zadania dla personelu pielęgniarstwa.

**Reżyser.** Charakterystyczne dla reżysera jest udzielanie wskazówek dotyczących sposobu „pełnienia” ról. Korzysta przy tym ze scenariusza, który przy odpowiednim umotywowaniu może być zmieniony. Opieka świadczona przez personel pielęgniarstwa prowadzi do osiągnięcia postawionego celu jedynie wówczas, gdy czas, miejsce i planowe podejście do czynności opiekuńczych są właściwie uzgodnione i zharmonizowane.

Reżyser (personel pielęgniarstwa z wyższym – hbo) udziela wskazówek co do sposobu, w jaki czynności opiekuńcze na rzecz pacjenta lub grupy pacjentów powinny być wykonywane

przez inne pielęgniarki/pielęgniarki, jaki powinien być ich zakres, a także koordynuje opiekę. Aby wypełniać rolę reżysera, personel pielęgniarstwa powinien mieć szeroki zakres umiejętności społecznych i negocjacyjnych.

**Projektant.** Od personelu pielęgniarstwa z wyższym (hbo) oczekuje się, że będzie współuczestniczył w opracowywaniu zarządzeń i regulacji przekładających się na „politykę pielęgnacyjną”, rozumianą jako tworzenie reguł działania dla personelu pielęgniarstwa i opiekuńczego, w odniesieniu do indywidualnego pacjenta lub grupy pacjentów. Celem takiego działania jest ukierunkowanie opieki – możliwie najbardziej efektywnie – na osiągnięcie celu, jakim jest dobro pacjenta. Zaspokajanie potrzeb i interesów pacjentów na oddziale – szczególnie przy ograniczonych środkach finansowych – wymaga konsekwentnego i przemyślanego działania w codziennej praktyce, a także poświęcania ogromnej uwagi efektywnym, wydajnym interwencjom. Personel pielęgniarstwa w proaktywny sposób uczestniczy w ulepszaniu i unowocześnianiu opieki. Opracowuje nowe rozwiązania proble-

mów oraz sugeruje nowe podejścia. Rozwija metody, techniki i systemy, które następnie ujmowane są w propozycje dotyczące indywidualnej opieki i program opieki. Korzysta przy tym z informacji z różnorodnych źródeł, jak badania naukowe, literatura fachowa i wiedza z innych dyscyplin. Projektowanie może dotyczyć wielodyscyplinarnego podejścia do problemu.

**Trener.** Najbardziej charakterystyczna dla roli trenera jest stymulacja, motywowanie i stosowanie sprzężenia zwrotnego. Trener może być postrzegany jako doradca, przewodnik lub mentor. Pełniąc funkcję doradcy pomaga współpracownikom rozwiązywać problemy i opisywać ich możliwe przyczyny oraz wypracować sposób wglądu we własne odczucia i zachowanie. Mentor wspomaga inne osoby w rozwoju poglądów w zakresie aktywnego działania na rzecz własnej kariery i w powiększaniu własnego wkładu w osiągnięcie postawionego celu. Udzielanie instrukcji zwiększa umiejętności



podległych pracowników. Trener informuje praktykanta, stażystę, studenta lub mniej doświadczonego pielęgniarza/pielęgniarkę o oczekiwaniach wobec niego jako pracownika, co konfrontuje tę osobę z jej własnymi wyobrażeniami o sobie i planowanych działaniach. Rola trenera zawiera wiele elementów. Jednym z nich jest „przykład własny”. Rola trenera pełniona jest przez personel pielęgniarski szczególnie podczas opieki nad praktykantami lub nowo przyjętymi pracownikami oraz podczas nadzoru nad pracą personelu opiekuńczego i pomocniczego.

**Wykonawca zawodu.** Jako wykonawca zawodu pielęgniarka/pielęgniarski jest członkiem grupy zawodowej, która nakłada na swoich członków pewne obowiązki. Wykonawca tej profesji powinien szczególnie stosować się do kodeksu zawodowego i etycznego. Od personelu pielęgniarskiego z wykształceniem wyższym zawodowym (hbo) oczekuje się, że w aktywny sposób będzie uczestniczył w formułowaniu uniwersalnych dla zawodu wartości i w rozwijaniu strategii, aby te wartości osiągnąć.

Pielęgniarka/pielęgniarski z wyższym wykształceniem zawodowym ma wolę i wiedzę oraz kreuje możliwość stałego podwyższania prestiżu zawodu. Personel ten powinien czynić starania na rzecz zmniejszania rozdziewku pomiędzy praktyką i nauką oraz polityką zdrowotną, m.in. przez dostarczanie informacji z codziennej praktyki tym, którzy działają w obszarze polityki, badań naukowych i edukacji. Uczestnicząc w zespołach doradczych może sprawiać, aby standardy i wartości zawodowe wypracowane w organizacji, w której pracuje, były akceptowane i integrowane z ogólną polityką zdrowotną. Holandia od wielu lat zajmuje wysokie miejsce wśród państw europejskich, w których rozwój pielęgniarstwa ma niezwykle dynamiczny charakter i podąża za zmieniającymi się uwarunkowaniami społecznymi, systemowymi w ochronie zdrowia oraz kreowanymi strategiami europejskimi. Precyzyjna wizja pielęgniarstwa, znakomicie zaprogramowane kształcenie, uznanie dla zdobytych kwalifikacji zawodowych i promowanie w grupie zawodowej przyczyniają się do coraz większego zainteresowania młodzieży zdobywaniem kwalifikacji pielęgniarskich.

Uruchamiając kształcenie w systemie hbo – studiów wyższych zawodowych – liderzy zawodu natychmiast przystąpili do określenia i uporządkowania kompetencji zawodowych dla pielęgniarek na różnych szczeblach podsystemu pielęgniarstwa. Nieustanna troska o jakość praktyki pielęgniarskiej, jej ciągła ewaluacja oraz wzmacnianie potencjału grupy zawodowej to główne atrybuty podsystemu pielęgniarstwa w ochronie zdrowia w tym kraju.

Podkreślenia wymaga fakt, że rozwarstwienie zawodowe nie spowodowało zakłóceń w tym systemie, a wręcz poprzez przyjętą strategię *Profil Zawodowy Pielęgniarstwa* (Verpleegkundig Beroepsprofiel), opublikowaną w 1998 r. przez Narodową Radę Zdrowia (Nationale Raad voor de Volksgezondheid) ukazało realną wizję rozwoju tej profesji.

## Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych analiz i badań należy stwierdzić, że zarówno w Polsce, jak i w Holandii proces kształcenia zawodowego pielęgniarek jest uregulowany prawnie (akty prawne rangi ustaw) i opiera się na strategicznych założeniach prezentowanych w dokumentach europejskich. Kształcenie pielęgniarek prowadzone jest na poziomie wyższym (licencjackim i magisterskim, jako studia dwustopniowe z możliwością kontynuacji studiów doktorskich). Krajowe regulacje prawne oraz programy kształcenia adaptują wymagania programowe zawarte w dyrektywach UE, dotyczące liczby godzin kształcenia, proporcji kształcenia teoretycznego i praktycznego oraz głównych grup przedmiotów. Kształcenie pielęgniarek podlega obowiązkowej ocenie jakości, zgodnie z procedurą akredytacyjną. Po ukończeniu studiów istnieje możliwość dalszego profesjonalnego doskonalenia i rozwoju zawodowego (kształcenie specjalistyczne). W Holandii podejmowane są intensywne działania związane z kreowaniem atrakcyjności studiów oraz wzmacnianiem autonomii zawodowej pielęgniarek, poprawą zadowolenia z pracy i uwzględnianiem potrzeb rozwojowych kadry pielęgniarskiej.

Z kolei w Polsce, mimo powszechnego wdrożenia kształcenia w systemie studiów licencjackich od 2000 r. dotychczas nie poświęcono tej kwestii należytej uwagi. Wobec wzrastającej liczby absolwentów studiów wydaje się zasadne już dziś projektowanie strategicznych rozwiązań w tym zakresie. Pielęgniarki z tytułem zawodowym licencjata borykają się z problemem tożsamości zawodowej, poszukując takich obszarów praktyki, które umożliwiłyby im dalszy rozwój zawodowy. Potrzebne są obecnie dalsze prace badawcze w tym zakresie, ale także – co najważniejsze – klarowne wizje systemu pielęgniarstwa. Kompleksowe rozwiązania, które można wprowadzić korzystając z doświadczeń innych krajów (Holandia, Wielka Brytania) przyczyniłyby się niewątpliwie do rozwoju profesji i wzrostu liczby kształconych w zawodzie pielęgniarki, zgodnie z prognozowanym na przyszłe lata zwiększonym zapotrzebowaniem na pracę wysoko wykwalifikowanej pielęgniarki/pielęgniarskiego.

## Piśmiennictwo

1. Prognoza demograficzna na lata 2003 – 2030. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2005.
2. van der Windt W. et al.: Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003. Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 2003.
3. Podstawowe dane z zakresu Ochrony Zdrowia w 2004 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2005.
4. Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2004. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2005, 64.
5. Szacunek zapotrzebowania na główne grupy zawodów do roku 2010. Studia i materiały. Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Warszawa 1999.
6. Pielęgniarki i położne o problemach swojej pracy. Raport z badań. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1999.
7. Kądalska E.: *Regulacje prawne zawodu pielęgniarki i położnej w świetle dyrektyw Unii Europejskiej*. Zdrowie i Zarządzanie, 2001, 5, 9 – 12.
8. Lenartowicz H.: *Nowy model kształcenia pielęgniarek*. Zdrowie i Zarządzanie, 2001, 5, 15 – 20.
9. Informator o kształceniu pielęgniarek i położnych w Polsce. Krajowa Rada Akredytacyjna Szkolnictwa Medycznego. Warszawa 2002.
10. van Londen, J. Grotendorst A.: *Gekwalificeerd voor de toekomst.: eindrapport*. Commissie Kwalificatiestructuur. Ministerie van VWS en OCW, 1999.
11. Pool A. et al.: *Met het oog op de toekomst: beroepscompetenties van hboverpleegkundigen* Utrecht: NIZW, 2001



### Historia

## „Nowy Medyk” – dzieje skondensowane\*

**Andrzej Doroba**

Dla większości starszych lekarzy tytuł „Nowy Medyk” brzmi znajomo. Ale dotyczy to starszych, zatem takich, którzy studiowali w latach 70. i 80. Młodszym nic już nie mówi. Dlatego pomyślałem, że warto utrwalić garść wspomnień z tych czasów, które miały tę przyjemną stronę, że byliśmy wtedy wszyscy młodzi.

Zacznijmy od tytułu – dlaczego „Nowy Medyk”? Inne uczelniane gazetki nazwane zostały konkretniej, od nazwy miasta – „Śląski Medyk”, „Krakowski Medyk”, „Gdański Medyk” itp. Dlaczego warszawski nazwany został nowym? Nie chodziło bynajmniej o to, że przed nim był jakiś zwykły lub stary medyk, a ten teraz będzie nowym. Otóż po pierwsze – socjalizm wszystko miał nowe – „Nowe Drogi”, „Nowe Widnokregi”, „Nową Kulturę”, „Nową Wieś” itd. Po drugie i chyba ważniejsze – spodziewano się również

wykształcić zupełnie nowych, socjalistycznych rzecz jasna lekarzy, a zatem potrzebni byli i zupełnie nowi studenci, tacy nowi medycy.

Oto tajemnica intrygującego tytułu miesięcznika, który powstał w 1953 roku – dwa miesiące po śmierci Stalina, czyli w środku najczarniejszej dla naszego kraju nocy. Było to jednak prawie dziesięć lat po wojnie, i na uczelnie wyższe wchodziło pokolenie, które w czasie okupacji było jeszcze dziećmi. Przeszło ono przez szkoły średnie już w czasie rządów Bieruta, nauczono je więc tańczyć tak, jak zagrają i odpowiadać tak, jak należy. Wiedziało wszystko o przodownikach pracy–racjonalizatorach Stachanowie i Kolesowie, wzorowym komsomolcu Pawce Morozowie, znało bohaterstwo sierżanta Matrosowa i eksperyment z tworzeniem życia w próbówce przez Zoję Lepieszynską. W klasach ze ścian spoglądał na nich (unosząc jedną brew zbyt wysoko) marszałek Związku Radzieckiego i Polski –

Konstanty Rokossowski oraz świecił wyglansowaną łysiną wieczny premier – Józef Cyrankiewicz. Ruch robotniczy był zjednoczony w PZPR, a młodzież skupiona w ZMP. Na studia medyczne przyjmowały komisje, które bardziej interesowało pochodzenie społeczne niż stopnie na maturze. Więcej studentów skreślano z powodu braku zaliczenia marksizmu–leninizmu niż anatomii prawidłowej.

Cóż zatem sprawiło, że owi janczarzy komunizmu, recytujący z pamięci całe strony „Krótkiego kursu historii WKP (b)”, śpiewający z uczuciem „Suliko” i wywijający hołubce ludowych tańców – w kilka lat później słuchają jazzu, tańczą rock and rolla i piszą wiersze? Przecież byli to w większości autentyczni potomkowie chłopów i robotników, bowiem polska inteligencja wyginęła w czasie wojny, konspiracji i powstania. Jeśli w ich postawie była polityczna mimikra, to przecież nie ta w typie Konrada Wallenroda, lecz wywodząca się raczej z chłopskiej, wyćwiczonej przez wieki przebiegłości. A jed-

\*Prezentowany tekst jest obszerną i uzupełnioną częścią wstępu do wydanej niedawno monografii dotyczącej „Początki Literackiej” – działu „Nowego Medyka”.

nak właśnie to „zetempowskie” pokolenie zaledwie trzy lata później zrobiło polski październik i poluzowało krępujące Polaków więzy tak dalece, że staliśmy się jako kraj „najweselszym barakiem w obozie socjalistycznym”.

Moje prywatne wytłumaczenie tej metamorfozy opiera się na działaniu dwu mediów – radia i słowa drukowanego. Radio – to „Wolna Europa” nadająca przez długie miesiące sensacyjne wynurzenia płk. UB Światło, media – to „Po prostu” – tygodnik studentów i młodej inteligencji. Właśnie od „Po prostu” wiedzie cieniutka nić do „Nowego Medyka”. Powołując w maju 1953 roku czasopismo dla studentów warszawskiej Akademii Medycznej, władze partyjne (bo tylko one miały monopol na takie inicjatywy) chciały przeszczepić na polski grunt doświadczenia radzieckie. Bolszewicy, a za nimi komuniści doskonale rozumieli i doceniali rolę propagandy – a w tamtych czasach jej nośnikiem była gazeta i książka, a poza nimi – kino i radio. Stąd wręcz zalewano obywateli przejawami tego typu aktywności – od gazetki ściennej, poprzez gazetę zakładową (czytaj – uczelnianą), do gazet i czasopism miejskich, regionalnych i centralnych. Takich uczelnianych gazetek jak w Warszawie „Nowy Medyk” było na innych polskich uczelniach medycznych około dziesięciu i wszystkie robiono na jedno kopyto jako organy uczelnianych komitetów partii, ZMP i ZSP. Przez kilka lat model ten funkcjonował zgodnie z założeniami, ale przyszedł październik 1956 roku i kluczowe ogniwo rozsypało się samo – Związek Młodzieży Polskiej uległ samolikwidacji. Wraz z nim rozpadły się praktycznie wszystkie uczelniane gazetki – wszystkie... z wyjątkiem „Nowego Medyka”.

W starych rocznikach czasopisma bez trudu można znaleźć ślad inspiracji, jaką dawał redaktorom – medykom przykład „Po



*Zespół redakcyjny i korespondentów z całej Polski na dorocznym spotkaniu integracyjnym. Autor stoi w pierwszym rzędzie (przednim klęczy jedna korespondentka). W górnym rzędzie, czwarty od lewej Jurek Koperski.*

prostu”. Był czas (niestety krótki), że redakcja „Nowego Medyka” formalnie uznała się za medyczną filię „Po prostu”, przedrukowywała jego apele i wysuwała identyczne postulaty.

Drugim czynnikiem, znacznie ważniejszym dla przetrwania „Nowego Medyka” niż kontakt z „Po prostu” (bo ten niebawem mógł tylko zaszkodzić) była ojcowska kuratela, jaką redakcję otoczył ówczesny rektor Akademii Medycznej prof. dr hab. med. Marcin Kacprzak. Ten lekarz – społecznik, światły higienista i polityk zdrowotny miał poglądy zdecydowanie lewicowe, jednak bardzo odległe od marksistowsko-leninowskiej ortodoksji. On też doceniał rolę propagandy i uznał widać, że warto mieć na uczelni jej narzędzie w postaci studenckiego czasopisma. To właśnie rektor Kacprzak i duch październikowych przemian sprawiły, że z drętwej, sztabowej „prop-agitki” lat 1953–55 stał się „Nowy Medyk” czasopismem żywym, autentycznym i czytanim.

Druga połowa lat 50. w Polsce to istny wybuch różnorodnych przejawów studenckiej kultury –

kwitną studenckie teatry, rozwijają się kluby, gra się jazz, chodzi na wystawy, ogląda zagraniczne filmy i dyskutuje do późnej nocy na DKF-ach, słucha wierszy na „wieczorach poezji” i toczy ideowe spory na „spotkaniach z ciekawymi ludźmi”. Wszystko to znajduje wyraz na łamach „Nowego Medyka”, który w tym czasie przeżywa swoje złote lata.

Jednak klimat polityczny w kraju dość szybko zmienia się na gorsze. Władysław Gomułka zadawała się popuszczeniem łańcucha przez „wielkiego brata” i wygasza jak może ogniska „niepokoju”. Tygodnik „Po prostu” zostaje zamknięty i na nic się zdają studenckie protesty. Jako nastolatek – licealista zaplątany w tłumie młodzieży, dostałem wtedy milicyjną pałką po plecach – nie wiedząc nawet „z jakiej racji”.

Przychodzą lata 60. i okres „małej stabilizacji”. Ja zostaję studentem medycyny, a „Nowy Medyk” jest wtedy pismem studenckim, formalnie niezależnym od żadnej z istniejących wówczas organizacji. Jest pismem ciekawym, pełnym eksperymentów. Walczy o reformę studiów medycznych.



Organizuje przeglądy teatrów studenckich (medycy należą do krajowej czołówki!) i wspaniałe wystawy fotografii artystycznej. Jest naprawdę w centrum studenckiego życia intelektualnego.

W połowie lat 60. redakcja „Nowego Medyka” (jestem już w jej składzie jako sekretarz redakcji, a mój kolega z grupy Adam Galewski jest redaktorem naczelnym) podejmuje ambitny zamiar przekształcenia czasopisma uczelnianego w ogólnopolskie – środowiskowe. I to nie zwykłą w tych czasach metodą odgórnej decyzji – lecz oddolnie, wręcz konspiracyjnie. Nawijujemy koleżeńskie kontakty z medykami z innych miast – zaczyna się od dostarczania pocztą kilkudziesięciu egzemplarzy poszczególnych numerów, później zamieszczania „korespondencji z terenu”, wreszcie regularnej współpracy. W efekcie pojawiają się na łamach tematy już nie tylko warszawskie, lecz odzwierciedla się (oczywiście w sposób dość wybiórczy) życie studenckie całej Polski. Jesteśmy na dobrej drodze, ale działamy w zasadzie społecznie (czyli bez wynagrodzenia) i wciąż w formalnych ramach wydawniczej „działalności gospodarczej” warszawskiej Akademii Medycznej.

Na to wszystko spadają wydarzenia marcowe 1968 roku. „Nowy Medyk” zostaje wciągnięty w kleszcze „polityki partii wobec środowiska studenckiego”, i jedynym sposobem dalszego istnienia pozostaje przyjęcie „patronatu ideowego” Rady Naczelnej ZSP i Zarządu Głównego ZMS. Korzyścią z tego jest formalny status ogólnopolskiego czasopisma studenckiego i zgoda na kolportaż przez sieć „Ruchu”. Zostają również zalegalizowane oddziały redakcji w poszczególnych akademiach medycznych, których jest jedenaście (wraz w wojskową w Łodzi). Wzrasta nakład do 10 tys. egz. i częstotliwość zmienia się z miesięcznika w dwutygodnik. Ministerstwo Zdrowia

przydziela wydawcy – warszawskiej AM – większe środki, jakich wymaga profesjonalne wydawanie czasopisma, które teraz każdy może kupić w kiosku.

Ta nowa sytuacja odmienia również grono czytelników „Nowego Medyka”. To już nie są tylko studenci medycyny czy młodzi lekarze – teraz nasze pismo czytać może każdy. I tak się istotnie dzieje. Wpływa to na skład redakcji – to już nie medyczna monokultura, lecz w sporej części młodzi ludzie spoza tego środowiska. Jestem wtedy redaktorem naczelnym i choć ani chcę, ani mogę odłożyć na bok swój lekarski dyplom, to jednak dziennikarstwo tak mnie wciąga, że staje się „pierwszym zawodem wykonywanym”.

Wtedy właśnie, na jednej z zetespowskich wycieczek – delegacji do ZSRR i Mongolii (!) spotkam i poznaję bliżej Jurka Leszina – Koperskiego. Oj, wcześniej słyszałem o nim wiele, choć przyznam, że nie miało to wiele wspólnego z poezją. Słyszałem niezwykle opowieści o Jurku – „człowieku–instytucji”, który potrafił załatwić wszystko. Co tu wiele gadać – o jego możliwościach świadczył fakt, że mieszkał – co prawda na strychu – ale w „Hybrydach” na Mokotowskiej. A „Hybrydy” to wówczas przedmiot nader snobistycznego zainteresowania i nie każdego tam wpuszczano. Wino sprzedawano tam najzupełniej legalnie!

Szybko polubiliśmy się z Jurkiem, który ujmował wszystkich bezpośredniością, koleżeństwem i zapałem do działania – pomyślałem więc, że taki ktoś przydałby się w naszej redakcji, by poprowadzić dział kultury. Los sprawił, że niebawem Jurek zerwał z jakichś względów dotychczasową współpracę z „Politechniką”, więc moja oferta trafiła na właściwy moment.

„Nowy Medyk” nie był bynajmniej kulturalnym odłogiem. Pisałem o tym wyżej, tu dodam, że już „za mojej kadencji” wspólnie

cował z nami choćby młody poeta Krzysztof Karasek redagujący „Kolumnę Poetów” i – równie młody satyryk – Marcin Wolski.

Jurek Koperski wprowadził najpierw na łamy rubrykę „Chłosty” – raczej o charakterze recenzencko–satyrycznym. Jasne jest jednak, że bez poezji nie mógłby żyć. A więc sypnęło się... Z początku „Pocztą Literacką”<sup>\*</sup>, niebawem „Kolumna Literacka”, wreszcie – jako swoiste uwieńczenie – dodatek „Młoda Sztuka”.

Drugą silną „nogą” na której opierała się poczytność „Nowego Medyka” był dział nauki. W pierwszych latach istnienia pisma praktycznie go nie było, a jeśli już, to w formie referatów pisanych przez profesorów. Pochlebiam sobie, że to za mojej redaktorskiej kadencji tematyka naukowo–medyczna szeroko weszła na łamy i pozostała już do końca. Ale sukces ten miał prawdziwego ojca w osobie Andrzeja Górskiego – dziś szacownego profesora, a wówczas studenta medycyny. Andrzej współpracował z nami (jako student, a później lekarz i wspaniale zapowiadający się badacz) przez prawie całe lata siedemdziesiąte i to on ściągnął do redakcji wielu innych, podobnie utalentowanych. A były to takie nazwiska jak Grzegorz Opolski, Henryk Skarżyński, Stanisław Radowicki, Zbigniew Gaciong – dziś wszyscy są profesorami. To tylko „warszawiacy”, a przecież mieliśmy kolegów, współpracowników, redaktorów również w innych akademiach – zaczynając w latach 60. od Bogdana Maciejewskiego w Katowicach, Leszka Paradowskiego we Wrocławiu czy Stanisława Skotnickiego w Krakowie, poprzez Eugeniusza Kucharza w Katowicach do Macieja Kołbana w Szczecinie. Żartowałem sobie, że gdyby zebrać ich wszystkich razem, powstałaby poważna konkurencja dla niejednego instytutu w PAN.

Właściwie tylko dwu redaktorów tego działu nie zostało profesorami

– jednym był Jerzy Kołaczyński – wyjechał bowiem do USA, gdzie ma teraz własną praktykę lekarską – a drugim Paweł Orlewski, który w latach 90. wybrał karierę w firmach farmaceutycznych.

Jeśli już mowa o kolegach, którymi redakcja chciałaby się pochwalić, trzeba wspomnieć również o tych, którzy zrobili dziennikarską karierę. Dotyczy to nie-medyków, zatem okresu po 1974 roku, kiedy w redakcji znaleźli rację bytu. Możemy pochwalić się Piotrem Aleksandrowiczem – absolwentem chemii na Politechnice, pracującym u nas w drugiej połowie lat 70. Trafił później do PAP i przez „itd.” do „Rzeczpospolitej”, gdzie był obok Dariusz Fikusa zastępcą redaktora naczelnego, a po jego śmierci – redaktorem naczelnym tej najważniejszej w Polsce gazety. Teraz kieruje „Business Week”. Nasz Wiesław Królikowski oddaje się dziś swojej pasji jazzowej w czasopiśmie muzycznych. Mamy dwu „wychowanków” w „Polityce” – Tadeusz Późniak od kilkudziesięciu lat jest pierwszym fotoreporterem, a Paweł Walewski (który trafił do nas jeszcze jako kandydat na medycynę) – wziętym publicystą z dyplomem lekarza. Inny nasz fotoreporter – Tymoteusz Nestoruk – dostał „powołanie” do „Trybuny Ludu” – przecież nie ze względów politycznych, bo takich nie było, ale dlatego że robił wspaniałe zdjęcia. Jeśli już o sztuce foto mowa – kolejny nasz kolega – Piotr Urbanellis – towarzyszył (na życzenie poety) Czesławowi Miłoszowi w jego pierwszej podróży po kraju w 1981 roku i sporządził niezwykły reportaż z tej wyprawy.

Ciekawostką niech będzie fakt, że w całej historii naszej redakcji mieliśmy (w latach 1980/81) dwa „etaty stażowe”. Na jednym z nich zatrudniliśmy młodą dziewczynę sposobną się do dziennikarstwa – Elżbietę Główkę z Gdańska, na drugim – równie młodego Romana Chocyka. Elżbieta stała się nie-

bawem jako Isakiewicz (po mężu) prawą ręką redaktora Wierzbickiego w „Gazecie Polskiej”; natomiast Roman zrobił w latach 90. karierę w wydawnictwie prawno-ekonomicznym „Infor”.

Wróćmy do chronologii.

Po kilku latach, w 1974 roku gdzieś na wysokim szczeblu zapada decyzja, że trzeba skonsolidować redakcje czasopism studenckich, włączając je w skład powoływanej właśnie Młodzieżowej Agencji Wydawniczej RSW „Prasa-Książka-Ruch”. Trzeba przyznać, że stworzono nam przyzwolite warunki materialne – są etaty, maszyny do pisania, aparaty foto, fundusz delegacyjny; nie ma kłopotów z drukarnią ani przydziałami papieru. Jednak nakład pisma jest określony odgórnie i mimo rosnącego zapotrzebowania, nie można go podnieść – frustruje nas ta sytuacja, bo czujemy się jak w przyciasnym ubraniu. Z drugiej strony dobitnie poznajemy długość sznurka, który jest nam raz popuszczany a raz skracany, zależnie od „wielkiej polityki” która nas za bardzo nie interesuje. Oficjalna cenzura to nie wszystko – są jeszcze samozwańczy cenzorzy na różnych szczeblach organizacji studenckich, partii i administracji państwowej. Człowiek uczy się ławirować między nimi, na szczęście bieżące wydarzenia zapewniają im dość zajęć, by poświęcać zbyt wiele czasu na „ustawianie” naszej redakcji.

Kierowałem „Nowym Medykiem” przez bite 17 lat: od roku 1972 aż do kresu tego tytułu w 1989 roku. Z takim stażem na jednym stanowisku mogłem się w żartach porównywać tylko z Mieczysławem Rakowskim i jego „Polityką” oraz Jerzy Turowiczem i „Tygodnikiem Powszechnym”. Rektor Akademii Medycznej w Warszawie prof. Bolesław Górnicki (który powołał mnie na to stanowisko w 1971 roku) powiedział mi po latach: „Wie pan, kolego, że była to moja

najlepsza decyzja kadrowa – żadna inna tak długo się nie utrzymała”.

Owszem, była przerwa spowodowana stanem wojennym i zawieszeniem pisma na ponad rok (od grudnia 1981 do stycznia 1983). Po wznowieniu pracy redakcji z mocno odnowionym zespołem redakcyjnym (nie z powodów politycznej weryfikacji, lecz naturalnego znajdowania sobie jakiegoś zajęcia, bo nikt nie mógł przetrzymać tyle czasu bez dochodów) trafiliśmy na nadspodziewane zainteresowanie i życzliwość czytelników, ale z drugiej strony na niespodziewane przeszkody techniczne. Nasze tradycyjne miejsce w drukarni „Expressu Wieczornego” w Al. Jerolimskich zostało zajęte przez... „Twórczość Robotników”. Musieliśmy sami poszukać innej drukarni i z trudem znaleźliśmy... dopiero w dalekim Szczecinie. Tu jednak dzięki niebywałej operatywności wyjątkowo oddanego pismu Jurka Koralewskiego wszystko przebiegało jak należy. Może z wyjątkiem jakości papieru, który – pochodząc z nieodległej fabryki „Skolwin”, znanej z głównie z produkcji papieru toaletowego – zbyt wyraźnie przypominał o swojej proveniencji...

Lata osiemdziesiąte to czasy, gdy czasopismo rozchodziło się do ostatniego egzemplarza. Niestety, nakładu nie można było zwiększyć – to byłaby już „decyzja polityczna”, a takiej „odnośne władze” podjąć nie zamierzały. Mało tego – pojawiły się znane „przejściowe trudności” w zaopatrzeniu nawet w tak marny wówczas papier gazetowy. Limitowano nam nie tylko nakład i objętość (nie było mowy o jakichś dodatkach) – w drugiej połowie lat 80. ograniczono również częstotliwość. Z dwutygodnika staliśmy się znów miesięcznikiem. Nieustannie coś traciliśmy, na szczęście nie dotyczyło to ani czytelników, ani twarzą.

Właśnie dzięki temu, gdy na początku 1989 roku upadająca

RSW „Prasa–Książka–Ruch” zlikwidowała nasz tytuł, z gronem kolegów i współpracowników zawiązaliśmy spółkę z o.o. pod nazwą „Medyk” i już w maju 1989 roku wydaliśmy pierwszy numer miesięcznika „Medyk”. A dlaczego nie Nowy? Ano dlatego, że rządowy likwidator RSW „Prasa–Książka–Ruch” przez długie tygodnie nie chciał podjąć w naszej sprawie żadnej decyzji – ani nie chciał nam praw do tego tytułu (formalnie stanowiącego własność RSW) podarować, ani sprzedać. Grał na zwłokę, jakby czekając aż ktoś inny wypełni lukę, jaką wytworzył brak „Nowego Medyka” na rynku czytelnictwa – tak wówczas dynamicznym. Przejrzeliśmy cel tego kunktatorstwa, zgubiliśmy więc „Nowy” z tytułu i wróciliśmy na swoje miejsce w kioskach.

Przemiany w naszym kraju okazały się jednak znacznie głębsze, niż ktokolwiek wtedy się spodziewał. Dla porządku dokończ te dzieje – po kilku latach ciągłego zmieniania formuły, techniki, formatu, ceny, a w końcu i częstotliwości – „Medyk” jako czasopismo środowiskowe medyków został ze względów ekonomicznych zamknięty (formalnie tylko czasowo zawieszony) w 2003 roku – prawie dokładnie w 50 lat po swoim powstaniu.

Jednak ta historia nie kończy się źle – nasza spółka pod nazwą „Medyk” istnieje jako wydawnictwo medyczne i ma się całkiem dobrze. Wydajemy dwa specjalistyczne miesięczniki „Gabinet Prywatny” i „Lek w Polsce” oraz sporo fachowych książek medycznych i farmaceutycznych.

Może kiedyś wrócimy do wydawania „Nowego Medyka”?

PS. Konieczne trzeba wspomnieć o dwu kolegach, których zabrała nam śmierć.

Piotr Janaszek, jeden z pierwszych naszych korespondentów w Poznaniu z lat 60. człowiek obdarzony wieloma talentami i czułym na nieszczęścia sercem. Lekarz ortopeda, twórca ośrodka dla niepełnosprawnych dzieci w Mielnicy. Obecnie jego córki kontynuują dzieło ojca.

Andrzej Chaciński – pełen energii, pomysłów i wspaniały kolega, był moim zastępcą w drugiej połowie lat 70. Ginekolog-położnik, twórca prywatnej kliniki w Warszawie, która teraz nosi jego imię. Obydwaj zginęli tragicznie w wypadkach samochodowych.



## Komunikaty

### Medyczny Nobel

Tegoroczną Nagrodę Nobla w medycynie otrzymali Amerykanie Andrew Z. Fire i Craig C. Mello. Komitet Noblowski uhonorował odkrycie mechanizmu interferencji RNA, które może mieć zastosowanie w terapii genowej. „Tegoroczni laureaci odkryli fundamentalny mechanizm kontroli przepływu informacji genetycznej w komórce” – podkreśla w uzasadnieniu werdyktu Komisja Noblowska.

Dzięki odkryciu tego zjawiska możliwe stały się badania nad hamowaniem ekspresji wybranych genów w komórkach ssaków – poprzez zastosowanie małych interferujących RNA, tzw. siRNA. Technika ta polega na wykorzystaniu naturalnego procesu „wyciszania ekspresji genów”, który zależy od dwuniciowego RNA. Wprowadzenie do komórki dwuniciowego RNA, który jest homologiczny, czyli podobny do danego genu, skutkuje tym, że gen ten zostaje wyłączone.

„Dezaktywując” gen odpowiedzialny u człowieka za daną chorobę, na przykład dziedziczną, można ją leczyć lub zapobiegać jej rozwojowi. Według naukowców, to ogromna szansa w przypadku nieuleczalnych dotąd chorób, m.in. neurodegeneracyjnych, autoimmunologicznych i nowotworowych.

Odkrycie to może mieć zastosowanie zarówno w terapii genowej, jak i biotechnologii.

(PAP)

### Dymisja naczelnego

17 października, na posiedzeniu Senackiej Komisji ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw, jej przewodniczący – prof. dr hab. Jakub Gołąb na prośbę JM Rektora złożył dymisję z pełnionej funkcji oraz funkcji redaktora naczelnego naszego miesięcznika.

### Sesja Hirschfeldowska

28 października w Zakładzie Anatomii AM odbyła się sesja naukowa połączona z odsłonięciem tablicy pamiątkowej poświęconej prof. Ludwikowi Maurycemu Hirschfeldowi. Podczas sesji wystąpili zaproszeni goście: prof. Marek Krawczyk – Dziekan I WL, przewodniczący Izby Lekarskiej dr A. Włodarczyk i prof. K. Jędrzejewski – Prezes PTA, a okolicznościowe wykłady wygłosili: dr Jerzy Reymond – „Biografia Ludwika Maurycego Hirschfelda”; dr hab. Jarosław Wysocki „Warszawscy anatomowie XIX wieku” i prof. dr hab. Bogdan Ciszek – „Inspiracje Hirschfeldowskie w podręcznikach anatomii człowieka”.