



# MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XLIV

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

NR 10/2012

## Zespół redakcyjny:

**Prof. dr hab. Stefan Kruś** – redaktor honorowy  
**Dr hab. Marcin Grabowski** – redaktor naczelny  
**Dr Maciej Janiszewski** – z-ca redaktora naczelnego  
**Mgr Cezary Ksel** – sekretarz redakcji  
**Mgr Magdalena Zielonka** – korekta

## Rada Programowa i Naukowa:

**Prof. dr hab. Marek Krawczyk** – Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **prof. dr hab. Sławomir Majewski** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, **dr hab. Sławomir Nazarewski** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, **prof. dr hab. Renata Górka** – Prorektor ds. Kadr, **prof. dr hab. Marek Kulus** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, **prof. dr hab. Mirosław Wielgoś** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, **dr hab. Marek Kuch** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, **prof. dr hab. Bożena Werner** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, **dr hab. Piotr Wroczyński** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, **prof. dr hab. Piotr Małkowski** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, **prof. dr hab. Bolesław Samoliński** – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, **prof. dr hab. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska** – Dziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego.

## Wydawca:

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

## Adres redakcji:

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

## Zdjęcia:

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

## Skład i druk:

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

Nakład: 500 egzemplarzy

CZASOPISMO JEST PUNKTOWANE W SYSTEMIE INDEX COPERNICUS

## Z ŻYCIA WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

<i>Cezary Ksel</i> Warszawski Uniwersytet Medyczny rozpoczyna nowy rok akademicki.....	2
<i>Cezary Ksel</i> Przemówienie JM Rektora podczas Inauguracji Roku Akademickiego 2012/2013 .....	6
<i>Cezary Ksel</i> Uroczysta promocja II Wydziału Lekarskiego.....	11
<i>Mirosława Adamus, Krzysztof Owczarek</i> Gdy pacjentem jest dziecko.....	13
<i>Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka</i> Neonatologia jutra.....	15
<i>Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka</i> Rozwój neonatologii w Polsce.....	17
<i>Marta Suchojad</i> Konferencja „Prawa dziecka-pacjenta” .....	19
<i>Karolina Mazurczak</i> Wywoływanie choroby u dziecka jako forma krzywdzenia .....	20
<i>Lena Kozłowska, Katarzyna Pawłowska, Anna Doboszyńska</i> Wizerunek pielęgniarki XXI wieku.....	22
<i>Mira Lisiecka-Biełanowicz, Aleksander Zarzeka, Klaudia Sieńska, Emilia Gawińska</i> Konferencja „Zdrowie Publiczne i co dalej?” .....	24
<i>Dominika Cichońska</i> XVII Czwartek Chirurgiczny.....	25
<i>Iwona Wawer</i> Peruwiańskie uniwersytety.....	28
<i>Łukasz Januszkiewicz</i> Praktyki studenckie w Sanford Heart Hospital .....	30
<i>Elwira Zielińska</i> Z Senatu WUM.....	32

## ROZMOWY

Z dr Magdaleną Winiarską, laureatką Nagrody  
Naukowej POLITYKI – o swoich dokonaniach  
naukowych oraz obrazie współczesnego naukowca ...

## WSPOMNIENIA

*Andrzej Górski*  
Prof. dr hab. E. Donnell Thomas – wspomnienie ...

## HISTORIA

*Mieczysław Szostek,  
Longin Marianowski, Mirosław Wielgoś*  
Sesja wspomnieniowa  
o prof. dr. hab. Adamie Czyżewiczu.....

## NAUKA

*Irena Fiedorczyk, Justyna Fiedorczyk*  
Problemy związane z utrudnioną prokreacją  
w percepcji kobiet w wieku rozrodczym ..... 41 || Terminy obron prac doktorskich..... | 48 |

# Warszawski Uniwersytet Medyczny rozpoczyna nowy rok akademicki

Inauguracja Roku Akademickiego  
to wielkie święto nie tylko

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ale też wyjątkowy dzień dla 2954 osób, które, jako nowi studenci naszej Uczelni, rozpoczęły niezapomnianą podróż ku zdobyciu wiedzy i wykształcenia medycznego. Wyjątkowość uroczystości pokreślił wykład inauguracyjny, który w tym roku wygłosił prof. Jerzy Buzek.



Rok akademicki 2012/2013 rozpoczęty! Zanim jednak JM Rektor prof. Marek Krawczyk wygłosił tradycyjną formułę *Quod felix, faustum fortunatumque sit*, wszyscy tłumnie zebrani 5 października w Auli Centrum Dydaktycznego byli świadkami uroczystości związanej z inauguracją nowego roku. Wydarzeniu przewodniczył prof. Marek Krawczyk, który – jako powtórnie wybrany do pełnienia funkcji Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, po raz piąty poprowadził uroczystość rozpoczęcia roku akademickiego na naszej Uczelni. Trudno wymienić niezliczoną ilość Gości, którzy przyjęli zaproszenie na to wydarzenie. Wśród nich znaleźli się m.in.: Irena Wójcicka – Podsekretarz Stanu w kancelarii Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego, Aleksander Soplński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Małgorzata Milanowska – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Kultury i Dziedzictwa Narodowego, przedstawiciele Sejmu i Senatu RP, prof. Michał Kleiber – prezes Polskiej Akademii Nauk oraz jej wiceprezesa – prof. Andrzej Górski – były Rektor naszej Uczelni oraz prof. Marek C. Chmielewski. W uroczystości uczestniczyli

ponadto inni byli Rektorzy naszej *Alma Mater* – prof. Jerzy Szczerbań, prof. Bogdan Pruszyński, prof. Tadeusz Tołłoczko oraz prof. Leszek Pączek, jak też Rektorzy pozostałych stołecznych uczelni wyższych, przedstawiciele władz miasta stołecznego Warszawy oraz władz województwa mazowieckiego. Uroczystość inauguracji nowego roku akademickiego zaszczytli swoją obecnością także: Kardynał Józef Glemp – Prymas Senior Polski, Abp Celestyno Migliore – Nuncjusz Apostolski, Abp Henryk Hoser – Biskup Diecezjalny Diecezji Warszawsko-Praskiej, bp Tadeusz Pikus. A także inni znamienici Goście, prezesi i wiceprezesa instytucji państwowych, ludzie nauki i medycyny.

Tradycyjnie chwilą milczenia uczczono pamięć osób związanych z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, które odeszły od nas w poprzednim roku akademickim.

Najważniejszymi Bohaterami uroczystości byli nowi studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Z ponad 9000 osób ubiegających się o indeks naszej Uczelni, trudne etapy rekrutacji z sukcesem zakończyło niemal 3000 osób, którzy z chwilą otrzymania indeksu i wpisania na listę studentów WUM, stali się człon-

kami naszej społeczności akademickiej. To właśnie nowym studentom rozpoczynającym edukację medyczną Rektor w swoim przemówieniu poświęcił najwięcej miejsca. Przypominał młodym ludziom, że znaleźli się w gronie osób szczególnych, którym udało się zdobyć indeks Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, uczelni wyjątkowej, jednej z najlepszych w kraju. Podkreślił, że wybrane studia medyczne są studiami trudnymi i czasochłonnymi, wymagającymi poświęcenia, systematyczności i cierpliwości. Jednak, pomimo tych trudności, są to studia dające satysfakcję, ponieważ kształcą w zawodzie, który jest potrzebny, i obdarzony jest dużym zaufaniem społecznym. Zaznaczył, że lata edukacji uniwersyteckiej to okres nie tylko zdobywania wiedzy i czerpania ze słów mistrzów, autorytetów i nauczycieli, ale też czas sprzyjający rozwijaniu swoich pasji naukowych. Przypominał jednocześnie najważniejsze sukcesy studentów i pracowników naukowych WUM w poprzednim roku akademickim.

Ogromne znaczenie w kształceniu nowych lekarzy ma nowoczesna infrastruktura, będąca bazą dydaktyczną dla studentów. Rektor wymienił inwestycje,



Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek Krawczyk podczas Inauguracji roku akademickiego



Głową Państwa reprezentowała Podsekretarz Stanu w Kancelarii Prezydenta RP Irena Wójcicka



Wiceminister Aleksander Soplński reprezentował Ministerstwo Zdrowia



Prof. Jerzy Buzek podczas Wykładu inauguracyjnego w Auli Centrum Dydaktycznego WUM

których budowa jest już realizowana – jak Szpital Pediatriczny czy Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne, ale wspominał także o planowanych inwestycjach związanych z powstaniem gmachów, w których ulokowane będą ośrodki zajmujące się onkologią, stomatologią czy psychiatrią.

W kontekście bazy klinicznej Rektor przypomniał, że Warszawski Uniwersytet Medyczny ma obowiązek nie tylko edukowania studentów, ale też leczenia chorych. Podkreślił, że 1/3 wszystkich chorych leczonych w Warszawie, korzysta z pomocy naszych szpitali klinicznych. Dlatego tak ważnym zagadnieniem, w opinii JM Rektora, powinna być kwestia ostatecznego uregulowania zasad finansowania szpitali klinicznych. Prof. Marek Krawczyk postulował, że jedynie

wydzielenie szpitali klinicznych, jako odrębnych jednostek i kategorii szpitali, pozwoli odpowiednio finansować pracę oraz misję takich wyjątkowych instytucji, jakimi są szpitale uniwersyteckie.

Specjalny list Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego do Władz i Studentów naszej Uczelni odczytała Irena Wójcicka. Pan Prezydent pisał m.in. o niezwykłym okresie, który otwiera się właśnie przed nowymi studentami, ponieważ „czas studiów formuje na całe życie”. Podkreślił, jak ważny jest na wyższych uczelniach dialog pokoleń oraz kontakt z autorytetami, mistrzami, nauczycielami, którzy przekażą młodym ludziom „pasję poszukiwania prawdy, potrzebę mądrości, szacunek dla wiedzy”.

W imieniu Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza do ze-

branych zwrócił się Aleksander Soplński. Zaznaczył, że misją uczelni jest nie tylko kształcenie i działalność naukowa, ale też działania na rzecz kreowania przyszłości i rozwoju naszego kraju. Dlatego tak ważny jest proces rozwoju bazy dydaktycznej i klinicznej naszej *Alma Mater*, która pozwoli w przyszłości nie tylko lepiej kształcić lekarzy, ale też skuteczniej i szybciej leczyć chorych, ponieważ – jak podkreślił wiceminister Soplński „nie ma większego bogactwa narodowego od zdrowia”.

Po oficjalnych przemowach rozpoczęło się przyznanie orderów i medali zasłużonym pracownikom naszej Uczelni. Z rąk wiceministra Wójcickiej oraz wiceministra Soplńskiego wręczono przyznane przez Prezydenta RP: Krzyż Oficerski Or-

## MEDALE I NAGRODY WRĘCZONE PODCZAS INAUGURACJI ROKU AKADEMICKIEGO 2012/2013

Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski  
prof. Marek Naruszewicz

Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski  
prof. Krzysztof Czajkowski, prof. Ewa Dmoch-Gajzlerska, prof. Jan Kopczyński

Medale Komisji Edukacji Narodowej  
prof. Leszek Bablok, dr hab. Krzysztof Cendrowki, dr hab. Bożena Czarkowska-Pączek,  
prof. Mirosław Dłużniewski, prof. Andrzej Friedman, lek. Grażyna Gawlik, dr hab. Tomasz  
Hermanowski, prof. Anna Kamińska, prof. Jan Kopczyński, dr Dariusz Kosson, prof. Marek Kulus,  
dr hab. Magdalena Malejczyk, prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, dr Marcin Rawicz,  
dr Dorota Włodarczyk, prof. Zdzisław Wójcik, prof. Piotr Wroczyński

### Nagrody naukowe i dydaktyczne Ministra Zdrowia

Nagroda indywidualna I stopnia  
dr Cezary Szmigielski

Nagroda indywidualna II stopnia  
dr Anna Chmielewska

Nagroda zespołowa naukowa

1. prof. Dorota Maciejewska, dr Elżbieta Hejchman, dr Piotr Luliński, dr Teresa Żołek,  
dr Joanna Trykowska-Konc, mgr Mariusz Dana, dr Hanna Kruszewska, dr Irena Wolska
2. dr inż. Mariusz Sobczak, dr inż. Ewa Olędzka, dr Agnieszka Kaflak, mgr Łukasz Rajchel,  
prof. Waław Kołodziejski, dr inż. Piotr Goś, mgr Paulina Nykiel, mgr Agnieszka Korzeniowska,  
mgr Magdalena Jasińska, mgr Kamil Sokołowski
3. dr Tomasz Stokłosa, lek. Eliza Głodkowska-Mrówka

Nagroda zespołowa dydaktyczna

1. prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, dr Przemysław Szczyrek
2. prof. Wiesław Jakubowski, dr Maciej Jędrzejczyk, dr Andrzej Lewicki, dr Anna Lewicka

deru Odrodzenia Polski prof. Markowi Naruszewiczowi oraz Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski: prof. Krzysztofowi Czajkowskiemu, prof. Ewie Dmoch-Gajzlerskiej, prof. Janowi Kopczyńskiemu. Ponadto wręczone zostały Medale Komisji Edukacji Narodowej oraz nagrody naukowe i dydaktyczne przyznane przez Ministra Zdrowia (patrz: ramka).

Każda Inauguracja Roku Akademickiego ma dwa punkty stałe, bez których nie może się odbyć: Immatrykulacja oraz Wykład inauguracyjny. Immatrykulację rozpoczęło uroczyste ślubowanie studentów, którzy uzyskali najlepsze średnie podczas egzaminu wstępnego. Tekst rotę ślubowania podał prof. Marek Kulus – Prorektor ds. Dydaktyczno-

-Wychowawczych. Następnie 36 studentów odebrało indeks z rąk Rektora oraz Dziekanów poszczególnych Wydziałów.

Po dokonaniu aktu immatrykulacji do nowych, oficjalnych już studentów naszej *Alma Mater* zwrócił się przedstawiciel Samorządu Studentów – Tomasz Zawadzki oraz Samorządu Doktorantów – mgr Wanda Gajzlerska. Tomasz Zawadzki zachęcał swoich młodszych kolegów nie tylko do wytężonej pracy związanej z nauką, ale też poszerzania swoich zainteresowań i pasji w licznych kołach i obozach naukowych, organizacjach studenckich, chórze czy orkiestrze uniwersyteckiej. Natomiast mgr farm. Wanda Gajzlerska życzyła studentom, aby przygoda z nauką na uniwersytecie przerodziła się w pasję, którą kontynuować będą

po zakończeniu studiów. – Przekraczacie mury naszej Uczelni w okresie jej intensywnego rozwoju. Nasz Uniwersytet z roku na rok tworzy lepsze warunki do pracy, daje nowe możliwości dostępu do źródeł naukowych, rozwija się infrastruktura Kampusu, który już dziś stwarza nam komfortowe otoczenie dla nauki i rozwoju – mówiła.

Po czym JM Rektor wypowiedział formułę *Quod felix, faustum fortunatumque sit* i trzykrotnie uderzył rektorskim berłem, co oznaczało oficjalne rozpoczęcie nowego roku akademickiego.

Pierwszy wykład w roku akademickim 2012/2013, zatytułowany „Jak leczyć Europę w trudnych czasach?” wygłosił prof. Jerzy Buzek.

Cezary Ksel  
Redakcja „MDW”



Prof. Marek Naruszewicz odebrał Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski



Prof. Krzysztof Czajkowski uhonorowany został Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski



Prof. Ewa Dmoch-Gajzlerska odbiera gratulacje z okazji otrzymania Krzyża Kawalerskiego Orderu Odrodzenia Polski



Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski uhonorowany został prof. Jan Kopczyński



Uroczyste ślubowanie studentów I roku Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Dziekan II WL dr hab. Marek Kuch nakłada czapkę studentką nowo przyjętej studentce tego wydziału



Do nowych studentów naszej Alma Mater zwrócił się przewodniczący Samorządu Studentów – Tomasz Zawadzki



Studenci I roku z upragnionymi indeksami. Życzymy powodzenia!

# Wystąpienie JM Rektora prof. dr. hab. Marka Krawczyka podczas Inauguracji Roku Akademickiego 2012/2013

*Wykształcenie to dobro, którego nic nie jest w stanie nas pozbawić*

*Menander – poeta ateński (342-291)*

Już po raz piąty, jako Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego witam wszystkich serdecznie na Inauguracji Roku Akademickiego w naszej Uczelni.

Uroczystość ta ma specjalne znaczenie dla nowo przyjętych abiturientów szkół średnich, którzy od dnia dzisiejszego staną się częścią naszej społeczności akademickiej.

Dlatego też początek mojego wystąpienia kieruję przede wszystkim do Was, naszych najmłodszych studentów.

### *Drodzy Studenci,*

Inauguracja roku akademickiego ma swoją wieloletnią, a nawet wielowiekową tradycję. Każda inauguracja składa się z wielu punktów, ale dwa są najważniejsze – jest to immatrykulacja nowych studentów i wykład inauguracyjny. Immatrykulacja oznacza wpisanie nowych kandydatów do metryki uczelnianej, zaliczenie w poczet studentów. Uczniowie, którzy od tego czasu stają się studentami, składają akt ślubowania. Ceremoniał ten jest częścią akademickiej tradycji, której kultywowanie odróżnia uczelnie od innego rodzaju szkół.

W tym roku będziecie mieli niezwykłą okazję wysłuchania wykładu, który wygłosi były Pre-

mier Rzeczypospolitej Polskiej prof. Jerzy Buzek, z tytułowanego „Jak leczyć Europę w trudnych czasach”. Jestem bardzo szczęśliwy, że tak znamienity gość przyjął nasze zaproszenie i podzielił się swoją wiedzą i doświadczeniem zdobytymi w pracy na forum krajowym i w Europarlamencie.

### *Drodzy studenci,*

Wybraliście studia w naszej Uczelni. Dla mnie, Rektora tej Uczelni, dla władz dziekańskich, dla wszystkich nauczycieli akademickich jest ogromną satysfakcją, że wybraliście naszą *Alma Mater*. Będziecie Państwo razem ze studentami lat starszych stanowili dziewięciotysięczną rzeszę studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – jednej z większych wyższych uczelni warszawskich.

Warto, byście mieli poczucie, że jesteście w gronie wybranych z wielu, że powinniście ciągle się rozwijać, czerpać ze słów autoritetów oraz dążyć do jak najlepszego wykorzystania okresu nauki uniwersyteckiej.

### *Drodzy studenci I – roku,*

Studia medyczne, niezależnie od kierunku, czy specjalności, to studia trudne i bardzo cza-

sochłonne, ale pokonanie ich da Wam ogromną satysfakcję, zawód zawsze potrzebny i cieszący się zaufaniem społecznym. Jestem przekonany, że zdecydowana większość z Was ma odpowiednią motywację do wykonywania go. Niezależnie od dyplomu, który uzyskacie będziecie brać udział w walce z chorobą, niesieniu ulgi w cierpieniu ludziom, którzy będą Waszymi pacjentami i obdarzą Was zaufaniem. Zdolności i talent to tylko część przyszłego sukcesu, w medycynie niezbędna jest praca i systematyczność. Już w Starożytności mawiano, iż „wszystko można osiągnąć wytrwałą pracą”.

Życzę więc Wam wytrwałości, wrażliwości na ludzkie cierpienie i wielu sukcesów w życiu zawodowym i osobistym.

### *Szanowni Państwo,*

Dzisiaj najważniejszym wyzwaniem w zakresie akademickiej dydaktyki jest jej jakość. Na ostatnim spotkaniu z rektorami Pani Minister Barbara Kudrycka mówiła o obowiązujących w szkolnictwie wyższym Krajowych Ramach Kwalifikacji.

W naszej Uczelni zarówno władze, jak i nauczyciele akademicy od zawsze starali się

uczynić wszystko, aby nasi studenci zostali wyposażeni w dogłębną wiedzę, ale i w odpowiednie narzędzia, aby zdobyli dyplomy, które staną się prawdziwą przepustką do przyszłości.

Zaś instytucjonalnie przed dwoma laty stworzyliśmy uczelniany Zespół do spraw Jakości Nauczania, a poszczególne wydziały – wydziałowe struktury. Tak więc założenia Krajowych Ramach Kwalifikacji w naszej Uczelni jest w pełni realizowane.

Dzięki temu, ale przede wszystkim dzięki swojej pracy studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego mają wiele osiągnięć na swoim koncie w ostatnim roku akademickim:

- Michał Grąt – student I Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni, członek Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby otrzymał „Laur Medyczny im. dra Waława Mayzla” przyznawany przez Wydział V Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk.
- Ministerstwo Zdrowia ogłosiło listę studentów medycyny, którym przyznano stypendia za dobre wyniki w nauce w roku akademickim 2011/2012. Wśród laureatów najliczniejszą grupę stanowią studenci naszej Uczelni – spośród 55 wyróżnionych, aż 14 kształci się w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.
- Mgr Joanna Pyszko – absolwentka Wydziału Farmaceutycznego zajęła pierwsze miejsce w tegorocznym Ogólnopolskim Konkursie Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych.
- Lidia Śliwka i Wojciech Lewandowski – absolwenci Wydziału Farmaceutycznego zajęli dwa pierwsze miejsca w VI edycji konkursu organizowanego przez Fundację Hasco-Lek na najlepsze prace magisterskie.
- Magdalena Gabrysiak z II Wydziału Lekarskiego, Małgorzata Wańczyk z Wydziału Farmaceutycznego, Wojciech Gierlikowski i Michał Grąt z I Wydziału Lekarskiego otrzymali wsparcie finansowe w ramach konkursu „Diamantowy Grant” na realizację autorskich badań naukowych, które umożliwią im rozwój dalszej ścieżki zawodowej i badawczej.
- Tomasz Urbankowski – student V roku I Wydziału Lekarskiego zajął pierwsze miejsce w konkursie na najlepszą studencką pracę oryginalną w konkursie Redaktor Naczelnej Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej, w którym brali udział studenci i doktoranci polskich uczelni medycznych.
- Agata Maciejak – absolwentka Oddziału Medycyny Laboratoryjnej Wydziału Farmaceutycznego zajęła pierwsze miejsce na Międzynarodowej Konferencji Studentów Uczelni Medycznych w Krakowie.
- Marta Aleksandra Dudek (I WL) i Magdalena Gabrysiak (II WL) – studentki naszej Uczelni zostały laureatkami konkursu „Dziewczyny Przyszłości. Śladami Marii Skłodowskiej-Curie”.
- Marcin Morawski oraz Stuart Macfie – znaleźli się w gronie indywidualnych zwycięzców tegorocznego Ogólnopolskiego Międzyuczelnianego Konkursu Wiedzy Anatomicznej Scapula Aurea 2012.
- Iwetta Majewska oraz Małgorzata Barcz – studentki dietetyki znalazły się wśród grona laureatów ogólnopolskiego konkursu dla młodych żywieniowców organizowanego przez firmę Nestlé.
- Radosław Mitura – student Wydziału Farmaceutycznego został wybrany na stanowisko Prezesa Międzynarodowej Federacji Studentów Farmacji na rok akademicki 2012/2013.
- VIII Kongres Młodych Medyków – 8th Warsaw International Medical Congress – jedno z największych wydarzeń tego typu w środkowej części Europy odbył się w maju w naszej Uczelni. W trzydniowym spotkaniu wzięło udział około 600 uczestników z wielu krajów, wygłoszono ponad 350 prezentacji. Na zakończenie rozstrzygnięto konkursy, które odbyły się w ramach sesji naukowych i w trakcie całego sympozjum.

#### *Szanowni Państwo,*

Przywilejem, a zarazem obowiązkiem Rektora jest złożenie krótkiej informacji o dokonaniach Uczelni w minionym roku akademickim oraz przedstawienie realnych planów na najbliższą przyszłość.

W roku akademickim 2011/2012 tytuł profesora uzyskało 8 osób, 17 osób habilitowało się, zaś 137 młodych pracowników nauki po obronie dysertacji otrzymało stopień doktora.

Możemy się poszczycić sukcesami naszych pracowników naukowych.

- Wśród naukowców wyróżnionych w tym roku nagrodami Prezesa Rady Ministrów za wybitny dorobek naukowy uhonorowany został prof. Jakub Gołąb z Zakładu Immunologii Centrum Biostruktury, a za wysoko ocenione osiągnięcia będące podstawą nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego dr hab. Dominika Nowis z tej samej jednostki.
- dr Magdalena Winiarska z Zakładu Immunologii Centrum Biostruktury oraz

dr hab. Marcin Grabowski z I Katedry i Kliniki Kardiologii uzyskali stypendia przyznane przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego uczynnym, prowadzącym wysokiej jakości badania, którzy cieszą się imponującym dorobkiem naukowym.

- Siedmioro pracowników naszej Uczelni: mgr Łukasz Gawęda, dr Maciej Dawidowski, dr Małgorzata Firczuk, dr Wojciech Kukwa, dr hab. Dominika Nowis, dr Magdalena Winiarska, dr Marcin Ufnal zostało laureatami Programu Iuventus Plus 2011, organizowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.
- Dr Grzegorz Basak z Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych został powołany w skład Rady Młodych Naukowców przy Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Warszawski Uniwersytet Medyczny utworzył Akademickie Centrum Badań Klinicznych. Będzie ono pierwszym w Polsce ośrodkiem zakładającym współpracę środowiska akademickiego i biznesu w celu rozwoju badań klinicznych. Ośrodek powstanie na wzór podobnych instytucji utworzonych w wielu krajach europejskich. Zadaniem Centrum będzie organizowanie procesu pozyskiwania i prowadzenia badań w podległych uczelniom szpitalach klinicznych. Inicjatywa ta znakomicie wpisuje się w strategię rozwoju Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Nasza Uczelnia tworzy kompleksowy system wdrażania wyników badań medycznych do praktyki, czyli szeroko rozumiany proces ich komercjalizacji. Pierwszym, niezmiernie ważnym ogniwem tego systemu jest Centrum Badań Przedklinicznych

i Technologii (CePT), projekt finansowany przez Unię Europejską, który stwarza naszym naukowcom możliwości opracowania nowatorskich rozwiązań w medycynie. Integralną częścią projektu CePT jest stworzona przez nas platforma transferu technologii oraz specjalistyczne struktury zajmujące się komercjalizacją wyników badań, np. klastrer BTM Mazovia.

27 kwietnia 2012 r. zawarto umowę konsorcjum o akronimie Magop+ pomiędzy Warszawskim Uniwersytetem Medycznym a firmą Inpharmica Sp. z o.o. Zawiązanie Konsorcjum nastąpiło w celu opracowania i wdrożenia innowacyjnej technologii bio-medycznej poprzez wspólną realizację Projektu „Optymalizacja terapii przeciwbólowej. Wdrożenie nowego złożonego leku przeciwbólowego.” W idealnym scenariuszu na podstawie planowanych trzech badań klinicznych, lek miałby szerokie zastosowanie w leczeniu przewlekłego, jak i ostrego bólu o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu.

Takie wskazanie rejestracyjne otworzyłoby potencjalnie ogromny rynek. Oszacowano, że zakończona sukcesem realizacja Projektu przyniosłaby w przeciągu pierwszych 5 lat około 19 milionów dolarów przychodów. W końcu września otrzymaliśmy wiadomość, o zakwalifikowaniu wniosku do dofinansowania kwotą prawie 10 milionów zł.

Warszawski Uniwersytet Medyczny i Komisja Europejska zawarły umowę o dofinansowanie projektu BASTION (From Basic to Translational Research in Oncology). BASTION jest to multidyscyplinarny projekt naukowy, którego celem jest zwiększenie potencjału badawczego naszej uczelni w dziedzinie onkologii doświadczalnej. Badania naukowe koncentrować się będą

w szczególności wokół spersonalizowanej onkologii, tzn. opracowywania diagnostycznych i terapeutycznych metod dostosowanych do indywidualnych potrzeb chorego. Jest to przykład połączenia badań naukowych z ich komercjalizacją, co ma niezmiernie istotne znaczenie w dzisiejszej dobie, kiedy badania naukowe powinny być wykorzystywane w praktyce. Wartość projektu to ponad 5 milionów euro, dofinansowanie z UE wyniesie 4 750 000 euro.

W 2011 roku Warszawski Uniwersytet Medyczny zgłosił do Urzędu Patentowego RP pięć wniosków patentowych, w tym dwa w międzynarodowym trybie PCT (Patent Co-operation Treaty). Trzy z nich przygotowali nasi naukowcy z Wydziału Farmaceutycznego, a dwa z I Wydziału Lekarskiego.

Do końca 2011 roku w 3 jednostkach naukowych WUM trwały końcowe prace nad czterema projektami wynalazczymi, które zostaną zgłoszone do Urzędu Patentowego w 2012 roku. Badacze z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego stale rozwijają współpracę z licznymi instytucjami naukowo-badawczymi przygotowując wspólne projekty wynalazcze i wnioski patentowe, m.in. z PAN i z Politechniką Warszawską.

Przejdźmy teraz do przedstawienia oferty dydaktycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Nasza uczelnia składa się z czterech wydziałów oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego. Kształcimy na 13 kierunkach i w 2 specjalnościach ponad 8 i pół tysiąca studentów, w tym blisko 600 obcokrajowców z całego świata. Są wśród nich m.in. przedstawiciele Malezji, Norwegii, Szwecji, Kanady, USA i Arabii Saudyjskiej,



którzy studiują w języku angielskim. Mamy także cudzoziemców studiujących w języku polskim, głównie naszych sąsiadów z Białorusi, Ukrainy i Niemiec. Trzecią grupę cudzoziemców studiujących w naszej uczelni stanowią osoby przyjeżdżające do Polski w ramach programów wymiany akademickiej LLP – Erasmus i CEEPUS (rocznie wyjazdy – ok. 130 studentów i 30 wykładowców, przyjazdy ok. 50 studentów i 10 nauczycieli akademickich).

W tym roku akademickim uruchomiliśmy studia anglojęzyczne w Oddziale Stomatologicznym, a wraz z Uniwersytetem Warszawskim nowy kierunek studiów „Logopedia ogólna i kliniczna”. W planach jeszcze na ten rok kalendarzowy jest utworzenie Wydziału Lekarsko-Dentystycznego.

W bieżącym roku zgłosiło się 9097 kandydatów na studia (czyli ponad 3 osoby na jedno miejsce). Przyjęliśmy na I rok łącznie 2 954 studentów rozpoczynających studia w roku akademickim 2012/2013 na ogólną liczbę studiujących 9 411. Równocześnie mury uczelni opuściło 2 350 absolwentów.

Chciałbym teraz przedstawić nasze plany inwestycyjne. Najpierw powiem o tym, co już się nam udało zrobić.

- Od marca tego roku studenci mogą spędzać czas w całkowicie zmodernizowanym „Domu Medyka”. Otwarty w 1936 r. Klub słynął ze znakomitej atmosfery, ciekawych imprez, wspaniałych postaci związanych z jego działalnością. Od wielu lat domagał się remontu, ale dopiero władze ostatniej kadencji zrealizowały tę potrzebę. Koszt nakładów finansowych poniesionych przez Uczelnię wyniósł 5 mln 373 tys. złotych.

- Z wielką radością i dumą uczestniczyliśmy w oddaniu do użytku Centrum Bibliotecznego-Informacyjnego. W uroczystości wmurowania kamienia węgielnego w 2009 r. i uroczystości oddania budynku do użytku w czerwcu 2012 r. uczestniczył Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Bronisław Komorowski. Centrum umożliwi korzystanie z ogromnego potencjału naukowego, zapewni dostęp do światowych i krajowych źródeł informacji oraz pozwala we właściwych warunkach przechowywać zgromadzone woluminy. Rozpoczynający dziś studia jako pierwszy rocznik będą mogli korzystać z jej zasobów.

Przejdźmy teraz do planów, które są już w sferze realizacji.

- Na początku roku 2013 zakończona zostanie faza inwestycyjna programu CePT. Struktura CePT oparta na laboratoriach naukowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Warszawskiego, Politechniki Warszawskiej i Polskiej Akademii Nauk będzie stanowiła jedyne tego rodzaju Centrum Badawcze w Polsce i Europie Środkowej. Potencjał badawczy, budowa nowych laboratoriów naukowych i wyposażenie w nowoczesną aparaturę umożliwi partnerską współpracę z wiodącymi ośrodkami naukowymi w świecie. W ramach projektu CePT w WUM zostanie oddane do użytku w 2013 roku Centrum Badań Przedklinicznych (CBP), które będzie stanowiło bazę naukową 9 jednostek naukowo-badawczych wszystkich Wydziałów.
- 10 stycznia bieżącego roku położono kamień węgielny pod budowę Szpitala Pedia-

trycznego. Koszt inwestycji to 550 mln złotych. Stan surowy zamknięty budynku ma być gotowy 31 sierpnia 2013 r. Wyposażenie potrwa rok, a w styczniu 2015 r. szpital ma być oddany do użytku.

- Kolejnym zadaniem inwestycyjnym jest budowa Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego. We wrześniu tego roku wmurowano kamień węgielny pod budowę gmachu, który od 31 grudnia 2014 r. ma służyć nie tylko studentom uczelni warszawskich, olimpijczykom, ale i mieszkańcom stolicy.

Na wszystkie inwestycje udało się nam zdobyć niebagatelne dotacje z wielu źródeł, ale zawsze jest też tam spory nasz własny wkład.

Plany inwestycyjne na dalsze lata to budowa: Centrum Onkologii, Instytutu Stomatologii i Instytutu Psychiatrii.

Nierozzerwalną częścią uczelni medycznej są szpitale uniwersyteckie. Zatrudniają one 7 tys. osób, mają 2419 łóżek, co roku hospitalizują ponad 160 tysięcy osób, znaczy to, że 30% wszystkich leczonych osób w Warszawie, czyli co 3 pacjent w stolicy, jest leczony w naszej Uczelni. Udzielają rocznie blisko 625 tysięcy porad ambulatoryjnych.

Niepokój władz uczelni budzi ciągle nierozwiązana w sposób właściwy sprawa finansowania szpitali klinicznych. Misja szpitala klinicznego powinna być ustawowo zdefiniowana, co powinno prowadzić do świadomości, że jej realizacja powoduje koszty, których nie ma w innych podmiotach leczniczych. Konieczne jest zatem wskazanie sposobów kontrolowania wykonywania misji szpitala klinicznego oraz źródła i drogi jej finansowania.

Warszawski Uniwersytet Medyczny ma następujące propozycje

do projektu ustawy regulującej działalność szpitali klinicznych:

- Szpitale kliniczne powinny stanowić odrębną specjalną kategorię szpitali uczących.
- Szpital kliniczny powinien być częścią medycznego szkolnictwa wyższego w Polsce.
- Szpital kliniczny powinien realizować zadania statutowe Uczelni, tj. naukowe i dydaktyczne, równocześnie udzielając świadczeń medycznych.

Referencyjność szpitali klinicznych polega na tym, że:

- Określone procedury wysokospecjalistyczne powinny zostać przypisane do wykonania w szpitalach klinicznych – ośrodkach referencyjnych.
- Szpitale uniwersyteckie powinny mieć możliwość pozyskiwania dodatkowych przychodów poprzez:
  - wprowadzenie regulacji umożliwiających pozyskiwanie dodatkowych przychodów za wykonywanie świadczeń zdrowotnych;
  - wprowadzenie regulacji umożliwiających uzyskiwanie odpowiednich środków

finansowych na dydaktykę kliniczną;

- zwiększenie dla szpitali klinicznych stawki za świadczenia zdrowotne;
- Zwiększenie udziału samorządów w przekazywaniu środków finansowych szpitalom klinicznym. Konieczne są zmiany umożliwiające finansowanie zakupów aparatury i sprzętu medycznego oraz remontów w szpitalach klinicznych przez jednostki samorządu terytorialnego, które odpowiadają za realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia na ich terenie.

Muszę powiedzieć, że duże obawy i wątpliwości w środowisku akademickim budzi także nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza i lekarza-dentysty. Zgodnie z jej literą następuje likwidacja stażu podyplomowego, zachodzi konieczność uprzątnięcia studiów, a więc obowiązek zmniejszenia grup studenckich, zatrudnienia nowych nauczycieli akademickich, doposażenia szkół, utworzenia dodatkowej bazy dydaktycznej. Reforma kształcenia medyków

to koszt dla budżetu państwa wg wyliczeń WUM – kilkaset milionów złotych, tymczasem Uczelnie nie dostały na ten cel żadnych środków. Mamy nadzieję, że ten problem zostanie rozwiązany kompleksowo.

Na koniec chciałbym zwrócić się raz jeszcze do nowo przyjętych studentów.

Życzę naszym młodym kolegom spokojnego zdobywania wiedzy. Niech zawód, który wybraliście okaże się trafnym wyborem, waszym powołaniem. Życzę również, aby studia na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym były najpiękniejszym okresem w waszym życiu, byście tutaj wyrobili w sobie nawyk ustawicznego kształcenia się, co jest niezbędne w zawodzie, który chcecie wykonywać. Jako uczelnia przyjazna studentom będziemy Waszymi nauczycielami i przyjaciółmi.

Pracownikom i studentom serdecznie dziękuję za rok tak owocnej współpracy. Jestem przekonany, że nie zabraknie Wam ochoty do kolejnych wyzwań, a sprostanie im będzie źródłem satysfakcji i kolejnych sukcesów.

## Msza Święta inaugurująca rok akademicki

Tradycyjnie, dzień przed Inauguracją Roku Akademickiego, 4 października, odbyła się msza św. w Kościele Opatrzności Bożej w Warszawie.

Władze Rektorskie, Dziekańskie, Administracyjne oraz licznie przybyli studenci uczestniczyli w misterium celebrowanym przez proboszcza parafii ks. Tadeusza Aleksandrowicza.

Jak co roku, po zakończeniu mszy, Rektor prof. Marek Krawczyk złożył wieniec kwiatów pod tablicą upamiętniającą Świętych Kosmę i Damiana – patronów lekarzy, farmaceutów, aptekarzy i wydziałów medycznych.

Przepiękną oprawę muzyczną zapewnił niezawodny Chór Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.



Redakcja „MDW”

# Uroczysta promocja II Wydziału Lekarskiego na Zamku Królewskim



**26 października 2012 roku w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie odbyła się ceremonia promocji lekarzy, doktorów nauk medycznych oraz doktorów habilitowanych nauk medycznych II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego roku akademickiego 2011/2012.**

Gospodarzem uroczystości był Dziekan II Wydziału Lekarskiego dr hab. Marek Kuch. W dostojnych salach Zamku Królewskiego zasiadły ponadto Władze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Rektor prof. dr hab. Marek Krawczyk, Prorektorzy – prof. dr hab. Marek Kulus oraz dr hab. Sławomir Nazarewski, Dziekani I Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Mirosław Wielgoś, Wydziału Farmaceutycznego dr hab. Piotr Wroczyński, Wydziału Nauki o Zdrowiu prof. dr hab. Piotr Małkowski, a także Prodziekani II Wydziału Lekarskiego – prof. dr hab. Bożena Werner, dr hab. Jan Kochanowski oraz dr hab. Wojciech Braksator. Władze administracyjne reprezentowały Kanclerz WUM mgr Małgorzata Kozłowska oraz Kwestor mgr Katarzyna Szczęśniak. W uroczystej promocji lekarzy wzięli udział także dyrektorzy szpitali będących bazą dydaktyczną dla studentów II Wydziału Lekarskiego. Gośćmi uroczystości byli również: Krzysztof Makuch – Wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej, prof. Jerzy Woy-Wojciechowski – Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof.

Witold Mazurowski, Paweł Chęciński – Zastępca Dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy oraz prof. Wojciech Noszczyk – Wiceprzewodniczący Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów.

Przed wysłuchaniem Hymnu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbyła się uroczysta zmiana członków Poczty Sztandarowego WUM, absolwenci II Wydziału Lekarskiego przekazali Sztandar swoim młodszym kolegom.

Dziekan II Wydziału Lekarskiego dr hab. Marek Kuch wyraził wielką radość z okazji ukończenia studiów medycznych przez ponad sto osób, którzy 6 lat temu zdecydowali się kształcić w zawodzie lekarza. Promocja nowych lekarzy to chwila szczególna dla absolwentów, ale także dla całego Wydziału, ponieważ mury Uczelni opuszcza kadra zdolnych ludzi, dobrze przygotowanych do wykonywania wybranego przez siebie zawodu. Wyraził ponadto nadzieję, że sukcesy nowych doktorów oraz doktorów habilitowanych zainspirują absolwentów do podjęcia kariery naukowej.

W swoim przemówieniu Rektor prof. Marek Krawczyk po-

gratulował ponad setce młodych ludzi, którzy sześć lat temu rozpoczęli swoją naukę na naszej Uczelni, zdobycia upragnionego dyplomu. Wyraził przekonanie, że wszyscy Bohaterowie uroczystości na Zamku Królewskim wybrali zawód lekarza przede wszystkim, aby służyć pomocą chorym i potrzebującym, a dobro człowieka będzie dla nich największą wartością podczas pracy zawodowej. Zwracając się do nowych doktorów habilitowanych i doktorów nauk medycznych, prof. Marek Krawczyk podkreślił, że sukces, jaki osiągnęli, zdobywając kolejne tytuły naukowe, jest efektem wyczerpanej pracy i wielkiej determinacji młodych naukowców oraz wysiłku promotorów, recenzentów i Rady Wydziału. Zwrócił uwagę na wielką wagę, jaką nasza *Alma Mater* przykłada do podnoszenia jakości badań naukowych oraz warunków do uprawiania nauki. Wyraził ponadto przekonanie, że zarówno doktorzy, doktorzy habilitowani, jak i profesorowie będą dalej w doniosły sposób uczestniczyć w rozwoju nauk medycznych.

Po złożeniu ślubowania, absolwenci odebrali dyplomy ukończenia studiów medycznych. W gronie nowych absolwentów znalazła się Pani Aleksandra Rumianowska, która otrzymała Medal „Złoty Laur Absolwenta Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego” – za wybitne osiągnięcia podczas nauki uniwersyteckiej w II Wydziale Lekarskim.



Władze Rektorskie i Dziekańskie podczas uroczystej promocji II Wydziału Lekarskiego WUM



Moment przekazania Pocztu Sztandarowego WUM nowym członkom społeczności akademickiej naszej Alma Mater



Rektor prof. Marek Krawczyk wręcza Pani Aleksandrze Rumianowskiej Medal „Złoty Laur Absolwenta WUM”



Prof. Maria Wróblewska-Kałużewska odebrała specjalne gratulacje z okazji 55-lecia otrzymania dyplomu lekarskiego

Dyplomy z wyróżnieniem otrzymały ponadto 4 osoby. Wręczono także „Złotą Odznakę Studenckiego Towarzystwa Naukowego” – wyróżnienie to otrzymał Cezary Niszczota.

Następnie uroczyste ślubowanie złożyli nowi doktorzy nauk medycznych oraz doktorzy habilitowani. Dyplomy doktora nauk medycznych otrzymało 25 osób, dyplom uzyskania stopnia doktora habilitowanego odebrał dr hab. Wojciech Braksator.

Uhonorowano ponadto dwie osoby, które uzyskały tytuł naukowy profesora. Z rąk JM Rektora listy gratulacyjne otrzymały: prof. Bożena Werner oraz prof. Iwona Sudoł-Szopińska.

Niezwykle wzruszającą chwilą podczas uroczystości na Zamku

Królewskim było wręczenie gratulacji Pani prof. Marii Wróblewskiej-Kałużewskiej, z okazji 55-lecia otrzymania dyplomu lekarskiego.

W imieniu absolwentów do zabranych przemówiła pani Katarzyna Halama, która – jako przedstawicielka wszystkich kończących studia lekarskie, wyraziła radość z faktu ukończenia uniwersyteckiej edukacji, ale jednocześnie obawy związane z momentem rozpoczęcia kariery zawodowej. – Studia to piękne lata. Cokolwiek się zdarzy, gdziekolwiek się znajdziemy, życzę Wam i sobie, abyśmy zawsze w głębi serca pozostali studentami, abyśmy pamiętali, ile pracy włożyliśmy w zdobycie tytułu lekarza, abyśmy szanowali zdobytą wiedzę, naszych wykładowców

i przede wszystkim siebie nawzajem – mówiła pani Katarzyna.

Dr Jacek Skiendzielewski, wygłaszając przemówienie w imieniu nowych doktorów nauk medycznych, zaznaczył, że dzisiejszej uroczystości towarzyszy uczucie ulgi i radości, jednak zdobycie tytułu naukowego niesie ze sobą także nowe zobowiązania. – Stopnie naukowe traktujemy nie jako cel sam w sobie, ale jako etap, środek przydatny w dalszym rozwoju naukowym – zaznaczył dr Skiendzielewski.

Zwieńczeniem święta II Wydziału Lekarskiego był koncert fortepianowy w wykonaniu Justyny Gordon.

**Cezary Ksel**  
Redakcja „MDW”

## Warszawski Uniwersytet Medyczny rozmawia o dzieciach

W październiku w murach naszej Uczelni odbyło się kilka konferencji i sympozjów poświęconych zdrowiu i dobru dziecka. Podjęto m.in. problemy najmłodszych w kontekście rozwoju i zdobyczy neonatologii, zagadnienia prawnych aspektów chorych maluchów, niebezpieczeństw i krzywd wyrządzanych dzieciom przez dorosłych.

Dziecko-pacjent jest szczególnym rodzajem chorego, który wymaga od lekarzy specjalnego potraktowania.

Dlatego, jako wstęp do informacji o konferencjach, proponujemy lekturę artykułu o komunikacji lekarza z chorym dzieckiem.



fol. Agnieszka Siodlak

## Gdy pacjentem jest dziecko...

wybrane aspekty relacji lekarz (personel medyczny) – pacjent

Pacjenci pediatryczni to podopieczni, którzy w zależności od swojego spektrum wiekowego, mają zróżnicowane potrzeby i zachowania w relacjach z personelem medycznym.

Specyfika relacji tej grupy wiekowej implikuje istotne wymagania wobec lekarzy i innych osób współuczestniczących w przebiegu terapii. Z jednej strony wiążą się one z koniecznością posiadania specjalistycznej wiedzy na temat chorób wieku rozwojowego, ich etiologii i leczenia, z drugiej zaś strony dotyczą odrębności psychospołecznego funkcjonowania młodego pacjenta. Zatem, aby skutecznie leczyć, konieczna jest znajomość zagadnień pediatrycznych (jest to warunkiem *sine qua non*), ale równie ważna jest znajomość mechanizmów rozwojowych dotyczących emocji, wiedza związana z uczeniem się, procesami

poznawczymi i społecznymi. Trudnym do przecenienia aspektem leczenia w tej grupie pacjentów jest umiejętność z zakresu komunikacji interpersonalnej. Każdy specjalista, wykonując swój zawód, ma umiejętności przypisane do danej specjalności (np. okulista, neurolog czy diabetolog). Może jednak poczuć się bezradny wobec problemów małego pacjenta z powodu niedostatku rzetelnych informacji dotyczących specyfiki procesu rozwojowego i zachowań z nim związanych.

Relacja lekarz-dziecko zwykle niesie dla pacjenta wiele trudnych emocji. Dziecko, zgłaszane i przyprawdane nie z wła-

snej woli do placówki medycznej, najczęściej bardzo wyraźnie i ekspresyjnie przeżywa swoje dolegliwości. Często takiej wizycie towarzyszą lęk i ból oraz utrata kontroli nad własnym ciałem, czasami te cierpienia zwiokrotnione są przez utratę poczucia własnego bezpieczeństwa. Dodatkowo, poziom wiedzy takiego małego pacjenta jest niewystarczający, aby adekwatnie ocenić zagrożenie związane z chorobą, co nasila odczuwany strach, który czasem może przybrać ekstremalne wartości.

Pierwszą, fundamentalną kwestią do rozstrzygnięcia jest pytanie, kiedy zalecenia i informacje związane z chorobą kiero-

wać należy do małego pacjenta, a kiedy do osób towarzyszących, najczęściej jednego lub obojga rodziców obecnych podczas badania. Nie ulega wątpliwości, iż w przypadku małego dziecka, niemowlęcia, to właśnie rodzice, matka lub ojciec są głównymi uczestnikami procesu komunikacji. Oni to bowiem przyjmują na siebie odpowiedzialność za informacje udzielane podczas wywiadu medycznego oraz późniejszą realizację zaleceń terapeutycznych. Umiejętności klinicysty, skutkujące zdobyciem zaufania i okazywaniem empatii, są czynnikami zwiększającymi poczucie bezpieczeństwa i spokoju u rodziców, co z kolei przekłada się na bardziej skuteczną terapię małego pacjenta, jego uspokojenie i bezpieczeństwo.

W przypadku, gdy pacjentem jest dziecko w wieku przedszkolnym i szkolnym relacja przebiega nieco inaczej. Konieczne są inne środki i sposoby komunikacji. Obecni przy badaniu rodzice pełnią nadal ważną rolę w procesie poszukiwania czynników powodujących chorobę i ustalania medycznych zaleceń, ale to jednak zachowania dziecka, przekazywane przez nie informacje są ważnymi czynnikami zwiększającymi trafność diagnozy i poprawiającymi skuteczność leczenia. Dziecko, które podczas wizyty w gabinecie czuje się bezpiecznie i istotne jako podmiot komunikacji, będzie czuło się bardziej zmotywowane do leczenia. Zmniejszy się również poziom lęku, co w konsekwencji doprowadzi do lepszego porozumienia i współdziałania; w takich warunkach mały pacjent będzie w stanie przetrwać nawet inwazyjne i bolesne zabiegi, będzie bardziej cierpliwy i spokojny. Dostosowane do wieku, pod względem treści i formy, informacje i wyjaśnienia (krótkie, rzeczowe komunikaty, stworzenie wa-

runków umożliwiających zadawanie pytań i udzielanie na nie odpowiedzi) dopełnią obrazu konstruktywnej, wpływającej na pacjenta pozytywnie wizyty lekarskiej. Działania, które służą budowaniu dobrej, prawidłowej relacji nie ograniczają się tylko do procesu komunikacji. Wiążą się także z otoczeniem, w którym badanie i leczenie przebiega. Konsultacje medyczne dzieci powinny odbywać się w wydzielonej części placówki medycznej, przeznaczonej wyłącznie do tego celu. Jeśli to możliwe, czas oczekiwania na wizytę powinien być jak najkrótszy. Wyposażenie placówki w kolorowe dziecięce meble (stoliki, krzeselka) oraz zabawki (zarówno dla dziewczynek, jak i chłopców) zwykle zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjentów, a kolorowe pomoce, rysunki, plakaty informacyjne dodatkowo pomagają dziecku zrozumieć istotę choroby i jej leczenia. Oprócz tego, pracownicy medyczni, ubrani w kolorowe stroje, będą spostrzegani jako osoby bardziej przyjazne młodemu pacjentom oraz atrakcyjne. Aranżacja wnętrza i stroje będą dobrym wstępem do budowania prawidłowej relacji pracownik medyczny – pacjent w sytuacji, gdy pacjentem jest dziecko.

Nieco inaczej wygląda też relacja (kontakt) z pacjentem – nastolatkiem. Młodzież, pełna życia i ciekawości świata, pomimo licznych niedogodności związanych z chorobą, zwykle oczekuje pozytywnych efektów wizyty w poradni czy szpitalu. Pacjenci mają nadzieję, że ich problemy i kłopoty zdrowotne (często nieadekwatnie oceniane: wyolbrzymiane bądź bagatelizowane) zostaną potraktowane przez specjalistów z należytą uwagą. Jednak w tej grupie wiekowej dużą trudność w relacjach stanowią sprzeczne potrzeby pacjentów: z jednej strony nadal

pozostają silne potrzeby zależności od rodziny i identyfikacja z nią, z drugiej zaś rośnie dążenie do samostanowienia, niezależności. Od tego, która z wymienionych tendencji dominuje, nastolatek będzie dążył do odbywania wizyt z udziałem, bądź bez udziału rodziców, czasem może mu towarzyszyć zaprzyjaźniony rówieśnik lub będzie zgłaszał się sam na konsultacje.

Wizyta u lekarza i konieczność poddania się przykrym badaniom mogą być odbierane jako czynniki zwiększające poczucie zagrożenia, potęgujące odczuwanie zarówno lęku, jak i bólu, i w sposób znamieny zwiększają cierpienie młodego pacjenta. Aby zmniejszyć efekty działania opisanego mechanizmu, konieczna jest nie tylko gotowość i umiejętność rozumienia sytuacji pacjenta, ale również odpowiednia ilość czasu poświęconego na spokojnie przeprowadzoną konsultację, okazanie empatii oraz działania budujące poczucie zaufania. Te właśnie czynniki w konsekwencji prowadzą do wzrostu poczucia bezpieczeństwa i sprzyjają obniżeniu poczucia cierpienia. Budując relację lekarz, terapeuta-pacjent, należy również uwzględnić prawidłowości związane z procesem uczenia się. Dziecko uczy się wielu zachowań poprzez proces modelowania. Zachowania prezentowane przez ważne osoby, jakimi są nie tylko rodzice i wychowawcy, ale również personel medyczny, są wzorcami do naśladowania. Zdobyte w ten sposób formy zachowań mogą stać się trwałym nawykiem w zakresie dbania o własne zdrowie. Inna forma uczenia się prawidłowych zachowań wiąże się z zastosowaniem nagród – na przykład, wyrażona werbalnie lub niewerbalnie pochwała za właściwe zachowanie jest ważną formą gratyfikacji i prowadzi do utrwa-

lania prawidłowych wzorców. Z kolei zachowania niepożądane warto przemilczeć, zignorować – daje to dużą szansę na ich eliminację (wygaszenie).

Szczególnie ważne są wcześniejsze doświadczenia związane z relacjami opartymi na zaufaniu; to, jaki one miały charakter i przebieg, rzutuje na jakość późniejszych konsultacji medycznych. Jednak bez względu na bagaż doświadczeń pacjenta, lekarz stoi

przed koniecznością nawiązania i podtrzymywania dobrego kontaktu, opartego na zaufaniu i cechującego się empatią. Okazywanie zrozumienia i zainteresowania, poprzez odpowiednio dostosowane komunikaty zarówno werbalne, jak i pozawerbalne są wyznacznikiem jakości wizyty i dobrym prognostykiem w zakresie stosowania się do zaleconej terapii. Zaakcentowanie pozytywnych aspektów efektów

leczenia oraz przekazywanie nadziei na rozwiązanie problemów zdrowotnych zwiększa z jednej strony motywację nastoletniego pacjenta, z drugiej poczucie odpowiedzialności za te aspekty procesu leczenia, na które on sam może mieć znaczący wpływ.

*dr Mirosława Adamus*  
*dr hab. Krzysztof Owczarek*  
Zakład Psychologii Medycznej  
WUM

## Neonatologia jutra

### XXX Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Neonatologia, dziedzina medycyny zajmująca się zdrowiem noworodków, to stosunkowo młoda dyscyplina. Jej rozwój następuje bardzo szybko, dzięki czemu możliwe staje się ratowanie zdrowia i życia najmniejszych z najmłodszych. O tym, jak opieka na oddziałach neonatologicznych wygląda dziś, a jakie będą możliwości w przyszłości, rozmawiali specjaliści podczas XXX Jubileuszowego Sympozjum Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, które odbyło się w Centrum Dydaktycznym WUM w dniach 18-20 października.

W Sympozjum wzięło udział ponad 400 lekarzy neonatologów. Organizatorem zjazdu odbywającego się pod honorowym patronatem JM Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr. hab. Marka Krawczyka była prof. dr. hab. Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka.

Dzięki rozwojowi neonatologii, już wkrótce będziemy mogli korzystać z najnowszych możliwości, jakie daje nauka i nowoczesna technologia. Nanotechnologia, komórki macierzyste, stosowanie profilaktyki zakażeń, mleko matki, które w przypadku wcześniaków, możemy uważać za lek, to tylko niektóre rozwiązania, które za chwilę będziemy wykorzystywać, aby jeszcze lepiej opiekować się dziećmi urodzonymi przed czasem – powiedziała prof. dr. hab. Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka, Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, przewodnicząca Komitetu Naukowego Sympozjum. Co prawda jest też wiele możliwości i rozwiązań, które już dziś są dostępne, niestety nie możemy z nich korzystać w takim stopniu, w jakim byśmy, jako neonatolodzy, chcieli. Poród przedwczesny może prowadzić do wielu powikłań zdrowotnych, prowadzących między innymi do zaburzeń psychoruchowych i umysłowych. Dzięki nowoczesnym metodom diagnostycznym,



Prof. dr hab. Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka podczas otwarcia XXX Jubileuszowego Sympozjum PTN



Jednym z Gości symposium była prof. Smeeta Sardesai



Prof. Janusz Gadzinowski



Prof. T. Allen Merritt



Prof. Bart Van Overmeire

takim jak dyfuzyjny rezonans magnetyczny (MRI) czy spektroskopia rezonansu magnetycznego (MRS) możliwa jest bardzo wczesna ocena zmian i uszkodzeń w mózgu, a to z kolei pozwala na szybką i właściwą diagnozę i odpowiednie leczenie. Metody te być może już niedługo będą wykorzystywane do oceny zmian w obrębie mózgu u dzieci jeszcze nienarodzonych. To niezwykle ważne szczególnie, że dzieci z niską i bardzo niską masą urodzeniową rodzi się coraz więcej.

O rozwiązaniu, o którym mówiono podczas jednej z sesji, pisano do tej pory w książkach science-fiction. Nanotechnologia stosowana w medycynie jest w tej chwili kierunkiem badań naukowych i ogromną nadzieją leczenia w przyszłości. Technologia,

która w każdej dziedzinie zmierza w kierunku miniaturyzacji, w medycynie wykorzystywana jest do naprawiania mikroskopijnych uszkodzeń najbardziej istotnych narządów i organów w ciele człowieka. Niektóre miniatury urządzenia – roboty są jeszcze w fazie testów, ale mogłyby one poruszać się naczyniami krwionośnymi i, podobnie jak cząsteczki różnych pierwiastków, być przenoszone w każdy zakamarek ludzkiego ciała i tam naprawiać, to co wcześniej zostało uszkodzone. Perspektywy nanotechnologii w neonatologii są bardzo obiecujące.

Wielkie nadzieje terapeutyczne wiąże się w neonatologii również z komórkami macierzystymi. Komórki macierzyste to komórki pierwotne, wystę-

pujące w każdym organizmie wielokomórkowym. Ich zadaniem jest podział i tworzenie różnych typów komórek, a także dostarczanie zupełnie nowych. Komórki macierzyste aktywowane są w momencie, gdy nasze komórki ulegają zniszczeniu, uszkodzeniu lub obumierają. Ich zadaniem jest wtedy naprawa lub wymiana uszkodzonych komórek. Są więc naszą własną armią lekarzy. Naukowcy uważają, że każdy narząd naszego ciała ma własne specyficzne komórki macierzyste, z czego najbardziej wartościowe są embrionalne, które mogą być pobudzone do produkcji każdej tkanki naszego ciała, a więc mają najlepszą naturalną możliwość uzdrawiania. To dlatego coraz popularniejsze stają się banki komórek



macierzystych pozyskiwanych z krwi pępowinowej podczas narodzin dziecka. W dzisiejszych czasach najbardziej znany i najpowszechniej wykorzystywany przeszczep komórek macierzystych to przeszczep szpiku kostnego u chorych na białaczkę. W tym roku Nagroda Nobla w dziedzinie medycyny została przyznana właśnie za prace nad zastosowaniem komórek macierzystych. Badania nad zastosowaniem komórek macierzystych w neonatologii prowadzone są również w Polsce, w Krakowie.

Zjazd Neonatologów to również okazja do dyskusji nad moż-

liwościami pomocy noworodkom dziś. Jednym z ważniejszych problemów jest profilaktyka zakażeń układu oddechowego. Dzieci przedwcześnie urodzone szczególnie narażone są na zaburzenia ze strony tego układu. Dysplazja oskrzelowo-płucna, zespół zaburzeń oddychania czy bezdech wcześniaka to najczęściej występujące powikłania, którym można zapobiec stosując odpowiednią profilaktykę, szeroko dostępną w całej Europie. Istotnym tematem badań jest też immunologia, możliwość szczepień wcześniaków oraz efektywna antybiotykoterapia noworodków.

Mamy jesień, a więc czas zwiększonego ryzyka zakażenia wirusem RS, szczególnie groźnego dla wcześniaków. Tymczasem tylko 600 dzieci może otrzymać odpowiednią profilaktykę. Nasze działania prowadzące do rozszerzenia tej terapii niestety nie są skuteczne. Polska jest niestety niechlubnym przykładem kraju, w którym immunizacja jest stosowana w znacznie węższym zakresie niż w innych krajach UE.

*prof. dr hab. Maria Katarzyna  
Borszewska-Kornacka*

Klinika Neonatologii i Intensywnej  
Terapii Noworodka WUM

## Rozwój neonatologii w Polsce

**Rozwój każdej dziedziny naukowej nie może obyć się bez ludzi obdarzonych talentem, wiedzą oraz determinacją. Polska neonatologia także posiada swoich mistrzów, których zasługą było propagowanie wiedzy o potrzebie stworzenia odrębnej dziedziny naukowej zajmującej się problemami noworodków i wcześniaków.**

**Ich ogromnym sukcesem jest to, że cel osiągnęli. Warto zatem przyrzeć się historii neonatologii w Polsce oraz wybitnym autorytetom, dzięki którym współcześnie neonatologia ma tak znaczącą pozycję wśród nauk medycznych.**

Po raz pierwszy standardy neonatologiczne, mimo że nie były jeszcze tak nazywane, pojawiły się w 1948 roku w Amerykańskiej Akademii Pediatrii. Jednak dopiero w 1960 roku zaczęła funkcjonować nazwa „neonatologia”. A w 1975 roku odbył się w USA pierwszy egzamin z neonatologii, tym samym rozpoczęli działalność pierwsi adepci tej nowej specjalności.

Tymczasem w Polsce już w 1945 roku w Klinice Położniczo-Ginekologicznej w Poznaniu powstał Oddział dla Zdrowych i Chorych Noworodków, któ-

rym kierowała doc. Kazimiera Jerzykowska-Kuleszyna. Początkowo oddział liczył 80 łóżek, w 1965 roku oddział powiększył się do 162 łóżek. Prof. Kazimiera Jerzykowska-Kuleszyna wspólnie z doc. Ireną Twarowską były autorkami pierwszego podręcznika do nauki neonatologii „Fizjopatologia noworodka i wcześniaka”.

W 1950 roku rozpoczął działalność pierwszy w Polsce modelowy oddział wcześniaków i pierwsza poradnia wcześniaków w Instytucie Matki i Dziecka, zaś trzy lata później w tej samej placówce powstała pierwsza Klinika

Neonatologiczna. W tym samym roku w szpitalu ks. Anny Mazowieckiej działalność rozpoczął pierwszy oddział w systemie „rooming in”, inaczej „matka z dzieckiem”. W 1969 roku z Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego wyłoniła się Sekcja Neonatologiczna. Uważa się, że wówczas neonatologia rozpoczęła drogę ku samodzielności i wyodrębnienia się z pediatrii. Członkami pierwszego zarządu Ogólnopolskiej Sekcji Neonatologii byli: dr Irena Twarowska, dr Maria Miecznikowska, dr Czesław Bryniak, dr Elżbieta Gajewska,

dr Danuta Łozińska, dr Róża Osuch-Jaczevska. Te znamienite postaci określa się jako nestorki i nestorów polskiej neonatologii. Dwie osoby z grona członków zarządu OSN w 1982 roku zostały powołane do piastowania funkcji zastępców Konsultanta Krajowego ds. Pediatrii – były to doc. Irena Twarowska i doc. Elżbieta Gajewska.

Znaczącą datą w historii polskiej neonatologii jest rok 1990 – wtedy to odbyła się pierwsza sesja weryfikacyjna, która wyłoniła 114 specjalistów mających uprawnienia do specjalizacji kolejnych adeptów wiedzy neonatologicznej. Świadectwem coraz mocniejszej pozycji neonatologii było powołanie w 1995 roku Nadzoru Krajowego Neonatologicznego, dwa lata później – Związku Zawodowego Neonatologów, a w 1998 roku utworzenie Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego.

**Prof. Irenę Twarowską** uważa się za twórcę nowoczesnej polskiej neonatologii, ponieważ właśnie ona wyemancypowała neonatologię z pediatrii i anestezjologii. Razem z prof. Danutą Łozińską wydała podręcznik „Neonatologia”. **Prof. Danuta Łozińska** jest przedstawicielem neonatologii warszawskiej. W 1980 roku rozpoczęła pracę w Klinice Położnictwa i Ginekologii Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, a od 1982 roku współtworzyła Klinikę Neonatologii CMKP na ul. Czerniakowskiej.

Wielki wkład w rozwój polskiej neonatologii ma **prof. Elżbieta Gajewska**. Rozpoczęła pracę w Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii (1962), piastowała funkcję Ordynatora Oddziału Neonatologii (1975), a w roku 1988 stworzyła Klinikę Neonatologii we Wrocławiu. Działała również w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki Mózgu u Noworodków. Dzięki wiel-



Plakat XXX Jubileuszowego Sympozjum Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

kiej determinacji prof. Gajewska przeprowadziła w Polsce projekt wprowadzenia metody nieinwazyjnego leczenia niewydolności oddechowej u noworodków, w czym ogromną pomocą okazała się Fundacja Jurka Owsiaka Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy.

Kolejną znaczącą zasługą prof. Ireny Twarowskiej, prof. Elżbiety Gajewskiej i prof. Danuty Łozińskiej było powołanie w 1988 roku specjalizacji z neonatologii. Wówczas to rozpoczął się okres dydaktyki przed- i podyplomowej z zakresu neonatologii. Trzy wspomniane wyżej nestorki polskiej neonatologii miały także wpływ na współpracę specjalistów zajmujących się noworodkami z Krajowym Funduszem na Rzecz Dzieci, a także rozpoczęcie w 1981 roku kooperacji Funduszu z Children Medical Care Foundation. Prof. Elżbieta Gajewska od 1992 roku brała aktywny udział we współpracy z Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy, która miała ogromne zasługi w zakupie najnowocześniejszego sprzętu do ratowania życia oraz leczenia noworodków i wcześniaków.

Wśród innych wybitnych postaci polskiej neonatologii wymienić należy **prof. Irenę Norską-Borówkę**, którą w środowisku nazywa się „Matką Śląskiej Neonatologii”. Przez niemal

20 lat (1980-1999) piastowała funkcję Kierownika Kliniki Patologii Noworodka z Oddziałem Intensywnej Terapii Śląskiej Akademii Medycznej. Łączyła zadania neonatologii i pediatrii środowiskowej. W Akademii Medycznej na Śląsku działała także **prof. Róża Osuch-Jaczevska**. Była Kierownikiem Oddziału Noworodków i Wcześniaków w Katedrze i Klinice Ginekologiczno-Położniczej Śląskiej Akademii Medycznej (1954-1974), a następnie stworzyła i kierowała Kliniką Neonatologii ŚAM w Katowicach (1974-1991). Jej zainteresowania naukowe dotyczyły wyłącznie neonatologii. Kolejną osobą mającą znaczący wkład w rozwój polskiej neonatologii była **prof. Walentyna Iwaszko-Krawczuk**. Początkowo w swojej działalności lekarskiej skupiła się na chirurgii, jednak w 1963 roku rozpoczęła pracę w Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych AM w Białymstoku, w roku 1970 objęła stanowisko Ordynatora Oddziału Noworodkowego, a w 1986 stworzyła oraz była kierownikiem Kliniki Neonatologii. Nie można także zapominać o zasługach **dr Krystyny Jezierskiej-Kasprzyk**, która miała wielki wpływ na rozwój warszawskiej neonatologii. Działała w Klinice Położnictwa i Ginekologii I Wydziału Lekarskiego przy ul. Starynkiewicza (1969-1980), pełniła funkcję Ordynatora Kliniki Położnictwa i Ginekologii II Wydziału Lekarskiego (1980-2002). Przez wiele lat przewodniczyła Sekcji Neonatologicznej PTP (1984-1992), jak też Oddziału Mazowieckiego PTN (1998-2004), sprawowała ponadto funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. neonatologii.

**prof. dr hab. Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka**  
Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka WUM

# Konferencja „Prawa dziecka-pacjenta”

„Prawa dziecka-pacjenta” było hasłem przewodnim konferencji organizowanej przez Ministerstwo Zdrowia i Warszawski Uniwersytet Medyczny, która odbyła się 25 października w Centrum Dydaktycznym naszej Uczelni.

Jego Magnificencja Rektor – prof. Marek Krawczyk powitał uczestników konferencji i podziękował za tak liczne przybycie. W swojej przemowie Jego Magnificencja Rektor wspominał, że w roku obchodów śmierci Janusza Korczaka – wybitnego lekarza, pedagoga, pisarza i społecznika, temat praw dziecka-pacjenta wydaje się niezwykle ważny do poruszania. Rektor

podkreślił, że idea ochrony praw dziecka i dbałości o najmłodszych jest również niezwykle bliska Warszawskiemu Uniwersytetowi Medycznemu, dlatego, specjalnie dla nich, Uczelnia jest w trakcie budowy nowego Szpitala Pediatrycznego, który zostanie oddany do użytku w 2015 roku. Zaznaczył również, że uniwersytecki Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny z filiami przy ulicach Marszałkowskiej i Działdowskiej przyjmuje pod opiekę medyczną 60% dzieci z Warszawy, co stanowi wyraźny sygnał o konieczności zwiększenia liczby tego typu placówek pediatrycznych. Profesor Marek Krawczyk zacytował również słowa Janusza Korczaka, które zostały upamiętnione w przesłaniu wmurowanym pod budowę Szpitala Pediatrycznego: „Nie zostawiamy świata takim, jaki jest”, bowiem opieka nad małym pacjentem to właśnie wyraz troski o losy świata i ludzkości, dla-



Konferencję otworzył Rektor WUM prof. Marek Krawczyk

tego nad jego dobrem należy się szczególnie pochylić.

Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia Aleksander Soplński zauważył, iż konferencja odbywa się w miejscu, które było bliskie Januszowi Korczakowi, bowiem to właśnie na Wydziale Lekarskim w Warszawie, którego Warszawski Uniwersytet Medyczny jest kontynuatorem, pobierał on naukę i kształcił się na lekarza. Minister zaznaczył, iż zakres tematów omawianych na konferencji, a rozważających prawa dziecka, wniesie do dyskursu wiele świeżych i ważnych spostrzeżeń dotyczących postępowania z najmłodszymi. Wyraził nadzieję, że spotkanie otworzy cykl sympozjów poświęconych tematyce dziecka w przestrzeni medycznej.

Sekretarz Stanu – Tadeusz Sławecki z Ministerstwa Edukacji Narodowej podkreślił z kolei potrzebę dialogu pomiędzy zdrowiem, sportem a edukacją

dzieci, który dzięki wielogłośowości może okazać się korzystny dla dziecka i jego rozwoju.

Prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego – prof. Alicja Chybička przybliżyła postać Janusza Korczaka w kontekście działań instytucji, które służą dziecku. Uznała, że dla dzieci dzieje się wiele dobrego, ale to ciągle mało i świat dorosłych powinien jeszcze ciężiej pracować nad ulepszeniem świata dzieci.

Po przemówieniach, rozpoczęła się część panelowa konferencji, która składała się z trzech sesji. Sesja I była zatytułowana: „Myśl Janusza Korczaka wczoraj i dziś”, sesja II: „Realizacja praw dziecka” i sesja III: „Prawo dziecka do życia. Prawo dziecka do śmierci”. Prelegentami byli m.in. specjaliści z Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Akademii Teatralnej w Warszawie, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Ministerstwa Sprawiedliwości, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Instytutu Matki i Dziecka, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

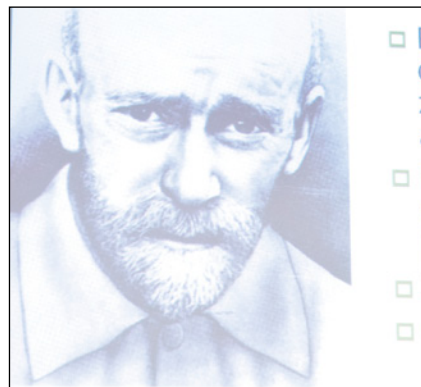
Współorganizatorem, a zarazem gospodarzem konferencji był nasz Uniwersytet, który poza JM Rektorem, reprezentowali: Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych – prof. Marek Kulus, Prorektor ds. Kadr – prof. Renata Górka, Dziekan I Wydziału Lekarskiego – prof. Mirosław Wielgoś.



Goście konferencji. Na zdj. od lewej: Tadeusz Sławecki, Aleksander Sopiński, prof. Alicja Chybicka



Zaproszenie do wzięcia udziału w symposium przyjęła Pani Jolanta Kwaśniewska (na zdj. w środku)



Prof. Tomasz Wolańczyk podczas obrad konferencji



Konferencji towarzyszyła wystawa rysunków pt. „Pielęgniarka w oczach dziecka”

W konferencji uczestniczyli także znamienici goście: Prezydentowa Rzeczypospolitej – Jolanta Kwaśniewska, Podsekretarz Stanu – Minister Aleksander Sopiński, Sekretarz Stanu – Mi-

nister Tadeusz Sławecki, Prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego – prof. Alicja Chybicka, Społeczny doradca Prezydenta RP ds. zdrowia oraz Pełnomocnik Rektora – Dyrektor Szpitala Pedia-

trycznego WUM w budowie – dr Maciej Piróg, a także znani pediatrzy i konsultanci w tej dziedzinie.

*mgr Marta Suchojad*  
Biuro Informacji i Promocji WUM

## Wywoływanie choroby u dziecka jako forma krzywdzenia

24 października w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbyło się seminarium pt. „Wywoływanie choroby u dziecka jako forma krzywdzenia”, zorganizowane przez Zakład Zdrowia Publicznego we współpracy z Fundacją Dzieci Niczyje.

Zakład Zdrowia Publicznego od kilku lat współpracuje z Fundacją w obszarze organizacji przedsięwzięć kierowanych do środowiska medycznego, takich jak: Ogólnopolska Konferencja „Profilaktyka krzywdzenia małych dzieci”, wykłady dla studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz wspomniane seminarium.

Fundacja Dzieci Niczyje od ponad 20 lat zajmuje się problematyką związaną z pomocą dzieciom doznającym krzywdzenia oraz budowaniem systemowych rozwiązań w obszarze ochrony dzieci przed krzywdzeniem.

Seminarium kierowane było do przedstawicieli ochrony zdrowia, psychologów, pedagogów i pracowników socjalnych, którzy w swojej codziennej pracy mają kontakt z rodzinami z małymi dziećmi.

**Epidemiologia zespołu MSBP.** Statystyki wskazują, że ofiarami zespołu Münchhausena by Proxy najczęściej są dzieci do 12 roku życia. Szacuje się, że co najmniej 0,5/100000 dzieci poniżej 16 roku życia i 2,8/100000 dzieci poniżej 1 roku

życia, pada ofiarą tej formy przemocy. Dane epidemiologiczne dotyczące skali zjawiska nie pochodzą niestety z polskich ośrodków. Zespół ten, podobnie jak i inne jednostki chorobowe związane z maltretowaniem dzieci, sklasyfikowane w ICD-10 pod numerem kodu T74, często nie są prawidłowo rozpoznawane, a co za tym idzie – statystyki wskazują znikomą częstotliwość występowania tego typu problemów w praktyce medycznej.

Inne dane na temat zjawiska prezentują statystyki policyjne. W samym 2009 roku policjanci odnotowali w Polsce 27 tysięcy przypadków przemocy wobec dzieci do 13 roku życia.

Dane WHO z kolei mówią o tym, że to właśnie dzieci do 3 roku życia najczęściej padają ofiarą przemocy, i to ze strony swojej najbliższej rodziny.

Jedną z form przemocy stosowaną przez najbliższych opiekunów jest właśnie zespół Münchhausena by Proxy, który polega na świadomym wywoływaniu objawów chorobowych u innych osób, najczęściej dzieci. Rodzic krzywdzący w ten sposób dziecko może wywoływać u niego objawy chorobowe, celowo zatając ważne z punktu widzenia pełnej diagnozy informacje związane ze stanem zdrowia dziecka, a także fałszować wyniki badań laboratoryjnych.

Śmiertelność w tym zespole waha się od 6 do 13%. Stały uszczerbek na zdrowiu odnotowywany jest w blisko 7% przypadków. Niepokojący jest fakt, że blisko 20% śmiertelnych przypadków następuje wskutek wywołanej przez rodzica choroby u dzieci w grupie do 3 roku życia. Dodatkowo niepokoi fakt, że jest to grupa, w której w przeważającej większości profesjonaliści rozpoznali wcześniej MSBP u rodzica.

**Jakie są przyczyny zespołu Münchhausena?** Podłoże MSBP

jest trudne do ustalenia. Dotychczasowe dane z piśmiennictwa opierają się na analizie przypadków tych matek, które zostały skierowane na przymusowe leczenie. W grupie tej rozpoznano szereg zaburzeń osobowości, cechy zaburzeń nastroju z wyraźną dominacją zaburzeń o typie depresji, a także patologiczną chęć zwrócenia na siebie uwagi. W analizach zwraca się również uwagę na związek pomiędzy występowaniem zespołu Münchhausena a doświadczaniem przemocy w dzieciństwie. Choroba ta, a raczej jej skutki w postaci częstych hospitalizacji dziecka, wyzwała w najbliższym otoczeniu zwrócenie większej uwagi na sprawcę, co uznawane jest za jeden z motywów wywoływania choroby u dziecka. Dzięki temu sprawca ma szansę znaleźć się w centrum uwagi najbliższego otoczenia, zyskując jego współczucie i zainteresowanie. Należy podkreślić, że pomimo faktu, iż to właśnie dziecko jest ofiarą, które prezentuje szereg objawów, chora zawsze jest matka i to jej należy bezwzględnie pomóc. Bez odpowiedniej pomocy udzielonej matce, dziecko nadal będzie krzywdzone, a jego stan ulegał stałemu pogorszeniu.

**Objawy u ofiary.** Wśród najczęściej opisywanych objawów u dziecka – ofiary zespołu Münchhausena by Proxy wymienia się krwawienia z przewodu pokarmowego i nosa, zaburzenia oddychania, gorączkę, wymioty, biegunkę, senność, śpiączkę, zmiany skórne i inne. Rodzice wywołują objawy u swoich dzieci, podając im szkodliwe substancje, leki odpowiadające za poszczególne objawy somatyczne, a także celowo uszkadzają ciało dziecka.

**Kim jest sprawca?** Rodzic-potwór, psychopata, zamieszkujący obszary charakteryzujące

się biedą i patologią – tak najczęściej wyobrażamy sobie sprawców przemocy w stosunku do dzieci. Pamiętać jednak warto, że przemoc w stosunku do dzieci zdarzyć się może w każdym środowisku, bez względu na wykształcenie i status społeczny. Często przyczyną przemocy w stosunku do dzieci jest poczucie bezradności rodziców, brak wiedzy i umiejętności koniecznych do sprostania wyzwaniu, jakim jest wychowanie dziecka. W przypadku zespołu Münchhausena by Proxy pojawia się dodatkowy czynnik, jakim jest poważne zaburzenie psychiczne rodzica.

Matki, u których stwierdzono MSBP, mają kilka charakterystycznych cech, które powinny zwracać uwagę personelu medycznego. Są to osoby zwykle bardzo mocno zaangażowane w proces leczenia dziecka, czule, towarzyszące dziecku, odpowiadające na wszystkie jego potrzeby. To, co zwraca jednak szczególną uwagę to wyjątkowy spokój matek w sytuacji, gdy stan dziecka się pogarsza. Wyraźnie domagają się jak największej ilości badań, nawet tych bardzo nieprzyjemnych dla dziecka. Historia choroby dziecka może wykazywać obecność matki i dziecka w wielu placówkach i częstą ich zmianę, która może sugerować, że matka w sytuacji nadmiernego zainteresowania swoją osobą lub nie spełniania oczekiwań diagnostycznych przez personel medyczny, wypisuje dziecko na żądanie z jednego szpitala i zgłasza się po pomoc do kolejnej placówki. To, co zwraca szczególną uwagę matek z zespołem MSBP to ich ponadprzeciętna wiedza na temat chorób wieku dziecięcego i nie tylko. Często okazuje się, że sprawczyni tej formy przemocy to pielęgniarki lub osoby wykonujące zawód paramedyczny. Matki te są bardzo

przyjacielsko nastawione do personelu i łatwo nawiązują z nim kontakt, czym budują zaufanie do siebie. Mamie, której się ufa, można przecież zlecić wykonywanie prostych czynności związanych z opieką nad chorym dzieckiem w szpitalu, podawanie leków, mierzenie temperatury.

Najczęstsze opisy zespołu Münchhausena by Proxy dotyczą matek, literatura przedmiotu wskazuje jednak przypadki występowania tego zespołu również u ojców – ich zachowanie trochę się jednak różni i najczęściej ojcowie ci opisywani są jako roszczeniowi i agresywni.

Drugi rodzic często nie jest zorientowany w sytuacji, zwykle zdominowany przez partnerkę/partnera, oddaje podejmowanie decyzji właśnie jemu. Rzadko odwiedza dziecko i raczej nie nawiązuje kontaktów z lekarzami.

**Jak rozpoznać zespół Münchhausena by Proxy?** To co każdorazowo powinno budzić niepokój lekarza, to rozbieżność w informacjach na temat przyczyn pojawienia się konkretnych objawów dziecka a wynikami badań diagnostycznych. Bardzo często zdarza się również tak, że objawy chorobowe występują i nasilają się w domu. Często badania biochemiczne wykazują rozbieżność pomiędzy objawami obserwowanymi u dziecka a obrazem klinicznym, co często spowodowane jest faktem, że budząca zaufanie matka zanosząc materiał pobrany od dziecka do laboratorium, ma szansę dodania do niego różnych substancji.

**Jak postępować, gdy mamy podejrzenie MSBP?** Każdorazowo w przypadku podejrzenia MSBP należy dużą staranność przyłożyć do obserwacji „opiekunczego rodzica”. Nieocenioną metodą jest również wideorejestracja sali, w której przebywa podejrzany rodzic i dziecko. Po-

zwala to na ocenę zachowania matki w sytuacji braku ewentualnych świadków. Istotna jest także analiza dokumentacji medycznej i kontakt z poprzednimi ośrodkami, w których przebywało dziecko. Wnikliwa analiza wyników badań ze szczególnym uwzględnieniem rozbieżności w poszczególnych parametrach. W niektórych przypadkach stosuje się również test separacji z rodzicem, który ma na celu porównanie nasilenia bądź wycofania objawów u dziecka w zależności od obecności rodzica. Porównanie historii choroby dziecka i jego rodzeństwa, sprawdzenie czy inne dzieci w rodzinie nie chorują na choroby o podobnym przebiegu i dynamice pojawiania się objawów.

**Jak i kogo leczyć?** W przypadku stwierdzenia MSBP każdorazowo należy odseparować sprawcę od dziecka. Dziecko leczy się objawowo w zależności od diagnozy stawianej przez lekarza. Jest ono ofiarą przemocy, dlatego o jego sytuacji należy powiadomić odpowiednie służby zajmujące się pomocą rodzinie. Konieczne jest również w takim przypadku uruchomienie procedury Niebieskiej Karty, która da szansę profesjonalistom na interdyscyplinarną pomoc rodzinie.

Leczenie sprawcy następuje z uwagi na fakt, że w większości przypadków oskarżani rodzice nie przyznają się do zarzucanych im czynów. Sytuacja ta skutecznie uniemożliwia terapię zaburzenia u rodzica. Dobre wyniki daje stosowana z powodzeniem poza granicami naszego kraju terapia całych rodzin połączona z umieszczeniem ich w specjalnie przygotowanych mieszkaniach, w których prowadzony jest stały nadzór kamer. Jednocześnie trwa terapia sprawcy, ale również i całej rodziny. Celem terapii rodzinnej jest praca nad

więzią pomiędzy dziećmi a rodzicami, tak aby dziecko zbudowało więź z obydwojgiem rodziców. Dodatkowym celem terapii jest praca nad wzbudzeniem poczucia empatii u rodzica krzywdzącego.

Bardzo ważne jest, aby każda palcówka medyczna, w której leczone są dzieci, posiadała wyraźne procedury, które będą stosowane przez przedstawicieli ochrony zdrowia, tak aby skutecznie pomagać dzieciom doświadczającym tej formy krzywdzenia.

Istotnym czynnikiem wspierającym pracę przedstawicieli ochrony zdrowia jest również wiedza dotycząca miejsc, w których mogą uzyskać wsparcie dla siebie sami profesjonalści.

Zawsze warto skorzystać z doświadczeń organizacji, które zajmują się zjawiskiem krzywdzenia dzieci na co dzień, takich jak Fundacja Dzieci Niczyje, Fundacja Mederi oraz Niebieska Linia.

Seminarium w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym prowadzili specjaliści z Wielkiej Brytanii, którzy pracują stale z matkami chorymi na MSBP. Prezentowali model współpracy interdyscyplinarnej, jako najlepszą formę diagnozy zespołu Münchhausena. Podczas seminarium podkreślono, że diagnoza powinna być postawiona przez zespół terapeutyczny, w skład którego powinni wchodzić profesjonalści takich dziedzin, jak lekarz, psycholog lub psychiatra i pracownik socjalny.

Seminarium było okazją do omówienia przypadków z pracy codziennej zaproszonych prelegentów. Stworzyło również możliwość prezentacji dobrych i sprawdzonych praktyk stosowanych poza granicami naszego kraju.

*Karolina Mazurczak*  
Fundacja Dzieci Niczyje

# Wizerunek pielęgniarki XXI wieku

Konferencja zgromadziła ok. 120 osób. Wśród nich były zarówno pielęgniarki aktywne zawodowo, jak i studenci pielęgniarstwa oraz doktoranci. Swoją obecnością zaszczylicili uczestników przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz nestorki polskiego pielęgniarstwa – wśród nich Pani Stefania Hoch, która w 2003 roku otrzymała Medal im. Florence Nightingale – najwyższe międzynarodowe odznaczenie przyznawane pielęgniarkom i pielęgniarzom.

Wykład inauguracyjny wygłosiła prof. Anna Doboszyńska – Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego. Bardzo interesującym było wysłuchanie spostrzeżeń odnoszących się do wykonywania zawodu pielęgniarki z ust osoby, która posiada wieloletnie doświadczenie we współpracy z tą grupą zawodową. Prof. Doboszyńska jest lekarzem, zatem w praktyce zawodowej patrzy na pielęgniarki z nieco innej perspektywy. Podczas swojego wystąpienia zwracała uwagę na to, jak ważne jest pełne empatii i zrozumienia podejście do chorego oraz podkreślała jego pierwszorzędne znaczenie w systemie ochrony zdrowia.

Gośćmi honorowymi konferencji były przedstawicielki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP). Najpierw Prezes Maria Cisek zaprezentowała wyniki badania dotyczącego

**Jaki jest wizerunek pielęgniarki XXI wieku? Jaki był w przeszłości oraz jak go kształtować w celu umocnienia pozycji tej grupy zawodowej? Na te tematy dyskutowano podczas Ogólnopolskiej Konferencji „Wizerunek pielęgniarki XXI wieku”, która odbyła się w dniu 12 października w Centrum Dydaktycznym WUM. Organizatorami wydarzenia był Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego WUM oraz Wydawnictwo Sztuka Pielęgowania.**

wizerunku pielęgniarki, w którym poddała dyskusji cechy pielęgniarki idealnej. Następnie Krystyna Wolska-Lipiec – przewodnicząca Głównej Komisji Historycznej przy Zarządzie Głównym PTP zaprezentowała temat „Kształtowanie postaw etycznych pielęgniarki w dzisiejszych uwarunkowaniach”, sięgając jednocześnie do korzeni zawodu.

Wykład autorstwa dr Beaty Dobrowolskiej zaprezentowała redaktor naczelna czasopisma „Sztuka Pielęgowania” Katarzyna Trzpiel. Wykład dotyczył wizerunku pielęgniarki w odniesieniu do etyki zawodowej. Autorka zauważyła, że „to, w jaki sposób postrzega społeczeństwo zawód pielęgniarki zdecydowanie zależy od tego, jaką postawę pielęgniarki prezentują w swojej pracy zawodowej”. Mgr Elżbieta Krupińska

mówiła o samodzielności zawodowej, jednocześnie powołując się na Ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku, w której jednoznacznie jest napisane, że pielęgniarstwo to zawód samodzielny. Mgr Monika Kuliga zwróciła uwagę słuchaczy na rolę oceny pracowniczej w budowaniu wizerunku pielęgniarki XXI wieku. W wielu profesjach jest to nieodłączne narzędzie efektywnego zarządzania. Pomimo tego, że w pielęgniarstwie wciąż ocena pracownicza jest stosowana rzadko lub w niewłaściwy sposób,

prelegentka starała się przybliżyć słuchaczom korzyści płynące z zastosowania takiego rozwiązania w pielęgniarstwie oraz ukazania miejsca oceny pracowniczej w budowaniu wizerunku tej grupy zawodowej w XXI wieku. Następne wystąpienie, autorstwa mgr Agnieszki Herzig zatytułowane „Czerniejewska do wypisu” było prezentacją słowa, jako narzędzia w codziennej pracy pielęgniarek. Mgr Wojciech Nyklewicz w swoim wystąpieniu podkreślił, jak ważne jest budowanie własnej marki w pielęgniarstwie, kreowanie wizerunku oraz budowanie swojego nazwiska. Ponadto omówił „zjawisko deprecjacyjnego wpływu wizerunku grupy zawodowej w budowaniu zaufania wobec kompetencji pielęgniarskich”. Doktorantka z Uniwersytetu Jagiellońskiego mgr Agnieszka



Uczestników konferencji przywitała prof. nadzw. dr hab. Anna Doboszyńska



Wyniki i wnioski z badania dotyczącego wizerunku pielęgniarki zaprezentowała Maria Cisek – prezes PTP

Górecka przedstawiła wizerunek pielęgniarek oraz możliwości wpływania na niego. Za pomocą narzędzi, takich jak symbole zawodowe czy środki masowego przekazu dokonała analizy zarówno pozytywnych, jak i negatywnych źródeł wpływających na obraz pielęgniarki w oczach innych. Studenci pielęgniarstwa z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (lic. piel. Ewa Stec, lic. piel. Faustyna Prokop,



Podczas konferencji zaprezentowano pokaz strojów pielęgniarzkich

lic. piel. Remigiusz Erkiert), przedstawiciele Studenckiego Koła Naukowego Historyków i Etyków Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu zaprezentowali „Opinie studentów pielęgniarstwa na temat roli mężczyzn w zawodzie pielęgniarstwa”. Ciekawe, reakcje pacjentów na kontakt z pielęgniarzem są w większości pozytywne, jedynie 2% studentów spotkało się z negatywną reakcją w stosunku do mężczyzn w tej profesji. Lic. piel. Dorota Chodkowska dokonała porównania wizerunku pielęgniarki w Polsce oraz w Wielkiej Brytanii. Na podstawie doświadczeń własnych zanalizowała różnice i podobieństwa pracy polskich i brytyjskich pielęgniarek. Dwie ostatnie prezentacje do-

tyczyły wykorzystania nowych technologii w praktyce pielęgniarstwa. Mgr Dorota Jacyna zaprezentowała strony internetowe, na które warto wchodzić w celu zdobywania oraz aktualizowania wiedzy zawodowej. Doktorantki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego mgr Katarzyna Pawłowska oraz mgr Lena Kozłowska skupiły się na przedstawieniu głównych wad i zalet telepielęgniarstwa.

Wraz z dynamicznym rozwojem pielęgniarstwa zmienia się również wizerunek tej grupy zawodowej. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci zmienił się zarówno system kształcenia kadry pielęgniarstwa, jak i zakres odpowiedzialności pielęgniarek aktywnych zawodowo.

Obecnie profesjonalizm, samodzielność oraz szeroki zakres kompetencji wypierają służalczą rolę pielęgniarek, która była podstawą wykonywania zawodu przez wiele lat. Pielęgniarstwo ulega przemianom głównie dlatego, że pacjenci stają przed nowymi problemami zdrowotnymi, są coraz bardziej wykształceni i świadomi własnych praw, zmienia się zakres świadczonej opieki. Według raportu CBOS z 2009 roku pielęgniarka znajduje się na czwartym miejscu w rankingu prestiżu zawodów – według 77% badanych pielęgniarki cieszą się dużym poważaniem wśród społeczeństwa\*. Świadczy to o pozytywnym obrazie przedstawicieli tej grupy zawodowej. Należy jednak pamiętać, że na wizerunek wpływa wiele czynników i każdy reprezentant profesji swoją postawą oraz postępowaniem kreuje obraz całej grupy zawodowej.

*mgr Lena Kozłowska  
mgr Katarzyna Pawłowska  
prof. nadzw. dr hab. Anna  
Doboszyńska*

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego  
WUM

\* Centrum Badań Opinii Społecznej. Prestiż zawodów. Warszawa, styczeń 2009



# „Zdrowie Publiczne i co dalej? Perspektywy zawodowe studentów”

Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Zdrowie Publiczne i co dalej? Perspektywy zawodowe studentów” odbyła się 25 października 2012 r. w Auli Centrum Dydaktycznego WUM. Konferencja została zorganizowana przez Studenckie Koło Naukowe Managerów Zdrowia z Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii WUM oraz przez Samorząd Studencki Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM.

Do udziału w konferencji zostali zaproszeni studenci WUM oraz studenci innych uczelni medycznych w Polsce, na których istnieje możliwość studiowania kierunku Zdrowie Publiczne, a także przedstawiciele przyszłych pracodawców oraz osób i instytucji związanych ze zdrowiem publicznym.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonał Aleksander Zarzeka, Prezes SKN Managerów Zdrowia oraz student kierunku Zdrowie Publiczne WUM. – Zorganizowaliśmy tę konferencję po to, aby skonfrontować to, czego oczekują od nas pracodawcy w stosunku do tego, co my, jako studenci Zdrowia Publicznego i przyszli absolwenci tego kierunku możemy zaoferować, ubiegając się o pracę – powiedział Aleksander Zarzeka witając licznie zgromadzonych słuchaczy.

Rangę uroczystości podniósł przewodniczący konferencji, Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii WUM – prof. Bolesław Samoliński, który podziękował studentom za podjęcie inicjatywy zorganizowania konferencji, której celem było m.in.: zaprezentowanie wieloaspektowego procesu kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne, przedstawienie sylwetki studenta oraz absolwenta, zaprezentowanie perspektyw na rynku

pracy oraz oczekiwań pracodawców w stosunku do potencjalnych pracowników (absolwentów Zdrowia Publicznego) oraz poszerzenie informacji na temat zmian kierunku rozwoju nauk związanych ze zdrowiem publicznym.

Program konferencji obejmował dwie sesje, w ramach których zostały wygłoszone referaty, zarówno przez przedstawicieli środowiska nauki, uczelni medycznych, jak i przedstawicieli przyszłych pracodawców oraz osób i instytucji związanych ze zdrowiem publicznym.

Otwierając I sesję prof. Bolesław Samoliński w wystąpieniu „Interdyscyplinarność i wieloaspektowość kierunku Zdrowie Publiczne” wskazał na potrzebę integrowania środowiska wokół podejmowanych problemów w obszarze Zdrowia Publicznego. Analizując kondycję i perspektywy zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia, prof. Samoliński powiedział: „Kiedy dyskutujemy nad miejscem zdrowia publicznego w naszym systemie politycznym, to coraz wyraźniej widzimy, że bez niego przyszłości dla naszego narodu po prostu nie ma. Zabezpieczenie tylko i wyłącznie w postaci systemu opieki zdrowotnej, ochrony zdrowia, nie zbuduje nam zdrowego społeczeństwa. Do tego potrzebne są plany, strategię doty-

czące tego, jak od najmłodszych lat uczyć nasze społeczeństwo, żeby żyło w zdrowiu, aby umiało korzystać z tego, co jest prozdrowotne, aby sprawiało im to przyjemność, a nie wynikało z poczucia obowiązku. I to jest Wasza misja”.

Następnie studenci mogli wysłuchać wystąpienia Podsekretarza Stanu z Ministerstwa Zdrowia – Igora Radziejewicza-Winnickiego, który nakreślił perspektywę zatrudnienia dla wysoko wykwalifikowanych specjalistów w zakresie Zdrowia Publicznego w kontekście budowania prozdrowotnej polityki publicznej oraz konieczności reagowania na bieżące potrzeby społeczeństwa poprzez podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego na poziomie lokalnym.

W tej samej sesji Radosław Wiśniewski – student WUM zaprezentował wyniki badań ankietowych nt. „Aktywności studentów zdrowia publicznego oraz ich perspektyw i oczekiwań zawodowych”. Kierownik Biura Karier WUM – Jakub Sokolnicki przedstawił działalność Biura Karier w kontekście zdrowia publicznego oraz programu śledzenia losów absolwentów. Następnie doradca Społeczny Prezydenta RP ds. Zdrowia – dr Maciej Piróg, wspominał o pracach nad ustawą o zdrowiu publicznym. Zauważył, że ustawa ta m.in. powinna

wzmocnić rolę absolwentów kierunku Zdrowie Publiczne.

W wystąpieniu „Czy absolwent Zdrowia Publicznego jest interesującym kandydatem do zatrudnienia przez koncerny farmaceutyczne? Pytania i wątpliwości rekrutera” mgr Danuta Wawrzyniak-Dulińska podzieliła się ze słuchaczami swoim wieloletnim doświadczeniem na stanowisku rekrutera.

Po I sesji przewidziano czas na debatę z udziałem studentów. Umożliwiła ona uczestnikom nawiązanie dialogu oraz wymianę poglądów na temat dalszych losów zawodowych i perspektyw absolwentów Zdrowia Publicznego.

W sesji II przedstawiono oczekiwania pracodawców względem kandydatów. Była to możliwość przybliżenia studentom potencjalnych pracodawców działających w różnych obszarach rynku.

Wysłuchaliśmy prelekcji przedstawicieli pracodawców sektora zdrowotnego – w pierwszej kolejności pani Ewy Łagońskiej – Dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, która przedstawiła działalność Urzędu w zakresie zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem edukacji publicznej, promocji i ochrony zdrowia, polityki społecznej i systemów ratownictwa medycznego. Pani Dyrektorka zobrazowała szerokie spektrum ról, jakie spełnia Urząd Marszałkowski, i w jak wielu dziedzinach absolwent Zdrowia Publicznego może odnaleźć się podejmując tam pracę.

Następnie dr Krzysztof Grzyliński – Prezes Zarządu i Dyrektor Zarządzający GenRe Warsaw Sp. z o.o. podjął temat rosnącego znaczenia sektora ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce oraz zaprezentował potencjał i możliwości rozwoju kariery na zagranicznych rynkach, jakie może dawać praca w tym obszarze. Podkreślił również znaczenie medycyny ubezpiecze-

niowej (orzecznictwo medyczne, underwriting medyczny i zarządzanie szkodami medycznymi).

W dalszej części konferencji wysłuchaliśmy dr. Grzegorza Maciążka – Dyrektora Działu Badań Klinicznych GSK. Wskazał on konkretne miejsce absolwenta Zdrowia Publicznego w dziale badań klinicznych firmy farmaceutycznej, a także przedstawił wymagania, jakie stawiane są kandydatom.

Sesja druga zakończyła się wystąpieniem dr. Rafała Rdzanego – Kierownika Działu Programów Zdrowotnych AOTM. Dokładnie opisał strukturę organizacji i zakres ścieżek jej działalności, omawiając przy tym różne możliwości pracy dla studentów Zdrowia Publicznego. Co więcej – dr Rdzany określił, jakimi umiejętnościami powinien charakteryzować się potencjalny pracownik. Wskazał m.in. na dokładną znajomość ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a w szczególności na znajomość EBM i HTA.

Cały dzień rozważań trafnie podsumował ekspert z zakresu zdrowia publicznego dr Grzegorz Juszczak.

Twórcza debata, która miała miejsce na konferencji pomiędzy I a II sesją przeniosła się w kuluary i zaowocowała poniższymi propozycjami zmian, które mają na celu poprawę perspektyw zawodowych studentów kierunku Zdrowie Publiczne:

1. Potrzeba rozpowszechnienia informacji o kierunku Zdrowie Publiczne – poprzez skuteczny marketing i PR oraz rzetelne poinformowanie kandydata na studia o profilu absolwenta.
2. Potrzeba ponownego zdefiniowania profilu absolwenta z uwzględnieniem specjalizacji – w tym zawarcie informacji o zdobywanych podczas studiów uprawnieniach, np. z Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy.
3. Zwiększenie spójności programu nauczania ze zdefiniowa-

nym profilem absolwenta kierunku Zdrowie Publiczne.

4. Potrzeba zacieśnienia współpracy z Biurem Karier Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w następujących obszarach: zapoznania studenta ze szczegółową ofertą Biura Karier, bieżącej informacji o dostępnych miejscach praktyk, staży oraz pracy, stworzenia przez Biuro i studentów sieci kontaktów, poprzez którą studenci mogliby szukać praktyk, staży oraz pracy (m.in. zawarcie umów z pracodawcami w sprawie ofert praktyk i staży), opracowania przez Biuro Karier oferty wyprofilowanej dla studentów kierunku Zdrowie Publiczne, stworzenia warsztatów dla studentów kierunku Zdrowie Publiczne dotyczących organizacji „okienek” pomiędzy zajęciami.
5. Potrzeba regularnych „spotkań roboczych” studentów kierunku Zdrowie Publiczne z władzami Uczelni – w tym m.in. potrzeba usprawnienia kanałów komunikacyjnych.
6. Potrzeba aktywizacji studentów w zakresie samorealizacji – m.in. poprzez planowanie kariery już na etapie studiów.
7. Konieczność zatrudniania na uczelni specjalistów mających doświadczenie w realnym biznesie.

Wielki ukłon należy się opiekunkom Studenckiego Koła Managerów Zdrowia dr n. o zdr. Edycie Krzych-Fałcie i dr n. ekon. Mirze Lisieckiej-Biełanowicz, które czuwały nad ogólną organizacją konferencji. Natomiast naszemu partnerowi: firmie Wolters Kluwer dziękujemy za wsparcie materialne.

*dr n. ekon.*

*Mira Lisiecka-Biełanowicz<sup>1</sup>  
Aleksander Zarzeka, Klaudia  
Sieńska, Emilia Gawińska<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe  
Managerów Zdrowia

## XVII Czwartek Chirurgiczny „Chirurgia plastyczna”

25 października 2012 r. odbył się XVII Czwartek Chirurgiczny. Sala wykładowa im. prof. Paszkiewicza Collegium Anatomicum WUM gościła ok. 350 osób! Spotkanie było wyjątkowe również pod innym względem – dokładnie 5 lat temu w tym samym miejscu odbyła się 1. konferencja z cyklu Czwartki Chirurgiczne.

Gościem specjalnym oraz Przewodniczącym Komitetu Naukowego tego wydarzenia był dr Wojciech Witkowski. Nad poziomem merytorycznym imprezy czuwali również prof. Waldemar Kostewicz – Opiekun Czwartków Chirurgicznych, dr Zygmunt Stopa, dr Mariusz Adam Szabela, dr Anna Kaniewska, dr Agnieszka Surowiecka, dr Sławomir Poletajew, dr Maciej Wleklík, dr Katarzyna Nawrocka. Konferencję poprowadzili kol. Justyna Smaga oraz kol. Filip Nowakowski.

Podczas spotkania reprezentanci studenckich kół naukowych WUM omówili szczegółowo 6 zagadnień z różnych gałęzi medycyny, które łączyło jedno – wykorzystanie osiągnięć współczesnej chirurgii plastycznej. Profesor Waldemar Kostewicz podkreślił interdyscyplinarny wymiar konferencji. Chirurgia plastyczna powiązana jest z kilkunastoma specjalnościami, m.in. z: laryngologią, urologią, ginekologią, a także psychiatrią czy seksuologią, które nie są bezpośrednio kojarzone z medycznymi dyscyplinami zabiegowymi. Dr Wojciech Witkowski w swoim wykładzie specjalnym zwrócił uwagę słuchaczy na praktyczny



Goście Konferencji (od lewej): dr Zygmunt Stopa, dr Wojciech Witkowski, dr Mariusz Adam Szabela, prof. Waldemar Kostewicz



Poprzedni organizatorzy Czwartków Chirurgicznych (od lewej): dr Sławomir Poletajew, dr Katarzyna Nawrocka, dr Agnieszka Surowiecka, dr Maciej Wleklík

aspekt odpowiedzialności cywilno-prawnej w pracy lekarza chirurga plastyka oraz specyfikę relacji lekarz – pacjent w tej szczególnej dziedzinie medycyny. Udzielił również kilku cennych wskazówek, m.in. jak powinna wyglądać rzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna.

Pierwsze wystąpienie studenckie, wygłoszone przez kol. Martę Rutkowską z SKN przy Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, po-

święcone było medycynie estetycznej – liftingowi twarzy. Omówiono powody starzenia się skóry, metody chirurgiczne i niechirurgiczne poprawiające wygląd skóry twarzy, co przedstawiono na licznych fotografiach, uwzględniając również trendy wśród celebrytów. Kolejna prezentacja dotyczyła rekonstrukcji nosa – temat przybliżyli kol. Piotr Oczkowski oraz kol. Michał Perkowski, reprezentanci SKN przy Klinice Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej WUM oraz SKN przy Klinice Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii. Chirurgiczne aspekty rynoplastyki zostały poparte dokumentacją zdjęciową wykonaną własnoręcznie przez autorów. O replantacjach i mikrochirurgicznych rekonstrukcjach dotyczących amputowanych części kończyn w niezwykle barwnej prezentacji opowiedziała kol. Milena Duralska z SKN Chirurgicznego przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM. Po krótkiej przerwie kol. Jakub Miszczyk, reprezentujący SKN przy Oddziale Klinicznym Chirurgii Plastycznej CMKP

w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie, przedstawił mikrochirurgiczne techniki rekonstrukcji piersi, przykłady (wykorzystanie płatów skórno-mięśniowych) opierając na materiale zdjęciowym Kliniki. Wiele emocji na sali, ze względu na tematykę, wzbudziło wystąpienie kol. Elżbiety Bumbul z SKN przy I Katedrze Ginekologii i Położnictwa WUM, która omówiła miejsce chirurgii plastycznej w ginekologii. Poruszenie wśród słuchaczy wywołała

również prezentacja „Chirurgia plastyczna w urologii”, w której kol. Kamil Janowski oraz kol. Olga Chudobska – reprezentanci SKN Chirurgii Dziecięcej przy Katedrze i Klinice Chirurgii Dziecięcej I WL WUM przedstawili problem operacji chirurgicznych prącia.

Niemal po każdej prezentacji odbywała się dyskusja angażująca słuchaczy oraz Komitet Naukowy konferencji.

Tradycyjnie podczas konferencji rozlosowano wśród słuchaczy spotkania talony

ufundowane przez wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Wszyscy prelegenci otrzymali prenumeratę czasopism wydawnictwa Evereth. Najlepsze studenckie wystąpienie, wygłoszone przez Milenę Durałską pt. „Replantacje i mikrochirurgiczne rekonstrukcje” uhonorowano podręcznikiem pod redakcją prof. J. Szmidta „Podstawy chirurgii” wydawnictwa Medycyna Praktyczna.

**Dominika Cichońska**  
Komitet Organizacyjny  
Czwartków Chirurgicznych

## Peruviańskie uniwersytety

W dniach 13-15 września 2012 roku w Limie (Peru) odbyła się VIII Konferencja Medycyny Naturalnej, w której uczestniczyła pięcioosobowa grupa z Polski. Prof. Iwona Wawer (Wydział Farmaceutyczny WUM) pokazała możliwości badania ekstraktów roślinnych z zastosowaniem NMR, w tym badania alkaloidów z amazońskiego pnącza *Uncaria tomentosa*. Obecne zainteresowanie tą rośliną w Europie to wynik wieloletniej działalności polskiego zakonnika, salezjanina

Wrześniowa Konferencja Medycyny Naturalnej w Limie (Peru) stała się okazją nie tylko do prezentacji i dyskusji na temat najnowszych odkryć i zdobyczy medycyny naturalnej, ale też szansą odwiedzenia jednych z najważniejszych uniwersytetów tego wspaniałego kraju.

ojca Edmunda Szeligi, którego dokonania w Peru przypomnieli prof. Zdzisław J. Ryn (Uniwersytet Jagielloński) oraz Marek Lubiński (Instytut Unkaria). Wśród uczestników konferencji byli oczywiście naukowcy peruviańscy, którzy zaprosili nas do odwiedzenia uczelni w Limie.

**Universidad Nacional Mayor de San Marcos** w Limie jest na 3-cim miejscu w rankingu wyższych uczelni w Peru. Posiada Wydział Medycyny oraz Wydział Farmacji i Biochemii. Na wydziale



Fot. 1. Wydział Farmacji i Biochemii na Universidad Nacional Mayor de San Marcos w Limie



Fot. 2. Studenci farmacji w ogrodzie botanicznym



Fot. 3. Kapliczka przy budynku Wydziału Farmacji



Fot. 4. Pola doświadczalne Uniwersytetu Rolniczego w Limie



Fot. 5. Przełęcz w Andach



Fot. 6. Kampus Uniwersytetu w Pucallpa

tym można studiować nauki farmaceutyczne, biochemię, toksykologię i nauki o żywieniu. Bardzo podobało mi się motto: „Farmacia es la profesion del medicamento, del alimento y del toxico”, czyli „farmacja to zawód łączący wiedzę o lekach, żywności i truciznach”. Uważam, że w Europie nie doceniamy znaczenia czynnika żywieniowego dla zdrowia człowieka. Za bardzo też koncentrujemy się na lekach syntetycznych, nie wykorzystując potencjału leków roślinnych. Przy Wydziale Farmaceutycznym jest duży ogród botaniczny (fot. 1). Studenci mogą tu odpocząć (fot. 2), poznać egzotyczne dla nich rośliny, a nawet pomodlić się o zdanie egzaminu (fot. 3).

W Limie znajduje się również bardzo dobra uczelnia rolnicza – **Universidad Nacional Agraria La Molina** (9-te miejsce w rankingu), założona w 1902 r. Kształcą specjalistów w takich dziedzinach jak: agronomia, ekonomia i planowanie, zootechnika, rybołówstwo, nauki leśne, przemysł spożywczy i nauki o żywieniu. Wydział Biologii posiada laboratoria badań genetycznych, biotechnologii, mykologii i mikrobiologii oraz mikropropagacji roślin. Celem prowadzonych prac badawczych jest

lepsze wykorzystanie bogactwa naturalnego Peru, czyli jego roślin i zwierząt. Na polach doświadczalnych rosną ziemniaki (fot. 4) i kukurydza, co jest swojskim widokiem. Jednak zaskakuje bogactwo odmian, bowiem w Peru są setki odmian ziemniaków oraz kukurydza w różnych kolorach (biała, żółta, czarna). Na lekcje o roślinach jadalnych przychodzi młodzież ze szkół.

Po konferencji postanowiliśmy odwiedzić dwa ośrodki badawcze zajmujące się roślinami Amazonii oraz uniwersytet w Pucallpa. Aby przejechać ze stolicy kraju w interior, czyli do amazońskiej dżungli, trzeba pokonać barierę Andów. Droga prowadzi przez przełęcz na wysokości 4800 m n.p.m. (fot. 5).

Lokalni mieszkańcy są przystosowani do życia na dużej wysokości, mają większą objętość płuc oraz 10-12 milionów czerwonych krwinek, co umożliwia im pracę w kopalniach położonych na wysokości 3-3,5 tys. m n.p.m. Kierowcom ciężarówek i turystom, którzy nie mają czasu na powolną, kilkudniową adaptację do warunków wysokogórskich, zagraża choroba wysokościowa. Zespół objawów (zawroty i bóle głowy, nudności, osłabienie, przyspieszona praca serca, brak apetytu), spowodowany

brakiem adaptacji, pojawia się powyżej 2500 m n.p.m., w ostrej postaci może doprowadzić do obrzęku płuc lub mózgu. Lekkostrawna dieta, napoje słodzone miodem ułatwiają utrzymanie dobrej formy w czasie kilkunastogodzinnej podróży samochodem. W apteczce podróźnej warto mieć deksametazon. Doraźnie pomagają żucie liści koki, które można kupić na każdym przystanku w górach.

Medycyna wysokościowa zebrała dużo cennych informacji, ale jej ustalenia są dedykowane głównie uczestnikom wypraw wysokogórskich lub sportowcom wyczynowym. Na świecie żyje ok. 140 mln ludzi na wysokości powyżej 2500 m n.p.m., coraz lepiej zbadane są ich przystosowania fizjologiczne i genetyczne. Jest też oczywiste, że ich organizm inaczej metabolizuje leki. Powinny być opracowane systemy dawkowania popularnych leków w zależności od wysokości, na której żyją pacjenci, klimatu czy diety. Jednak firmy farmaceutyczne mało się interesują tą sprawą – w Andach czy Tybecie mieszkają biedni ludzie, których na zakup syntetycznych, nowoczesnych leków po prostu nie stać.

Bardzo interesujący okazał się **Universidad Nacional Intercultural de la Amazonia** w Pucallpa, mieście nad rzeką Ucayali. Jego misją jest połączenie nauk technicznych i humanistycznych, prowadzenie interdyscyplinarnych badań przydatnych dla lokalnej społeczności oraz aktywizacja różnych grup etnicznych mieszkających w Amazonii. Uniwersytet ma bibliotekę, centrum obliczeniowe, ale jego pomieszczenia administracyjne i sale wykładu

wyglądają bardzo skromnie (fot. 6). Kierunki kształcenia obejmują wielokulturowe nauki humanistyczne oraz rolnictwo i leśnictwo. Prowadzone są prace badawcze mające na celu rozpoznanie naturalnych zasobów Amazonii i zachowanie bioróżnorodności tego obszaru. Bardzo ważne są prace nad zalesianiem, przygotowywanie sadzonek drzew mogących utworzyć najwyższe piętro lasu, przeciwdziałanie wypalaniu dżungli, a jednocześnie tworzenie plantacji roślin użytkowych (odżywczych i medycznych, o właściwościach przeciwmalarycznych czy bakteriobójczych).

Bogactwo roślin medycznych Peru, a zwłaszcza Amazonii fascynuje fitochemików, jest to też skarbiec informacji dla firm farmaceutycznych. Jednak wzrost zainteresowania jakąś rośliną i publikacje na temat potencjalnych możliwości jej wykorzystania mogą doprowadzić do jej zniszczenia w naturalnym środowisku, czego mieliśmy liczne przykłady. Dlatego najlepiej współpracować z lokalnymi ośrodkami naukowymi, zarówno przy selekcji obiektu badań, jak i celem pozyskania materiału badawczego. Rośliny lecznicze muszą pochodzić z plantacji, a ochrona amazońskiej dżungli to nasz wspólny obowiązek.

*prof. Iwona Wawer*

Zakład Chemii Fizycznej WUM

*Redakcja „MDW” serdecznie dziękuje prof. Iwonie Wawer za przekazane fotografie*

## Praktyki studenckie w Sanford Heart Hospital (Sioux Falls, USA)

**Medycyna praktykowana  
w Stanach Zjednoczonych przez  
wielu lekarzy uważana jest za  
jedną z najlepszych na świecie.  
Ale czy tak jest naprawdę?  
Z pewnością niejedna osoba,  
związana choćby częściowo  
z medycyną, zadaje sobie  
to pytanie.**

**K**iedy w ubiegłym roku wróciłem z wymiany studenckiej w Istituto Clinico Humanitas w Mediolanie, gdzie odbywałem praktyki w ramach programu Erasmus, miałem nadzieję, że uda mi się w kolejnych latach poznać praktykę lekarską w innych krajach. I tak też się stało w tym roku. Wyjechałem do niepozornego na pierwszy rzut oka 150-tysięcznego Sioux Falls w Południowej Dakocie w Stanach Zjednoczonych. Praktyki nie mogłyby się odbyć bez pomocy prof. Adama Stysia – kardiologa, dzięki któremu podpisano umowę o wymianie studenckiej między Warszawskim Uniwersytetem Medycznym a University of South Dakota. Spędziłem w Sioux Falls cały wrzesień. Praktyki odbywałem na oddziale kardiologicznym w nowo wybudowanym

Sanford Heart Hospital, będącym częścią szpitala Sanford USD Medical Center w Sioux Falls. Skrzydło szpitala dedykowane pacjentom z chorobami układu sercowo-naczyniowego zostało oddane w marcu bieżącego roku i kosztowało przeszło 75 milionów dolarów. Elewację wykonano ze skał pochodzących z okolic Sioux Falls, a wnętrza ozdobiono wapieniem z Maknato w stanie Minnesota oraz afrykańskim drewnem makore. Na każdym piętrze powieszono są dzieła lokalnych artystów. Zaprojektowany w stylu Collegiate Gothic Sanford Heart Hospital zajmuje powierzchnię przeszło 19 tysięcy metrów kwadratowych. 20% przestrzeni jest puste i zostało zarezerwowane na miejsce dla nowych technologii. W szpitalu znajdują się 2 kardiochirurgiczne sale operacyjne, 9 pracowni hemodynamicznych i 1 sala hybrydowa. Wszystkie pokoje pacjentów są jednoosobowe i wyposażone w sprzęt pozwalający w razie potrzeby przekształcić salę normalną w salę intensywnej opieki kardiologicznej. 56 prywatnych pokoi pacjentów uzupełnia 29 sal tzw. krótkiego pobytu, gdzie leżą pacjenci przed planowymi zabiegami.

Typowy dzień pracy zaczynał się ok. 6.30. Często o tej porze rozpoczynały się pierwsze zabiegi w pracowni hemodynamicznej. Później, ok. 7.30-8.00, odbywał się obchód. Lekarz wraz z osobistą pielęgniarką odwiedzał chorych na poszczególnych oddziałach. Historia choroby jest prowadzona w całości elektronicznie. Na korytarzach, a także w każdej z sal dla pacjentów jest komputer, gdzie lekarz po zalogowaniu może pisać zlecenia. Uwagę zwraca partnerska relacja między lekarzem a pielęgniarką. Razem tworzą zespół terapeutyczny, który jest w stanie sprawnie pomagać chorym. Po obchodzie kontynuowano zabiegi w pracowni kardiologii inwazyjnej lub rozpoczynały się wizyty w ambulatorium. Pacjenci przyjeżdżali na wizytę zwykle samochodem, który zostawiali przed wejściem głównym. Obsługa szpitala (tzw. valet service) zajmowała się parkowaniem samochodów chorych. Chorzy byli następnie witani przez recepcjonistki w lobby szpitala. Recepcjonistki identyfikowały pacjenta na Ipadach lub, gdy pacjent był nowy, zakładały historię choroby. Następnie chorzy udawali się do poczekalni, skąd dalej byli zapraszani przez pielęgniarki do gabinetu. Pielęgniarki zbierały podstawowy wywiad, mierzyły ciśnienie i zbierały najważniejsze dane biometryczne. Po rozpoznaniu przez pielęgniarkę głównego problemu pacjenta, do gabinetu wchodził lekarz, który najpierw logował się do komputera, po czym zaznajamiał się z zebrany przez pielęgniarkę wywiadem oraz historią choroby. Po badaniu i rozmowie z pacjentem, doktor wydawał zlecenia i udawał się do kolejnego gabinetu, gdzie czekał na niego

już kolejny „przygotowany przez pielęgniarkę” pacjent. W tym czasie pielęgniarka umawiała poprzedniego pacjenta na badania oraz tłumaczyła zastosowane zmiany w proponowanej terapii. Jeśli pacjent miał wskazania do wykonania, np. testu wysiłkowego, badania echokardiograficznego lub badania gamma kamerą, miał możliwość wykonania ich tego samego dnia. Badania te są w całości przeprowadzane przez techników. Lekarz tylko opisuje gotowe wyniki, które ogląda na ekranach komputerów. Dzień pracy kończył się ok. 17.00-18.00.

Kilku lekarzy udawało się pojedynczo, średnio raz w tygodniu, do innych szpitali położonych w mniejszych miastach oddalonych o kilkadziesiąt lub kilkaset mil od Sioux Falls. W przypadku dalszych miejscowości podróż odbywała się kilkuosobowym samolotem. Dzień wcześniej do takiej miejscowości wyruszała ze Sioux Falls ciężarówka z rezonansem magnetycznym, by w razie potrzeby, na miejscu, można było wykonać pacjentom to badanie.

W czasie praktyk miałem możliwość uczestnictwa w zabiegach koronarografii i angioplastyki wieńcowej. W czasie koronarografii używa się niewielką ilość kontrastu – średnio ok. kilkanaście mililitrów sześciennych. Jest to możliwe dzięki wykorzystaniu dwóch ramion C jednocześnie, co już zmniejsza o połowę ilość zużytego kontrastu. Ponadto, kontrast podaje się poprzez specjalne narzędzie, które samo wylicza minimalną ilość kontrastu do jednego wstrzyknięcia na podstawie kilku prostych parametrów (objętość, ciśnienie, szybkość podania). Byłem również świadkiem pierwszych w historii szpitala, a także całego stanu, zabiegów przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej.

Zwróciłem dużą uwagę na wysoką efektywność pracy całego personelu szpitalnego. Lekarz jest ważną częścią tego sprawnego mechanizmu. Jego praca została ograniczona do niezbędnego minimum poprzez zaangażowanie pozostałego personelu do wykonywania innych czynności, np. wspomniane badania obrazowe są wykonywane w całości przez techników, a lekarz tylko opisuje te badania i na ich podstawie wyciąga wnioski. Tak dobra organizacja pracy pozwala osiągać korzystne wyniki leczenia.

Podsumowując, nie da się ukryć, że amerykańska medycyna stoi na wysokim poziomie. Dobra organizacja pracy, zaawansowany technologicznie sprzęt, a także przekazywanie dużych środków finansowych na cele medyczne są w głównej mierze odpowiedzialne za osiągnięcia tutejszej medycyny.

*stud. med. Łukasz Januskiewicz*

Studenckie Koło Naukowe przy  
I Katedrze i Klinice Kardiologii WUM

# Z Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

## 24 września 2012 roku

### 1. Gratulacje, nominacje.

JM złożył gratulacje z okazji uzyskania tytułu profesora:

- prof. dr hab. Danucie Zapolskiej-Downar z Zakładu Biochemii i Chemii Klinicznej;
- prof. dr. hab. Bolesławowi Samolińskiemu – Dyrektorowi Centrum Zdrowia Środowiskowego, Kierownikowi Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych.

Następnie JM wręczył:

- akt powołania na stanowisko Kierownika Zakładu Badania Środowiska Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej dr. hab. Grzegorzowi Nałęcz-Jaweckiemu oraz złożył gratulacje z okazji uzyskania nagrody jubileuszowej następującym pracownikom Uczelni:
  - prof. dr hab. Renacie Górskiej;
  - prof. dr. hab. Andrzejowi Wojtowiczowi;
  - prof. dr. hab. Ryszardowi Pachy;
  - prof. dr. hab. Wiesławowi Jakubowskiemu;
  - prof. dr. hab. Piotrowi Ciostkowi;
- JM wręczył również gratulacje:
- Radosławowi Miturze – studentowi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z okazji wyboru na stanowisko Prezesa International Pharmaceutical Students' Federation w kadencji 2012/2013.

### 2. Przyjęcie Rocznych Sprawozdań Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z działalności Uczelni za okres od dnia 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.

Senat przyjął Roczne Sprawozdanie Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za

okres od dnia 1 stycznia 2011 do dnia 31 grudnia 2011 r.

### 3. Powołanie Przewodniczących Komisji Senackich na kadencję 2012-2016.

Senat powołał następujące osoby na Przewodniczących Senackich Komisji:

- prof. dr. hab. Kazimierza Wardy na Przewodniczącego Komisji ds. Dydaktyki;
- prof. dr. hab. Piotra Pruszczyka na Przewodniczącego Komisji ds. Nauki;
- prof. dr. hab. Mirosława Dłużniewskiego na Przewodniczącego Komisji ds. Rozwoju Kadry;
- prof. dr. hab. Grzegorza Opolskiego na Przewodniczącego Komisji ds. Lecznictwa i Współpracy z Regionem;
- dr. hab. Marcina Grabowskiego na Przewodniczącego Komisji ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw;
- prof. dr. hab. Magdalenę Durlik na Przewodniczącą Komisji ds. Finansowych;
- prof. dr. hab. Zbigniewa Gacionga na Przewodniczącego Komisji ds. Oceny Profesorów;
- prof. dr. hab. Włodzimierza Sawickiego na Przewodniczącego Senackiej Komisji Statutowej.

JM Rektor poinformował członków Senatu, że zgodnie z zapisem § 1 pkt 8 lit. d, załącznika nr 8 do Statutu – na Przewodniczącego Komisji ds. Oceny Nauczycieli Akademickich wyznacza dr. hab. Sławomira Nazarewskiego Prorektora ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem.

### 4. Opinia Senatu w sprawie nadania tytułu doktora honoris causa Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie Profesorowi Franzowi H. Messerli'emu.

Senat pozytywnie zaopiniował sprawę nadania tytułu doktora honoris causa Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie Profesorowi Franzowi H. Messerli'emu.

Senat przyjął uchwałę w sprawie przyjęcia Polityki Jakości Kształcenia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

### 5. Uchwała Senatu w sprawie przyjęcia Polityki Jakości Kształcenia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Senat przyjął uchwałę w sprawie przyjęcia Polityki Jakości Kształcenia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

### 6. Uchwała Senatu w sprawie określenia efektów kształcenia dla kierunków studiów i specjalności prowadzonych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Senat przyjął uchwałę w sprawie określenia efektów kształcenia dla kierunków studiów i specjalności prowadzonych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

### 7. Zmiany w Statucie Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus.

Senat przyjął zmiany w Statucie Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus związane z:

- likwidacją Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej;
- włączeniem do Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii pozostałych komórek, funkcjonujących w strukturze likwidowanej Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, tj.: Bloku Operacyjnego, Pracowni Artroskopii Stawów Skroniowo-Żuchwowych i Endoskopii.



## 8. Umowa o współpracy pomiędzy Mc Gill University Health Centre (MUHC) oraz Faculty of Medicine, Mc Gill University w Montrealu a Warszawskim Uniwersytetem Medycznym.

Senat pozytywnie zaopiniował sprawę zawarcia przez Rektora Uczelni Umowy o współpracy pomiędzy Mc Gill University Health Centre (MUHC) oraz Faculty of Medicine, Mc Gill University w Montrealu a Warszawskim Uniwersytetem Medycznym.

## 9. Uzupelnienie składu Odwoławczej Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów.

Senat pozytywnie zaopiniował uzupełnienie składu Odwoławczej Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów o następujące osoby:

- dr Beatę Sińską – grupa nauczycieli akademickich;
- oraz przedstawicieli studentów:
- Magdalenę Szmulik – Wydz. Farm.;
- Michała Dudzińskiego – I WL Oddz. Stom.;
- Przemysław Gwoździa – II WL;
- Aleksandra Zarzekę – WNoZ.

## 10. Sprawy I Wydziału Lekarskiego.

Senat pozytywnie zaopiniował następujące sprawy:

- powołanie prof. dr. hab. Edwarda Towpika na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Muzeum Historii Medycyny;
- przekształcenie następujących jednostek organizacyjnych I Wydziału Lekarskiego: Katedry i Kliniki Okulistyki w Klinikę Okulistyki; Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Zakład Medycyny Sądowej; Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej w Klinikę Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej; Katedry i Kliniki Neurochirurgii w Klinikę Neurochirurgii; Katedry i Kliniki Pediatrii i Endokrynologii w Klinikę Pediatrii i Endokrynologii.
- likwidację Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Wchodzące obecnie w jej skład jednostki, tj.: I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii; II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii; Klinika Anestezjologii Dziecięcej – będą wykonywać swoje zadania w dotychczasowym zakresie.

- utworzenie: Zakładu Stomatologii Zintegrowanej; Katedry Stomatologii Zachowawczej – w ramach której działać będą nowo powstały Zakład Stomatologii Zintegrowanej oraz dotychczasowy Zakład Stomatologii Zachowawczej.

## 11. Uchwała w sprawie zasad pobierania opłat na studiach na kierunku lekarsko-dentystycznym prowadzonych w języku angielskim w Oddziale Stomatologii I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Senat przyjął Uchwałę w sprawie zasad pobierania opłat na studiach na kierunku lekarsko-dentystycznym prowadzonych w języku angielskim w Oddziale Stomatologii I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

## 12. Uchwała Senatu w sprawie przyznania dodatku zadaniowego do wynagrodzenia dla Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Senat przyznał dodatek zadaniowy do wynagrodzenia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

## 13. Sprawy finansowe.

Senat przyjął zmiany w Budżecie Zadaniowym oraz Planie rzeczowo-finansowym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na 2012 rok.

## 14. Omówienie najważniejszych spraw bieżących Uczelni.

JM poinformował członków Senatu o następujących sprawach:

- W Centrum Nauki Kopernik odbyło się spotkanie Rektorów Wyższych Uczelni z Panią Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego – Barbarą Kudrycką. Na spotkaniu omawiano sprawę finansowania polskich uczelni. Pani Minister poinformowała również, że w 2013 r. przewidywana jest podwyżka wynagrodzeń dla pracowników uczelni, która wyniesie ok. 9-10%. Ponadto Pani Minister przekazała informację o tym, że w przypadku trzech uczelni, z powodu katastrofalnej sytuacji finansowej, zaszła potrzeba wprowadzenia Zarządu Komisarycznego. Wprowadzenie takiego Zarządu nie grozi jednak żadnej uczelni medycznej. Ponadto poruszono temat jakości nauczania oraz prowadzenia szkolenia ustawicznego;
- JM Rektor poinformował, że odbyło się spotkanie z kierownikami klinik umiejscowionych w szpitalu przy ul. Banacha, dotyczące sytuacji finansowej jednostek. Podobne spotkania JM Rektor planuje odbyć z kierownikami klinik pozostałych Szpitali Klinicznych. W Szpitalu Dzieciątka Jezus tego typu spotkanie zorganizowane zostanie w dniu 12 października o godz. 13<sup>00</sup>. Natomiast spotkanie z kierownikami klinik Szpitala Pediatrycznego odbędzie się w dniu 10 października o godz. 9<sup>30</sup>;
- W dniu 26 września o godz. 14<sup>30</sup> odbędzie się spotkanie Rektora z władzami dziekańskimi Uczelni;
- JM Rektor poinformował, że w dniu 5 października br. odbędzie się Uroczysta Inauguracja Roku Akademickiego 2012/2013. Wykład inauguracyjny zgodził się wygłosić Pan Jerzy Buzek, Poseł do Parlamentu, były Przewodniczący Parlamentu Europejskiego oraz Premier RP.

*mgr Elwira Zielińska*  
Biuro Organizacyjne WUM

**22 października tygodnik POLITYKA przyznał Nagrody Naukowe. W kategorii nauk o życiu laureatką została dr Magdalena Winiarska z Zakładu Immunologii WUM. W rozmowie z „MDW” dr Winiarska opowiada o swoich dokonaniach naukowych oraz zmianach w postrzeganiu pracy współczesnego naukowca.**



**Pani Doktor, dużą część pani pracy naukowej zajmują badania nad rytuksymabem. Dlaczego zajęła się Pani właśnie tym zagadnieniem?**

Badania dotyczące onkohematologii w naszym laboratorium bardzo długo nie były prowadzone. Pan prof. Jakub Gołąb zajmuje się terapią fotodynamiczną nowotworów, jednak nie ma to wiele wspólnego z hematologią, z kolei dr Tomasz Stokłosa, którego badania co prawda dotyczyły hematologii, przez bardzo długi czas mieszkał w USA. Dlatego, kiedy zaczęłam zajmować się rytuksymabem, był to temat zupełnie nowy. Nie była to kontynuacja czyichś badań, a zupełnie świeża sprawa w laboratorium. Co mnie skłoniło? Była to inicjatywa mojego szefa – prof. Gołąba, który powiedział: „Sprawdźmy, jak to przeciwciało działa. Sprawdźmy, czy możemy poprawić działanie tego przeciwciała”. Dlatego mogę powiedzieć, że siłą sprawczą prac nad rytuksymabem był mój szef. **Prowadziła pani te badania przez kilka lat. Do jakich wniosków pani doszła?**

Od czasu, kiedy rozpoczęłam prace nad rytuksymabem minęło już co najmniej 6 lat. I w dalszym ciągu kontynuuję badania w dziedzinie hematologii i onkohematologii, wciąż zajmuję się

przeciwciałami anti-CD20. W badaniach, które przeprowadzałam w ramach mojej pracy doktorskiej, udało mi się ustalić, że leki zmniejszające stężenie cholesterolu, m.in. statyny, które są dosyć powszechnie stosowane, mogą upośledzać działanie przeciwciał anti-CD20. Ta praca była opublikowana w dosyć cenionym czasopiśmie, a w związku z tym często padały pytania, czy pacjenci nie powinni przestać brać statyn i czy w związku z tym wyniki moich badań nie powinny być bardziej nagłośnione. Jednak ja wciąż podkreślam, że są to badania bardzo podstawowe, na dosyć prostych modelach. Natomiast, aby można było powiedzieć z dużą dozą pewności, że te dwa leki nie powinny być ze sobą stosowane, konieczne jest przeprowadzenie dobrze zaplanowanych badań prospektywnych, obejmujących pacjentów dostających rytuksymab i statyny, oraz pacjentów otrzymujących tylko rytuksymab, bez statyn. Na pewno z moich badań wynika, że pacjenci nie powinni stosować statyn, natomiast wyniki, że powinny faktycznie takie badania prospektywne zostać przeprowadzone.

**Praca pani odbiła się jednak szerokim echem w środowisku. Nie było prób przeprowadzenia takich badań?**

Jeżeli chodzi o rozpoczęcie prac klinicznych w związku z naszą pracą, to były doniesienia jednej grupy, która zrobiła badania retrospektywne, czyli badania analizujące osoby, które były już leczone. I w tym badaniu nie znaleziono żadnej zależności, takiej, jaką my znaleźliśmy w naszej pracy. Natomiast inna grupa zaprojektowała badanie prospektywne. W tym badaniu zauważono, że w grupie osób stosującej przeciwciała w leczeniu, akurat nie nowotworów, ale reumatoidalnego zapalenia stawów, statyny mogą działanie rytuksymabu upośledzać. Aby mieć pewność, to badanie powinno być zaplanowane na większej liczbie chorych, powinno to być pełne badanie prospektywne, które powinno uwzględniać także badanie stężenia cholesterolu.

**Obecnie zaangażowana jest pani także w projekt, którego celem jest opracowanie nowatorskiej metody produkcji całkowicie ludzkich przeciwciał monoklonalnych. Może pani przybliżyć, na czym on polega?**

Biorę udział w bardzo odważnym i nowatorskim projekcie, i w związku z tym opatrzonym też dużym ryzykiem tego, że się nie uda. Im projekt bardziej nowatorski, tym bardziej ryzykowny. Ten projekt ma na celu wyprodukowanie całkowicie ludzkiego

przeciwiała metodami, które do tej pory nie były stosowane. Stosowanie przeciwciał monoklonalnych w terapii u ludzi polega na podawaniu ludziom białka i jeżeli to białko ma całkowicie ludzkie pochodzenie, to będzie wykazywało bardzo mało działań niepożądanych, natomiast jeżeli ma ono jakieś komponenty, które pochodzą z innych zwierząt, np. białko mysie albo białko królicze, to zawsze dla człowieka jest to podanie obcego gatunkowo białka, które może doprowadzić do immunizacji pacjenta. Mówiąc o produkcji całkowicie ludzkich przeciwciał monoklonalnych, najprościej byłoby wyizolować przeciwciało od jakiejś osoby, której wcześniej podano antygen. Jest to jednak nie-realne, ponieważ nikt nie wyrazi zgody na podanie antygeny i immunizację, aby posłużyć jako „fabryka” przeciwciał. Dlatego szuka się tych „fabryk” w różnych innych układach, np. jednym ze sposobów jest produkowanie przeciwciał przez myszy transgeniczne, którym wprowadzono ludzkie geny kodujące przeciwciała. My z kolei chcieliśmy wyprodukować to przeciwciało w warunkach *in vitro*, czyli w układzie zupełnie sztucznym, to znaczy mając limfocyt B, zmusić go do tego, żeby wyprodukował przeciwciała.

**Przeprowadzenie tak ambitnego i skomplikowanego projektu wymaga zapewne sporych nakładów finansowych.**

Akurat jeżeli chodzi o projekt produkcji przeciwciał, to otrzymaliśmy dofinansowanie z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, ale realizujemy go we współpracy firmą, która zdecydowała się zainwestować część pieniędzy w badania. Nie jest to firma stricte biotechnologiczna, ale za to zainteresowana inwestycjami w sektor naukowy. Inwestycjami w badania.

**I jak przedstawia się współpraca na styku nauki i biznesu?**

Mimo że nasz projekt trwa niecały rok, mam bardzo pozytywne doświadczenia. Uważam, że współpraca jest konieczna. To jest też pewien sprawdzian dla naukowca, ponieważ sytuacja taka zmienia nieco perspektywę, sposób widzenia, bo w tego typu projektach już na samym początku badań znamy cel końcowy, cel do którego nasze badania powinny zmierzać. W związku z tym pojawia się oczywiście większa presja, ponieważ mamy świadomość, że np. za 2-3 lata powinniśmy zakończyć projekt.

**A czy takie kontakty z biznesem są łatwe do zdobycia?**

Do zdobycia łatwe na pewno nie są, dlatego że każdy, zanim zdecyduje się zainwestować swoje pieniądze, kilka razy się zastanowi, czy ma szansę otrzymać to, w co zainwestował oraz czy będzie w stanie to sprzedać. Nie ma co się łudzić, firmy biotechnologiczne na polskim rynku nie są na razie w stanie wdrożyć pełnej produkcji leku. Z reguły sytuacja wygląda w ten sposób, że polskie firmy przejmują projekt, a następnie mogą całość sprzedać innej firmie, która posiada pełne zaplecze do tego, żeby przejść z lekiem do kolejnych faz i przeprowadzić pełne badania. Dlatego decyzja o finansowaniu musi być bardzo przemyślana. Ważne jest również zrozumienie podejścia biznesu do finansowanego projektu. Firm decydujących się na to nie do końca interesuje, czy ja usprawnię jakąś metodę, tylko czy za pomocą tej usprawnionej metody będzie możliwe osiągnięcie zakładanego celu. Jednak mimo wszystko uważam, że warto taką współpracę podjąć.

**Wynika z tego, że naukowiec w dzisiejszych czasach musi posiadać nie tylko wielką pasję badawczą, ale być jednocześnie sprawnym menadżerem. Czy na tym polega w dzisiejszych czasach bycie naukowcem?**

Kiedy patrzę na nasz zakład, który, wydaje mi się dosyć prężnym zakładem oraz jak spoglądam na osoby, które u nas pracują to na pewno nie mogę powiedzieć, że naukowiec to jest osoba, która w zaciszu spokojnie pracuje. Zmienia się wizerunek naukowca. Obecnie to jest praca, w której trzeba być przebojowym, trzeba być pewnym swoich projektów, pewnym swoich racji. Trzeba być menadżerem swojego zespołu, potrafić współpracować z ludźmi, zarówno z ludźmi, którzy są w naszym zespole, jak i komunikować się i współpracować z innymi zespołami. Musi zatem umiejętnie zarządzać zasobami ludzkimi oraz zasobami finansowymi. Widać więc, że obecnie ujawnia się bardzo szeroki wachlarz ról naukowca.

**Mimo młodego wieku, ma pani już na swoim koncie wiele sukcesów. Co sprawia, że wciąż rozwija swoje dokonania i pasję naukową?**

Ważne jest to, aby być w zgodzie z tym, co człowiek chce robić. Myślę, że motywacja jest jednym z powodów, dla których człowiek odnosi sukcesy, ona daje zdolność do tego, żeby dużo i efektywnie pracować oraz być dobrym w tym, co się robi. Moją motywacją jest praca naukowa, lubię pracę naukową. Jeżeli ktoś znajdzie w sobie taką motywację i taką chęć to myślę, że jest w stanie odnieść sukces. Ale to oczywiście nie ogranicza się jedynie do pracy naukowca. **Kto jest dla pani wzorem współczesnego naukowca?**

Mój szef, to nie ulega żadnej wątpliwości. Ważne jest, aby każdy szef był dla swojego zespołu przykładem najwyższej wiedzy merytorycznej, niezwykłej osobowości, osobą, która stanie się także moralnym przewodnikiem. Ważne jest, aby szef był Mistrzem.

**Dziękuję za rozmowę.**

*Rozmawiał Cezary Ksel*

## E. Donnall Thomas (1920-2012)

laureat Nagrody Nobla 1990,  
doktor honoris causa Akademii Medycznej w Warszawie (1996).

### Wspomnienie

**Prof. dr hab.  
Andrzej Górski**

*Iamque opus exegi quod nec Iovis ira nec ignis nec  
poterit ferrum nec edax abolere vetustas (Owidiusz)*

Na mojej drodze profesjonalnej dane mi było spotkać czterech wybitnych mentorów, dwu w Polsce (Prof. K. Ostrowski, Prof. T. Orłowski) i dwu w USA (Prof. R.A. Good, Prof. E.D. Thomas). 20 października odszedł ostatni z nich.

Gdy w r. 1974 zjawiłem się jako stypendysta Fulbrighta w Sloan-Kettering Institute for Cancer Research w Nowym Jorku dyrektorem tej renomowanej placówki był R.A. Good, pediatra i immunolog, który przeniósł się tam z innej znakomitej instytucji, mianowicie University of Minnesota Medical School. Prace R.A. Gooda były związane z wprowadzonym przez niego terminem „cellular engineering”, przez co rozumiano m.in. transplantację szpiku i grasicy celem rekonstrukcji niedoborów immunohematologicznych. Good uważany jest za odkrywcę roli grasicy w odporności, uczynnego, który wniósł wielki wkład w zrozumienie patomechanizmów niedoborów immunologicznych i ich leczenia. Uważa się, że głównym powodem, dla którego nie otrzymał Nagrody Nobla był skandal w instytucji związany z fałszowaniem danych naukowych przez jednego z badaczy (sprawę opisano w książce „The patchwork mouse”).

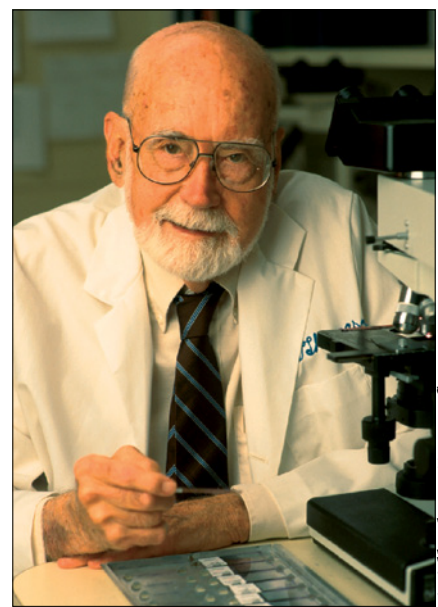
Gdy wybierałem się do Nowego Jorku, był to właśnie rok tego skandalu i jeden z wybitnych uczonych polskich odradzał mi pobyt tamże argumentując, że nie jest to obecnie optymalne miejsce na stypendium naukowe. Prof. Orłowski nie zgodził się tą opinią – i miał oczywiście rację. Przy tej okazji powiedział mi, że ten sam wybitny autorytet odradzał mi kiedyś zajmowanie się przeszczepianiem nerek, gdyż elementarna wiedza potwierdza fakt, że obca tkanka musi być odrzucona, zatem ryzykuje swój autorytet. Na szczęście *errare humanum est...*

Przenosząc się z Minneapolis do Nowego Jorku, Good zabrał ze sobą Johna A. Hansena, który w instytucji odpowiadał za immunogenetykę i program transplantacji szpiku.

W r. 1978 Hansen przyjął propozycję Prof. Thomasa z Fred Hutchinson Cancer Research Center w Seattle, gdzie kontynuował swą pracę naukową i kliniczną, kierując laboratorium immunogenetyki i będąc rotacyjnym ordynatorem oddziału transplantacji szpiku.

Prof. Thomas na zawsze zmienił leczenie nowotworów przez swe pionierskie prace nad przeszczepianiem szpiku, za które otrzymał w r. 1990 Nagrodę Nobla. Gdy w r. 1963 rozpoczął pracę na University of Washington w Seattle, postawił sobie za cel wyleczenie białaczki i innych nowotworów układu krwiotwórczego przez naświetlanie i chemioterapię (celem zniszczenia zmienionego chorobowo szpiku), a następnie uzyskanie wyleczenia przez przeszczepienie zdrowego szpiku. Założeniem było uzyskanie nowego układu krwiotwórczego i odpornościowego wolnego od nowotworu. Prawie nikt wtedy nie wierzył w sukces tych starań. W r. 1956 wykonuje pierwszy udany przeszczep szpiku u bliźniąt. W r. 1974 Dr Thomas rozpoczyna działalność w Fred Hutchinson Cancer Research Center (FHCRC), którą kontynuował aż do śmierci.

Przełomem była opublikowana w r. 1977 praca na ma-



źródło: <http://www.fhcr.org>

teriale 110 chorych, z których 16% uzyskało długotrwałe przeżycie (1). Dziś przeszczepianie szpiku i komórek macierzystych krwi stanowią o jednym z kluczowych sukcesów w zwalczaniu raka. Rozpoznanie białaczki było kiedyś tożsame z wyrokiem śmierci, dziś zaś uzyskujemy nawet 90% wyleczeń, zaś corocznie ratuje się życie dziesiątkom tysięcy chorych ([www.fhcr.org](http://www.fhcr.org)). Ocenia się, że w br. wykonany zostanie milionowy zabieg.

Thomasa poznałem podczas mojego pierwszego pobytu w Seattle w październiku 1978 r. Już wtedy był sławą i liderem (Associate Director, Clinical Research) tego renomowanego centrum onkologii, hematologii i immunologii (trzech noblistów: Linda Buck – 2004, Lee Hartwell 2001). Było to oczywiście wielkie przeżycie dla lekarza, który ledwie przekroczył wtedy 30 lat. Do Seattle sprowadził mnie wtedy Dr John A. Hansen, jak wspominałem, bliski współpracownik Roberta A. Gooda, dyrektora Sloan-Kettering Institute for Cancer Research w Nowym Jorku.

Na pierwsze moje spotkanie z Thomasem szedłem z przysłowiową duszą na ramieniu i byłem ogromnie zdziwiony, gdy okazało się, że biuro tego wielkiego autorytetu to mały przeszklony pokój,



Fot. 1



Fot. 2



Fot. 3

Uroczystość przyznania prof. E.D. Thomasowi tytułu *doctora honoris causa* Akademii Medycznej w Warszawie: fot. 1 – prof. E.D. Thomas, fot. 2 – Rektor AM w Warszawie prof. A. Górski oraz Dziekan I WL prof. W. Gliński.



Fot. 4



Fot. 5

Symposium „Marrow Transplantation: Past, Present and Future” w Warszawie: fot. 3 – prof. E.D. Thomas i prof. A. Górski, fot. 4 – prof. W.W. Jędrzejczak, Dottie & E.D. Thomas, prof. A. Górski, fot. 5 – od lewej – prof. J. Hołowiecki, prof. J. Hansz, prof. A. Górski, Dottie & E.D. Thomas, prof. W. Rowiński, prof. J. Wałaszewski, prof. A. Lange

pieczę nad którym sprawowała Dorothy Thomas, jego żona i wierna towarzyska pracy i codziennego życia, znana jako Dottie. Poznali się w czasach studenckich, gdy Dottie rzuciła kulą śnieżną przeznaczoną dla kogoś innego, która jednak dziwnym przypadkiem (?) trafiła Thomasa. Pobrali się już w czasie studiów Thomasa na Harvard Medical School, gdy pracowała jako technik laboratoryjny celem zapewnienia środków dla utrzymania rodziny.

Z osobowości Thomasa emanował spokój i wielki autorytet. Nigdy nie widziałem go w sytuacji, gdy ulegał emocjom – a przecież odpowiedzialność ponosił ogromną – leczniczą, administracyjną, finansową, dydaktyczną. Mówił zawsze powoli i spokojnie, lecz dobitnie i zdecydowanie. No cóż, powtarzam: wyczuwało się wielki autorytet.

Był człowiekiem otwartym. Pewnego razu zaprosił mnie do swego gabinetu (nie wiem, czy jego pokój zasługiwał na taką nazwę), i wkrótce później połączono rozmowę dot. sprawy jego następstwa. Chciałem oczywiście wyjść, lecz zatrzymał mnie ruchem ręki. Kontynuował rozmowę, stwierdzając, że nie wie, dlaczego selection committee tak

zwleka z wyłonieniem następcy, być może czekają, aż umrze... Na szczęście, zostało mu jeszcze dwadzieścia lat życia i owocnej działalności. Ostatecznie komisja konkursowa wyłoniła jako następcę Prof. Johna Hansena, który kilkakrotnie wizytował naszą uczelnię, ostatnio rok temu, gdy otrzymał doktorat honoris causa.

Thomas był człowiekiem niezwykle zdyscyplinowanym i skromnym. Gdy przed godz. 7 przyjeżdżaliśmy z Hansenem do pracy w FHCRC, zawsze na podziemnym parkingu stał już jego stary mercedes. Był zapalonym myśliwym, a dom miał wypełniony strzelbami myśliwskimi i trofeami. Przyznanie Mu Nagrody Nobla zostało przyjęte z jednoznacznym zrozumieniem i poparciem, co przecież nie zawsze jest tak oczywiste. Pieniądze z nagrody w całości przeznaczył na FHCRC. *Keeping one's interests in check is the very essence of academic integrity* – jak pięknie powiedział Jordan Cohen, President, The Association of American Medical Colleges na organizowanej przez nas w 2002 r. międzynarodowej konferencji nt. konfliktu interesów w nauce i medycynie. Szlachetne potwierdzenie słuszności tego fundamentalnego pryncypium.

Ośrodek kierowany przez Prof. Thomasa wspierał nasz Zakład i Instytut, i to w najcięższych dla nauki polskiej czasach (wspólne granty, nieodpłatne przekazywanie unikalnych odczynników, itd.). W swoim czasie Prof. Orłowski zakładał też, że to niżej podpisany będzie odpowiedzialny za rozwój programu przeszczepiania szpiku w Uczelni, i poczyniono starania, aby taki program znalazł się pośród zadań Instytutu Transplantologii (do dziś w moich zbiorach znajduje się igła do pobierania szpiku z Seattle). Stało się inaczej, lecz w czasie sprawowania przeze mnie funkcji Rektora udało się przekonać Radę Wydziału, aby poparła kandydaturę Prof. Jędrzejczaka i dziś mamy taki program na poziomie międzynarodowym, co potwierdził przecież Prof. Hansen w roku ubiegłym w czasie swej wizyty w Uczelni związanej z przyznaniem mu doktoratu honoris causa.

Oddając zatem hołd pamięci Prof. Thomasa, możemy być dumni, że tak wielki autorytet wspierał współpracę z naszą Uczelnią przez blisko 30 lat, czego ukoronowaniem było przyznanie Mu w r. 1996 doktoratu honoris causa.

1. Thomas ED, Fefer A, Buckner CD, Storb R. Current status of bone marrow transplantation for aplastic anemia and acute leukemia. *Blood* 1977;49,617-81.

# Prof. dr hab. Adam Czyżewicz

## Ocalić przed zapomnieniem



Konferencja Naukowo-Historyczna, która odbyła się w dniu 2 grudnia 2011 r. poświęcona była uczczeniu pamięci prof. dr. hab. Adama Czyżewicza.

Otwierając konferencję Przewodniczący Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji prof. dr hab. Mieczysław Szostek, w imieniu organizatorów tej uroczystości, bardzo serdecznie powitał przybyłych wszystkich zebranych, a zwłaszcza żyjących Kierowników Kliniki Położnictwa i Ginekologii oraz Uczniów.

Zgodnie z tradycją konferencje te mają uchronić od zapomnienia naszych nauczycieli, wychowawców wielu pokoleń lekarzy i przypomnieć dorobek organizacyjny

i naukowy wniesiony w rozwój naszego Uniwersytetu.

Następnie głos zabrał JM Rektor prof. dr hab. Marek Krawczyk. Prof. dr hab. Longin Marianowski, czwarty w kolejności żyjący Kierownik Kliniki (w przeszłości uczeń prof. Czyżewicza), a także Dziekan I Wydziału Lekarskiego WUM i jednocześnie obecny Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii prof. dr hab. Mirosław Wielgoś przedstawili życiorys oraz bogaty dorobek naukowy prof. Czyżewicza.

*prof. dr hab.*

**Mieczysław Szostek**

Prezes Stowarzyszenia  
Wychowanków Warszawskiej  
Medycyny i Farmacji

## Profesor Adam Ferdynand Czyżewicz

### Twórca Warszawskiej Szkoły Położniczej

Profesor dr hab. Adam Ferdynand Czyżewicz urodził się we Lwowie w 1887 roku – syn Profesora Adama Zygmunta Czyżewicza. Wcześniej stracił matkę – miał 13 lat – z tego powodu zajmował się nim ojciec, co niewątpliwie miało wpływ na jego wybór zawodu i specjalności. Po otrzymaniu matury w 1895 roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Lwowskiego. Dyplom doktora uzyskał w 1900 roku, po czym rozpoczął pracę w Szpitalu Miejskim we Lwowie na oddziale chirurgicznym. W 1901 roku wyjechał do Francji (Paryż), Niemiec (Bonn, Wrocław), aby uzupełniać wiedzę lekarską.

Po powrocie do Lwowa w 1903 roku został zatrudniony jako wolontariusz w Szkole Położnych kierowanej przez ojca, a po Jego śmierci przejął kierownictwo Szkoły. Od 1911 roku pracował w charakterze wolontariusza w Klinice Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Lwowskiego. W 1916 roku habilitował się na podstawie rozprawy pt. „Kilka dalszych uwag w sprawie niepowściągliwych wymiotów ciężarnych z uwzględnieniem dzisiejszego stanowiska

w tym przedmiocie” (przewód habilitacyjny odbył się w 1914 roku, ale zatwierdzenie – ze względu na zawieruchę wojenną – dokonano w 1916 roku).

I Wojna Światowa przerwała normalną ciągłość działalności Profesora – niemniej pracował w różny sposób pod egidą Czerwonego Krzyża, jak również w szpitalach wojskowych. Wykazał się odwagą w czasie obrony Lwowa w 1919 roku, oraz pracując jako chirurg podczas wojny bolszewickiej 1920-1921, za co był wielokrotnie odznaczany i dekorowany.

4 maja 1920 roku prof. Adam Ferdynand Czyżewicz został mianowany przez Naczelnika Państwa profesorem zwyczajnym położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Warszawskim oraz powołany na stanowisko kierownika Kliniki Położnictwa i Ginekologii. Rozkazem nr 185 z 22 grudnia 1920 roku został odwołany ze służby w Wojsku Polskim (w stopniu pułkownika) „celem objęcia zaszczytnego posterunku na Uniwersytecie Warszawskim”.

Oficjalne otwarcie Kliniki Położnictwa i Ginekologii odbyło się 14 stycznia 1921 roku.



Na zdj. od lewej: prof. M. Krawczyk, prof. L. Marianowski, prof. T. Tołłoczko



Rektor prof. M. Krawczyk podczas otwarcia sesji wspomnieniowej o Prof. Adamie Czyżewiczu



Na zdj. od lewej: dr K. Stankiewicz, dr K. Kierska i dr E. Zienkiewicz



Na zdj. od lewej: prof. J. Szreniawski, prof. W. Sikorski

Przemówienie inauguracyjne wygłosił obejmujący kierownictwo Profesor Czyżewicz, które rozpoczął słowami: „Bezprzecnie najszcześniejszym momentem w życiu narodu jest chwila, w której zrzuca z siebie brzemię niewoli...”, w dalszym ciągu przemówienia, przedstawiając historię polskiego położnictwa, wspominał o tzw. Szkole Babienia, prekursora Kliniki. Orazca obfitowała w liczne sformułowania świadczące o szerokiej wiedzy Profesora dotyczącej historii nie tylko medycyny – położnictwa i ginekologii, ale o głębokim patriotyzmie Profesora.

Od tego czasu postać Profesora Czyżewicza przez 37 lat związana była z działalnością Kliniki oraz udziałem w pracach Uczelni. Niewątpliwie zasługą profesora był w 1925 roku przeprowadzony kapitalny remont Kliniki z organizacją pierwszego w Polsce oddziału noworodków, którym kierowała doktor Marta Erlichówna. W 1920 roku zostały uruchomione pracownie: biologiczna i histopatologiczna pod kierunkiem doc. Leonarda Lorentowicza. Na szczególną uwagę zasługuje uruchomienie w 1930 roku oddziału radioterapii po uzyskaniu dla potrzeb Kliniki 50 mg radu, po 7 latach uzupełnionego o dalsze 33 mg.

Lata II Wojny Światowej to okres bardzo ciężki dla Profesora, tułającego się po różnych miejscach Polski. Klinika została przekształcona przez okupanta w miejski zakład położniczo-ginekologiczny, w którym w sposób zakonspirowany nauczano studentów. W 1945 roku pod kierunkiem Profesora Czyżewicza odbudowano Klinikę i rozpoczęto w niej przerwana działalność. Przeprowadzane tu były liczne trudne zabiegi operacyjne – większość z nich wykonywał Profesor lub brał w nich udział, względnie nadzorował. Liczba przeprowadzonych operacji i porodów jest imponująca (około 93 tys.). Do historii przeszło powiedzenie Profesora: „kobieta zgłaszająca się do ginekologa jest w ciąży albo ma raka. Dopiero po wykluczeniu tych stanów można prowadzić dalszą diagnostykę”.

Równocześnie z pracą usługową Profesor dużo uwagi poświęcał nauce i dydaktyce. Opublikował ok. 80 prac, z czego co najmniej 30 stanowiły oryginalne samodzielne opracowania, nie licząc doniesień klinicznych i demonstracji ciekawych sytuacji klinicznych. Na szczególne wyróżnienie zasługuje opracowanie naukowe mechanizmu porodowego



Na zdj. od prawej: prof. M. Szostek i prof. M. Wielgoś



Na zdj. od lewej: prof. K. Ostrowski, prof. W. Mazurowski.  
Powyżej: prof. R. Aleksandrowicz i prof. J. Bidziński

z udowodnieniem zamiany siły obkurczającej macicy na wydalającą, adaptację główki płodu i jej zwrotów. Profesor przestrzegał zasady indywidualizacji porodu, w związku z tym elastycznego postępowania z rodzącą. Stworzył szkołę położniczą zwaną „Szkołą Warszawską”, która przetrwała przez wiele lat. Dzięki Jego charyzmie oraz niezrównanej sile i umiejętności nauczania wiele pokoleń studentów, lekarzy poznało arkaną naukową, nowoczesnego podejścia do położnictwa – odchodząc od uprawiania rzemiosła. Klinika stanowiła liczący się ośrodek naukowy.

Dydaktyka była „oczkiem” w głowie Profesora. Na wykłady przychodzili studenci, asystenci, wolontariusze. Niewątpliwie pełna sala wykładowa słuchaczy była wynikiem niezwykle ekspresyjnego prowadzenia wykładu. Profesor gestykułował, przyjmując różne pozycje, np. stojąc twarzą do słuchaczy unosił obie ręce na boki mówiąc, że jego klatka piersiowa ma imitować macicę, a uniesione obie ręce jajowody. Niekiedy wtrącał anegdoty lub ciekawe spostrzeżenia opowiedane z trwogą i odpowiednią mimiką twarzy, czasami z elementami humorystycznymi. Całość tworzyła niepowtarzalny klimat i zainteresowanie słuchaczy.

Egzamin z położnictwa i ginekologii miał specyficzny charakter. Odbywał się w bibliotece klinicznej, przy owalnym stole, przy którym zasiadał Profesor i studenci zdający egzamin. W dalszych rzędach sadowali się studenci, którzy przygotowywali się do egzaminów (gielda). Pytania Profesora miały niekiedy charakter ośmieszający zdających, np. Profesor zadaje studentowi pytanie dotyczące rozpoznania ciąży – student odpowiada, że brak miesiączki, powiększenie brzucha. Na co Profesor stwierdza: to kolega jest w ciąży, ponieważ nie ma miesiączki, a brzuch też delikatnie zaznaczony. Dydaktyka podyplomowa prowadzona w różnych formach przez Profesora zaowocowała wyszkoleniem znacznej i znaczącej grupy specjalistów, doktorów, samodzielnych pracowników nauki. Jego uczniami byli profesorowie: Henryk Beck,

Tadeusz Bulski, Małgorzata Serini-Bulska, Marta Erlich, Henryk Gromadzki, Władysław Jakowicki, Stanisław Krzysztoporski, Leonard Lenartowicz, Ireneusz Roszkowski, Tadeusz Zwoliński, Piotr Przytuła, Tadeusz Zawodziński, Jerzy Higier, Kazimierz Marzinek, Alina Zawadzka-Rużyło, Waclaw Zalewski, Marian Dipont, Jadwiga Kuczyńska-Sicińska, Kazimierz Anusiak, Edward Fitkau. Wymienienie wszystkich samodzielnych kierowników oddziałów ginekologiczno-położniczych, którzy wyszli z Jego kliniki, przekracza zakres tego opracowania.

Na uwagę zasługuje Jego kierownictwo naukowe oddziału ginekologicznego Naukowego Ośrodka Leczniczego Akademii Medycznej w Ciechocinku i przewodniczenie Radzie Naukowej Ciechocinka.

Profesor Czyżewicz brał czynny udział w pracach Uczelni – Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. W roku akademickim 1923/24 prowadził sekretariat Rady Wydziału. W latach 1924/25 i 1926/27, 1937/38 był prodziekanem, a w latach 1925/26 i 1936/37 dziekanem Wydziału Lekarskiego. W latach 1935/36 i 1945/46 był delegatem Rady Wydziału do Senatu Uniwersytetu Warszawskiego. Podczas okupacji w latach 1940-44 pełnił obowiązki dziekana Wydziału Lekarskiego Tajnego Uniwersytetu. Ponadto brał udział w pracach innych placówek Uniwersytetu Warszawskiego, w Radach Nadzorczych, był członkiem Państwowej Rady Zdrowia, Rady Naukowo – Lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie, członkiem Rady Szkół Wyższych, przewodniczącym Komisji Ginekologicznej w Radzie Naukowej przy Ministrze Zdrowia. W latach 1953-1958 pełnił obowiązki rzeczoznawcy naukowego w Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej dla pracowników nauki.

Odrębną działalnością Profesora była Jego praca w towarzystwach naukowych. W latach 1904-1920 był czynnym członkiem Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego i Lwowskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Do 1939 roku był członkiem



Towarzystwa Eugenicznego i Zarządu Głównego Komitetu do Walki z Rakiem. Jednak znaczącą część energii, czasu i zaangażowania poświęcił Warszawskiemu Towarzystwu Ginekologicznemu, którego był inicjatorem i założycielem w 1921 roku, a w latach 1924-28 piastował godność Przewodniczącego. W dniu 17 stycznia 1930 roku został jego Członkiem Honorowym. W 1945 roku został pierwszym Przewodniczącym reaktywowanego Towarzystwa Ginekologicznego w Warszawie.

Profesor Czyżewicz był jednym z twórców i założycieli Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz jego pierwszym Prezesem. Był organizatorem pierwszego zjazdu PTG w 1923 roku w Warszawie i X Zjazdu PTG w 1948 roku w Warszawie.

Za całokształt działalności Profesor Czyżewicz otrzymał liczne odznaczenia państwowe i dyplomy towarzystw naukowych Polskich i zagranicznych, aczkolwiek należy zaznaczyć, że nigdy nie zabiegał o jakiegokolwiek wyróżnienia. Był człowiekiem niezwykle skromnym, przestrzegającym zasad etyczno-moralnych, sprawiedliwym w ocenie własnych poczynań jak i współpracowników, studentów i ludzi, z którymi się spotykał. Cechowała Go odwaga w czasach wojen, Powstania Warszawskiego. Był patriotą, dbał o prestiż naukowy medycyny polskiej. Gdy jako biegły podczas procesu zaatakowany przez adwokata, że Bumm w swoim podręczniku pisze

inaczej, Profesor stanowczo zaznaczył, że poglądy Bumma są decydujące w Berlinie, a nie w Warszawie.

Na temat osoby Profesora Czyżewicza krąży wiele anegdot świadczących o Jego poczuciu humoru, racjonalności życiowej i upodobań. Tak więc wiadomo było, że Profesor bardzo lubi koty. Wiedząc o tym, studenci niekiedy przed egzaminem nasączali część garderoby kroplami waleriany. Łączące się koty do zdających zwiększały prawdopodobieństwo uzyskania lepszej oceny.

W dniu imienin Profesora – obchodził je w Wigilię Świąt Bożego Narodzenia, Solenizant przyjmował gości u siebie w domu o godz. 12-tej. Profesor był szczęśliwy, śmiał się wśród tłumu zebranych mówiąc: „Wszyscy to moi uczniowie”.

Profesor Adam Ferdynand Czyżewicz zmarł we wrześniu 1962 roku po powrocie ze Zjazdu Ginekologów w Gdańsku, gdzie po raz ostatni był otoczony przez uczniów odnoszących się z należną estymą, szacunkiem dla swego Nauczyciela, człowieka z charyzmą, jaka jest dana ludziom wielkiego formatu, postępującego zgodnie z zasadami moralno-etycznymi. Odszedł Wielki Człowiek, ale efekty Jego działalności zostały w zapisach, przekazach ustnych, a nade wszystko w sercach ludzkich.

*prof. dr hab. Longin Marianowski*  
*prof. dr hab. Mirosław Wielgoś*

Nauka



## Problemy związane z utrudnioną prokreacją w percepcji kobiet w wieku rozrodczym

Problems connected with hindered procreation as perceived by women in reproductive age

*dr n. o zdr. Irena Fiedorczyk<sup>1</sup>, mgr Justyna Fiedorczyk<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> asystent w Zakładzie Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

### STRESZCZENIE

**Wprowadzenie:** Wzrasta zainteresowanie społeczne badaniem i leczeniem niepłodności. Zagadnienie to coraz częściej jest nagłaśniane w mediach, na podstawie doniesień których można odnieść wrażenie, że bezproblemowe poczęcie jest traktowane jako wyjątek, a niepłodność jako powód

### ABSTRACT

**Introduction:** The social interest in the research and treatment of infertility increases. This issue is more frequently present in media and it seems that unproblematic conception is rather exceptional and infertility is a reason for a great worry and a sort of abnormality among some of

wielkiego zmartwienia i pewnej nienormalności par małżeńskich. Obecnie z powodu „dotknięcia” przez niepłodność dużej grupy osób, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła ją jako chorobę społeczną. Na ten stan rzeczy ma wpływ szereg czynników związanych z niepłodnością, na podkreślenie zasługuje wzrost zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową, częsta zmiana partnerów seksualnych, wczesna inicjacja seksualna [1].

**Cel pracy:** Poznanie postrzegania problemów związanych z utrudnioną prokreacją przez kobiety w wieku rozrodczym.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono w pierwszym kwartale 2011. Grupę badawczą stanowiły kobiety w wieku rozrodczym, pacjentki NZOZ Akademickiej Praktyki Medycyny Rodzinnej w Białymstoku w liczbie 100 losowo wybranych kobiet. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety.

**Wyniki:** Badania wykazały, iż zaledwie ponad  $\frac{1}{3}$  badanych kobiet postrzega niepłodność jako chorobę systemu rozrodczego (37%), prawie tyle samo nie ma zdania na ten temat (39%), a  $\frac{1}{4}$  badanych (24%) nie uważa niepłodności za chorobę. Zdecydowana większość ankietowanych postrzega niemożność zajścia w ciążę jako jedno z najbardziej bolesnych kobiecych doświadczeń (93%).

**Wnioski:** 1. Badane kobiety, będące w wieku rozrodczym, dostrzegają u siebie występowanie czynników mogących potencjalnie wpływać na zagrożenie płodności. 2. Problem niepłodności wyzwala w kobietach tzw. postawę gotowości na wszystko, aby zostać matką, przy czym warto zaznaczyć, że badane wykluczają zastosowanie jednej z metod – leczenia polegającego na implantacji zapłodnionej komórki jajowej innej kobiety do swojego organizmu.

**Słowa kluczowe:** prokreacja, leczenie niepłodności, opieka przedkoncepcyjna

married couples. Currently, due to the infertility problems pertaining a great number of people, World Health Organization (WHO) defines it as a social disease. It results from a number of factors connected with infertility – some of the crucial ones are: increase in the morbidity rate of sexually transmitted diseases (STD), frequent changes of sexual partners and early sexual initiation [1].

**Aim:** Getting to know problems connected with hindered procreation as perceived by women in reproduction age.

**Material and methods:** The research was conducted in the first quarter of 2011. The examined group consisted of 100 women in reproduction age (chosen at random) who are patients of Academic Medical Practice in Białystok. Participation in the research was voluntary and anonymous. The research tool took form of a survey (copyright).

**Results:** The research proved that  $\frac{1}{3}$  of the participants of the survey perceive infertility as an illness of the reproductive system (37%), almost the same number of women do not have any opinion in this respect (39%) and  $\frac{1}{4}$  (24%) of them do not treat infertility as an illness. A great number of women (93%) perceive the inability to become pregnant as one of the most painful experiences.

**Conclusions:** 1. The women who took part in the research notice some of the factors which can potentially endanger their fertility. 2. The infertility problem releases in women kind of ‘readiness for everything’ in order to become a mother. However, it has to be emphasized that the women exclude one of the treatment methods which is based on the implantation of the fertilized ovum of other woman.

**Key words:** procreation, infertility treatment, preconception care

## WPROWADZENIE

Wiele par ma kłopoty z poczęciem dziecka, a niepłodność stanowi realny problem w ostatnich latach. Być może najistotniejszym czynnikiem sprzyjającym utrudnionej prokreacji jest wzrastająca tendencja do odsuwania ciąży na późniejszy okres życia, pod koniec trzeciej i w czwartej dekadzie życia. Wówczas wiele urodzeń jest efektem zastosowania metod wspomagania rozrodczości, takich jak zapłodnienie pozaustrojowe, jednak w wielu przypadkach nie udaje się z ich pomocą doprowadzić do rozwoju ciąży. Kobiety w wieku

rozrodczym powinny być świadome istnienia problemów i czynników zaburzających rozrodczość.

Specjaliści podkreślają, iż niepłodność jest chorobą systemu rozrodczego dotyczącą kobiet i mężczyzn z podobną częstotliwością, a płodność pary zależy od odpowiedniej płodności obu partnerów. Tak więc czynniki związane z niepłodnością pary mogą dotyczyć każdego partnera osobno bądź pary jako całości [2]. Ze względu na to, że niepłodność należy zawsze rozpatrywać w odniesieniu do pary małżeńskiej – mówi się o niepłodności małżeńskiej niezależnie od tego, czy definiowana przyczyna niepłodności odnosi się do jednego z partnerów.

W niepłodności małżeńskiej wyodrębniamy niepłodność kobiecą i niepłodność męską [3].

Obecnie istnieje kilka uznawanych definicji niepłodności, najpełniejsze jest określenie ujmujące niepłodność jako indywidualną niezdolność kobiety do zajścia w ciążę i wydania na świat potomstwa, pomimo normalnego, regularnego współżycia (3-4-krotnie w tygodniu) ze zdrowym mężczyzną w ciągu jednego roku bez stosowania środków antykoncepcyjnych, czyli bez pigułki antykoncepcyjnej, spirali, prezerwatywy, globulek czy też posługiwania się kalendarzykiem małżeńskim [4]. Warto w tym miejscu przytoczyć definicję zdrowia reprodukcyjnego według WHO, która to definicja zakłada, iż jest to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny związany ze spełnieniem oczekiwań rozrodczych [3].

Nauki medyczne obdarzają ogromnym zaufaniem badanie i leczenie niepłodności. Statystyki polskie podają istnienie ok. 1,5 mln niepłodnych par [5]. Przy problemie niepłodności warto zaznaczyć, że człowiek jako gatunek umiejscowiony jest w kategoriach ograniczonej płodności, a wiek jest jednym z charakterystycznych czynników obniżających płodność. Znawcy tematu podkreślają, że najbardziej płodne są kobiety w wieku 20-24 lata. Większość kobiet w tym przedziale wiekowym, aktywnych seksualnie i nie stosujących żadnych metod antykoncepcyjnych – zachodzi w ciążę. Natomiast u kobiet mających powyżej 35 lat obserwuje się wyraźny spadek płodności, dotyczy to 48% populacji kobiet w przedziale wiekowym 35-39 lat [6].

To ograniczenie płodności związane jest również z wieloma nieprawidłowościami rozpoznawanymi głównie w gonadach, komórkach jajowych i plemnikach. Do zagnieżdżenia, po powstaniu zarodka dochodzi tylko w 25-35% przypadków. Na podkreślenie zasługuje również fakt, iż odnotowuje się duży odsetek wczesnych poronień, wynoszący ok. 12-21% u młodych kobiet i ok. 30% u kobiet po 40 r.ż. [2].

W puli przyczyn niepłodności czynnik męski stanowi ok. 40-50%, a ostatnie doniesienia badaczy mówią o wzroście czynnika niepłodności męskiej, który ma szansę stać się dominującym [3]. Przy tym należy podkreślić, iż aspekty psychologiczno-społeczne niepłodności są pomijane, chociaż badacze problemu wskazują na ogromną rolę czynników psychologicznych zarówno w etiologii, jak i patogenezie niepłodności i widzą potrzebę interwencji psychologicznej w łagodzeniu skutków niepłodności.

Wśród czynników psychologicznych związanych z niepłodnością nieorganiczną często podkreśla się odrzucenie roli kobiecej, ambiwalentny stosunek do okresu ciąży i rodzicielstwa, podświadomy strach przed ciążą. Znawcy tematu uważają, iż najprawdopodobniej rezultatem konfliktu po-

między pragnieniem dziecka a obawami przed jego urodzeniem jest hamowanie jednego lub kilku mechanizmów niezbędnych do zapłodnienia – szczególnie dotyczyć ma to kobiet o dużych ambicjach intelektualnych, dla których wybór pomiędzy karierą a macierzyństwem i domatorstwem stanowi olbrzymie źródło konfliktów emocjonalnych. Rolę czynników psychicznych w powstawaniu niepłodności w sposób wyrazisty podkreśla oświadczenie Menningera – „chorobę reprezentuje psychiczny konflikt, żeglujący pod flagą ginekologiczną” [3].

W przeciągu ostatnich lat w coraz szerszym kręgu badaczy niepłodność zyskała rangę zaburzenia psychosomatycznego, a stosowanie coraz doskonalszych metod diagnostycznych powoduje, iż maleje ilość przypadków niepłodności o etiologii nieustalonej, a tym samym liczba przypadków, w których upatruje się wpływ zmian emocjonalnych na zaburzenia funkcji prokreacyjnych [7].

Natomiast intensywnie rozwijająca się teoria stresowa przesunęła nacisk z wewnętrznych czynników osobowościowych wpływających na powstanie zaburzeń płodności na elementy środowiskowe. Do najczęściej występujących zaburzeń u kobiet, które mogą być wywołane na skutek stresu psychospołecznego należy zaliczyć oziębłość płciową, zaburzenia orgazmu, pochwicę, cykle bezowulacyjne, natomiast u mężczyzn – impotencja, zaburzenia ejakulacji, zmniejszona ilość wydzielanego testosteronu oraz obniżona jakość nasienia [3]. Wiele badań dotyczących tego tematu wskazuje na istniejący związek między stylem życia kobiety i mężczyzny a poziomem płodności. Również choroby ogólnoustrojowe oraz ich leczenie mogą wpływać niekorzystnie na płodność. Warto podkreślić, iż ze wzrostem wieku rośnie prawdopodobieństwo wystąpienia różnych chorób układowych, np. układu krążenia, przewlekłych chorób układu oddechowego, cukrzycy, niedokrwistości. Choroby te w połączeniu ze zwiększającymi się zaburzeniami odżywiania także wpływają na ograniczenia płodności [8].

Literatura medyczna podkreśla również znaczenie czynników środowiskowych zmniejszających płodność – szczególnie mężczyzn. Najczęściej wymienia się częsty kontakt ze środkami chemicznymi (ołów, kadm, rtęć, pestycydy, herbicydy) oraz przebywanie w temperaturze powyżej 38°C, a także narażenie na promieniowanie jonizujące i wibracje. Płodność partnerską obniżają również spożywane używki, a istotnym czynnikiem ryzyka jest nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, używanie narkotyków, co w szczególności wpływa na obniżenie jakości nasienia u mężczyzn. Prowadzone intensywne badania pozwalają stwierdzić, iż istnieje nierozzerwalny związek między płodnością a ogólnym, fizycznym i emocjonalnym stanem zdrowia zarówno kobiety, jak i jej

partnera, a ludzka rozrodczość jest bardzo delikatną sferą mogącą ulec zaburzeniu przez wiele czynników. Utrudniona prokreacja to złożony problem medyczny, niewiązany się wyłącznie z poziomem hormonów i właściwościami nasienia, dlatego też troska każdej kobiety i każdego mężczyzny o zachowanie zdrowia jest najlepszym sposobem na zmniejszenie problemów związanych z utrudnioną prokreacją.

## CEL PRACY

Głównym celem pracy było poznanie postrzegania problemów związanych z utrudnioną prokreacją przez kobiety w wieku rozrodczym. Dodatkowo badania miały ukazać, czy kobiety niepokoją się o swoją płodność ze względu na istniejące problemy zdrowotne.

## MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w pierwszym kwartale 2011 roku po uzyskaniu zgody Nr R-I-002/43/2011 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Badania miały charakter badań wstępnych. Grupę badawczą stanowiły kobiety w wieku rozrodczym, pacjentki NZOZ Akademickiej Praktyki Medycyny Rodzinnej w Białymstoku w liczbie 100 losowo wybranych kobiet. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał metryczkę i pytania szczegółowe dotyczące problemów związanych z utrudnioną prokreacją.

## WYNIKI

### Charakterystyka badanej grupy

Zdecydowana większość badanej grupy kobiet znajdowała się w przedziale wiekowym 20-25 lat, najmniej w 31-35 i powyżej 35 roku życia. Dominujące wykształcenie to licencjackie – ankietowane kobiety łączyły pracę zawodową z nauką na poziomie wyższym. Respondentki jako miejsce zamieszkania deklarowały miasto (77%).

Subiektywna ocena stanu zdrowia w pięciostopniowej skali, w wyniku obliczenia średniej arytmetycznej dała ocenę 3,6. Ponad połowa badanych kobiet (64%) deklaruje brak długotrwałych problemów zdrowotnych czy też występowania chorób przewlekłych, 30% kobiet zgłasza brak problemów zaburzających płodność. Zaledwie ponad 1/3 badanych kobiet postrzega niepłodność jako chorobę systemu rozrodczego (37%), prawie tyle samo nie ma zdania na ten temat (39%), a 1/4 badanych (24%) nie uważa niepłodności za chorobę. Zdecydowana

większość ankietowanych postrzega niemożność zajścia w ciążę jako jedno z najbardziej bolesnych kobiecych doświadczeń (93%).

Subiektywna ocena wiedzy o cyklu miesięczkowym została oceniona w pięciostopniowej skali, w wyniku obliczenia średniej arytmetycznej dała ocenę 3,75.

Subiektywna ocena wiedzy o mechanizmie zapłodnienia została oceniona w pięciostopniowej skali, w wyniku obliczenia średniej arytmetycznej dała ocenę 3,53.

Stopień zainteresowania programem przygotowania organizmu do ciąży (stopień zainteresowania opieką przedkoncepcyjną) oceniany w pięciostopniowej skali, w wyniku obliczenia średniej arytmetycznej dał ocenę 4,41.

Występowanie problemów zdrowotnych wywierających niepokojący wpływ na płodność ankietowanej grupy dotyczy przede wszystkim następujących stanów: zaburzeń cyklu miesięczkowego, stosowania środków antykoncepcyjnych, zaburzeń sfery intymnej oraz niestabilności emocjonalnej i stresu (142 wskazania). Dość dużo wskazań dotyczy wieku – ponad 35 lat i chorób tarczycy – 24 wskazania. Pojedyncze wybory to: otyłość, stany zapalne narządu rodowego oraz problemy związane ze stosowaniem używek (alkohol, papierosy) – ilustruje to wykres 1.

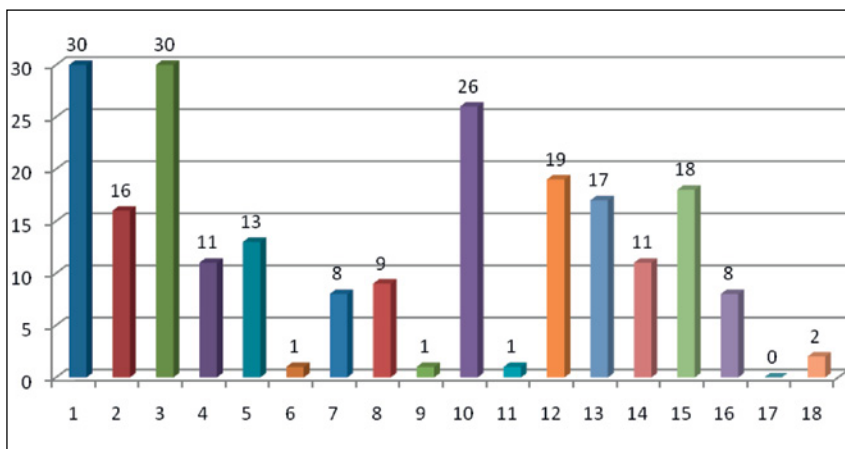
Przy pojawieniu się trudności z zajściem w ciążę najwięcej wskazań kobiet dotyczyło następującego stwierdzenia: „Byłabym gotowa na wszystko, aby zostać matką” (61 wskazań) – wykres 2. Pozostałe preferowane postępowania dotyczyły stwierdzeń: „Zastosowałabym naturalne metody poprawiające płodność” – 32 wskazania; „Zainteresowałabym się zapłodnieniem pozaustrojowym” – 11 wyborów. Ankietowane kobiety nie wybrały stwierdzenia: „Zdecydowałabym się na implantację zapłodnionej komórki jajowej innej kobiety do swojego organizmu”.

Prawie połowa ankietowanych kobiet (42%) uważa metodę leczenia *in vitro* za głęboko ingerującą w intymność kobiety, a przez to należącą do szczególnie trudnych sytuacji leczniczych. Prawie tyle samo ankietowanych kobiet nie ma zdania na ten temat (35%). Natomiast dla 1/4 badanych zapłodnienie *in vitro* nie jest zagadnieniem zaliczanym do szczególnie trudnych sytuacji w życiu kobiety – wykres 3.

Ponad połowa ankietowanych (68%) twierdzi, że brak pozytywnych rezultatów w leczeniu niepłodności jest przyczyną utraty radości życia, a 1/3 respondentek nie ma zdania na ten temat.

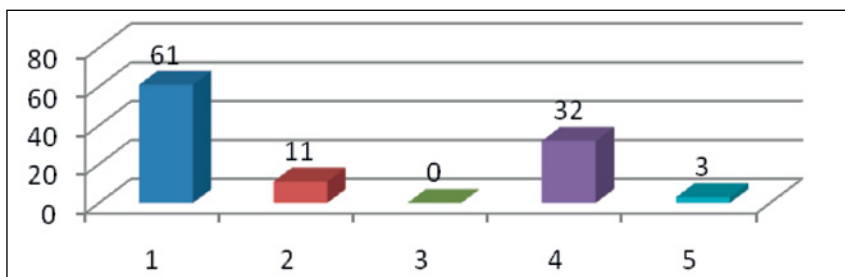
Zdecydowana większość respondentek (95%) wskazuje na istnienie problemu niepłodnych mężczyzn jako dotkliwego zjawiska społecznego.

Połowa ankietowanych kobiet (53%) twierdzi, że mężczyźni również doświadczają negatywnych



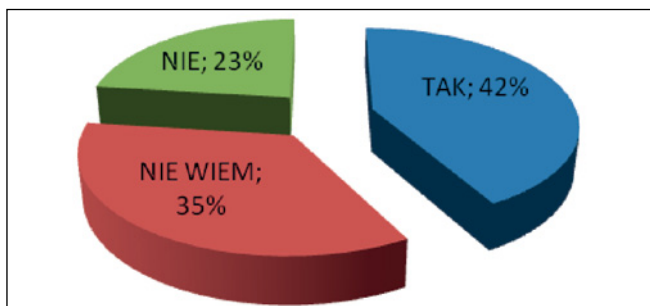
**Wykres 1.** Problemy wpływające niepokojąco na płodność kobiet (istniała możliwość wielokrotnego wyboru)/Problems having disturbing impact on women's fertility

1. Brak problemów zaburzających płodność
2. Bolesne miesiączki
3. Nieregularne cykle miesięczkowe
4. Wiek ponad 35 lat
5. Choroby tarczycy
6. Otyłość
7. Niedowaga i niedobory składników odżywczych
8. Stan po poronieniu
9. Cysty jajników i zespół policystycznych jajników
10. Zaburzenia hormonalne
11. Zapalenie narządu rodnego
12. Stosowanie środków antykoncepcyjnych
13. Niestabilność emocjonalna i stres
14. Obniżony nastrój i obniżone poczucie wartości
15. Zaburzenia sfery intymnej
16. Częsty kontakt ze środkami chemicznymi
17. Narazenie na promieniowanie jonizujące
18. Inne problemy (jakie?): alkoholizm, palenie papierosów

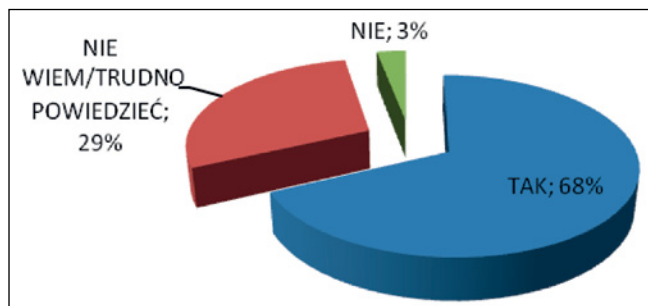


**Wykres 2.** Preferowane postępowanie przy trudnościach z zajściem w ciążę (istniała możliwość wielokrotnego wyboru)/Preferred actions taken when the difficulties with becoming pregnant appear

1. Byłabym gotowa na wszystko, aby zostać matką
2. Zainteresowałabym się zapłodnieniem pozaustrojowym
3. Zdecydowałabym się na implantację zapłodnionej komórki jajowej innej kobiety do swojego organizmu
4. Zastosowałabym naturalne metody poprawiające płodność
5. Nie poddałabym się żadnej technologii wspomaganie rozrodu



**Wykres 3.** Postrzeganie doświadczenia leczenia za pomocą zapłodnienia *in vitro* jako szczególnie trudnego dla kobiety/Perceiving *in vitro* treatment as a difficult one – especially for women



**Wykres 4.** Niepowodzenia w leczeniu a utrata radości życia / Failures in treatment and loss life enjoyment

emocji w związku z leczeniem występującej u nich niepłodności – przeżywają to na równi z kobietami. Natomiast 1/3 respondentek podkreśla, iż występują różnice w przeżywaniu procesu leczenia niepłodności – wykres 6.

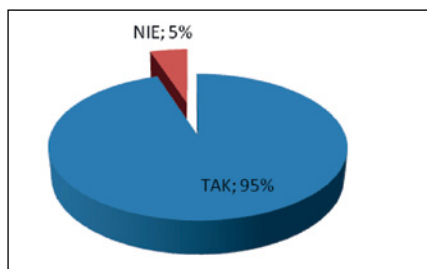
Zdecydowana większość respondentek (70%) widzi zależność między dobrym stanem zdrowia a łatwiejszym zajściem w ciążę, natomiast 1/3 nie dostrzega tej zależności lub nie ma zdania na ten temat – ilustruje to wykres 7.

Znaczna część respondentek (65%) potwierdza znaczenie głównych aspektów stylu życia na odzyskanie równowagi hormonalnej kobiety, natomiast

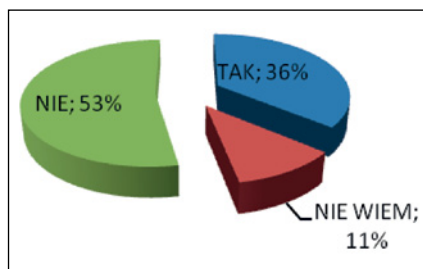
35% nie dostrzega takiej zależności lub nie ma zdania na ten temat – wykres 8.

Prawie połowa respondentek (43%) nie dostrzega zależności między niedostateczną edukacją seksualną a skuteczną prokreacją. Natomiast 1/3 widzi zależność pomiędzy tymi aspektami (29%) – obrazuje to wykres 9.

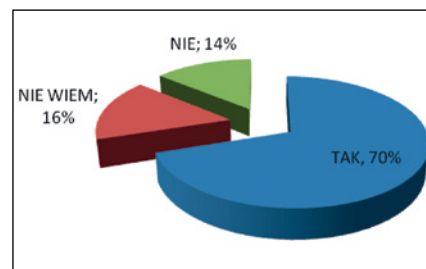
Analizując wskazania respondentek odnośnie czynników najbardziej wpływających na niepłodność, dało się wyodrębnić (z uwagi na liczbę wskazań) cztery poziomy istotności wpływu poszczególnych kategorii. Najwyżej umiejscowiono wpływ przyjmowania narkotyków oraz stres (po 78 wskazań). Drugi poziom to choroby przenoszone drogą płciową, palenie papierosów i spożywanie



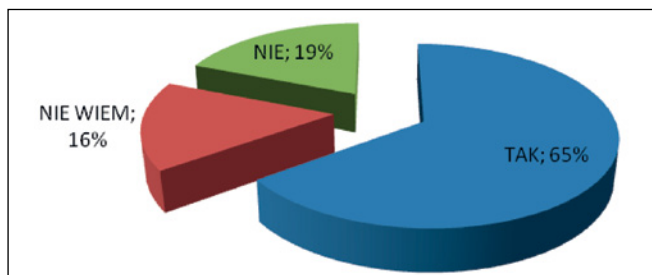
**Wykres 5.** Istnienie problemu niepłodnych mężczyzn/Existence of male infertility problem



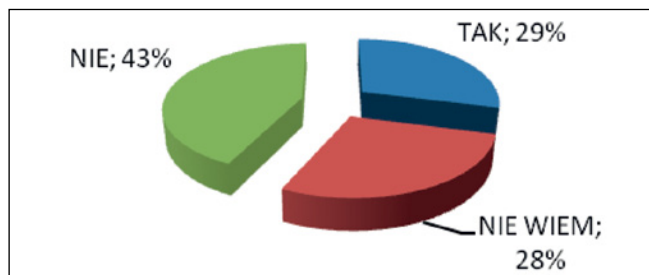
**Wykres 6.** Różnice w przeżywaniu procesu leczenia niepłodności/Differences in going through the process of infertility treatment



**Wykres 7.** Stan zdrowia a poczęcie/Health condition and conception



**Wykres 8.** Styl życia a równowaga hormonalna kobiety/Lifestyle and woman's hormonal balance



**Wykres 9.** Edukacja seksualna a poczęcie/Sexual education and conception

alkoholu (61, 59, 59 wskazań). Na trzecim poziomie ułożyły się takie czynniki jak: wiek (44 wskazania), nieprawidłowe odżywianie (38 wskazań), częsta zmiana partnerów seksualnych (36 wskazań), brak pozytywnych więzi między partnerami (35 wskazań). Warto zwrócić uwagę, iż dopiero na czwartym poziomie, z uwagi na niską liczbę wskazań (jedynie 7!) znalazła się wczesna inicjacja seksualna – wykres 10.

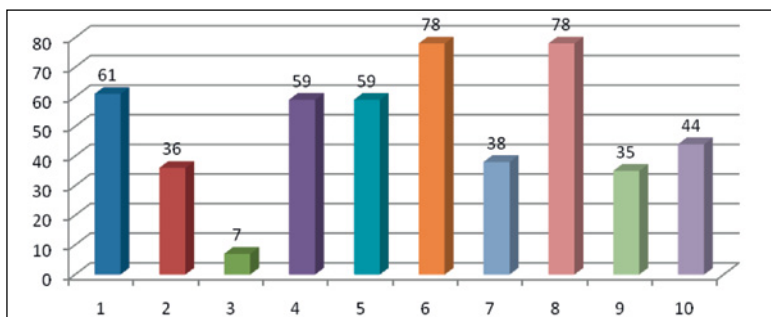
## DYSKUSJA

„Łatwiej jest zapobiegać niż leczyć” – to stwierdzenie w sposób bardzo wymowny wpisuje się w zdrowie prokreacyjne kobiety, którego dowodem jest bezproblemowe zajście w ciążę. Środowisko medyczne, a szczególnie położne rodzinne, są zobligowane swoją wiedzą i swoją powinnością do profilaktyki chorób i ograniczania problemu niepłodności. Ważne jest przemyślane i aktywne działanie edukacyjne propagujące wartość zdrowia prokreacyjnego, nakierowane na dorastającą młodzież, ich rodziców, a szczególnie na kobiety w wieku rozrodczym. Troška o każdy element zdrowia prokreacyjnego to podstawa przygotowania do szczęśliwej prokreacji.

Analiza postrzegania problemów związanych z utrudnioną prokreacją przez respondentki potwierdza zasadność prowadzenia opieki przedkoncepcyjnej. Badania ukazały wysoki stopień zainteresowania poradą w formie programu przygotowania organizmu do planowanej ciąży – jest to istotna informacja dla środowiska zawodowego położnych. Uzyskane

w badaniach wyniki potwierdzają dane dostępne w literaturze przedmiotu – większość respondentek dostrzega u siebie występowanie czynników mogących potencjalnie wpływać na zagrożenie płodności. Ważne jest, aby tak pokierować zachowaniami zdrowotnymi kobiet, aby w sposób świadomy brały udział w przewyżnianiu tych problemów. Kobiety w wieku rozrodczym powinny dysponować wiedzą o rozrodczości i związanej z nią fizjologii, zrozumienie mechanizmów umożliwiających zapłodnienie stanowi podstawowy element naturalnego przygotowania do ciąży. Subiektywna ocena wiedzy badanych kobiet o cyklu miesięczkowym została oceniona w pięciostopniowej skali, w wyniku obliczenia średniej arytmetycznej dała ocenę 3,75. Natomiast subiektywna ocena wiedzy o mechanizmie zapłodnienia została oceniona w pięciostopniowej skali, w wyniku obliczenia średniej arytmetycznej dała ocenę 3,53. Te dane dowodzą, że każda kobieta ma pewien zasób wiedzy o cyklu miesięczkowym stanowiącym wrodzoną istotę kobiecości – większość kobiet zna specyfikę własnego cyklu (termin miesiączki, długość, nasilenie krwawienia), jednak jest to tylko widoczny objaw skomplikowanego mechanizmu fizjologicznego. Istnieją stany nieprawidłowego miesiączkowania, co może stanowić objaw problemów z płodnością.

Znawcy tematu twierdzą, iż niedostateczna edukacja seksualna może również stanowić przeszkodę w zajściu w ciążę. Prawie połowa respondentek (43%) nie dostrzega zależności między niedostateczną edukacją seksualną a skuteczną prokreacją. Natomiast 1/3 widzi zależność pomiędzy tymi aspektami (29%).



**Wykres 10.** Czynniki przyczyniające się do niepłodności (istniała możliwość wielokrotnego wyboru) / Factors leading to infertility

Oczywiście można zająć w ciążę mając nikłą wiedzę o układzie rozrodczym. Jednak kobiety, które niepokoją się o swoją płodność powinny poznać podstawowe zagadnienia z tego zakresu.

Niepłodność jest zjawiskiem niepożądanym zarówno w życiu kobiety, jak i mężczyzny – z wielu względów, w tym: zdrowotnych, społecznych czy też ekonomicznych, statystycznie jest zjawiskiem niepokojącym.

Ostatnie lata przyniosły ogromne postępy w medycynie rozrodczości. Zatem, o ile naturalna jest frustracja związana z trudnościami w zajściu w ciążę o tyle problemy dotyczące płodności są zarówno bardzo częste, jak i w wielu przypadkach odwracalne. Każdy etap diagnozy i leczenia niepłodności uwikłany jest w szereg reakcji emocjonalnych osób, których dotyczy problem niepłodności. Jednak do chwili obecnej nie opracowano uniwersalnego minimum diagnostyczno-leczniczego czy uniwersalnego postępowania w stosunku do wszystkich niepłodnych par [1, 2, 3]. Niezmiernie istotne jest zapewnienie wsparcia zarówno informacyjnego, jak i emocjonalnego w całym procesie diagnozy i leczenia niepłodności, a poddanie się określone mu sposobowi leczenia stanowi indywidualny wybór – wiele jednak kobiet jest gotowych na wszystko, aby zostać matką. „Warto pamiętać o tym, że każdy człowiek ma jakąś misję do spełnienia w tym świecie, a dziecko jest darem, który się dostaje lub nie” [9].

## WNIOSKI

1. Niepłodność nie w pełni postrzegana jest jako choroba systemu rozrodczego, znacznie bardziej jako trudna sytuacja, dotykająca w równym stopniu kobietę i mężczyznę, i przyczyniająca się do utraty radości życia.
2. Badane kobiety, będące w wieku rozrodczym, dostrzegają u siebie występowanie czynników mogących potencjalnie wpływać na zagrożenie płodności. Jednakże, wraz z tym zjawiskiem współwystępuje niska wiedza na temat czynników przyczyniających się do niepłodności

1. Choroby przenoszone drogą płciową
2. Częsta zmiana partnerów seksualnych
3. Wczesna inicjacja seksualna
4. Palenie papierosów
5. Spożywanie alkoholu
6. Przyjmowanie narkotyków
7. Nieprawidłowe odżywianie
8. Stres
9. Brak pozytywnych więzi między partnerami/małżonkami
10. Wiek kobiety i mężczyzny

i kobiecej fizjologii związanej z prokreacją – stąd wysoki stopień zainteresowania poradą i opieką przedkoncepcyjną.

3. Problem niepłodności wyzwała w kobietach tzw. postawę gotowości na wszystko, aby zostać matką, przy czym warto zaznaczyć, że badane wykluczają zastosowanie jednej z metod – leczenia polegającego na implantacji zapłodnionej komórki jajowej innej kobiety do swojego organizmu.

## Piśmiennictwo

1. Radwan J.: Niepłodność i rozród wspomagany. Wydawnictwo TERmedia, Poznań 2005.
2. Szamatowicz M.: Niepłodność – choroba społeczna, społecznie niedowartościowana [w:] [www.biolchem.uwb.edu.pl](http://www.biolchem.uwb.edu.pl) [dostęp: 28.12.2009].
3. Bidzan M.: Psychologiczne aspekty niepłodności. Wyd. Impuls, Kraków 2006.
4. Kuczyński W. (red.): Gdy nie możesz mieć dziecka, Warszawa 2003.
5. Kuczyński W.: Techniki wspomaganego rozrodu – problemy prawne i ich konsekwencje [w:] „Ginekologia praktyczna” 5/2010.
6. Bielawska-Batorowicz E.: Psychologiczne aspekty prokreacji, Katowice 2006.
7. Bielawska-Batorowicz E.: Psychologiczne aspekty rozpoznania i leczenia niepłodności [w:] „Ginekologia Polska” 12/1990.
8. Sołtysiak E.: Wpływ czynników socjoekonomicznych na występowanie niepłodności u kobiet [w:] „Ginekologia Polska” 12/2005.
9. Borysenko J.: Księga życia kobiety, Gdańsk 2002.

## SPROSTOWANIE

W numerze 9/2012 Czasopisma „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” znalazła się mylna informacja dotycząca afiliacji prof. Harvey’a V. Fineberga.  
**Prof. Harvey V. Fineberg jest Prezesem Instytutu Medycyny Amerykańskiej Akademii Nauk (President, Institute of Medicine, US National Academy of Sciences).**  
 Za pomyłkę przepraszamy!

## Obrony prac doktorskich

### WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

24 października 2012 roku

godz. 12<sup>00</sup>

**mgr farm. Krystyna Cegielska-Perun** *Modyfikacja przeciwbólowego działania morfiny pod wpływem wybranych leków antydepresyjnych w bólu neuropatycznym*

promotor: dr hab. Helena Nowak

recenzenci: prof. dr hab. Daria Orszulak-Michalak  
prof. dr hab. Marek Kowalczyk

godz. 13<sup>30</sup>

**mgr farm. Agata Skrzypczak** *Ocena genotoksyczności produktów fotorozkładu substancji czynnych wybranych leków i kosmetyków przy użyciu krótkoterminowych testów bakteryjnych*

promotor: dr hab. Grzegorz Nałęcz-Jawecki

recenzenci: prof. dr hab. Elżbieta Anuszevska  
dr hab. Iwonna Rahden-Staroń

### WYDZIAŁ NAUKI O ZDROWIU

31 października 2012 roku

godz. 12<sup>00</sup>

**lek. Anna Fabijańska** (dziedzina nauk medycznych) *Ocena stanu ślimaka u pacjentów z szumami usznymi i prawidłowym słuchem*

promotor: dr hab. Krzysztof Kochanek (Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu)

recenzenci: dr hab. Grażyna Lisowska (Śląski Uniwersytet Medyczny)  
prof. dr hab. Wiesław Konopka (Instytut Centrum Zdrowia Matki Polski)

godz. 12<sup>45</sup>

**mgr Karina Mrugalska-Handke** (dziedzina nauk o zdrowiu) *Opracowanie metody umożliwiającej ocenę progę słyszenia za pomocą słuchowych potencjałów wywoływanych, pnia mózgu na drodze przewodnictwa kostnego*

promotor: dr hab. Krzysztof Kochanek (Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu)

recenzenci: prof. dr hab. Marek Rogowski (Uniwersytet Medyczny w Białymstoku)  
prof. dr hab. Wiesław Sułkowski (Instytut Medycyny Pracy w Łodzi)

godz. 13<sup>30</sup>

**mgr Anna Zera** (dziedzina nauk o zdrowiu) *Wartość rokownicza wybranych parametrów klinicznych i edukacji zdrowotnej u pacjentów z chorobą wieńcową kierowanych do wykonania koronarografii*

promotor: dr hab. Andrzej Krupniewicz (WUM)

recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Filipiak (WUM)  
prof. dr hab. Jan Kowalski (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)