



# MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

Rok XXXV

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 9/2003

## Zespół redakcyjny (Editorial Staff)

Prof. dr hab. **Stefan Kruś** (Redaktor Honorowy – Honourable Editor)

Dr hab. **Piotr Fiedor** (Redaktor Naczelny – Editor-in-Chief)

Mgr **Mirosława Müldner-Kurpeta** (Z-ca Red. Nacz. – Associate Editor)

Mgr **Magdalena Zielonka** (Z-ca Red. Nacz., korekta – Associate Editor, Proof-Reading)

Mgr **Małgorzata Sieradzka** (Asystent Red. Nacz., tłumaczenia – Assistant Editor, Translation)

Współpraca ze środowiskiem (Public Relation)

Mgr **Mariusz Forys**

## Rada Programowa i Naukowa – Scientific Council

Profesor **Janusz Piekarczyk** – Rector of Medical University of Warsaw

Profesor **Leszek Pączek** – Deputy Rector for Educational Affairs

Profesor **Wiesław Gliński** – Deputy Rector for Science and International Relations

Profesor **Józef Sawicki** – Deputy Rector for Human Resources

Profesor **Grzegorz Opolski** – Deputy Rector for Clinical Affairs, Development and Regional Cooperation

Profesor **Marek Krawczyk** – Dean of the First Medical Faculty

Profesor **Hubert Wanyura** – Deputy Dean for the Division of Dentistry

Profesor **Jerzy Stelmachów** – Dean of the Second Medical Faculty

Profesor **Jerzy A. Polański** – Deputy Dean for the English Division

Profesor **Jan Pachecka** – Dean of the Faculty of Pharmacy

Profesor **Piotr Małkowski** – Dean of the Faculty of Health Sciences

Profesor **Wojciech Noszczyk** – Dean of the Faculty of Postgraduate Studies

## Wydawca:

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

## Adres Redakcji, Działu Promocji i Reklamy:

Sekretariat: mgr Ewa Kępska, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, tel. 5720-109

e-mail: ewak@akamed.waw.pl i mziel@amwaw.edu.pl

## Dokumentacja fotograficzna:

Dział Fotomedyczny AM

## Prawa autorskie zastrzeżone

## Skład tekstu, druk i oprawa

Zakład Wydawniczo-Poligraficzny, 01-833 Warszawa, ul. Daniłowskiego 3

Tel/fax 864 36 44, e-mail:drukarnia@druk.waw.pl

# Spis treści

Od Redakcji .....	4
<b>Z Życia Akademii Medycznej w Warszawie</b>	<b>5</b>
<i>M. Müldner-Kurpeta</i>	
<b>Profesor Maria Wierzbicka Doktorem Honoris Causa Uniwersytetu w Malmö .....</b>	<b>5</b>
<i>M. Müldner-Kurpeta</i>	
<b>Certyfikat Jakości Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie .....</b>	<b>6</b>
<i>G. Broniek</i>	
<b>Wdrażanie Sytemu Jakości w Klinicznym Szpitalu Okulistycznym .....</b>	<b>7</b>
<i>E. Kądalska, Z. Sienkiewicz, T. Paszek</i>	
<b>Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek w Akademii Medycznej w Warszawie .....</b>	<b>8</b>
<i>R. Rudowski</i>	
<b>Warsztaty Mednet_2 .....</b>	<b>9</b>
<b>Obrony prac doktorskich .....</b>	<b>11</b>
<b>Etyka lekarska i badania kliniczne</b>	<b>12</b>
<i>M. Sieradzka, M. Grabowski</i>	
<b>Etyczne aspekty badań biomedycznych w krajach rozwijających się. Konferencja Bioetyczna, Bruksela 2002. ....</b>	<b>12</b>
<i>J. Wysocki, P. Fiedor</i>	
<b>Badania kliniczne środków farmaceutycznych i materiałów medycznych .....</b>	<b>17</b>
<i>A. Górski</i>	
<b>5th International Bioethical Conference .....</b>	<b>27</b>
<i>M. Sieradzka</i>	
<b>Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy w Toruniu .....</b>	<b>30</b>
<i>A. Górski</i>	
<b>Komentarz do VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy .....</b>	<b>31</b>
<b>Stanowisko Kościoła wobec zagadnień etycznych związanych z medycyną .....</b>	<b>32</b>
<b>Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej .....</b>	<b>33</b>
<b>Medycyna</b>	<b>34</b>
<i>L. Chomicz, J. Żebrowska, B. Starościak, J. Piekarczyk, P. Fiedor, P. Zawadzki, M. Mazurkiewicz, M. Konopka</i>	
<b>Badania nad amfizoicznymi amebami pierwotnie wolnożyjącymi– biotyczne i abiotyczne uwarunkowania zagrożeń dla ludzkiego zdrowia .....</b>	<b>34</b>
<b>Nauka</b>	<b>40</b>
<i>A. Chmura</i>	
<b>Zasady przygotowywania do zabiegu przeszczepiania nerki chorych z patologią dróg moczowych .....</b>	<b>40</b>

<b>Dydaktyka</b>	<b>46</b>
<i>J. Sokolnicki</i>	
<b>Wstępna analiza rynku zawodów medycznych w Polsce</b> .....	46
<i>E. Kądalska, Z. Sienkiewicz, T. Paszek</i>	
<b>AIDS wyzwaniem dla współczesnego świata i pielęgniarstwa</b> .....	51
<i>E. Kądalska, Z. Sienkiewicz, T. Paszek</i>	
<b>Postawy społeczne wobec HIV i AIDS</b> .....	54
<b>Wychowanie</b>	<b>58</b>
<i>H. Zielińska-Więczkowska</i>	
<b>Wartości życiowe studentów na przykładzie studiów licencjacko-magisterskich, kierunek pielęgniarstwo</b> .....	58
<b>Nominacje</b>	<b>63</b>
<b>Prof. dr hab. R. Górka</b> .....	63
<b>Pro memoria</b>	<b>65</b>
<i>S. Zając</i>	
<b>Dr n. med. T. Kocon – Wspomnienie</b> .....	65
<b>Historia medycyny</b>	<b>66</b>
<i>T. Kocon</i>	
<b>Lekarze patroni ulic Warszawy (19) – Antoni Czechow</b> .....	66
<b>Refleksje i polemiki</b>	<b>67</b>
<i>S. Kruś</i>	
<b>Obywatelu Redaktorze</b> .....	67
<b>Nowości wydawnicze</b>	<b>68</b>
<i>H. Wehr</i>	
<b>Z dziejów biochemii</b> .....	68
<b>Komunikaty</b>	<b>69</b>
<i>A. Zimniak</i>	
<b>Biuletyn Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie</b> .....	69
<b>Wykłady w Warszawskiej Szkole Zdrowia</b> .....	69
<b>Warunki prenumeraty</b> .....	70

## Od Redakcji

Szanowni Czytelnicy,

Słowa wypowiedziane przed laty, dzisiaj są tak samo aktualne a ich znaczenie ma szczególnie silny wydźwięk – są wyzwaniem, ale przede wszystkim zobowiązaniem dla każdego .....

Student medycyny, Józef Józefowicz Piłsudski, zamierzał zostać lekarzem. Los zrządził inaczej. Autor Jerzy Celma-Panek opisuje w skondensowanej formie działalność polityczną, społeczną i wojenną Marszałka, uwolnienie go z więziennego szpitala w Petersburgu i jego związki z medycyną, charakteryzując go jako wizjonera w książce „Józef Piłsudski doktor medycyny h.c.”.

„Książka jest także cennym przyczynkiem do historii polskiej medycyny, niemiłosiernie fałszowanej w okresie PRL” tak pisze prof. dr hab. med., Michał Juszczyński.

W dniu 2 maja 1921 roku Rektor Uniwersytetu Warszawskiego prof. J. Kochanowski wręczając dyplom doktora medycyny h.c. Pierwszemu Marszałkowi Polski powiedział:

**„My, Jan Kochanowski profesor średniowiecznej historii polskiej, obecny rektor i Antoni Gluziński, doktor medycyny, profesor patologii i terapii specjalnej, obecny dziekan Wydziału Lekarskiego, męża znakomitego JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO na pierwszego Naczelnika Państwa Najjaśniejszej Rzeczypospolitej Polskiej w czasie odzyskania niepodległości jednogłośnie obranego, który**

**studia medyczne ongiś zaczęte musiał przerwać, aby tem łacniej uleczyć serca Polaków niewolą zgnębione, który z wybuchem wojny miecz przez pradziadów przekazany wzniosł dla wyzwolenia ojczyzny a wypełniając święte pragnienia i marzenia przodków, swoją pierś i pierś żołnierza polskiego nawale wrogów przeciwstawił, który założywszy mocne fundamenty bytu Ojczyzny rozpałił na nowo na kresach Rzeczypospolitej pochodnię wiedzy zgaszoną przez tyranów, który nie tylko około wyzwolenia i budowania Ojczyzny, lecz także z całą Polską wokół zabezpieczenia pokoju innych narodów wielce się zasłużył, 2 maja 1921 roku doktorem medycyny honoris causa uroczystie ogłosiliśmy i dla stwierdzenia tego, ten oto dyplom w pieczęć uniwersytetu postanowiliśmy zaopatrzyć”.**

Uroczystość nadania tytułu doktora medycyny h.c. Józefowi Piłsudskiemu na Uniwersytecie Warszawskim zapoczątkowała orszak wybitnych osobistości promujących naukę polską, które po dziś dzień otrzymują tę zaszczytną godność dla sławy naszej uczelni.

Redaktor Naczelny

## Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

### Profesor Maria Wierzbicka Doktorem Honoris Causa Uniwersytetu w Malmö

*Mgr Mirosława Müldner– Kurpeta  
Biblioteka Główna AM*

On 26th of September the ceremony of rewarding the title of Doctor Honoris Causa to Professor Wierzbicka, a Polish scientist, was held at the University of Malmö in Sweden.

Professor Wierzbicka has graduated from the Medical University of Poznań. Since 1979 she has worked as a Head of the Department of Conservative Dentistry. She was rewarded this title for her international activity on the field of science and education, including her work as a local coordinator and supervisor of the programme DENTED.

Nadanie godności doktora honoris causa to europejski, uniwersytecki zwyczaj sięgający XIX wieku. Jest to dostojna, ceremonialna uroczystość mająca uhonorować osobistość ze świata nauki, kultury lub polityki. Z drugiej strony, plejada wybitnych postaci doktorów honoris causa dodaje blasku Uczelni.

W Polsce godność doktora honoris causa przyznano po raz pierwszy 7 czerwca 1900 roku, w pięćsetlecie odrodzenia Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jak każdy ceremoniał, godność honoris causa ma wypracowane procedury zgłaszania i wręczenia tytułu, specyficzne dla różnych uczelni i krajów.

26 września 2003 roku, zaszczytnym tytułem doktora honoris causa Uniwersytetu w Malmö (Szwecja) została uhonorowana polska uczona, kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej AM, pani profesor Maria Wierzbicka.

Ceremonia odbyła się podczas inauguracji roku akademickiego 2003/2004 na Uniwersytecie w Malmö. Przed otrzymaniem godności prof. Wierzbicka wygłosiła wykład „At the crossroad of Polish Swedish culture and history”. Akt nadania to nałożenie przez promotora doktorowi honoris



*Profesor Maria Wierzbicka*

causa cylindra akademickiego ze znakiem wydziału i przekazanie złotego pierścienia ozdobionego węzłem Eskulapa oraz liśćmi laurowymi z wygrawerowanym nazwiskiem, datą i tytułem „Odontol .Dr. h.c.”.

W laudacji podkreślono międzynarodową działalność prof. Wierzbickiej na polu nauki i edukacji.

Prof. zw. dr hab. Maria Wierzbicka ukończyła Akademię Medyczną w Poznaniu. Od 1979 roku jest Kierownikiem Zakładu Stomatologii Zachowawczej AM w Warszawie.

Po raz pierwszy przebywała w Szwecji w 1973 roku jako stypendystka WHO. Od tego czasu prowadzi międzynarodową działalność na polu nauki i edukacji stomatologicznej.

Była koordynatorem regionalnym i wizytatorem programu harmonizacji systemu nauczania stomatologii w Europie– DENTED, który był finansowany ze środków Unii Europejskiej.

Jest pierwszą kobietą i pierwszym przedstawicielem Europy Środkowo-Wschodniej wybraną na stanowisko prezydenta sekcji europejskiej IADR– International Association for Dental Research.

## Certyfikat Jakości Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie

*Mgr Mirosława Müldner-Kurpeta*

*Biblioteka Główna AM*

Katedra i Klinika Okulistyki II Wydziału Lekarskiego AM kierowana przez profesora Jerzego Szaflika pracuje na bazie Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego przy ulicy Sierakowskiego 13.

Szpital dysponuje wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną i najnowocześniejszym sprzętem medycznym.

Baza kliniczna składa się z 52 łóżek. Blok operacyjny ma trzy przestronne, klimatyzowane sale operacyjne z pełnym zapleczem, w których wykonywany jest pełny zakres okulistycznych zabiegów mikrochirurgicznych.

Klinika specjalizuje się w przeszczepach rogówki. W roku 2000 wykonano 212 przeszczepów rogówki, w 2001 – 166, a w 2002 – 176 przeszczepów rogówki.

W szpitalu stosowane są unikalne w Polsce techniki operacyjne, takie jak zabiegi usunięcia zaćmy metodą fakomulsyfikacji, fiksacja śródszklerałna implantu wewnątrzgałkowego, nowe procedury przeciwjaskrowe, zabiegi chirurgii witreoretinalnej.

Dział Pomocy Doraźnej i Chirurgii Ambulatoryjnej udziela pomocy chorym w nagłych przypadkach w ramach ostrego dyżuru okulistycznego oraz w ramach chirurgii jednodniowej. Jest wyposażony w jednostanowiskową salę operacyjną, z pełnym zapleczem, salę pooperacyjną i gabinet pomocy doraźnej.

Baza polikliniczna, w której prowadzona jest działalność ambulatoryjna – obejmuje poradnie: ogólnookulistyczną, diagnostyki i leczenia schorzeń rogówki, diagnostyki i leczenia chorób siatkówki i ciała szklanego oraz retinopatii cukrzycowej, leczenia jaskry oraz pracownie: laserowe, USG, perymetrii, angiografii fluoresceinowej i indocyjaninowej, elektrofizjologii, diagnostyki jaskry, diagnostyki schorzeń rogówki. **Pracownie są wyposażone w wysoko-specjalistyczną aparaturę najnowszej generacji**, taką jak: skaningowy oftalmoskop laserowy – TOPSS, Heidelberg Retina Tomograph – HRT, analizator grubości włókien nerwowych – GDx, komputerowy wideokeratograf CVK, optyczny skaningowy tomograf do oceny rogówki – ORBSCAN, mikroskop endothelialny, perymetry komputerowe Humphrey, biopachymetrię ultradźwiękową, laser argonowy, laser Nd:Yag, urządzenie do angiografii indocyjaninowej i fluoresceinowej z systemem cyfrowej obróbki danych, aparat do ultrasonografii, system do badań elektrofizjologicznych,

estezjometr, pneumotonometr, autorefraktometr, konfokalny mikroskop (confoscan) służący do przyżyciowego badania i oceny struktur i warstw rogówki.

W drugim kwartale 2002 roku **w szpitalu rozpoczęła działalność laserowa pracownia terapii fotodynamicznej**, jedna z trzech w Polsce. Terapia fotodynamiczna jest nowoczesną metodą leczenia starczego zwyrodnienia plamki.

Klinika poza działalnością dydaktyczną prowadzi prace naukowo-badawczą. Pracownicy Kliniki współpracują z wiodącymi ośrodkami okulistycznymi na świecie.

W latach 2000-2002 w czasopismach krajowych i zagranicznych opublikowano 79 prac, wygłoszono 97 referatów na konferencjach i sympozjach krajowych i międzynarodowych.

Szpital jest centrum diagnostycznym i leczniczym wielokrotnie wyróżnianym i nagradzanym. W ogólnopolskim rankingu szpitali okulistycznych organizowanym przez Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej i tygodnik „Newsweek Polska” szpital zajmował czołowe miejsca.

Szpital otrzymał również tytuł promocyjny „Placówka Medyczna Przyjazna Pacjentowi” przyznany przez Oddział Polski Światowej Fundacji „Zdrowie-Rozum– Serce”.

W roku 2003 Szpital uzyskał Certyfikat Systemu Jakości nr PL 992/1/2003 na udzielanie świadczeń medycznych w zakresie schorzeń narządu wzroku.



*Prof. dr hab. Jerzy Szaflik w otoczeniu współpracowników*

Certyfikat został przyznany na podstawie audytu przeprowadzonego przez Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S.A.

Uroczystość wręczenia odbyła się w siedzibie szpitala 27 września br. Zgromadzonych gości powitał Pan Profesor Jerzy Szaflik, kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie i jednocześnie dyrektor Szpitala.

Na uroczystości byli obecni między innymi :

Małżonka Premiera RP – Aleksandra Miller, Minister

Zdrowia – Leszek Sikorski, JM Rektor Akademii Medycznej w Warszawie – profesor Janusz Piekarczyk, szef zespołu doradców Prezesa Rady Ministrów – Grzegorz Rydlewski, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia – min. Andrzej Piłat, przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia RP – Barbara Błońska-Fajfrowska, prorektor AM w Warszawie – prof. Grzegorz Opolski oraz przedstawiciele władz samorządowych, Narodowego Funduszu Zdrowia, Rady Społecznej Szpitala, dyrektorzy szpitali warszawskich.

## Wdrażanie Systemu Jakości w Klinicznym Szpitalu Okulistycznym

*Dr Grażyna Broniek*

*Naczelny Lekarz Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie przy ulicy Sierakowskiego 13*

Certyfikat Jakości ISO 9001 w Księdze Zapewnienia Jakości i Księdze Zarządzania Jakością określa zakres kompetencji i odpowiedzialności pracowników, ułatwia i porządkuje przepływ informacji pomiędzy komórkami Szpitala. To, co dzieje się w Szpitalu zostaje teraz usystematyzowane, rozbudowane, udoskonalone zgodnie z normami ISO i zapisane.

Cały system zarządzania jakością nastawiony jest na potrzeby i oczekiwania pacjenta, te medyczne i nie tylko.

Na bazie wcześniej wdrożonego systemu komputerowego w naszej Przychodni Poliklinice usprawniliśmy obsługę pacjentów w gabinetach lekarskich i diagnostycznych. Listy zapisanych pacjentów na dany dzień i godzinę wywieszane są na drzwiach gabinetów. Pacjenci wywoływani są według listy. Wcześniejsze zgłoszenie się pacjenta nie ma wpływu na kolejność badania. Pacjenci bardzo dobrze przyjęli taki sposób działania. Nie muszą już przychodzić zbyt wcześnie, pod gabinetami nie ma tłoku, nie słychać kłótni, jest spokojnie i cicho.

Rejestracja pacjentów na kolejne wizyty czy badania wykonywane w pracowniach diagnostycznych odbywa się teraz podczas wizyty pacjenta w gabinecie, bez tracenia czasu przez pacjenta na ponowne stanie w kolejce do rejestracji. Wyraźnie zmniejszyła się liczba zgłaszanych przez pacjentów skarg, a coraz częściej słyszymy słowa zadowolenia.

Komputerowa rejestracja poszczególnych czynności wykonywanych w Klinice u pacjentów pozwala precyzyjnie wyliczyć koszty prowadzonych procedur leczniczych, zużycia leków czy materiałów opatrunkowych, itp. To z kolei bardzo ułatwia nam racjonalną gospodarkę w Szpitalu.

Sprzęt medyczny znajdujący się w Szpitalu podlega stałej kontroli technicznej. Każde urządzenie posiada swój paszport techniczny, w którym są podane techniczne parametry aparatu. Wpisywane są w nim terminy przeglądów, które odbywają się w naszym Szpitalu systematycznie co 6 miesięcy. Zapewnia to najwyższą sprawność naszego sprzętu, a przez to zwiększa bezpieczeństwo pacjenta i redukuje ryzyko powikłań.

Zdajemy sobie sprawę, że działania związane z podnoszeniem jakości usług wymagają także zwiększenia efektywności pracy personelu, co z kolei prowadzi do obniżenia bieżących kosztów działalności. Aby świadczone usługi medyczne utrzymać na wysokim poziomie, pracownicy stale podnoszą swoje kwalifikacje uczestnicząc w tematycznych kursach i seminariach.

Mamy nadzieję, że wdrożenie systemu zarządzania jakością spowoduje wzrost wiarygodności Szpitala i wzrost zaufania wśród naszych obecnych i przyszłych pacjentów, a także pozwoli na uzyskanie przewagi konkurencyjnej na rynku. Jesteśmy przekonani, że pod sztandarem ISO nasza

placówka już za 7 miesięcy bez obaw będzie mogła wkroczyć do zjednoczonej Europy.

Realizacja celów polityki jakości w naszym Szpitalu odbywa się poprzez zaangażowanie wszystkich pracowników. Jesteśmy świadomi, że wręczony dzisiaj Certyfikat nakłada

dużą odpowiedzialność na każdego, zatrudnionego w Szpitalu. Jest dla nas zobowiązaniem na przyszłość, by jeszcze skuteczniej zabiegać o jakość oferowanych świadczeń medycznych. Bo jakość ta przekłada się na zadowolenie naszych pacjentów, a to jest dla nas powodem do najwyższej satysfakcji.

## Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek w Akademii Medycznej w Warszawie

*Mgr Ewa Kądalska, mgr Zofia Sienkiewicz, mgr Teresa Paszek  
Zakład Pielęgniarstwa Wydziału Nauki o Zdrowiu AM*

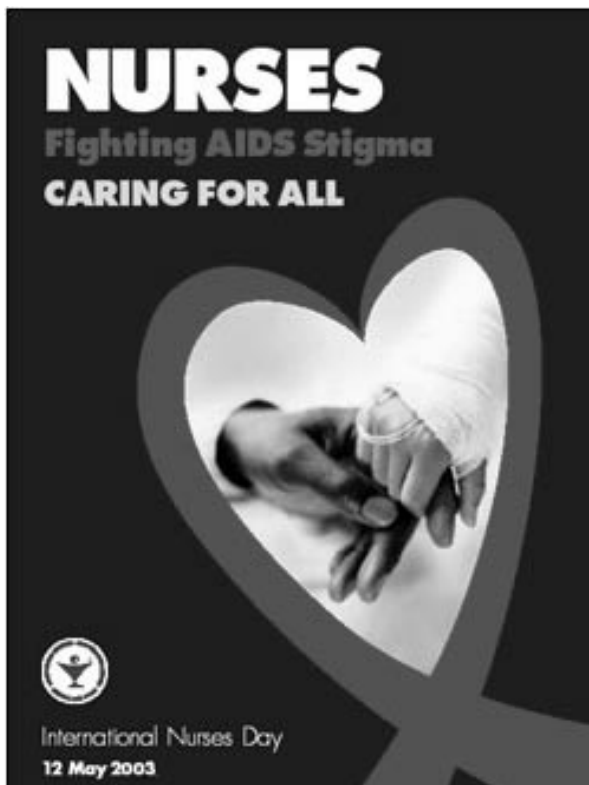
### International Day of Nurses at the Medical University of Warsaw

International Day of Nurses is celebrated annually on 12 of May under the auspicious of International Council of Nurses—an organization which represents the profession of nurses in the world and supports its members.

This years celebrations focused on the problem of AIDS ( Acquired Immune Deficiency Syndrome) and its leitmotiv was : Nurses fighting AIDS stigma. Caring for All.

In Medical University of Warsaw the celebrations took place at the Division of Nursing in the Faculty of Health Sciences. During the meeting, lectures devoted to problems of nurses in the national and international perspective, as well as to problems of people living with HIV/AIDS were given.

For the last years AIDS has become one of the biggest world pandemics and has influenced the society of HIV– infected with fear, stigma and isolation. This has to be changed by international cooperation of medical professionals.



*Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek obchodzony jest corocznie pod auspicjami – Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses ), światowej organizacji z siedzibą w Genewie, skupiającej stowarzyszenia pielęgniarek z całego świata. Polskę w Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek reprezentuje Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie.*

*Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) troszczy się o rozwój profesji w świecie i reprezentuje interesy swoich członków. Utworzenie tej organizacji w 1899r. zostało zainspirowane życiem i działalnością Florence Nightingale – angielskiej arystokratki, prekursorki nowoczesnego pielęgniarstwa .*

*12 maja Międzynarodowa Rada Pielęgniarek zachęca pielęgniarki na całym świecie do poświęcenia uwagi swojej profesji, od jej historii i tradycji do współczesności.*

*Tegoroczne obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek zostały poświęcone problematyce AIDS pod hasłem : Nurses Fighting AIDS Stigma. Caring For All.*





*Uczestnicy Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w AM*

Dnia 12 maja br. w Zakładzie Pielęgniarstwa Wydziału Nauki o Zdrowiu zorganizowane zostało uroczyste spotkanie z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek.

W spotkaniu uczestniczyły władze Wydziału oraz bezpośrednio współpracujący z Zakładem kierownicy i przedstawiciele jednostek organizacyjnych Wydziału, członkowie organizacji zawodowych i naukowych, w tym Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Konsultant Krajowy ds. Pielęgniarstwa Środowiskowego/Rodzinnego, przedstawiciele szpitali klinicznych i innych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej.

Podczas spotkania wygłoszono 3 referaty :

- Działalność Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Wkład Florence Nightingale w rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa na świecie (mgr Halina Cieślak),
- Pielęgniarstwo w Polsce i w Europie– kierunki działań i dylematy (mgr Grażyna Wójcik),
- AIDS problem medyczny, psychologiczny i społeczny – wyzwaniem dla pielęgniarstwa (mgr Zofia Sienkiewicz).

Gościem specjalnym uroczystości była pani Maja Komorowska (na zdjęciu).



*Gość specjalny uroczystości, znana aktorka Maja Komorowska*

Aktorka podzieliła się własnymi refleksjami na temat pomagania ludziom chorym oraz roli pielęgniarki i znaczenia profesjonalizmu w jej działaniu. Pani Maja Komorowska cytowała także opublikowane w formie pamiętników fragmenty swoich wspomnień i recytowała wiersze Wiesławy Szymborskiej oraz ks. Jana Twardowskiego, wyrażające afirmację wrażliwej natury ludzkiej i ponadczasowe odwołanie do idei humanizmu.

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki, będący symbolem łączności pielęgniarek całego świata w realizacji uniwersalnych celów polityki zdrowotnej, od roku 2003 staje się tradycją naszej uczelni i wyrazem jej aktywności, na rzecz rozwoju pielęgniarstwa w naszym kraju.

## Warsztaty Mednet\_2

*Prof. dr hab. Robert Rudowski*  
*Zakład Informatyki Medycznej AM*

W dniach 26-27 września odbyły się w Akademii Medycznej w Warszawie międzynarodowe warsztaty Mednet\_2, zorganizowane przez Zakład Informatyki Medycznej, pod honorowym patronatem JM Rektora.

Mednet\_2 (Medical Education and Didactics Network\_2)

jest dwuletnim programem Unii Europejskiej wywodzącym się z programu Socrates-Erasmus, w którym uczestniczyły Wydziały Medycyny z kilkudziesięciu uniwersytetów europejskich. Celem programu była poprawa jakości kształcenia medycznego poprzez współpracę europejskich fakultetów

medycyny. Szczególna uwaga została zwrócona na udział fakultetów medycznych z krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Poprzednie warsztaty odbyły się w Budapeszcie, Pradze i Koszycach (Słowacja).

Głównym tematem Warsztatów było e-nauczanie (e-learning) oraz działania w ramach programu Socrates-Erasmus, w tym ECTS. Warsztaty miały formułę otwartych wykładów i zamkniętych sesji tematycznych.

Wśród zaproszonych gości z zagranicy w Warsztatach uczestniczyli: Prof. Enzo Molina – Uniwersytet w Parmie (dyrektor Mednet\_2), Prof. Colette Creusy – Uniwersytet w Lille, Dr Gerard Majoor – Uniwersytet w Maastricht oraz Prof. Ronald Harden Uniwersytet w Dundee (dyrektor IVIMEDS – International Virtual Medical School).

Na Warsztatach byli obecni Prorektorzy ds. Dydaktyki z krajowych uczelni medycznych: Prof. Dąbrowski (AM Białystok), Prof. Grzegorzewski (AM Bydgoszcz), Dziekani i Prodziekani wydziałów lekarskich, stomatologii i farmaceutycznych Akademii Medycznych w Polsce: Prof. Flisiak (Białystok), Prof. Kwiatkowska (Wrocław), Prof. Nowak, Prof. Pałka, Prof. Tobiasz-Adamczyk, Prof. Zapała (Kraków), Prof. Lewin-Kowalik (Śląsk) oraz przedstawiciele uczelni: dr Marszałek, mgr Adamek (AM Poznań), dr Kaczmarek (Gdańsk), mgr Mały (Katowice). W warsztatach wzięła także udział Pani Prof. Jadwiga Mirecka, jako przedstawiciel Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych (KAUM).

Naszą uczelnię reprezentowali: Prof. A. Barańczyk-Kuźma, Prof. B. Cizek, Prof. R. Rudowski, Prof. P. Zaborowski, mgr B. Koziarkiewicz, mgr L. Przepióra-Dziewulska, którzy mieli wystąpienia zarówno w otwartych, jak i zamkniętych sesjach Warsztatów. Uczestnikiem Warsztatów był także dr H. Rebandel.

Na szczególną uwagę zasługują bardzo ciekawe prezentacje związane z e-nauczaniem. Prof. Ronald Harden w swojej prezentacji „IVIMEDS” przedstawił projekt Międzynarodowej Wirtualnej Szkoły Medycznej, której celem jest wdrożenie i wykorzystanie technologii stosowanej w e-nauczaniu do nauczania medycyny. Przedstawione i omówione zostały także korzyści i ograniczenia, jakie niesie ze sobą e-nauczanie w medycynie. Prezentację, poruszającą te zagadnienia miał Prof. Robert Rudowski z Zakładu Informatyki Medycz-

nej. Wykład na temat problemowo zorientowanego uczenia się (Problem Based Learning) przedstawił dr Majoor z Uniwersytetu w Maastricht, który powszechnie wykorzystuje tę formę kształcenia. Ponadto przybliżona została problematyka praw autorskich związana z przygotowaniem materiałów dydaktycznych na potrzeby e-nauczania przez dr Inge Oleksiuk z Instytutu Problemów Współczesnej Cywilizacji. Ponieważ e-nauczanie należy traktować w sposób kompleksowy i całościowy, zaprezentowany został także model Wirtualnej Biblioteki Nauki (The Virtual Library of Science) przez Prof. Marka Niezgódkę z Interdyscyplinarnego Centrum Modelowania Uniwersytetu Warszawskiego. Prof. P. Zaborowski wygłosił wykład „The use of expert systems and electronic databases in undergraduate and postgraduate medical education”. Prof. Bogdan Cizek z Zakładu Anatomii Prawidłowej naszej uczelni w swojej prezentacji „Old science in modern times” przedstawił możliwości, jakie daje wykorzystanie technologii internetowych w nauczaniu anatomii w dzisiejszych czasach.

Curriculum naszej Akademii i jego porównanie z innymi uczelniami przedstawiły Panie mgr B. Koziarkiewicz i mgr L. Przepióra-Dziewulska.

Działania w ramach programu Socrates-Erasmus, w tym ECTS naszej Akademii Medycznej przedstawiła Pani Prof. A. Barańczyk-Kuźma (prezentacja Socrates/Erasmus Programme at the Medical University of Warsaw). ECTS został już wprowadzony w I i II WL i jest obecnie wprowadzany w Oddziale Stomatologii. Referat Pani Prof. Jadwigi Mireckiej (The ECTS value of the same subjects in Polish Medical Schools) miał na celu wykazanie różnic w punktowaniu tych samych przedmiotów w różnych Akademiach Medycznych, co prowadzi do dyskusji na temat całego systemu. Nasi studenci Ł. Małek i Z. Gronkiewicz przedstawili swoje doświadczenia ze studiów za granicą w ramach programu Socrates-Erasmus.

Warsztaty zaowocowały zaproszeniem naszej AM do udziału w nowych sieciach tematycznych Unii Europejskiej: Medical Thematic Network (MTN), Koordynator: Prof. Winrich Breipohl (Uniwersytet w Bonn), Thematic Network in Medical Education (TIME), Prof. Tim Jones (Uniwersytet w Bristolu).

## Obrony prac doktorskich

Dziekanat I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie uprzejmie zawiadamia, że w **dniu 16 października 2003 roku** w sali Senatu w gmachu Akademii Medycznej przy ul. Żwirki i Wigury 61 w Warszawie odbędą się publiczne obrony rozpraw doktorskich :

Lek. Magdaleny Kwiatkowskiej „Anatomia gałęzi mostowych tętnicy podstawowej”

promotor – dr hab. Bogdan Ciszek, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Ryszard Maciejewski

dr hab. Romuald Krajewski

Lek. Pawła Piątkiewicza „Badanie dokomórkowego transportu glukozy w limfocytach krwi obwodowej osób zdrowych oraz chorych na cukrzycę typu 2”

promotor – dr hab. Barbara Grytner-Zięcina, prof. nadzw. AM

recenzenci: dr hab. Maria Nowaczyk, prof. nadzw. AM

dr hab. Józef Sobczyński, prof. nadzw. CNMK

Lek. Marii Niestuchowskiej „Wpływ pracy przy monitorach ekranowych na układ wzrokowy”

promotor – dr hab. Dariusz Kęcik, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Roman Goś

dr hab. Marek Gerkowicz, prof. nadzw. AM w Lublinie

Lek. Przemysława Kunerta . „Wyniki leczenia operacyjnego nadnamiotowych naczynek tętniczo-żylnych mózgu”

promotor – dr hab. Andrzej Marchel, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Henryk Majchrzak

prof. dr hab. Marcin Roszkowski

Lek. Zoulikhy Jabiry-Zieniewicz „Wybrane problemy ginekologiczne i położnicze u pacjentek z marskością wątroby przed i po transplantacji wątroby”

promotor – prof. dr hab. Longin Marianowski

recenzenci: prof. dr hab. Marek Krawczyk

prof. dr hab. Zbigniew Zdebski



# ETYKA LEKARSKA I BADANIA KLINICZNE

## Etyczne aspekty badań biomedycznych w krajach rozwijających się Konferencja Bioetyczna, Bruksela, 2002

*Mgr Małgorzata Sieradzka<sup>1</sup>*

*Mgr Marcin Grabowski<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Biblioteka Główna AM*

<sup>2</sup>*Zakład Informatyki Medycznej AM*

On the 1st October 2002 in Brussels, the Round Table Debate, devoted to ethical aspects of biomedical research in developing countries, was held. It was organized by The European Group on Ethics (EGE).

EGE is an independent and multidisciplinary body, which advises the European Commission on ethical aspects of science and new technologies. The group is composed of twelve independent experts appointed by the Commission.

The debate was organized to exchange ideas and experience of experts and representatives of European institutions presenting different ideas and its aim was to promote the dialogue on ethics of medical research.

The following summary presents main problems raised during the conference.

1 października 2002 roku w Brukseli odbyły się obrady okrągłego stołu poświęcone etycznym aspektom badań biomedycznych w krajach rozwijających się. Konferencję tę zorganizowała Europejska Grupa Etyki (EGE).

EGE jest niezależnym, multidyscyplinarnym ciałem doradczym Komisji Europejskiej zajmującym się sprawami etyki w odniesieniu do nauki i nowych technologii. Składa się z dwunastu niezależnych ekspertów mianowanych przez Komisję Europejską.

Obrady miały charakter wymiany doświadczeń pomiędzy ekspertami i reprezentantami różnych instytucji, prezentującymi często odmienne stanowiska i miały na celu promowanie szeroko rozumianego dialogu w dziedzinie etyki badań medycznych.

Poniżej prezentowane jest podsumowanie głównych wątków poruszanych podczas konferencji.

### **Podsumowanie dyskusji**

#### **Kulturowy relatywizm a potrzeba negocjacji**

Podczas przeprowadzania badań biomedycznych w krajach rozwijających się poruszono kwestię różnicy wartości w kontekście kulturowego relatywizmu.

**Kulturowy relatywizm** w definicji jednego z uczestników konferencji, to pogląd, iż wartości i sądy moralne różnią się w zależności od kultury, w jakiej występują. Oznacza on

także, iż nie występują wartości i sądy moralne wyższego rzędu, które mogłyby sugerować, iż dana kultura jest w błędzie.

Powstało pytanie, czy istnieją uniwersalne wartości w odniesieniu do badań klinicznych, czy też badania kliniczne powinny być zaadaptowane do istniejącego systemu wartości danej kultury? To pytanie powinni zadać sobie nie tylko badacze, ale i lokalna społeczność. Co więcej kwestia taka, jak wpływ badań na kulturę, doprowadziła do powstania następnego pytania; czy możliwe jest, iż nauka wzbogaca w jakiś sposób kulturę? A także w jakim stopniu nauka mogłaby skorzystać na poznaniu lokalnej kultury?

Różnice w interpretacjach i postrzeganiu różnych zagadnień uwarunkowane kulturowo sprawiają, iż negocjacje stają się istotnym narzędziem w interakcjach pomiędzy badaczami a społecznością badaną. Istotną rolę w tym względzie odgrywają kulturowi antropolodzy. Badacze powinni najpierw oswoić się z kulturą i tradycją społeczności, w jakiej będą przeprowadzać badania, w trakcie czego będą mogli zapoznać się z odmiennymi punktami widzenia badanych.

Proces negocjacji to ciągły proces, który powinien być do pewnego stopnia pozostawiony badaczom i lokalnej społeczności. Polegać ma na zdobywaniu wiedzy o wartościach każdej ze stron, a nie na ustalaniu uniwersalnych wartości. Trzeba zdać sobie sprawę, iż wymaganie od badaczy, aby prowadzili badania zgodnie ze standardami krajów wysoko rozwiniętych może być szybką, łatwą politycznie decyzją,

ale z wielu powodów nie będzie ona efektywna, ani korzystna dla zdrowia światowego.

Po pierwsze, wykluczy kraje rozwijające się z dostępu do badań. Po drugie, będzie to promowanie „nieetycznego” zachowania wśród badaczy, którzy będą poszukiwać komisji, która zatwierdzi ich badania. Po trzecie zaś, oznaczałoby to przyjęcie tezy, iż wskazania krajów wysokorozwiniętych są odpowiednie w każdej sytuacji, co nie jest prawdą.

Niestety często dzieje się tak, że badacze z krajów rozwijających się otrzymują gotowe protokoły z Europy, a oni sami mają tylko je zatwierdzić. Dialog nie może więc zostać zdegradowany do formy paternalizmu. Niemniej jednak negocjacje budzą także słowa krytyki, zwłaszcza gdy chodzi o to, jak proces negocjacji spełni standardy sprawiedliwych procedur (procedural justice).

### **Świadoma zgoda (Informed consent)**

Świadoma zgoda to proces, w trakcie którego jednostka dobrowolnie potwierdza swoją ochotę wzięcia udziału w badaniach czy próbach klinicznych, po tym jak została poinformowana o wszystkich aspektach badania, które dotyczą danej jednostki. IC jest udokumentowane na piśmie.

Etyczne aspekty świadomej zgody obejmują zarówno punkt widzenia jednostki, jak i społeczności. Ważna jest rola języka danej społeczności, bo jeżeli termin ten w nim nie występuje, to jak można wyjaśnić ten proces? Także bariery kulturowe muszą zostać tutaj wzięte pod uwagę. Kwestie związane ze zrozumieniem świadomej zgody często nieadekwatne do warunków krajów rozwijających się, a także często są powiązane z badaniami przeprowadzonymi w krajach uprzemysłowionych.

Kwestia interesownej zgody (interested consent) może, zdaniem uczestników konferencji, odgrywać w niektórych przypadkach związanych z negocjacjami większą rolę, niż zgoda świadoma. Powstały pytania do jakiego stopnia zapłata wpływa na świadomą zgodę, a także jaki wpływ może mieć obietnica zapłaty lub poprawy opieki zdrowotnej na uczestników i całą społeczność.

Czy zapłata za udział w badaniu jest czymś złym i czy w równym stopniu odnosi się to do wszystkich rodzajów badań? Zwrócono przy tym uwagę na fakt, iż zapłatę otrzymują także lekarze za przeprowadzanie badań, a także metodolodzy.

Zainteresowano się także, czy nie powinno się wprowadzić większej ilości standardów monitorowania, aby być pewnym, iż dotrzymywane są wymogi świadomej zgody. Czy nie pociągnęłyby to za sobą niebezpieczeństwa podwójnych standardów : intensywnego monitorowania procedur świadomej zgody w krajach rozwijających się i braku takich w krajach Sojuszu Północnoatlantyckiego? Obecnie komisje

etyki badawczej sprawdzają protokoły, lecz nie monitorują samych badań, nie wizytują miejsc. Jeżeli miałyby powstać takie wymogi, to musiałyby one być uniwersalne. Jednakże ze względu na fakt, iż wymagałoby to ogromnej ilości nakładów, może to być dobre rozwiązanie w niektórych rodzajach badań, lecz nie jako uniwersalna reguła.

### **Komisje Bioetyczne (Ethical Review Committees)**

Role i naturą lokalnych komisji bioetycznych jest ocena nie względów etycznych w odniesieniu do badań i ich wpływu na społeczność. Niestety ze względu na ograniczone środki przeznaczane na implementację i utrzymanie lokalnych komisji etycznych, często nie występują one lub też są mocno ograniczone w możliwościach dokonywania ocen.

W związku z tą sytuacją powstał pomysł utworzenia pewnej odmiany Zespołu ds. Monitorowania i Bezpieczeństwa Danych poszerzonego o kwestie etycznych zagadnień i uwag odnośnie ukończonych badań, złożonego z przedstawicieli uprzemysłowionych i nieuprzemysłowionych krajów.

Wiele krajów o niskim dochodzie narodowym nie ma środków na etyczne rozważania i udział społeczności. Sytuacja ta budzi wiele wątpliwości odnośnie przeprowadzania badań w takich warunkach. Tymczasem istotnym elementem tworzenia kompetencji stało się właśnie umacnianie etycznej oceny realizowanej przez komisje bioetyczne pośredniczące pomiędzy społecznością naukowców a społecznością lokalną.

### **Zdobywanie kompetencji**

Pytanie „kto zdobywa kompetencje?” jest ściśle związane z kwestią, kto dostarcza środki na ten cel. Wiele dyskusji koncentrowało się na problemie etyki tych, którzy powinni włączać się w ten proces.

Proponowano, żeby odpowiedzialne były agencje sponsorujące / sponsoringowe. Jest zatem potrzeba wyjaśnienia terminu agencja sponsoringowa. Jeżeli jest to sektor prywatny, taki jak przemysł farmaceutyczny, czy to etycznie dla przemysłu być tym, który finansuje zdobywanie kompetencji i zajmuje się etyką w krajach rozwijających się? Z drugiej jednak strony, fundusze na zdobywanie kompetencji są niewystarczające i potrzeba jest więcej niż tylko warsztaty czy konferencje, by utrzymać infrastrukturę na długi czas. Zatem, jeżeli sektor publiczny zamierza wziąć odpowiedzialność za sponsoring, istnieje potrzeba jasnego określenia i zdefiniowania poziomu jego w tym uczestnictwa i zaangażowania.

Z perspektywy przemysłu zapewnia to dobrego partnera do zdobywania kompetencji. Pytanie brzmi, jakiego rodzaju

kompetencje są zdobywane? W dodatku istnieje potrzeba wspólnej pracy, kiedy zaraz po tym, jak zakończą się szkolenia, osoby wyszkolone często jeżdżą do pracy do krajów zachodnich (np. USA). To również jest formą zdobywania kompetencji/uprawnień.

W jaki sposób szkolenie/trening i umiejętności obierania sobie za cel rozwój krajów mogą być zachowane na długi czas?

Jest wiele szczebli zdobywania kompetencji w badaniach. Zasadniczo, mimo podziału ze względów socjo-ekonomicznych, przepaść między krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się w badaniach naukowych i standardach opieki zdrowotnej wzrasta najwyraźniej w przypadku takich chorób, jak np. AIDS, która pojawiła się na kontynencie afrykańskim.

Przykład HIV/AIDS w Afryce może najlepiej zademonstrować kompletne rynkowe niedopasowanie pomiędzy potrzebami krajów rozwijających się i ekonomicznymi realiami postępu w poszukiwaniu szczepionki.

Przemysł farmaceutyczny odgrywa ważną rolę w rozwoju badań nad szczepionką przeciwko HIV. Jeżeli jednak istnieje zapotrzebowanie od przemysłu na szczepionki dostępne w jednej cenie we wszystkich krajach, w których mają miejsce próby kliniczne, przemysł farmaceutyczny będzie wycofywał się z tych rynków. Należy zwrócić uwagę na fakt, że w krajach najbiedniejszych szczepionki dostępne są dopiero 15 do 20 lat po wprowadzeniu ich na rynki zachodnie.

Jakie należy więc podjąć środki, by zagwarantować, że kilka przedsiębiorstw farmaceutycznych, które inwestują w produkcję szczepionek przeciwko AIDS, nie wycofa się z rynku z powodu zbyt surowych przepisów? Nie powinniśmy zapominać, że pracujemy w zglobalizowanej gospodarce.

Ponadto, mówiąc o krajach rozwijających się, jest tendencja, by głównie mówić o krajach afrykańskich. Jednakże inne kraje w trakcie przemian są też krajami rozwijającymi się: niski produkt krajowy (mniej niż 5000\$), bardzo małe publiczne środki na badania, mniej niż 1% tej sumy. Bardzo silny wpływ na prowadzenie badań mają producenci – czy to przemysłu farmaceutycznego, czy też producenci aparatury i sprzętu medycznego – szczególnie dlatego, że są one głównym, lub czasami jedynym źródłem pozyskiwania środków na badania.

To stwarza konflikt interesów ze strony badaczy, ponieważ główne źródło pozyskiwania środków na ich badania pochodzi od producentów. Co więcej, kompetencje i władza komisji bioetycznych, jeżeli w ogóle istnieją, są często nie satysfakcjonujące i wdrożenie ustawy jest niewystarczające. Zatem, mówiąc o zdobywaniu kompetencji, powinniśmy brać pod uwagę rząd, miejscowych badaczy oraz miejscową społeczność. Trzeba zauważyć, że niektóre z państwowych zaleceń, takich jak w Afryce Południowej, podkreślają wyraźną potrzebę zdobywania kompetencji.

To angażuje pracowników na rzecz zdrowia lokalnej społeczności, kładzie nacisk na edukację i szkolenia oraz pokazuje potrzebę obecności niezależnych świadków czy rzeczowników praw w specyficznych sytuacjach klinicznych. Rodzi się jednak pytanie w rodzaju: co naprawdę się dzieje? Kto prowadzi dokumentację? Kto nagrywa? Jakie weryfikacje, jakie mechanizmy proceduralne mają miejsce przy dokumentowaniu wszelkich odbywających się negocjacji?

Gdy mowa o kompetencjach, potrzebni są lokalni badacze. Co do protokołów badań jest tendencja, by miejscowych badaczy włączać jedynie w próby Fazy III i IV badań. To wykluczenie z prób Fazy I i II powinno mieć zarówno uzasadnienie, jak też zagwarantowanie tego, że lokalni badacze biorą udział we wszystkich etapach procesu klinicznego. Jest to konieczne nie tylko z perspektywy zdobywania kompetencji, ale z punktu widzenia etycznego, co wiąże się z większym naciskiem na współuczestnictwo we wszelkich przedsięwzięciach.

Mówiąc o potrzebach krajów rozwijających się, musi być wzięty pod uwagę rodzaj potrzeb populacji kraju w związku z prowadzonymi badaniami.

Jeżeli spojrzymy na budżet przeznaczony na badania farmaceutyczne, znikomy udział w tym budżecie mają choroby tropikalne. Wiemy też, że nie zwraca się dostatecznej uwagi na choroby występujące w krajach rozwijających się. To jest główny problem. Nie zmienia tego żadne etyczne przepisy. Np. Szwecja ma swoje tradycyjne podejście do kooperacji w badaniach, co jest uwzględnione w budżecie państwa (np. kwestia chorób tropikalnych). Zatem należy poświęcić więcej uwagi rozwojowi kooperacji w zaspokajaniu tych potrzeb.

Mówiąc o sprawie etyki badań w krajach rozwijających się, uwagę należy skupić na określeniu / zdefiniowaniu priorytetów oraz miejsca kompetencji w dyskusji. Bo przecież często kładzie się nacisk na korzyści dla krajów przemysłowych, a nie na interesy krajów rozwijających się.

#### **Standard opieki: czy opieka zdrowotna najwyższej jakości nie jest nadmierną zachętą?**

Debatę wywołały sprawy etyczne hamujące wpływ standardów opieki na prowadzone próby kliniczne. Niektórzy utrzymują, że kiedy istnieją partnerskie prace badawcze pomiędzy krajami rozwiniętymi a rozwijającymi, standardy użyte w odniesieniu do jednych, powinny być użyte w odniesieniu do drugich. Inni z kolei twierdzą, że to nie jest decyzja, która powinna być podjęta przez badaczy krajów rozwiniętych czy etyków, ale przez kraj rozwijający się.

Jeszcze inni argumentują, że ustalony w ten sposób poziom standardu opieki wpłynąłby na wyniki próby i ustanowiłby nadmierną zachętę. Np. podczas próby szczepionki

przeciwko HIV w Bangkoku, uczestnicy otrzymali 10 euro za transport. To niewielki koszt i nie może być istotną zachętą, mimo że koszty transportu wynosiły w rzeczywistości 10% tej sumy. Rzeczywista zachęta do badań leżała w otrzymaniu uprawnień do korzystania z klinicznej opieki zdrowotnej. Wydaje się, że główną motywacją dla uczestników badań była obietnica wzięcia ich pod opiekę w przypadku choroby.

Mimo że debata o standardach trwa, w tle ciągle pozostaje niebezpieczeństwo ustanowienia podwójnego standardu. Czy wprowadzenie standardów opieki opartych na badaniach pochodzących z krajów rozwiniętych, podczas gdy niektóre standardy nie mają zastosowania u miejscowych badaczy prowadzących swoje próby kliniczne, byłoby formą paternalizmu?

Jest jednak ogólna zgoda, że pod uwagę powinny być wzięte potrzeby zdrowotne miejscowej społeczności. To daje nadzieję, że w krajach rozwiniętych istnieje świadomość i chęć rozwoju tych potrzeb.

Standard opieki jest szczególnie trudną sprawą, ponieważ angażuje nie tylko społeczność naukową, ale także opiekę zdrowotną i potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

W tym kontekście, oczywiście korzyści ulepszonych standardów opieki zdrowotnej w pewnych społecznościach poddanych próbom, mogą szybko stać się głównym tematem politycznych debat, kiedy standardy państwowej opieki zdrowotnej są niewystarczające w stosunku do potrzeb zdrowotnych ogólnej populacji.

Dana rozbieżność w standardach opieki krajów rozwiniętych i rozwijających się wywołuje pytania podczas dyskusji co do zobowiązań i istoty tych zobowiązań względem ulepszenia zdrowia w ogóle.

Koszt takich ulepszonych standardów opieki nie może być niedostrzeżony. Zważywszy, że obecne warunki w krajach rozwijających się oferują oczywiście korzyści finansowe w prowadzeniu badań nad rozwojem szczepionek, zastanawia fakt, czy standardy narzucające uniwersalne zasady opieki byłyby czynnikiem hamującym dalsze badania i postęp?

### **Próby kontrolne placebo: najbardziej dostępne czy najlepiej udowodnione leczenie?**

Etyczne dyskusje wzmogły się przy temacie prowadzenia prób placebo i wywodzą się z faktu, że próby placebo są używane po to, by ustalić standard leczenia. Jednak, zważywszy, że kontrowersje związane ze zmianami w Deklaracji Helsińskiej dotyczącymi najlepiej udowodnionego i najbardziej dostępnego leczenia, pozostawiają jako sedno sprawy projekt próby klinicznej w krajach rozwijających się, dla większej części populacji najlepiej udowodnione leczenie nie jest dostępne.

Najlepszą tego ilustracją są próby przenoszenia HIV przeprowadzone w Afryce i Tajlandii.

Nota wyjaśniająca WMA Deklaracji Helsińskiej stwierdza: „musi być podjęta niezwykła troska we wprowadzaniu próby kontrolnej placebo, ta metodologia powinna być używana pod nieobecność istniejącej udowodnionej terapii”.

Ta *istniejąca udowodniona terapia* może nie być dostępna dla populacji w razie potrzeby; czy w takim razie próby placebo mogą być uzasadnione? Bardzo często wykonane próby kontrolne placebo są bardzo trudne do obrony, tak jak w przypadku kontroli placebo na schizofreniku czy pacjentach z depresją. Jest jasne z etycznego punktu widzenia, że w tej debacie ważne miejsce ma dostęp do opieki zdrowotnej i dostępność leczenia.

Ponadto, jako powody kontynuowania tej praktyki, często przytaczane są wymagania amerykańskiego FDA, które nie pozwalają na wprowadzenie żadnego nowego leku nie będącego pod kontrolą.

W tej debacie należy też wziąć pod uwagę i objaśnić rolę ciał kontrolujących potrzeby legalizacji leku.

Mówiąc o krajach rozwijających się powinniśmy pamiętać, że zjawisko niższego poziomu rozwoju ma kilka szczybli. Próby kontroli placebo są narzędziem naukowym używanym w badaniach. Ma to wpływ zarówno na społeczności poddane próbom, jak też na znaczenie tych prób, kiedy mowa o zagadnieniach etycznych.

### **Sprawy patentowe**

Sprawy patentowe, choć z natury ściśle techniczne i prawne, stały się przedmiotem dyskusji etycznej odnośnie ich miejsca we wcześniejszych porozumieniach oraz jako przeszkody w dostępie do leczenia i postępie w nowym leczeniu w krajach rozwijających się.

Międzynarodowe Porozumienie o Inicjatywie Szczepionki Przeciwko AIDS (IAVI) zostało powołane pod pewnymi warunkami na rzecz współfinansowania rozwoju szczepionki przeciwko AIDS. Gdyby została znaleziona skuteczna szczepionka, przedsiębiorstwo zgodziłoby się uczynić ją dostępną w krajach rozwijających się po kosztach produkcji plus 10% zysków. Jeżeli IAVI nie zgodzi się z kosztorysem, wtedy może poprosić inne przedsiębiorstwo o produkcję szczepionki.

IAVI twierdzi, że rozwiązało problem własności dóbr intelektualnych, a następne dwa przykłady pokażą, że tak jednak nie jest.

IAVI zostało założone w celu zmiany typowego paradygmatu: coś jest dostępne tylko w Europie czy USA i po jednym lub więcej dziesięcioleciach może stać się dostępne w krajach rozwijających się. W przypadku szczepionki przeciwko HIV jest to nie do przyjęcia. W związku z tym podjęte

są próby zmiany tego paradygmatu poprzez prace bezpośrednio w krajach rozwijających się. Próby te jednak napotykały wiele przeszkód.

W pierwszym przypadku, w IAVI versus Kenia, brytyjscy badacze przedłożyli podanie o patent, które nie zawierało nazwisk kenijskich badaczy. IAVI było nieprzygotowane do takiej sytuacji. Ostatecznie uznało, że memorandum porozumienia jest niezadowolające. Najwidoczniej teraz istnieje nowe porozumienie, które bierze pod uwagę własność dóbr intelektualnych, ale jego treść jest ciągle nieznaną. To zwraca uwagę na złożoność wcześniejszych porozumień i znaczenie własności dóbr w badaniach.

W drugim przypadku powstał spór o prawo do patentu do szczepionki pomiędzy IAVI i przedsiębiorstwem Północna Karolina. Nie jest pewne, że przedsiębiorstwo Północna Karolina miało prawo do patentu nad szczepionką. Jeżeli przedsiębiorstwo, które produkuje szczepionkę nie ma prawa do własności, musi opłacić zezwolenie, co stałoby się częścią kosztów produkcji. Przykład pokazuje słabość tego typu porozumienia.

Jeżeli chodzi o patenty, ważne jest, kto je posiada. Przez długie lata sporów i roszczeń może nie być jasne, kto rzeczywiście posiada różne patenty. To nie jest sprawa etyki, czy ktoś posiada patent. Kwestia leży w tym, co z patentem się robi, czy pozwala się rozwijać szczepionkę na wiele wydajnych sposobów i czy patent nie jest używany do blokowania tego postępu?

Problem spraw własności intelektualnej jest złożony. Wynikiem powinien być brak trudności, które blokowałyby dostępność szczepionki w krajach, gdzie jest ona najbardziej potrzebna. Względem na to, jak patenty są kontrolowane i jak ochronić je przed blokadą ich dystrybucji, nie zastąpi spojrzeń na sprawy etyki podczas prób, włączając w to korzyści dla ich uczestników.

### **Tradycyjna medycyna**

Poruszono także kwestie tradycyjnej medycyny, aby lepiej zrozumieć jej wpływ na dyskutowane etyczne problemy. Powstały pytania o to, w jak dużej części tradycyjna medycyna jest włączona w system edukacyjny i etyczny określonych krajów. Czy są jakieś sprzeczności w teorii i praktyce tych nauk? Na przykład w Indiach nauki bioetyczne są zdominowane przez wpływy zachodnie. W Afryce tradycyjne praktyki są przekazywane z pokolenia na pokolenie, bazując na nie udowodnionych metodach. Waga duchowości i jej związku ze zdrowiem w kontekście tradycyjnej medycyny jest także ważnym elementem leczenia.

Zastanawiano się także, czy tradycyjne formy leczenia mogą podlegać badaniom naukowym. W Indiach np. jest więcej lekarzy praktykujących tradycyjną medycynę. Tam, gdzie przeprowadzono kontrole jakościowe, nowoczesne praktyki niekoniecznie okazywały się lepsze od tradycyjnej medycyny. Co więcej, szereg przypadków ukazał równość, jeśli nie wyższość tradycyjnej medycyny, zwłaszcza w przypadku chorób chronicznych lub powiązanych z wiekiem. Specyficzne leki używane w przypadku chorób związanych ze starzeniem obecnie poddawane są nowoczesnym metodom oceny, by udowodnić, iż tradycyjna medycyna ma swoją wartość.

Ważny jest również fakt, iż tradycyjna medycyna jest praktyką zakorzenioną w społeczności i w związku z tym pełni istotną rolę w każdej praktyce medycznej. Powinna być więc wzięta pod uwagę nie tylko, gdy chodzi o badania kliniczne, ale także budowanie kompetencji.



# Badania kliniczne środków farmaceutycznych i materiałów medycznych

Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw

Dr Jarosław Wysocki<sup>1</sup>

Dr hab. Piotr Fiedor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Anatomii Prawidłowej AM

<sup>2</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Instytutu Transplantologii AM

## Wstęp

Badania kliniczne środków farmaceutycznych i materiałów medycznych stanowią najważniejszą część procesu przedrejestracyjnego, a następnie rejestracji przed wprowadzeniem tych produktów do powszechnego użytku.

Badania kliniczne stanowią wykładnik możliwości wprowadzenia i skuteczności działania produktu w praktyce lekarskiej. Ta płaszczyzna działalności badawczo-naukowej wymaga szczegółowych uregulowań prawnych i „szczelnego” systemu kontroli. Ustawy, od dawna obowiązujące w krajach wysoko uprzemysłowionych, w Polsce nie doczekały się jeszcze jednolitego aktu prawnego, odpowiadającego potrzebom integracji z dyrektywami i prawem w systemie prawodawstwa unijnego i wymogów EMEA dla procesu rejestracji.

Zgodnie z Deklaracją Helsińską i przepisami Unii Europejskiej, za badanie kliniczne uważa się każde badanie, w którym uczestniczą ludzie, a badanie prowadzone jest w celu oceny efektów i skutków działania produktów farmaceutycznych, dokładnego określenia ich parametrów farmakologicznych oraz oceny ich bezpieczeństwa w terapii (1, 2, 3, 4). Regulacje prawne w tym zakresie, obowiązujące w Polsce, odbiegają od stosowanych w krajach Unii Europejskiej, USA czy Japonii. Zasady określające dopuszczalność badania klinicznego i warunki jego prowadzenia, w Polsce objęte są różnymi aktami prawnymi. Charakter tych przepisów jest różnorodny: od sformułowań ogólnych, jak zostało to ujęte w Konstytucji czy w Kodeksie Karnym, do bardziej szczegółowych, jak w przypadku Ustawy o zawodzie lekarza.

Potrzeba wprowadzenia przepisów dotyczących badań klinicznych leków pojawiła się w ubiegłym stuleciu (XX w.) i związana jest z rozwojem przemysłu farmaceutycznego, ale przede wszystkim miała zabezpieczyć uczestnika badania przed nadużyciami wynikającymi z nieprawidłowego prowadzenia badań klinicznych (5). Potężnym bodźcem skłaniającym środowiska medyczne i prawnicze do wprowadzenia

zasad regulujących tę sferę działalności badawczo – naukowej było ujawnienie zbrodniczej działalności na ludziach niektórych badaczy (lub osób pretendujących do tego miana) podczas II wojny światowej.

Prawodawstwo XIX wieczne i dawniejsze nie zawierało szczegółowych uregulowań prawnych w zakresie medycyny, w tym procedur udzielania zgody na leczenie, czy zasad odpowiedzialności lekarza przed pacjentem. W 1911 roku w USA po raz pierwszy w piśmiennictwie medycznym pojawia się rozważanie o zgodzie chorego na operację (cyt. za 6). Pierwszą, międzynarodową deklaracją dotyczącą badań na ludziach, był Kodeks Norymberski uchwalony w 1947 roku (7). Kładł on szczególną rolę na świadomą zgodę osoby poddawanej badaniom i był pokłosiem szokujących procesów lekarzy oskarżanych o nieludzkie eksperymenty.

W roku 1957 w USA podczas procesu sądowego użyto po raz pierwszy sformułowania świadomej zgody pacjenta na proponowaną mu metodę leczniczą (informed consent), stanowiącą obecnie podstawę wszelkich działań medycznych (6). Od tego czasu zagadnieniu wyrażenia dobrowolnej zgody na udział w eksperymencie medycznym poświęcono cały szereg prac naukowych i rozważań natury etyczno-prawnej (5, 6, 8, 9, 10).

W 1964 roku Światowe Stowarzyszenie Medyczne (WMA) na swym 18 Światowym Zgromadzeniu Medycznym w Helsinkach postanowiło przyjąć deklarację etyczną dotyczącą eksperymentów naukowych z udziałem ludzi, określaną potem jako Pierwsza Deklaracja Helsińska. Na kolejnych konferencjach WMA opracowywano nowelizacje tego pierwotnego tekstu, zgodnie z postępem nauki i wiedzy medycznej. Ostatnia z deklaracji Helsińskich jest już szóstą wersją, uchwaloną w październiku 2000 roku na 52 konferencji WMA w Edynburgu (3). Dokument ten rozróżnia dwie kategorie badań: badania medyczne (kliniczne), związane ze świadczeniem usługi zdrowotnej oraz badania niekliniczne, czyli biologiczno-medyczne, nie mające charakteru terapeutycznego, a głównie poznawczy. Należy podkre-

ślić, że Deklaracja Helsińska ma charakter zaleceń etycznych dotyczących badania naukowego lub naukowo-medycznego z udziałem ludzi, nie jest natomiast obowiązującym na terenie krajów-sygnatariuszy aktem prawnym. Stwierdzenie powyższe jest z resztą zawarte w preambule wszystkich kolejnych wersji Deklaracji. Stąd dopuszczalne są dyskusje nad treścią Deklaracji. Są one szczególnie żywe w chwili obecnej, bowiem Deklaracja z roku 2000 dość istotnie różni się od wersji poprzedniej z roku 1996, poddając m.in. w wątpliwość etyczną stronę podawania placebo w badaniach klinicznych leków.

Sformułowania zawarte w Deklaracjach Helsińskich stały się podstawą dla tworzenia szczegółowych uregulowań, w postaci Zasad Dobrej Praktyki Klinicznej (GCP), określających zasady prowadzenia badań klinicznych z udziałem ludzi (od 1 lipca 1991 obowiązujące w krajach Unii Europejskiej) (2, 4). Jest to Dyrektywa regulująca prowadzenie wszystkich rodzajów badań klinicznych, w tym w celu rejestracji w kraju, w innych krajach czy też w celach poznawczych.

W Polsce pierwsze inicjatywy mające na celu uregulowanie zasad prowadzenia badań klinicznych przybrały konkretny wymiar wraz z powołaniem przez Ministerstwo Zdrowia Komisji Nadzoru nad Badaniami Klinicznymi przy Akademii Medycznych oraz, w roku 1982, Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach przy Ministerstwie Zdrowia (zarządzenie nr 13 MZiOS z dnia 11.06.1982). Od roku 1992 Departament Nauki i Kształcenia MZiOS przyjął zasady GCP jako obowiązujące w Polsce, a w 1993 Minister Zdrowia wydał zalecenie MZiOS prowadzenia wszystkich badań klinicznych zgodnie z zasadami GCP (2, 4). Wspomniane instytucje zostały następnie przekształcone w Komisję Bioetyczne – lokalne i odwoławczą, przy Ministerstwie Zdrowia (11). Uzupełnieniem tych działań prowadzonych ze strony Ministerstwa była w 1994 roku inicjatywa Instytutu Leków, polegająca na wyodrębnieniu z dotychczasowych struktur Instytutu samodzielnej placówki – Centrum Ewidencji Badań Klinicznych – CEBK (12).

### **Przegląd obowiązujących aktów prawnych**

#### **I. Celowość prowadzenia badań klinicznych i uprawnienia do ich realizacji**

Następujące akty prawne odnoszą się pośrednio lub bezpośrednio do tego zagadnienia.

**Ustawa** z dnia 27 lipca 2001 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (13), jeszcze bez rozporządzeń wykonawczych.

W Ustawie tej badaniom klinicznym poświęcony jest rozdział 5, zatytułowany: „Badania kliniczne wyrobów medycznych”.

a) Art. 21. Definiuje istotę i cel badania klinicznego oraz uzasadnia potrzebę jego prowadzenia.

1. Badania kliniczne wyrobów medycznych przeprowadza się w celu wydania oceny klinicznej, jeżeli istniejąca literatura naukowa i opinie o wyrobach medycznych podobnych nie stanowią wystarczających podstaw do sformułowania takiej oceny.

2. Badania kliniczne wyrobów medycznych przeprowadza się, jeżeli są niezbędne dla oceny przydatności klinicznej wyrobu medycznego lub oceny, czy ryzyko związane ze stosowaniem wyrobu medycznego nie jest nadmierne w porównaniu z korzyściami dla pacjenta.

a) Art. 22. Odnosi się do podmiotów odpowiedzialnych i uprawnionych do prowadzenia badań klinicznych

1. Wytwórca wyrobu medycznego przeznaczonego do badań klinicznych przeprowadza postępowanie w sprawie oceny klinicznej wyrobu medycznego.

2. Badania kliniczne wyrobów medycznych przeprowadzają jednostki spełniające wymagania organizacyjne oraz w zakresie wyposażenia i kwalifikacji personelu.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakie powinny spełniać jednostki prowadzące badania kliniczne, i sposób przeprowadzania oceny klinicznej wyrobów medycznych, uwzględniając w szczególności wymagania bezpieczeństwa dla ludzkiego życia i zdrowia podczas prowadzenia badań.

a) Art. 23 ust. 4 umocowuje nowe przepisy w otoczeniu dotychczas obowiązującego prawa regulującego eksperyment medyczny: „Jeżeli badanie kliniczne wiąże się z przeprowadzeniem eksperymentu medycznego, wytwórca lub autoryzowany przedstawiciel jest obowiązany dołączyć do wniosku, o którym mowa w ust. 3, opinię niezależnej komisji bioetycznej, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (...).

b) Art. 24 ust. 1-3 oraz cały Art. 25 odnoszą się do znaczenia badań klinicznych dla zdrowia publicznego i bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

#### Art. 24.

1. Warunkiem rozpoczęcia badań klinicznych z udziałem wyrobu medycznego jest uzyskanie pozwolenia Prezesa Urzędu.

2. Prezes Urzędu wydając pozwolenie na rozpoczęcie badań klinicznych uwzględnia skutki tych badań dla zdrowia publicznego.

3. Prezes Urzędu wydaje pozwolenie na rozpoczęcie badań klinicznych na podstawie wniosku wytwórcy lub autoryzowanego przedstawiciela, złożonego wraz z programem badań klinicznych.

#### Art. 25.

1. Przedmiotem badań klinicznych wyrobu medycznego

jest wszechstronna analiza jego oddziaływania na ludzki organizm i ludzką psychikę podczas obsługi i używania w normalnych warunkach, w tym ustalenie niepożądanych skutków ubocznych, oraz ocena, czy stanowią one zagrożenie ze względu na ich przewidziane zastosowanie. Za prowadzenie badań klinicznych odpowiedzialny jest lekarz lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje.

2. Osoba odpowiedzialna, o której mowa w ust.1, sporządza pisemne sprawozdanie zawierające krytyczną ocenę wszystkich danych zebranych podczas badań klinicznych i potwierdza je swoim podpisem, z podaniem daty.

**Ustawa** z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (14), jeszcze bez rozporządzeń wykonawczych

a) Art. 6. Tej ustawy precyzuje zasady planowania, rejestrowania, prowadzenia i kontroli badań klinicznych leków.

1. Do przeprowadzania badań klinicznych produktu leczniczego oraz przyszłego produktu leczniczego mają zastosowanie przepisy o eksperymencie medycznym, o którym mowa w rozdziale 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (...).

2. Badanie kliniczne produktu leczniczego podmiot odpowiedzialny lub inny podmiot podejmujący badanie kliniczne produktu leczniczego zgłasza do Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych prowadzonej przez Prezesa Urzędu.

3. Badanie kliniczne produktu leczniczego prowadzone jest zgodnie z Dobrą Praktyką Klinikzną.

4. Przewóz z zagranicy produktów niezbędnych do prowadzenia badań klinicznych wymaga uzyskania zaświadczenia wydanego przez Prezesa Urzędu, że sprowadzane produkty lecznicze wykorzystywane będą w związku z prowadzonymi badaniami.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia:

a) sposób i zakres prowadzenia inspekcji badań klinicznych w zakresie zgodności tych badań z wymaganiami Dobrej Praktyki Klinikznej,

b) sposób i tryb prowadzenia Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych uwzględniając w szczególności dane objęte ewidencją.

Ustawa o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym (15).

a) Art. 15 odnosi się do konieczności przeprowadzenia odnośnych badań klinicznych przed dokonaniem rejestracji środka farmaceutycznego

– ust. 1. stwierdza, że przeprowadzenie odpowiedniego badania klinicznego w Polsce w uzasadnionych przypadkach może być warunkiem uzyskania wpisu do rejestru; o skierowaniu preparatu do specjalistycznych badań lub zarejestrowaniu bez potrzeby ich wykonania decyduje Komisja

Rejestracji Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych;

– ust. 2 daje jednocześnie Komisji Leków możliwość odstąpienia od tych badań;

– ust. 3 to delegacja dla Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do wskazania jednostek uprawnionych do przeprowadzenia badań laboratoryjnych i klinicznych (w stosownym rozporządzeniu);

a) Art. 16 określa warunki, których przestrzeganie jest konieczne podczas prowadzenia badania klinicznego (m.in. uwzględnianie wyników badań przedklinicznych, które muszą wskazywać na bezpieczeństwo preparatu kierowanego do badań klinicznych) i zawiera delegacje do odnośnych szczegółowych przepisów dotyczących eksperymentu medycznego.

**Zarządzenie** Ministra Zdrowia z 1993 (16). Zarządzenie to m.in. formułuje następujące zasady:

b) W § 2. ust.1 podaje, że: „Badania kliniczne środka farmaceutycznego i materiału medycznego są wykonywane przez szpitale kliniczne oraz oddziały szpitalne udostępnione na potrzeby klinik na podstawie odrębnych przepisów” ;

c) W § 6. ust. 1 podaje, że warunkiem przystąpienia do badań klinicznych są pozytywne wyniki badań laboratoryjnych, prowadzonych uprzednio w jednej z jednostek badawczo-rozwojowych (wymienionych w § 1.1. omawianego rozporządzenia), ale badanie to odbywa się na wniosek Komisji Rejestracji Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych;

d) W § 5 natomiast wspomniane rozporządzenie precyzuje warunki odpłatności za wykonanie w/w badań laboratoryjnych czy klinicznych, które to badania mają się odbywać na koszt „ubiegającego się o wpis środka lub materiału do Rejestru Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych”;

e) W § 6.2. stwierdza, że „szczegółowy zakres i rodzaj badań klinicznych, a w razie potrzeby – także etapy tych badań ustala Komisja” (dom. Komisja Rejestracji Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych).

## II. Kwalifikacje badacza – osoby prowadzącej eksperyment, badanie kliniczne

Kwalifikacje lekarzy prowadzących badania kliniczne regulują następujące przepisy

**Zarządzenie** Ministra Zdrowia z 1993 (16).

Cytowane już powyżej zarządzenie w § 7 odnosi się do kwalifikacji badacza.

a) § 7.1 „Badania kliniczne przeprowadza się pod bezpośrednim kierownictwem lekarza będącego co najmniej specjalistą II stopnia w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na przedmiot badania, upoważnionego do takich badań przez kierownika jednostki prowadzącej badanie kliniczne;

**Ustawa** o zawodzie lekarza (17) podaje w art. 23: „Eksperymentem medycznym kieruje lekarz posiadający odpowiednio wysokie kwalifikacje”.

**Kodeks** Etyki Lekarskiej (18) podaje w Art. 47., że: „Eksperyment biomedyczny na człowieku może być przeprowadzony wyłącznie pod nadzorem doświadczonego lekarza”.

### III. Świadoma zgoda osoby uczestniczącej w eksperymencie medycznym

Świadoma zgoda to dobrowolna decyzja pacjenta lub zdrowego ochotnika, posiadającego wystarczającą wiedzę dla podjęcia tej decyzji, wyrażająca jego przyzwolenie na poddanie się eksperymentowi medycznemu lub naukowemu. Zgoda pacjenta – o ile stanowi warunek podjęcia interwencji medycznej – musi odpowiadać obowiązującym w prawie polskim standardom i warunkom dotyczącym oświadczeń woli, a więc powinna być udzielona świadomie, w oparciu na niezbędnym zasobie informacji, swobodnie i dobrowolnie. Takie rozumienie świadomej zgody jest również zawarte w Deklaracji Helsińskiej (3). Zagadnienie świadomej zgody, jako odnoszące się do podstawowych praw i wolności człowieka, reguluje szereg przepisów.

#### **Konstytucja RP (19)**

a) Art. 39 mówi, że „nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody”.

b) Art. 41 ust. 1 zapewnia z kolei każdemu obywatelowi nietykalność osobistą.

#### **Kodeks cywilny (20)**

a) Art. 23 zabezpiecza wolność i prywatność życia: „dobra osobiste człowieka, w szczególności zdrowie i wolność pozostają pod ochroną prawa cywilnego, niezależnie od ochrony zapewnianej przez inne przepisy”.

#### **Kodeks karny (21)**

a) Art. 27 odnosi się do świadomej zgody i stwierdza w § 2.: „Eksperyment jest niedopuszczalny bez zgody uczestnika, na którym jest przeprowadzany, należyście poinformowanego o spodziewanych korzyściach i grożących mu ujemnych skutkach oraz prawdopodobieństwie ich powstania, jak również o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie na każdym jego etapie”.

**Ustawa** o Zakładach Opieki Zdrowotnej (22) odnosi się do zagadnienia świadomej zgody w artykułach 19 i 21

a) art. 19 pkt. 1

– ppkt. 2 stwierdza, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia;

– ppkt. 3 podaje, że „pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji” ;

a) art. 19 pkt. 2 : dodaje, że warunek udzielenia zgody nie

odnosi się do wszystkich świadczeń zdrowotnych, odsyłając do odrębnych przepisów w tym względzie;

b) art. 21 uzależnia przyjęcie chorego do szpitala od zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, wyłączając jednak szczególne przypadki, w których zgoda nie może być uzyskana.

#### **Ustawa** o zawodzie lekarza (17)

Rozdział 4 poświęcony jest w całości eksperymentowi medycznemu

a) art. 24 mówi o konieczności poinformowania pacjenta o ryzyku, spodziewanych korzyściach i o możliwości przerwania eksperymentu w każdej chwili;

b) art. 25 i 26 odnoszą się do poszczególnych sytuacji, w których świadoma zgoda może być uzyskana (pacjent w pełni świadomy, pacjent małoletni, pacjent ubezwłasnowolniony, kobieta ciężarna). Art. 26 wyłącza z eksperymentu badawczego (czyli poznawczego, stricte naukowego) osoby ubezwłasnowolnione, dzieci poczęte, żołnierzy służby zasadniczej i więźniów;

c) art. 27 porusza problem konieczności przerwania eksperymentu;

d) art. 29 precyzuje rolę Komisji Bioetycznych;

e) art. 31-35 odnoszą się do zasad udzielania świadczeń leczniczych; podnoszą obowiązek pełnego poinformowania pacjenta, konieczność uzyskania świadomej zgody lub zgody zstępnej.

Kodeks Etyki Lekarskiej (18) podejmuje kwestię zgody pacjenta na działania lecznicze aż w 4 artykułach. Przytaczamy je w pełnym brzmieniu z uwagi na to, że mogą one mieć zastosowanie do różnych działań podejmowanych w badaniach medycznych.

a) art. 15: „Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia” ;

b) art. 16: „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, albo opiekuna faktycznego” ;

c) art. 36 : „Pobranie komórek, tkanek i narządów od żyjącego dawcy dla celów transplantacji może być dokonane tylko od dorosłego za jego pisemną zgodą, w warunkach pełnej dobrowolności, po uprzednim poinformowaniu go o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem. Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne” ;

d) art. 37 : Pobranie szpiku od dziecka jest dozwolone za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. W przypadkach osób małoletnich, o ile są do tego zdolne, winno się uzyskać ich zgodę” .

**Ustawa** o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (23). W art. 9 ust. 1 pkt 7 stwierdza ona, że pacjent ma prawo do dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgo-

dy na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych.

Zasadniczą formą zgody na udział w eksperymencie medycznym jest zgoda pisemna. W przypadkach niemożności udzielenia zgody może to być zgoda ustna w obecności dwóch świadków, jak mówi Ustawa o zawodzie lekarza w art. 25 (17). Podobnie precyzuje to art. 32 pkt. 7 podając jednak, że na czynności lecznicze zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie zachowanie chorego, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym (17).

W niektórych szczególnych sytuacjach zgodę osobistą zastępuje lub uzupełnia zgoda zastępcza. Pojęcie zgody zastępczej czyli substytucyjnej odnosi się do szczególnych grup pacjentów. Są to:

- dzieci i osoby młodociane do 16 r.ż.
- osoby z chorobami psychicznymi
- osoby upośledzone umysłowo
- nieprzytomni.

Ustawa o zawodzie lekarza mówi o zgodzie i jej warunkach na eksperyment medyczny (art. 25) czy leczenie (art. 32), odróżniając osoby małoletnie, które nie ukończyły 16 rż. od tych, które ten wiek ukończyły (17). Z przepisów tych wynika, że dziecko i małoletni, a także osoba ubezwłasnowolniona względem czynności prawnych, bądź w rozeznaniu lekarza niezdolna do właściwego rozumienia podawanych przez niego informacji, poddawani mogą być wszelkim działaniom lekarskim, w tym eksperymentowi medycznemu, po spełnieniu jednego z następujących warunków:

- udzieleniu zgody opiekuna faktycznego
- udzieleniu zgody opiekuna ustawowego
- udzieleniu zgody przez sąd opiekuńczy, a ponadto
- udzieleniu świadomej zgody przez dziecko, jeśli w rozeznaniu lekarza jest ono zdolne do jej udzielenia
- udzieleniu świadomej zgody przez osobę małoletnią, która ukończyła 16 rż.

#### IV. Ochrona danych uzyskiwanych w wyniku prowadzonego badania. Prawo dostępu do danych medycznych

Zasada poufności dokumentacji medycznej wynika zarówno z aktów prawnych dotyczących działalności lekarza czy zakładu opieki zdrowotnej, jak i z ogólnych przepisów o ochronie danych osobowych.

**Ustawa** o zakładach opieki zdrowotnej (22) w art. 18 odnosi się do tego zagadnienia

- a) ust. 2. mówi, że: "Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji (...)" ;
- b) ust. 3. odnosi się do udostępniania informacji, w tym do celów naukowo-badawczych

– pkt. 4.: „Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy” ;

**Ustawa** o zawodzie lekarza (17)

a) art. 28 podaje, że: „Informacja uzyskana w związku z eksperymentem medycznym może być wykorzystana do celów naukowych, bez zgody osoby poddanej temu eksperymentowi, w sposób uniemożliwiający identyfikację tej osoby” ;

b) art. 36 ust. 1 odnosi się do konieczności przestrzegania prawa do godności chorego oraz poszanowania jego prywatności;

c) art. 40 odnosi się do obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej i mówi, że:

„Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu”. Przepisu tego nie stosuje się, gdy: „(...) jest to niezbędne dla celów naukowych – ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie”.

**Ustawa** o ochronie danych osobowych (23)

a) art. 1. tej ustawy stwierdza: „ Każdy ma prawo do ochrony dotyczących go danych osobowych. Przetwarzanie danych osobowych może mieć miejsce ze względu na dobro publiczne, dobro osoby, której dane dotyczą, lub dobro osób trzecich w zakresie i trybie określonym ustawą” ;

b) art. 25 podaje z kolei, że „ Przepisu ust. 1 nie stosuje się, jeżeli: (...) dane te są niezbędne do badań naukowych, dydaktycznych, historycznych, statystycznych lub badania opinii publicznej, ich przetwarzanie nie narusza praw lub wolności osoby, której dane dotyczą, a spełnienie wymagań określonych w ust. 1 wymagałoby nadmiernych nakładów lub zagrażałoby realizacji celu badania, administrator danych nie przetwarza dalej zebranych danych po ich jednorazowym wykorzystaniu;

c) art. 26 : „Przetwarzanie danych w celu innym niż ten, dla którego zostały zebrane, jest dopuszczalne, jeżeli nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą, oraz następuje: w celach badań naukowych, dydaktycznych, historycznych lub statystycznych (...).

**Ustawa** o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (24), stwierdza w art. 12 ust. 1, że pacjent ma prawo do ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą.

#### V. Odpowiedzialność, w tym odpowiedzialność karna

Kwestie odpowiedzialności za pacjenta – uczestnika eksperymentu naukowego można wywieść z kilku aktów prawnych.

**Zarządzenie** Ministra Zdrowia z 1993 (16)

a) w § 7.2 podaje, że: „Lekarz będący bezpośrednim kierownikiem badań klinicznych jest odpowiedzialny za prawidłowy przebieg tych badań”.

**Kodeks** karny (21) reguluje dopuszczalność eksperymentu i odpowiedzialność za jego przeprowadzenie

a) art. 27

– § 1 mówi o zwolnieniu badacza z odpowiedzialności karnej pod warunkiem prowadzenia eksperymentu zgodnie z aktualną wiedzą: „Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu przeprowadzenia eksperymentu poznawczego, medycznego (...), a oczekiwanie jej osiągnięcia, celowość oraz sposób przeprowadzenia eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy” ;

– § 3 odnosi się do szczegółowych regulacji w innych ustawach.

**Ustawa** o Izbach lekarskich (25)

Rozdział 6 odnosi się do odpowiedzialności zawodowej

a) art. 41. podaje, że „Członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza”.

**Dyskusja**

Miejsce badania medycznego czy naukowego z udziałem ludzi określają różnorodne akty prawne, odnoszące się w ogólności do praw i swobód obywatelskich, w szczególności zaś do konkretnych sytuacji z różnych dziedzin medycyny. Miejsce badań klinicznych w polskim systemie prawnym pozostaje nie do końca sprecyzowane, mimo uchwalenia najnowszych aktów prawnych, takich jak Ustawa o Urzędzie Rejestracji, czy Prawo farmaceutyczne (13, 14).

Z Zarządzenia Ministra Zdrowia (16) wynika, że w zasadzie do badań klinicznych należy kierować jedynie preparaty czy produkty, wobec których producent ubiega się o rejestrację. Zarówno poprzednia Ustawa Farmaceutyczna (15), jak wspomniane Zarządzenie Ministra Zdrowia regulują jedynie zagadnienia związane z prowadzeniem badań w celu rejestracji danego preparatu w Polsce (1). Nowa Ustawa o Urzędzie Rejestracji (13) dopuszcza także inne powody, dla których można i należy prowadzić badania kliniczne. Art. 21 tej Ustawy mówi, że badanie kliniczne wyrobów medycznych przeprowadza się w celu uzyskania oceny klinicznej, pozwalającej określić skuteczność leku czy wyrobu medycznego oraz ich bezpieczeństwo, „jeżeli istniejąca literatura naukowa i opinie o wyrobach medycznych podobnych nie stanowią wystarczających podstaw do sformułowania takiej oceny”.

Badania innego rodzaju w świetle polskiego prawa, jak ocena metody terapeutycznej czy procedury postępowania w danej jednostce chorobowej, nadal nie podlegają właściwie

regulacji prawnej, tzn. nie ma wobec nich określonych warunków, jakie ma spełniać badacz czy jednostka prowadząca badanie. Jest to zatem wyraźna luka prawna, wymagająca uzupełnienia. Luka ta jest tym bardziej dotkliwa, że nowe ustawy z dnia 27 lipca 2001 i 6 września 2001 roku nadal nie doczekały się przepisów wykonawczych. W szczególności dotyczy to wykazu jednostek organizacyjnych służby zdrowia uprawnionych do prowadzenia tych badań oraz do kontrolowania prawidłowości ich przebiegu.

W prawodawstwie polskim dotyczącym działalności lekarskiej, w tym w dziedzinie eksperymentu medycznego, bardzo duży nacisk kładzie się na etyczną stronę zagadnienia. Ma to na celu ochronę praw pacjenta, który w procesie leczniczym jest zdecydowanie stroną słabszą. Kodeks Etyki Lekarskiej (18) oraz Ustawa o zawodzie lekarza (17) podają następujące zasady etyczne regulujące prowadzenie badań naukowych z udziałem ludzi:

– korzyści dla pacjenta wynikające z tych badań przewyższają ryzyko

– konieczne jest udzielenie pacjentowi wyczerpującej informacji

– konieczna jest świadoma zgoda lub odpowiednio umotywowana zgoda zastępcza

– badania kliniczne muszą być prowadzone zgodnie z zasadami badań naukowych

– badania kliniczne muszą mieć jasno określony cel

– niezbędna jest pozytywna opinia niezależnej Komisji Bioetycznej

– wymagany jest nadzór doświadczonego lekarza.

Szczególnej ochronie podlega kobieta ciężarna i płód. W myśl postanowień ustawy o zawodzie lekarza Art. 26 (ust. 1-3) „udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i płodu, a kobiety ciężarne i karmiące mogą uczestniczyć wyłącznie w eksperymentach badawczych pozbawionych ryzyka lub związanych z niewielkim ryzykiem”.

Nowe prawodawstwo uwzględnia odniesienia badań klinicznych do różnych sfer aktywności człowieka. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o Urzędzie Rejestracji (13) w Art. 25 ust. 1 stwierdza, że „Przedmiotem badań klinicznych wyrobu medycznego jest wszechstronna analiza jego oddziaływania na ludzki organizm i ludzką psychikę podczas obsługi i używania w normalnych warunkach, w tym ustalenie niepożądanych skutków ubocznych, oraz ocena, czy stanowią one zagrożenie ze względu na ich przewidziane zastosowanie”.

W prawodawstwie polskim istnieje wyraźne rozróżnienie eksperymentu leczniczego i badawczego. Eksperyment leczniczy może być przeprowadzony tylko, gdy dotychczasowe metody badawcze nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca, co wynika z art. 21 ustawy o zawo-

dzie lekarza (17). Eksperyment badawczy natomiast jest dopuszczalny tylko wtedy, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też jest ono niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów (17). Ponadto w art. 26 Ustawy o zawodzie lekarza znaleźć można zapis mówiący o zakazie angażowania do eksperymentu badawczego m.in. osób ubezwłasnowolnionych (17). Także dziecko poczęte (zarodek, płód) nie może być uczestnikiem eksperymentu badawczego. Ponadto żołnierze służby zasadniczej i osoby osadzone w zakładach karnych nie mogą być angażowane do eksperymentu badawczego, zatem wszelkie działania o charakterze eksperymentu muszą mieć wobec nich jednoznaczny charakter leczniczy. Należy stwierdzić, że zasady te są w pełni zgodne zarówno z dawniejszymi, jak i z najnowszą wersją deklaracji Helsińskiej (3). Spod zakresu podmiotowego eksperymentu leczniczego wyłączono osoby zdrowe. Ustawa definiując ten rodzaj eksperymentu wyraźnie wskazuje, że metody medyczne mogą być stosowane przy jego przeprowadzeniu wyłącznie w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej, co stwierdza art. 21 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza (17). Jego uczestnikami mogą być zatem wyłącznie chorzy.

Uczestnikiem eksperymentu badawczego mogą być zarówno osoby chore, jak i zdrowe. Wobec eksperymentu badawczego stawia się zatem wyższe wymagania etyczne. Rozwiązanie to odpowiada określonym w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego standardom konstytucyjnym w zakresie eksperymentu badawczego. W uzasadnieniu do uchwały z 17 marca 1993 r. (W. 16/92) TK wypowiada pogląd, iż "osoby, które nie są zdolne do swobodnego podejmowania decyzji i wyrażania woli, nie mogą być przedmiotem eksperymentów badawczych".

Bardzo dużo miejsca poświęcono w prawodawstwie polskim zagadnieniu świadomej zgody. Uświadomiona zgoda odgrywa istotną rolę w procesie współpracy terapeutycznej lekarz-pacjent (6, 8). Zgoda bez przymusu, w okolicznościach zrozumiałych dla pacjenta, dotyczyć powinna zarówno potrzeby terapii, jak i jej ewentualnych powikłań (9). Pojęcie świadomej zgody zakłada a priori posiadanie przez pacjenta pełnej informacji o swym stanie zdrowia. Świadoma zgoda wymaga rzetelnego poinformowania pacjenta bądź potencjalnego uczestnika eksperymentu medycznego o wszelkich aspektach proponowanego leczenia czy działania. Możliwość odstąpienia od przekazania pacjentowi pełnej informacji na temat jego stanu zdrowia i planowanych metod leczniczych jest jednak niekiedy dopuszczalna z punktu widzenia Kodeksu Etyki Lekarskiej (16) i jest nazywana przywilejem terapeutycznym lekarza (6). Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 17. podaje, że „(...) Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż

jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa”. Artykuł ten daje lekarzowi możliwość oszczędzenia choremu wiadomości o rozpoznaniu w przypadku złego rokowania choroby. W Polsce lekarz stosując przywilej terapeutyczny bierze zatem pod uwagę konieczność nagłej interwencji lub podejrzenie, że podanie pełnej informacji uniemożliwi choremu podjęcie racjonalnej decyzji. Należy stwierdzić, że regulacja ta nie powinna obejmować jednak przypadków działań kwalifikujących się do miana eksperymentu medycznego. W ustawie o zawodzie lekarza jasno powiedziane jest bowiem, że niezbędnym warunkiem przeprowadzenia eksperymentu jest przekazanie pacjentowi pełnej informacji (17).

Z Ustawy o zawodzie lekarza wynika, że zawsze jeśli to możliwe ze względu na stan fizyczny czy umysłowy człowieka, należy dążyć do jej uzyskania, a jeśli nie można jej uzyskać od chorego, należy zwrócić się do jego opiekuna prawnego, faktycznego, czy od sądu opiekuńczego. Ustawa zawiera jednak szczegółową regulację, która pozwala na przeprowadzenie eksperymentu z udziałem takich osób. Polega ona na przyznaniu innemu podmiotowi możliwości skutecznego udzielenia zgody na udział w eksperymencie medycznym (zgoda zastępcza). W stosunku do małoletniego i osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę zastępczą może wyrazić ich przedstawiciel ustawowy, natomiast w stosunku do osoby niezdolnej do rozeznania sąd opiekuńczy. Zgoda zastępcza wobec osoby małoletniej może dotyczyć zarówno eksperymentu leczniczego, jak i badawczego, a ubezwłasnowolnionej całkowicie i niezdolnej do rozeznania jedynie eksperymentu leczniczego (17). Gdyby przedstawiciel ustawowy odmawiał wyrażenia zgody na poddanie się eksperymentowi medycznemu, przeprowadzający go podmiot może zwrócić się do sądu opiekuńczego o wyrażenie zgody zastępczej (17).

Prawo wyłącza od obowiązku uzyskania zgody na leczenie czy udziału w eksperymencie leczniczym sytuacje nagłe. W przypadku odmowy zgody na leczenie ze strony opiekuna, w sytuacjach uznanych za zagrożenie zdrowia czy życia, lekarz zwraca się do sądu opiekuńczego, a w sytuacjach nagłych może podjąć działania lecznicze nawet bez tej zgody (17).

Pewne niejasności dotyczą także innych aspektów zgody pacjenta na udział w badaniu klinicznym. Jeżeli osoba będąca potencjalnym uczestnikiem eksperymentu nie wyraża zgody na udział w nim, nie powinno mieć znaczenia, czy jest ona w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć swą opinię w sprawie badania, czy nie. Stwierdza to jasno artykuł 39 Konstytucji (19). Zagadnienie zgody uczestnika na poddanie się eksperymentowi medycznemu stanowi także, jak wspomniano wcześniej, trzon regulacji zawartej w Ustawie o zawodzie lekarza (17). Dla legalności eksperymentu medycznego

wymaga ona uprzedniej zgody poddawanej mu osoby. W konsekwencji brak takiej zgody wyklucza dopuszczalność udziału w eksperymencie i przesądza o jego bezprawności. Jest to generalna zasada wyrażona w art. 25 ust. 1 zd. wspomnianej ustawy (17). Zasadę tę wzmacnia treść art. 27 ust. 1 stanowiący, że osoba poddająca się eksperymentowi medycznemu lub inny podmiot uprawniony do udzielania na to zgody może ją cofnąć w każdym stadium. Ustawa nie stawia tu żadnych wymagań co do motywów takiego odstąpienia. Oznacza to, że "byt" eksperymentu w całej rozciągłości uzależniony jest od zgody osoby uprawnionej do jej udzielenia. Niestety art. 25 Ustawy o zawodzie lekarza w dalszym swym wywodzie (ustępy: 2, 4, 5) ujmuje to zagadnienie nieco inaczej, jako podstawę przyjmując zasadę uzależnienia ważności zgody od tego, czy pacjent, niezależnie od wieku i zdolności do czynności prawnych jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć się na temat uczestniczenia w eksperymencie (17). Art. 25 Ustawy o zawodzie lekarza w ust. 6 mówi także, że w przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy odmawia tej zgody, można zwrócić się do sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na siedzibę podmiotu przeprowadzającego eksperyment, o wyrażenie zgody. Ponadto tenże artykuł 25 ust. 8 mówi, że „w przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia, uzyskanie zgody, o której mowa (...) nie jest konieczne”.

Ograniczenia te w istocie oznaczają dopuszczalność eksperymentu leczniczego bez konieczności uzyskiwania zgody osoby, która jest mu poddawana. Polegają one na:

- dopuszczeniu go po uzyskaniu zgody innego podmiotu (zgoda zastępcza),
- dopuszczeniu go bez konieczności uzyskiwania jakiegokolwiek zgody.

Wynika z tego, że w eksperymencie medycznym rolę dominującą (chyba nadmiernie) odgrywa lekarz. Ustawa wymienia tu następujące kategorie potencjalnych uczestników badania:

- małoletnich,
- ubezwłasnowolnionych całkowicie,
- niezdolnych do rozeznania znaczenia eksperymentu.

Krąg osób należących do dwóch pierwszych kategorii stosunkowo łatwo ustalić. Zarówno termin „małoletni”, jak i termin „osoba ubezwłasnowolniona całkowicie” należą do języka prawniczego. Małoletnim jest osoba, która nie ukończyła osiemnastu lat, chyba że zawarła związek małżeński (20). Natomiast ubezwłasnowolnioną całkowicie jest osoba, w stosunku do której prawomocnie to orzeczono. Nie do końca wiadomo, kim jest osoba niezdolna do rozeznania znaczenia eksperymentu medycznego. Wydaje się, że może tu chodzić o psychicznie chorego, upośledzonego, nieprzytomnego. Ustawa o zawodzie lekarza (17) nie określa, jaki

podmiot ma dokonywać oceny stopnia rozeznania tych osób. Owe ograniczenia zasady zgody, w szczególności na eksperyment badawczy, zdają się nie odpowiadać standardom konstytucyjnym, co wynika z wykładni Trybunału Konstytucyjnego. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego bez zgody osoby, na której eksperyment jest dokonywany, może być w świetle określonych warunków dopuszczalne z uwagi na spodziewane korzyści z przeprowadzonego eksperymentu dla wzbogacenia wiedzy, nie może być jednak nigdy w takim wypadku naruszona wolność biorącego udziału w eksperymencie. Wydaje się, że mechanicznie rozciągnięto przepisy regulujące udzielanie świadczeń leczniczych w szczególnych warunkach (tj. bez uzyskania zgody) w odniesieniu do eksperymentu leczniczego. W odniesieniu do działań ściśle medycznych, możliwe jest bowiem podjęcie tych działań mimo braku zgody pacjenta, opiekuna, czy sądu opiekuńczego, jeśli sytuacja nie pozwala na zwłokę w podjęciu działania. Co więcej, odmowa poddania się leczeniu wyrażona przez dziecko czy osobę małoletnią do 16 rż. lub ich opiekuna prawnego nie oznacza zwolnienia lekarza od dążenia do realizacji danej procedury leczniczej (17). W tych sytuacjach lekarz występując do sądu opiekuńczego może tę zgodę uzyskać, także wstecznie, jeśli sytuacja tego wymagała. Art. 32 pkt. 6 Ustawy (17) mówi bowiem, że: „Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku nie wyrażenia przez nich zgody, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego. (...) lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy”. Podobnie odnosi się do tego zagadnienia art. 33, według którego „badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody, a nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem, a okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta” (17). Z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wynika natomiast, że wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować tylko niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody (Art. 33, pkt. 1). W zakresie tych działań nie mieści się zatem ekspery-



ment medyczny, nawet o charakterze leczniczym.

Omówione nieścisłości wymagają wyjaśnienia, być może drogą nowelizacji wymienionych ustaw, albo poprzez uchwalenie odrębnego aktu prawnego, odnoszącego się do badań klinicznych. Każdy projekt badania klinicznego z udziałem ludzi ocenia powołana do tego niezależna Komisja bioetyczna (17). Uprawnione do powoływania komisji bioetycznych są:

- okręgowa rada lekarska na obszarze swojego działania,
- rektor wyższej uczelni medycznej lub wyższej uczelni z wydziałem medycznym,
- dyrektor medycznej jednostki badawczo-rozwojowej.

W skład komisji bioetycznej mogą wchodzić jedynie osoby posiadające wysoki autorytet moralny i wysokie kwalifikacje specjalistyczne, o czym mówi art. 29 ust. 1 Ustawy (17). Przewidziany jest również w jej składzie udział przedstawiciela właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej. Komisja przy podejmowaniu w drodze uchwały decyzji o rodzaju wyrażanej opinii (pozytywnej bądź negatywnej) uwzględnia kryteria etyczne oraz celowość i wykonalność zamierzonego eksperymentu medycznego. W art. 29 ust. 6 omawianej ustawy zawarta jest dla Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej delegacja ustawowa. Jest on zobowiązany do określenia w drodze rozporządzenia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej szczegółowych zasad powoływania komisji bioetycznych, trybu ich działania oraz zasad finansowania, co też zostało dopełnione w dniu 11.05.1999 (11). W świetle prawa opinia komisji bioetycznej nie jest ostateczna i może być zaskarżona. Organem właściwym do rozpatrywania skarg ma być Odwoławcza Komisja Bioetyczna, którą powołał minister zdrowia i opieki społecznej po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej (11, 25).

Należy stwierdzić, że dość dobrze zabezpieczony jest interes uczestnika eksperymentu od strony jego bezpieczeństwa medycznego. Jeżeli lekarz prowadzący eksperyment stwierdzi wystąpienie zagrożenia dla zdrowia lub życia jego uczestnika (eksperyment badawczy), albo wystąpienie zagrożenia dla zdrowia przewyższającego spodziewane korzyści dla chorego (eksperyment leczniczy), obowiązany jest go przerwać, o czym mówi art. 27 ust. 2 i 3 ustawy o zawodzie lekarza (17). Brakuje jednak określenia, jaką opieką powinni być objęci uczestnicy eksperymentu po jego zakończeniu, co jest istotnym warunkiem rozpoczęcia każdego badania w świetle przepisów GCP (1, 2, 3, 4). Nie znaleziono ponadto w prawodawstwie polskim szczegółowych uregulowań prawnych dotyczących warunków ubezpieczenia badania klinicznego. Wynika stąd, że kwestie odpowiedzialności czy odszkodowania w razie poniesienia przez uczestnika ewentualnych szkód zdrowotnych w wyniku jego uczestnictwa w badaniu, podlega ustawodawstwu powszechnemu. Jednak należy podkreślić, że od początku 1992 Polska zobowiązała

się do integracji z przepisami UE w tym zakresie, te zaś mówią wyraźnie, że warunki ubezpieczenia badania muszą być pacjentowi znane przed udzieleniem przez niego zgody na poddanie się badaniu klinicznemu (1, 2, 3, 4).

Odpowiedzialność za uczestnika badania klinicznego ponosi zawsze lekarz. Odpowiedzialność ta jest zawodowa i karna. Ustawa z dnia 6 września 2001 roku o Urzędzie Rejestracji (25) w Art. 25 ust. 1 stwierdza, że „Za prowadzenie badań klinicznych odpowiedzialny jest lekarz lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje”.

Kodeks Karny w art. 23a reguluje kwestię odpowiedzialności lekarza za negatywne skutki eksperymentu medycznego. Otóż jeśli badanie prowadzone jest zgodnie z aktualną wiedzą i oczekiwane korzyści przewyższają ryzyko, to w przypadku nieszczęśliwego zakończenia badania postępowanie lekarza nie jest przestępstwem (21). Inne aspekty odpowiedzialności lekarza reguluje Kodeks Etyki Lekarskiej oraz Ustawa o Izbach lekarskich (18, 25).

Z przedstawionego przeglądu wynika, że w ostatnich latach wraz z przemianami ustrojowymi w Polsce oraz planowanym przystąpieniem do Unii Europejskiej ważnym stał się problem nowoczesnej kodyfikacji prawnej badań klinicznych leków. Wynika to z jednej strony ze wzrostu świadomości w zakresie praw człowieka, tak osób stanowiących prawo, jak i całego społeczeństwa, z drugiej zaś z rosnącej liczby prowadzonych w Polsce badań klinicznych. Wiadomo nie od dziś, że za postępem nauki nie nadąża automatycznie rozwój etyki i moralności wśród ludzi, a nadużycia czy podawanie nierzetelnych danych są w dziedzinie nauki również częste, co w innych sferach życia publicznego.

Stąd też istnienie precyzyjnych regulacji prawnych dotyczących badań leków i materiałów medycznych oraz w ogóle badań z udziałem ludzi, jest tak ważne.

Istotnym problemem jest brak szczegółowego umocowania prawnego organów kontrolnych, oceniających rzetelność przeprowadzonych badań, jak to zostało już dawno określone np. w USA. Brak aktualizacji prawa oraz przepisów wykonawczych stanowi nadal poważną barierę w dostosowaniu prawodawstwa polskiego do dyrektyw unijnych i prawa europejskiego, co może stanowić istotny problem w chwili przystąpienia Polski do krajów członkowskich UE.

#### Literatura

1. Kolman J., Tarasiuk A., Zalewska K.: Standardowe procedury postępowania w badaniach klinicznych. MPRC, Warszawa 1998
2. Zasady Prawidłowego Prowadzenia Badań Klinicznych Produktów Medycznych w Krajach Wspólnoty Europejskiej. Uniw. Wyd. Med. Kraków 1998
3. Deklaracja Helsińska. 52 WMA General Assembly Edinburgh October 2000.

4. Good Clinical Practice for Trials on Medicinal Products in The European Community. The Rules Governing Medicinal Products in The European Community. Vol. III Dyrektywa 2001/20/EC Parlamentu Europejskiego i Rady z 4 kwietnia 2001. Official Journal of the European Community L 121/34. 1 05. 2001.
5. Kolwas J.: Proponowane międzynarodowe wytyczne do badań medycznych i biologicznych na ludziach. Biuletyn IL 1983, 30, 3, 208-225
6. Kośmicki M.: Uświadomiona zgoda. *Medicus* 1992, 1(4), 22
7. The Nuremberg Code. Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10. U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1949, Vol. 2, pp. 181-182.
8. Kirby M.D.: Informed consent: what does it mean? *J. Med. Ethics* 1983, 9, 2, 69
9. Gillett G.: Informed consent and moral integrity. *J. Med. Ethics* 1989, 14, 117.
10. Johnson S.H.: Informed consent: The physician obligation. In: Furrow B.R., Johnson S.H., Jost T.S., Schwartz R.L.: Liability and quality issues in health care. West Publ. Co., St.Paul, Minn., 1991, 322.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych. (11.05.1999, Dz. U. 1999 Nr 47 poz. 480)
12. Parnowska W.: Instytut Leków: 1951 – 2001 Dzieje – Ludzie – Dokonania. Instytut Leków, Warszawa 2001.
13. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. (Dz. U. 2001 nr 126 poz. 1379)
14. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. (Dz. U. 2001 nr 126 poz. 1381)
15. Ustawa o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym (10.10.1991, Dz.U. nr 105 poz. 452 z późn. zm.)
16. Zarządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu jednostek upoważnionych do przeprowadzania badań laboratoryjnych i klinicznych oraz warunków przeprowadzania tych badań (6.04.1993 Monitor Polski Nr 20; poz. 196).
17. Ustawa o zawodzie lekarza. (5.12.1997 Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152)
18. Kodeks Etyki Lekarskiej. Grudzień 1993.
19. Konstytucja RP (2.04.1997, Dz. U. Nr 78, poz. 483)
20. Kodeks cywilny (23.04.1954, Dz.U. nr 16 poz. 93 z późn. zm).
21. Kodeks karny (6.06.1997 Dz.U. 1997, Nr 88 poz. 553)
22. Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 30.08.1991 (Dz. U. 1991 nr 91, poz. 408)
23. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997 Nr 133 poz. 883)
24. Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (26.10.1995, Dz.U. Nr 138, poz. 682),
25. Ustawa o Izbach lekarskich (17.05.1989, Dz. U. 1989. Nr 30 poz. 158)

## 5th International Bioethical Conference

### The Ethics of Intellectual Property Rights and Patents, Warsaw, 23-24 April, 2004

*Prof. dr hab. Andrzej Górski*

*Zakład Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii AM*

Ochrona patentowa jest ważna dla przemysłu farmaceutycznego, jako że koszt wprowadzenia nowego leku ocenia się na 100 – 500 mln USD, z czego większość pochłania koszt badań klinicznych. Jak z tego wynika, ochrona patentowa jest w tych wypadkach praktycznie konieczna, bowiem bez perspektyw sprzedaży leku i związanych z tym dochodów nie ma praktycznie szans na sfinansowanie niezbędnych badań nad nowym lekiem.

Świat lekarski przez długie lata oponował przeciwko wprowadzaniu patentów w opiece zdrowotnej, co było poddyktowane obawami o możliwości zapewnienia wszystkim potrzebującym należytej opieki lekarskiej. Opinie co do zasadności patentowania osiągnięć medycyny są podzielone; np. uznany ekspert brytyjski uważa, że sprzeciw wobec patentów w chirurgii jest irracjonalny i emocjonalny (wg LANCET 1998,351, No 9191, Melzer D). Jak z tego wynika, istnieje pilna potrzeba dalszej analizy obecnej sytuacji i podejmowanych decyzji patentowych oraz ich skutków.

Jak już wspomniano, zagadnienia patentowania w ochronie zdrowia są kontrowersyjne; często poddaje się krytyce udzielanie patentów w określonej dziedzinie medycyny (np. chirurgii) lub w badaniach genetycznych jako zagrożenie swobodnego uprawiania medycyny dla dobra wszystkich pacjentów. Przykładem tego zjawiska może być np. patentowanie genomu wirusa powodującego zespół SARS (który ostatnio wywołał groźną epidemię w Azji).

System patentowy powstał na bazie różnych motywacji; jego zasadniczym motywem jest pobudzanie innowacji i zachęcanie do inwestowania w badania naukowe i postęp. Udzielając ochrony patentowej rząd umożliwia jednostkom realizującym badania naukowe zapewnienie dopływu niezbędnych środków i zwrot poniesionych kosztów prowadzonych badań (byłoby to niemożliwe, gdyby dochodziło do niekontrolowanego kopiowania powstałych wynalazków). System patentowy zapewnia tym samym odpowiedni podział kosztów pomiędzy wszystkich, którzy będą korzystali z objętych patentem technologii. Ponieważ dochód z patentów zależy od zapotrzebowania rynkowego, zachęca to do prowadzenia badań naukowych o potencjalnej użyteczności

i wprowadzania uzyskanych wyników do praktyki.

Ważnym obszarem rozważań nad etyką praw intelektualnych i patentowych jest biotechnologia. Wiele osób uważa, że autorzy patentów mają etyczne zobowiązania do dzielenia się korzyściami z komercjalizacji powstałych innowacji z pacjentami. Niektórzy sądzą, że owoce badań genetycznych powinny być dostępne dla wszystkich, zaś osoby osiągające dochody z patentów powinny przeznaczać pewien (znikomy zresztą) ich procent na służbę zdrowia lub inne cele charytatywne. Podnosi się również zastrzeżenie, że system patentowy ogranicza dostęp badaczy do wynalazków i innowacyjności, zwłaszcza gdy patenty stanowią własność osób prywatnych, nie zaś instytucji rządowych.

W tej dziedzinie istnieje jeszcze wiele innych problemów etycznych, jak np. wysoka cena leków chronionych patentami i – co jest z tym związane – ich niedostępność dla ubogich, nierównomierna dystrybucja korzyści z praw patentowych pomiędzy krajami wysoko- i niskorozwiniętymi. Z tego powodu uważa się, że istnieje potrzeba niezbędnych reform w polityce udzielania patentów (np. Gold i wsp., LANCET 2002,359,2268).

Warto dodać, że Prof. Gold, który będzie jednym z wykładowców konferencji, opublikował ostatnio w czołowym periodyku medycznym LANCET kolejny artykuł wyrażający pogląd, że mamy do czynienia z narastającym, poważnym kryzysem zaufania do istniejącego systemu patentowego, co wymaga zasadniczych reform (R. Gold, LANCET 14.06.2003, No 9374)

Planowana Konferencja – podobnie jak uprzednie – odbędzie się pod auspicjami Sekretarza Generalnego Rady Europy i patronatem Ministra Zdrowia i Ministra Nauki. Już obecnie szereg wybitnych ekspertów potwierdziło swoje uczestnictwo i wykłady. Wstępny program jest przedstawiony poniżej.

Jak wspomniano, patentowanie w medycynie wiąże się nie tylko z prawami intelektualnymi twórców i producentów, ale również i badanych pacjentów. W ramach konferencji zostanie zatem zorganizowana specjalna sesja poświęcona problemowi ochrony praw osób poddawanych badaniom, w czasie której wiodący referat wygłosi dyrektor agencji

powołanej przez amerykańskie instytucje medyczne i akademickie dla ochrony praw pacjentów.

Z uwagi na niezwykle ważną i aktualną tematykę, jej znaczenie nie tylko merytoryczne, ale i moralne i etyczne, wysoką rangę wykładowców i instytucji patronujących wydaje się, że Konferencja będzie kolejnym ważnym wydarzeniem międzynarodowym i może doprowadzić do wypracowania wspólnego stanowiska i opinii, niezwykle cennych dla świata nauki i medycyny, dla pracowników nauki, lekarzy i młodzieży akademickiej. Uczestnikom konferencji przysługuje 10 punktów edukacyjnych (zgodnie z par. 6

ust. 1 Uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej z 24.01.2003).

Warto dodać, że będzie to już piąta międzynarodowa konferencja poświęcona problemom etycznym w nauce i medycynie organizowana w Warszawie w ostatnich latach:

Scientific integrity – 1995;

Scientific misconduct: an international perspective – 1998;

Conflict of interest and its significance in science and medicine – 2002;

Placebo: its action and place in health research today – 2002

## International Bioethical Conference The Ethics of Intellectual Property Rights and Patents

April 23-24, 2004, Warsaw



### Speakers

- **Amir Attaran**, Center for Human Rights Policy, Kennedy School of Government, Harvard University, USA, *Plagues, Pills, Patents and Politics – How does the intellectual property system affect access to essential medicines in developing countries?*
- **Harvey Bale**, Director General, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association, Geneva, Switzerland
- **Audrey R. Chapman**, Ph.D., Co-Director, Science and Intellectual Property in the Public Interest, Director, Science and Human Rights Program, American Association for the Advancement of Science
- **Linda J. Demaine**, J.D., Ph.D., APA Congressional Fellow, US Senate, Committee on the Judiciary,
- **Aaron Fellmeth**, Miller & Chevalier Chartered, Washington (DC), USA, *Back to the Drawing Board: Reviving the Concept of Invention in Patent Law*
- **Cathy Garner**, Ph.D., Chief Executive Officer, The Centre for the Management of Intellectual Property in Health Research and Development (MIHR), London, UK
- **Rainer Gerold**, Director, Directorate Science and Society, European Commission, Brussels, Belgium
- **Richard Gold**, Centre for Intellectual Property Policy, Mc Gill University, Montreal, Canada
- **Francis Gurry**, Assistant Director General, Legal Counsel, World Intellectual Property Organization, Geneva, Switzerland, *Public Policy and the Development of the International Patent System*
- **Delon Human**, Secretary General & CEO, World Medical Association
- **Juhana E. Idanpaan-Heikkila**, M.D., Ph.D., Secretary General, Council for International Organizations of Medical Sciences
- **Brigitte E.S. Jansen**, Director, European Academy for Environment and Economy, Lueneburg, Germany
- **Jan Joerden**, Prorektor, University Viadrina, Frankfurt/Oder, Germany
- **Agnieszka Junosza-Jankowska**, M.A. Int.Economics, Akonsult – Business Development through Licensing, Rheinfelden, Switzerland, *Making technology broadly available -pro's and con's of licensing programs – Polymerase Chain Reaction amplification technology as example*
- **European Patent Office (speaker to be announced)**, Munich, Germany, *Patent Law, Ethics and Biotechnology*

- **Franz Porzolt**, Department of Clinical Economy, University of Ulm, Germany,  
*Intellectual property and intellectual responsibility of scientific fraud*
- **Judit Sandor**, Central European University, Budapest,  
*Duality of the Legal Norms on Genes: Human Rights and Property law*
- **Alyna C. Smith**, Ethics Officer, Human Genetics Programme, World Health Organization, Geneva, Switzerland,  
*The ethics of genetic patents: the perspective of the WHO*
- **Anne G.K. Solomon**, Director, Biotechnology and Public Policy Program, Center for Strategic and International Studies, Washington, DC 20006,  
*Knowledge Wars: the Geopolitical Impact of Intellectual Property Rights Confrontations*
- **Jacek Splawinski**, National Institute of Public Health, Warsaw,  
*The complex paths of ethics: the story of obstetrical forceps*
- **Zbigniew Szawarski**, University of Warsaw, Poland,  
*Ethics and the "gag clause"*
- **Daniel Tarschys**, Chairman, National Council on Medical Ethics, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, SWEDEN (to be confirmed)
- **Tadeusz Tołoczko**, Former Rector, The Medical University of Warsaw
- **Rafal Witek**, Witek, Twardowska & Sniezko, Patent Attorneys, Warsaw, **Krzysztof Krzyzanowski**, Legal Adviser, Institute of Immunology and Experimental Therapy, Polish Academy of Sciences, Wrocław,  
*Ethics and Patentability in Biotechnology*
- **Franz Josef Zimmer**, Grunecker, Kinkeldey Stockmair & Schwanhauser, Munich, Germany,  
*The immoral gene: does it really exist?*

#### Special session

*Improving the Public's Trust in Human Research: The Need for Human Subjects Protections*

#### Keynote Speaker:

- **Marjorie A. Speers**, Ph.D., Executive Director, Association for the Accreditation of Human Research Protection Programs\*, Washington, DC
- **Francis P. Crawley**, Secretary General & Ethics Officer, European Forum for Good Clinical Practice  
*The Responsibilities of the European Sponsor and Researcher toward Patients, Communities, & Public Health: Questions of Equity Regarding Intellectual Property in Sharing the Benefits of Research and Providing Access to Medicines*
- **Melody Lin**, Ph.D., Deputy Director / Director – International Activities, Office for Human Research Protections, U.S. Department of Health and Human Services,  
*How the United States conduct human research ethically*
- **Peteris Zilgalvis**, Bioethics Division, Council of Europe  
*Information for the research participant: the principle of transparency in regard to commercial uses of research results*
- **Piotr Zaborowski**, Chairman of the Senate Committee on Teaching, Medical University of Warsaw,  
*Internet publication of educational and scientific materials versus the rights of intellectual property and patients' privacy*

---

\*founded by: American Association of Medical Colleges, American Association of Universities, Federation of American Societies for Experimental Biology, National Health Council

\*More information : [agorski@ikp.atm.com.pl](mailto:agorski@ikp.atm.com.pl)

## Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy Toruń 2003

*Mgr Małgorzata Sieradzka*

*Biblioteka Główna AM*

W dniach **19-20 września** w Toruniu odbył się **Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy**. Zjazd ten poruszył szereg ważnych kwestii etyczno-prawnych związanych z zawodem lekarza. Przede wszystkim jednak doszło na nim do uchwalenia znowelizowanej wersji Kodeksu Etyki Lekarskiej, nad którym od 2001 roku trwały burzliwe dyskusje.

Dotychczasowy Kodeks, uchwalony 12 lat temu, nie mógł już sprostać przemianom, jakie zaszły w świecie oraz systemach ochrony zdrowia i dziedzinie medycyny, jak stwierdziło środowisko lekarskie. Zaistniała więc pilna potrzeba jego nowelizacji.

Zdecydowana większość uczestników Zjazdu opowiedziała się za rozpoczęciem prac nad projektem nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Drugiego dnia obrad przeważającą większością głosów przyjęto jego znowelizowaną wersję.

Wśród ustaw nowego Kodeksu znalazły się m.in. następujące zagadnienia: wzmocnienie podmiotowości chorego, zakaz pomocy w samobójstwie.

Znalazł się w nim również zapis dotyczący kwestii klonowania. Lekarza od tej pory obowiązywać będzie całkowity **zakaz klonowania człowieka**. Wydaje się, że w dobie niezwykle śmiałych eksperymentów medycznych związanych z ludzkim genomem, tego typu zapisy mają szczególną wartość.

Równie istotny, zwłaszcza w erze komercjalizacji badań i rynku usług medycznych, wydaje się być nakaz daleko idącej ostrożności w stosunkach z przemysłem farmaceutycznym i sprzętu medycznego w celu zachowania obiektywizmu decyzji medycznych.

Ustawa ta odnosi się do **relacji pomiędzy lekarzami a przemysłem farmaceutycznym. Zakazuje ona lekarzowi przyjmowania korzyści od przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego, jeśli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii lub podważyć zaufanie do zawodu**. Zgodnie z nowym Kodeksem lekarze będą mogli przyjąć zapłatę od producenta leków lub sprzętu medycznego za pracę, prowadzenie badań lub szkoleń „jeśli jest ona współmierna do wkładu pracy lekarza” (Gaz Lek, 10/2003, s. 10). Lekarze będą mieli także:

– Obowiązek ujawnienia słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji swoich związków z przemysłem farma-

ceutycznym „jeśli mogą być przyczyną konfliktu interesów”.

– Nie będą mieli prawa pobierać wynagrodzenia za skierowanie pacjenta na badania sponsorowane przez przemysł farmaceutyczny.

– Nie będzie im wolno brać udziału w badaniach, których celem jest promocja produktów przemysłu.

Innym, niezwykle istotnym elementem Zjazdu było przyjęcie **stanowiska w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce** (Stanowisko Nr 1 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia).

VII Krajowy Zjazd Lekarzy, dostrzegając „katastrofalną sytuację sektora ochrony zdrowia w Polsce przeżywającego stan ciągłych destabilizujących zmian, mając na względzie zagrożenie istniejącym stanem rzeczy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, widząc kres wytrzymałości nisko nagradzanych pracowników placówek opieki zdrowotnej (...)” (Gaz. Lek 10/2003, s. 12) wysunął szereg postulatów, mających służyć poprawie tej sytuacji, w następujących zakresach:

- 1) w zakresie spraw ekonomicznych,
- 2) w zakresie organizacji ochrony zdrowia,
- 3) w zakresie racjonalizacji wydatków na leki, wyroby medyczne i produkty biobójcze,
- 4) w zakresie praw osób objętych opieką zdrowotną,
- 5) w zakresie spraw zawodowych lekarzy i lekarzy stomatologów.

Uczestnicy Zjazdu wezwali także polityków do solidarnego współdziałania z lekarzami w obszarze ochrony zdrowia oraz do uznania go za obszar specjalnej troski. Krytyce poddano poczynania rządu i jego propozycje komercjalizacji szpitali.

Wyrazem szczególnego znaczenia tego Zjazdu był telegram Ojca Św. skierowany do delegatów. Zwrócił on uwagę na wielką doniosłość zagadnień etycznych dla czasów współczesnych, zwłaszcza w kontekście nowych badań i odkryć na polu medycyny, jak np. inżynieria genetyczna czy medycyna wspomagania prokreacji.

Ojciec Św. podkreślił szczególną odpowiedzialność leka-

rza związaną z podejmowaniem złożonych decyzji, w których w grę wchodzi życie czy dobro pacjenta. Odwołał się także do zachodzących w Europie przemian dotyczących

etyki lekarskiej i zaapelował o podjęcie trudu formowania kodeksu etycznego polskiego lekarza w kontekście przystąpienia Polski do Unii Europejskiej.

## Komentarz do Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy

*Prof. dr hab. Andrzej Górski*

*Zakład Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii AM*

Być może Państwo pamiętają, że w 2002 odbyła się Międzynarodowa Konferencja Bioetyczna nt. konfliktu interesów i jego znaczenia w nauce, medycynie i dydaktyce. Zgromadziła ona wiele wybitnych osobistości i organizacji ponadnarodowych (posłanie do jej uczestników wystosował Jan Paweł II).

Konferencja przedstawiła nie tylko znaczenie i skalę problemu, lecz również sposoby przeciwdziałania szkodliwemu wpływowi tego typu zależności.

Panuje consensus, iż podstawowym wymogiem (aczkolwiek nie remedium), jest ujawnienie istniejących zależności i związków z przemysłem i tzw. biznesem, bankami etc.

W tym kontekście wydaje się, że fakt wprowadzenia tego wymogu przez ostatni zjazd lekarski w Toruniu jest znaczącym krokiem w pożądanym kierunku.

Uważam również, że powinno to dotyczyć również liderów życia naukowego i akademickiego, tak jak to przedstawiłem w *British Medical Journal* (1). Uważam dalej, że powinni oni wystrzegać się takich zależności, podobnie jak redaktorzy czołowych międzynarodowych periodyków biomedycznych. (tzw. conflict of interest policy opublikowano w ubiegłym roku)(2,3).

1. Górski A. BMJ 5 lipca, 2002 (<http://bmj.com/cgi/eletters/324/7354/36+23620>)

2. Górski A. JAMA 2001,285,2325.

3. Górski A. Science & Eng Ethics 2001,201,7,307.

### Zgłoszenie konfliktu interesów

Poniżej prezentujemy zgłoszenie konfliktu interesów przez profesora Górskiego na lamach czasopisma JAMA (JAMA, 285, 2001, 2325).

**To the Editor:** I agree entirely with Drs Moses and Martin<sup>1</sup> in that "conflicts of interest are ubiquitous and inevitable

in academic life." This truth also applies to the situation in Central and Eastern Europe.

Chronic economic difficulties of the health care system in these countries, in particular underfinancing and low wages, do not provide an optimal atmosphere for promoting and executing standards of good scientific practice and health care. Nevertheless, the trend toward greater privatization and commercialization of clinical research and health care thrives (in the short run) because of the lack of public support for these activities. As in the United States, this lack of public support creates a conflict of interest that undermines the public health and the quality of research.

Continued scientific and medical progress in this part of Europe depends on the development of an atmosphere that is conducive to implementing the changes that are necessary to bring better health and longer lives for everyone. Privatization and commercialization are threatening the objectivity of clinical research and the availability of health care because uncontrolled market mechanisms focused on profit are nurturing conflict of interest that generates bias and unreliability in research and medicine. Changes are needed that also address administrative procedures for responding to the conflict of interest problem.

As an elected head of the Bioethics Commission of the Ministry of Health of Poland, a member of bioethics committees of the State Committee for Research and Polish Academy of Sciences, former president of the Medical University of Warsaw (1996-1999), and currently director of the L. Hirschfeld Institute of Immunology and Experimental Therapy, Polish Academy of Sciences, I declare that within the last 5 years that

(1) my participation in scientific events (conferences, symposia, congresses, etc) was not supported by any company;

(2) I have not been engaged with any company and have not received any payments from any company; and

(3) in 2000, I received honoraria (\$250) from Schering and Abacus for my lectures on bacteriophages and their possible applications in treating bacterial infections.

I hope that my declaration of conflict of interest (probably the first in this region) will initiate the necessary response to the growing conflict of interest problem in Central and Eastern Europe.

Andrzej Gorski, MD

L. Hirszfeld Institute of Immunology and Experimental Therapy, Polish Academy of Sciences, Wrocław, Poland

1. Moses III H, Martin JB. Academic relationships with industry: a new model for biomedical research. *JAMA*. 2001; 285: 933-935.

---

## Stanowisko Kościoła wobec zagadnień etycznych związanych z medycyną

Kwestie etyki w medycynie, z racji swojej złożoności, są zagadnieniem poruszonym często przez autorytety Kościoła. Wiele wypowiedzi na ten temat wygłosił Ojciec Św. Jan Paweł II.

Poniżej prezentujemy stanowisko kościoła wygłoszone przez papieża Jana Pawła II na XVIII Międzynarodowym Kongresie Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w 2000 roku. Dotyczy ona 6 ważnych kwestii: darowania organów do przeszczepu, świadomej zgody, tworzenia list oczekujących na przeszczep, ksenotransplantacji, klonowania oraz pobierania komórek macierzystych.

**Dawanie fragmentu swojego ciała** nie jest zwykłym aktem dawania, jest aktem miłości, gdyż dajemy część siebie, jako że ciało nie jest tylko zbiorem tkanek i organów, ale jest zjednoczone z duszą. Tak więc jakakolwiek procedura, która traktuje ludzkie organy w sposób kupiecki i czyni je obiektem handlu musi zostać uznana za nieakceptowalną moralnie.

Dlatego podstawową sprawą z etycznego punktu widzenia jest kwestia „**świadomej zgody**” pacjenta, który musi być dokładnie poinformowany o całej procedurze transplantacji. Organy, które występują pojedynczo w ciele ludzkim mogą być pobrane dopiero po śmierci.

Jednocześnie, jeżeli chodzi o **listy oczekujących** – trzeba je oprzeć na jasnych i właściwie dobranych kryteriach, które

nie powinny być dyskryminujące czy utylitarne, a jedynie oparte na podstawie czynników klinicznych i immunologicznych.

Jeżeli chodzi o **ksenotransplantację**, to aby transplantacja była dozwolona, nie może ona uszkadzać integralności psychologicznej, ani genetycznej tożsamości jednostki ludzkiej, a także musi być dowiedzione biologiczne, że transplantacja zakończy się sukcesem.

W przypadku zagadnienia **klonowanie ludzi**, w celu otrzymania organów do transplantacji, nie jest to dozwolona moralnie praktyka, gdyż manipuluje ona i niszczy komórki embrionu.

Polecane są inne formy terapeutycznej interwencji, jak np. **wykorzystanie komórek macierzystych** pobranych od dorosłych, tak aby uszanować prawa i godność ludzką już w stadium embrionalnym.

Chcielibyśmy zaprosić pracowników Akademii Medycznej w Warszawie do wyrażania opinii na ten temat na łamach naszego miesięcznika.

Opracowała mgr Małgorzata Sieradzka  
na podstawie materiałów zamieszczonych  
na stronie internetowej Watykanu.



# KARTA PRAW PODSTAWOWYCH UNII EUROPEJSKIEJ

## Dotyczy praw obywatela Unii Europejskiej

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (Draft Charter of Fundamental Rights of the European Union) jest dokumentem przyjętym na szczycie w Nicei w grudniu 2000 roku. Obejmuje ona podstawowe, fundamentalne prawa *obywatela Unii Europejskiej*.

Celem Karty Praw, zawartym w Preambule jest „wzmocnienie ochrony praw podstawowych poprzez wyszczególnienie tych praw w Karcie i uczynienie ich bardziej oczywistymi” w obliczu zmian w społeczeństwie, postępu społecznego oraz rozwoju naukowego i technologicznego.

W Karcie tej znalazły się następujące zapisy odwołujące się do kwestii poszanowania życia i *godności* osoby ludzkiej:

- Prawo do nienaruszalności godności ludzkiej,
- Prawo do życia (w tym zakaz orzekania i wykonywania kary śmierci),
- Prawo do poszanowania integralności osoby ludzkiej, które w dziedzinie medycyny i biologii nakazuje poszanowanie następujących zasad:
  - zakaz *praktyk eugenicznych*<sup>1</sup>, zwłaszcza tych, których celem jest selekcja osób,
  - poszanowanie dobrowolnej i *świadomej zgody* osoby zainteresowanej,
  - zakaz wykorzystywania ludzkiego ciała i jego organów, jako takich, jako źródła zysku,
  - zakaz reproduktywnego *klonowania* istot ludzkich.

Inne prawa przynależne każdemu obywatelowi z tytułu godności jednostki to: zakaz tortur i niehumanitarnego postępowania, zakaz niewolnictwa i pracy przymusowej,

Wśród podstawowych *wolności* wymieniane są: prawo do wolności i bezpieczeństwa, , prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, ochrony danych, prawo do wolności myśli, słowa, sumienia i wyznania oraz do wyrażania opinii i informacji, prawo do założenia rodziny, prawo do

nauki ( w tym dostępu do szkolenia zawodowego i ustawicznego, bezpłatnego szkolnictwa obowiązkowego), wolność sztuki i badań naukowych, wolność wyboru zawodu i prawo do podejmowania pracy, wolność prowadzenia działalności gospodarczej, prawo do własności i azylu.

Podstawowe prawa wynikające z *równości* obywateli to: prawo do równości wobec prawa, niedyskryminacji, równości mężczyzn i kobiet, prawa dziecka, osób starszych oraz niepełnosprawnych.

Prawa z tytułu *solidarności* to m.in.: ochrona w przypadku nieuzasadnionego zwolnienia z pracy, zakaz pracy dzieci i ochrona młodocianych, uprawnienia do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, prawo do ochrony zdrowia, które daje każdemu prawo dostępu do opieki medycznej i środków profilaktyki odpowiednio do zasad każdego Państwa Członkowskiego.

Przyznaje się również *prawa obywatelskie*, takie jak: prawo do uczestniczenia w wyborach do Parlamentu Europejskiego i samorządów terytorialnych, prawo do składania petycji, prawo do dobrej administracji oraz inne prawa regulujące życie społeczne.

Prawa związane z *wymiarem sprawiedliwości*, to m.in.: prawo do domniemania niewinności i obrony, prawo do rzetelnego procesu sądowego.

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej została wydana przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych, a także przez Dom Wydawniczy ABC w roku 2003. Ta ostatnia pozycja liczy aż 356 stron i zawiera obszerny komentarz obejmujący proces powstawania Karty Praw Podstawowych.

Opracowała mgr Małgorzata Sieradzka

<sup>1</sup>Wyróżniamy dwa rodzaje *eugeniki*: negatywną i pozytywną. Celem pierwszej jest zapobieganie urodzeniu się chorych. Druga kładzie nacisk na urodzenie dziecka o cechach uznawanych za pożądane. Przejawem praktyk eugenicznych jest genetyczna diagnoza przedurodzeniowa, taka jak : molekularna diagnostyka prenatalna oraz diagnostyka preimplantacyjna (w przypadku zapłodnienia in vitro), której celem jest selekcja i wybór najlepszych embrionów, czyli decydowanie o profilu genetycznym dziecka. Szersze znaczenie tego terminu to świadome rodzicielstwo, zagadnienia higieny pracy i higieny psychicznej.

# Badania nad amfizoicznymi amebami pierwotnie wolnożyjącymi – biotyczne i abiotyczne uwarunkowania zagrożeń dla ludzkiego zdrowia

Dr hab. Lidia Chomicz<sup>1</sup>, mgr Justyna Żebrowska<sup>1</sup>, dr Bohdan Starościak<sup>2</sup>,  
prof. dr hab. Janusz Piekarczyk<sup>3</sup>, dr hab. Piotr Fiedor<sup>4</sup>, lek. Paweł Zawadzki<sup>3</sup>, Michał Mazurkiewicz<sup>1</sup>,  
Marcin Konopka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Biologii Medycznej AM w Warszawie,

<sup>2</sup>Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej AM w Warszawie,

<sup>3</sup>II Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM w Warszawie,

<sup>4</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej ITAM w Warszawie.

### Abstract

Several species of amphizoic, primary free-living amoebae cause serious human diseases, including infection of the central nervous system, the eye and also other tissues and organs. Amoebic keratitis is more frequently found due to the increasing number of contact lens wearers in the world. Additionally, a role of the amoebae as reservoirs or vectors for bacterial and fungal pathogens has been revealed. The high abundance of the amoebae in the environment and their extremely resistant cysts, especially of the genus *Acanthamoeba*, are important parameters for dispersion and transmission of the infections among humans.

### Wstęp

Niektóre wolnożyjące mikroorganizmy o znacznej morfofizjologicznej rezerwie adaptacyjnej w określonych warunkach socjośrodowiskowych mogą stanowić poważne zagrożenie dla ludzkiego zdrowia. Na liście gatunków potencjalnie patogennych dla człowieka znajdują się pewne wolnożyjące ameby określane jako pełzaki grupy „limax”. Są one amfizoiczne, to znaczy, że mogą być zarówno fakultatywnymi organizmami wolnożyjącymi (egzozoicznymi), jak też fakultatywnymi patogenami (endozoicznymi).

### Inwazje ameb wolnożyjących u ludzi – historia i terażniejszość

Patogeniczne właściwości ameb wolnożyjących wykryto przypadkowo, w trakcie prowadzenia kultur tkankowych nerek w celu produkcji szczepionki przeciw polio. Z powodu podejrzenia zanieczyszczenia hodowli i konieczności określenia czynnika zanieczyszczającego, prowadzący badania nad szczepionką wykonali szereg domózgowych oraz donosowych inokulacji popłuczyn z tych kultur tkankowych myśkom i małpom, w wyniku których te doświadczalne zwierzęta padły z objawami zapalenia mózgu i opon. W ich

mózgu, a następnie także w kulturach wyjściowych stwierdzono obecność licznych pełzaków, które rozpoznano jako *Acanthamoeba castellanii*. Były to pierwsze, niezwykle doniosłe informacje, wskazujące na potencjalną patogenność tych ameb, uznawanych dotąd za typowe wolnożyjące organizmy saprofityczne. Odkrycie to zwróciło uwagę na możliwość spontanicznych inwazji ameb wolnożyjących wśród zwierząt, a także ludzi (8, 9). W latach sześćdziesiątych opisano pierwsze przypadki pełzakowego zapalenia opon mózgowych i mózgu u pacjentów w Australii, w latach następnych szereg przypadków w USA: w 1967r. po raz pierwszy obserwowano ameby w płynie mózgowo-rdzeniowym u pacjenta z Wirginii. Szczegółowe badania, w tym sekcyjne, wykazały, że czynnik etiologiczny w coraz częściej wykrywanych śmiertelnych przypadkach u ludzi stanowiły wolnożyjące ameby z rodzaju *Negleria* i *Acanthamoeba*. Dokonano także retrospektywnego rozpoznania szeregu przypadków sprzed wielu lat, opierając się m.in. na danych morfologicznych, uzyskanych z mikroskopowych badań nad trofozoitami i cystami, wykrytymi w skrawkach z ośrodkowego układu nerwowego, pobranych sekcyjnie i przechowywanych w stanie utrwalone; najstarszy rozpoznany śmiertelny przypadek pochodził z 1909r.

Do chwili obecnej stwierdzono występowanie inwazji ameb wolnożyjących u ludzi na wszystkich kontynentach, w wielu krajach i regionach geograficznych.

Zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia człowieka może stanowić kilka gatunków, należących do trzech rodzajów: *Negleria*, *Acanthamoeba* oraz *Balamuthia*. Przypadkowa transmisja tych pierwotnie wolnożyjących ameb do wnętrza ludzkiego organizmu w określonych warunkach może prowadzić do ujawnienia ich silnej patogeniczności dla człowieka (10).

Wyodrębniono dwie kategorie inwazji wolnożyjących ameb do ośrodkowego układu nerwowego (OUN) człowieka: pierwotne pełzakowe zapalenie mózgu i opon mózgowych o ostrym przebiegu (zwykle b. krótki okres inkubacji: 2-3 dni, 98% śmiertelności po 3-7dniach od ekspozycji) -primary amoebic meningoencephalitis (PAM), wywoływane przez *Negleria fowleri* oraz ziarniniakowe pełzakowe zapalenie mózgu o przebiegu podoстрыm lub przewlekłym (100% śmiertelności) – granulomatous amoebic encephalitis (GAE), wywoływane przez kilka gatunków z rodzaju *Acanthamoeba* (*A. castelaniai*, *A. polyphaga* i inne) lub *Balamuthia* (*B.mandrillaris*). Warto tu przypomnieć, że wtórna mózgowo lokalizacja może występować w inwazjach typowo pasożytniczej, jelitowej ameby *Entamoeba histolytica*. Może to utrudniać diagnostykę różnicową: w kilku przypadkach, uznanych za uogólnioną pełzakowicę, spowodowaną przez *Entamoeba histolytica*, retrospektywna analiza histopatologiczna wykazała inwazję *N. fowleri*.

Większość przypadków PAM opisano u osób młodych, zdrowych, a nawet dzieci, które, jak stwierdzano w wywiadzie – w krótkim odstępie czasu przed wystąpieniem objawów kąpały się czy nurkowały w ciepłych zbiornikach słodkowodnych: basenach kąpielowych z chlorowaną wodą, wodach „skażonych termicznie” przez zakłady przemysłowe (10,11). W części opisanych przypadków kontakt z wodą dotyczył naturalnych ciepłych źródeł Australii, Nowej Zelandii, Afryki, Indii, Japonii, południowych stanów USA i krajów Ameryki Południowej. Przypadki PAM opisane w Europie również związane były z kontaktem z wodą o podwyższonej temperaturze: w Belgii, Anglii, na Węgrzech z wodami zrzutowymi dużych zakładów przemysłowych oraz naturalnych ciepłych źródeł. 16 śmiertelnych przypadków, opisanych wcześniej z dawnej Czechosłowacji, dotyczyło osób z różnych miejscowości, które zachorowały po kąpielu w tym samym basenie z wodą ogrzewaną i chlorowaną w Usti nad Łabą (2).

*Negleria fowleri* to gatunek termofilny, w temperaturze 37° – 45°C jego troficzne formy rozmnażają się tak intensywnie, że kąpiel w zbiorniku, w którym bytują te wolnożyjące ameby może zagrażać zdrowiu i życiu. Chlorowanie wody basenów nie tylko nie chroni przed inwazją, ale, podo-

bnie jak podwyższona temperatura wody, sprzyja namnażaniu się *Negleria fowleri*, prawdopodobnie przez eliminację bardziej wrażliwych konkurencyjnych gatunków. Przyjmuje się, że do inwazji dochodzi drogą węchową, a najczęstszym źródłem jest woda, w tym zbiorniki, do których cysty *N. fowleri* mogą być nanoszone z kurzem i glebą. Do chwili obecnej opisano ok.180 śmiertelnych przypadków PAM, w tym ponad 80 z USA. Szczepy patogenne środowiskowe izolowano z jezior, rzek, basenów, gleby i powietrza w wielu rejonach świata. W Polsce wykryto pełzaki *N. fowleri* w ciepłych wodach jezior konińskich (11). Wykazywały one takie same właściwości patogeniczne, jak izolaty z ludzkich przypadków PAM, co wskazuje na potencjalną groźbę inwazji u ludzi.

Przypadki ziarniniakowego pełzakowego zapalenia mózgu GAE, wywoływane przez gatunki z rodzaju *Acanthamoeba*, dotyczyły w większości przypadków osób, które przed wystąpieniem objawów nie pływały w jeziorach lub basenach. W opisanych dotąd 103 śmiertelnych przypadkach (72 w USA) inwazją *Acanthamoeba* rozwinęła się u przewlekle chorych z zaburzoną mechanizmem immunologicznym, w tym u osób upośledzonych umysłowo oraz u pacjentów przyjmujących leki immunosupresyjne w związku z transplantacją narządów. Ponad 50 opisanych przypadków dotyczyło chorych na AIDS (1, 10, 15, 19, 21). W związku z tym uważa się, że GAE, wywoływane przez różne gatunki z rodzaju *Acanthamoeba*, jest inwazją oportunistyczną (1, 5, 6, 9, 14, 19, 21). Przyjmuje się, że penetracja OUN u człowieka może następować drogą krwionośną, głównie z pierwotnych zmian w skórze, płucach czy nerkach; udowodnionych przypadków, w których źródło inwazji stanowiła woda, jest niewiele.

Ostatnie 10 lat dostarczyło dalszych danych, potwierdzających wcześniejsze obserwacje, że pewne szczepy gatunków, należących do rodzaju *Acanthamoeba*, mogą stanowić etiologiczny czynnik poważnych inwazji, obejmujących także inne niż OUN narządy człowieka: płuca, nadnercza, skórę i oczy (7, 10, 14, 17, 20).

Od 1973 r., gdy po raz pierwszy opisano pełzakowe zapalenie rogówki – *Acanthamoeba keratitis* (AK) u ranczera z Teksasu, do chwili obecnej liczbę udokumentowanych przypadków szacuje się na ponad 750, przy czym aż 85% z nich dotyczy osób stosujących soczewki nagałkowe (6,20). Stan zapalny z charakterystycznym pierścieniowatym naciekiem, z bolesnością, fotofobią i pogorszeniem widzenia utrzymuje się często przez wiele miesięcy pomimo leczenia. Mechanizm prowadzący do rozwoju AK nie jest dokładnie poznany, uważa się jednak, że istnieje wyraźna korelacja pomiędzy takimi czynnikami jak nieodpowiednia higiena, mechaniczne uszkodzenia rogówki, obniżona odporność – a inwazją *Acanthamoeba castelaniai* czy *A. polyphaga* (7, 20, 21).

W obecności wymienionych czynników noszenie szkieł kontaktowych wybitnie podwyższa ryzyko utrzymania się zarażenia. Przewiduje się, że ze wzrostem liczby osób, stosujących szkła kontaktowe, liczba przypadków zapalenia rogówki powodowanych przez trofozoity i cysty tych ameb może wzrastać. Wczesna diagnoza i nowoczesna terapia mogłyby poprawić prognozę, jednak wprowadzane leczenie przeciwbakteryjne lub przeciwwirusowe zaciemnia obraz, pogarsza stan oka, prowadząc do przewlekłej postaci AK, niezwykle odpornej na leki przeciwamebowe. Profilaktyka jest bardzo trudna. Gatunki z rodzaju *Acanthamoeba* należą do mikroorganizmów występujących powszechnie w wielu rejonach świata, również w Polsce. Znane przypadki spontanicznych inwazji u dzikich i domowych zwierząt: bobra, psów, bydła oraz wykrycie tych ameb u zmiennoocieplnych: ryb, płazów oraz gadów wskazują na liczne drogi transmisji środowiskowej *Acanthamoeba* i potencjalne źródła inwazji dla człowieka.

#### Dyspersja *Acanthamoeba* sp. w otoczeniu człowieka

Ameby pierwotnie wolnożyjące znajduwane są na wszystkich kontynentach, w środowisku wodnym i lądowym: są wszechobecne w wodzie, glebie i powietrzu.

*A. castellanii*, podobnie jak inne gatunki z tego rodzaju, występuje w dwóch formach rozwojowych: jako amebowaty trofozoit o zmiennym kształcie i wymiarach od 8 do 40µm, z charakterystycznymi cienkimi pseudopodiami (acanthopodia) oraz jako cysta (7-30µm) o kilkuwarstwowej, wielokątnej ścianie. Cysty różnych patogenicznych dla człowieka szczepów *Acanthamoeba* obecne są w powietrzu, wodzie wodociągowej, morskiej, w piaskach pustyń, środowiskach o niskiej temperaturze, także silnie zakwaszonych. Izolowano je z gleby, ścięków, a także z urządzeń grzewczych i klimatyzacyjnych, aparatów do dializy, zestawów stomatologicznych, płynów do przepłukiwania oczu oraz hodowli komórkowych i tkankowych, również z wody mineralnej, grzybów i jarzyn (11).

Żywność, zarówno nieprzetworzona, jak i przetworzona, także może być zanieczyszczona trofozoitami czy cystami, a jama ustna – stanowić wrota inwazji tych ameb do organizmu człowieka. W naszych badaniach porównawczych nad występowaniem pierwotniaków, bakterii i grzybów w jamie ustnej pacjentów z chorobami układowymi u 4 spośród 77 badanych wykryliśmy mieszaną inwazję pierwotniaczą. U przewlekle chorych, upośledzonych umysłowo osób z zaburzonym mechanizmem immunologicznym, ze stomatopatią i periodontopatią, obok *Entamoeba gingivalis* i *Trichomonas tenax*, dla których człowiek jest typowym żywicielem, stwierdziliśmy występowanie trofozoitów i cyst *Acanthamoeba* sp. (3, 4). Ze względu na chorobę podstawową pa-

cjentki te były leżące lub chodzące z ograniczeniem, przy tym wszystkie były na diecie półpłynnej, a przyjmowanie posiłków odbywało się z pomocą osób trzecich. Bardzo prawdopodobne było zanieczyszczenie naczyń, względnie posiłku przy jego przygotowaniu, pełzakami *Acanthamoeba* sp., występującymi w otoczeniu, a obniżona odporność organizmu chorych stanowiła czynnik sprzyjający inwazji. Dane uzyskane przez nas stanowią kolejny argument na rzecz oportunistycznego charakteru inwazji tych pierwotnie wolnożyjących ameb u człowieka.

#### Wpływ wybranych czynników biotycznych i abiotycznych na stadia rozwojowe *Acanthamoeba* sp. *in vivo* oraz *in vitro*

Organizm człowieka może być kolonizowany zarówno przez formy troficzne, jak i cysty tych pierwotnie wolnożyjących ameb. Cysty są niezwykle odporne na czynniki fizyczne i chemiczne: na niskie temperatury, zmiany wilgotności, na wysychanie, promieniowanie ultrafioletowe, zmienne ciśnienie osmotyczne, stężenie jonów wodorowych, związków nieorganicznych i organicznych. Wykrywa się je w kurzu, mogą być rozsiewane z wiatrem. Szereg danych różnych autorów, a także nasze własne obserwacje wskazują, że cysty są znacznie mniej wrażliwe na czynniki abiotyczne niż trofozoity. Zespół badaczy z ośrodka poznańskiego (12) wykazał, że cysty *Acanthamoeba* sp. mogą zachowywać żywotność w wodzie destylowanej w temperaturze 4°C przez 25 lat!

Uważa się, że pełzaki z rodzaju *Acanthamoeba* są bardziej niż inne amfizoiczne amebki odporne na działanie różnych czynników środowiskowych, także antybiotyków i chemoterapeutyków.

Jak dotąd brak także skutecznych środków odkażających wodę pitną – jej gotowanie pozostaje najpewniejszym sposobem zniszczenia pełzaków. Cysty tych ameb, występujące w środowisku, nie są wrażliwe na działanie mydła oraz innych środków czystościowych; są one co prawda wrażliwe na działanie wody utlenionej, jednak środek ten można stosować w ograniczonym zakresie. Ponieważ w znacznej mierze pełzaki te są także odporne na chlorowanie czy bromowanie, wciąż badane są różne związki chemiczne pod kątem ich przeciwamebowego oddziaływania. Dotychczasowe dane wskazują na duże zróżnicowanie wrażliwości izolatów *Acanthamoeba* sp. nawet w odniesieniu do tego samego związku chemicznego (6).

Wśród różnych substancji, ocenianych pod kątem ich działania przeciwpęłzakowego, wymienia się chlorheksydynę, na którą w badaniach *in vitro* były wrażliwe przynajmniej niektóre izolaty *Acanthamoeba*. W naszych badaniach, których wstępne wyniki wydają się obiecujące, użyty

został płyn o działaniu antyseptycznym, stosowany w profilaktyce i chirurgii, w którym substancję czynną stanowił dwuglukonian chlorheksydyny. Charakteryzuje się on znaczną aktywnością bakteriostatyczną, jest używany do odkażania rąk i pola operacyjnego przed zabiegami i podczas nich. Materiał badawczy stanowiły pełzaki *Acanthamoeba castelanii* (szczep Neff) utrzymywane w kulturach aksenicznych (podłoże BSC), poddane działaniu antyseptyku w postaci płynnej, w trzech różnych stężeniach substancji czynnej. Mikroskopowa ocena stanu ameb dokonywana była trzykrotnie z każdej próbki, w dwóch interwałach czasowych: po 24 godzinach oraz po 5 dniach od poddania ich działaniu dwuglukonianu chlorheksydyny. Równolegle badano kontrolne próbki kultury ameb, do których nie dodano antyseptyku. Oceniano wpływ substancji badanej na ogólną liczbę ameb, w tym na liczbę form troficznych oraz cyst. Uzyskane rezultaty przedstawiono w tabeli.

Analiza porównawcza wyników po 24h wykazała wyraźne różnice w liczbie ameb zależne od stężenia chlorheksydyny. W próbkach o najwyższym stężeniu tej substancji ogólna liczba pełzaków była sześciokrotnie mniejsza niż w kontrolnych, jednak wzrósł w nich procent cyst.

W niskim stężeniu chlorheksydyny ogólna liczba ameb była nieco tylko niższa niż w próbkach kontrolnych, jednak trzykrotnie mniejsza była w nich liczba cyst.

Po 5 dniach także widoczny był wpływ stężenia chlorheksydyny na pełzaki: w próbkach o najniższej i średniej zawartości tej substancji ogólna liczba ameb nie różniła się w zasadzie od obserwowanej w tym czasie wysokiej ich liczby w próbkach kontrolnych, chociaż przy najniższym stężeniu chlorheksydyny nadal utrzymywał się niski poziom cyst. Chlorheksydyna w najwyższym stężeniu wywierała nadal największy wpływ na ogólną liczbę ameb, która była jednak tylko 3-krotnie niższa niż w materiale bez antyseptyku, przy czym procentowa relacja trofozoitów i cyst była podobna do tej w próbkach kontrolnych.

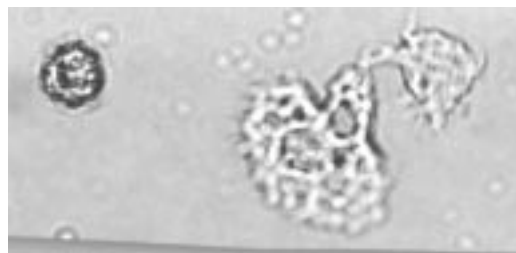
Jak wynika z powyższych wstępnych obserwacji, pełzaki z badanego przez nas szczepu *Acanthamoeba castelanii* wykazują znaczną wrażliwość na dwuglukonian chlorheksydyny, jednak nie jest zadowalające uzyskanie znacznego nawet obniżenia ogólnej liczby ameb, jeżeli dochodzi przy tym do nasilenia encystacji. Uzyskanie lepszego efektu długofalowego wymaga dalszych badań prowadzonych z uwzględnieniem większej częstości ekspozycji i różnych parametrów fizykochemicznych.

#### **Ameby pierwotnie wolnożyjące jako wektory innych patogenów**

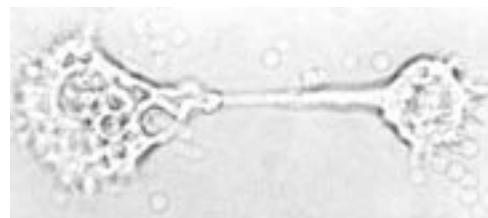
Zdolność wolnożyjących ameb do zachowania żywotności zarówno w środowisku naturalnym zewnętrznym, jak też

wewnątrz komórek innych organizmów, znajduje wyraz w innym jeszcze zjawisku, które od niedawna jest przedmiotem zainteresowania badaczy. Zarówno trofozoity, jak i cysty tych fakultatywnych patogenów służyć mogą jako żywiciela „chroniący”. Wykryto, że ameby te mogą stwarzać swoisty mikrohabitat dla różnych drobnoustrojów, takich jak *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Legionella pneumophila*, a także dla *Cryptococcus neoformans* (13, 16, 19, 22). Liczba bakterii w jednym trofozoicie czy cyście *Acanthamoeba* dochodzić może nawet do kilkudziesięciu osobników. Przy okazji naszych badań wykryliśmy podobne zjawisko u pasożytniczego pierwotniaka *Trichomonas tenax*: nienaruszone, a nawet dzielące się bakterie obserwowaliśmy w wakuolach we wnętrzu tych rzęśistków, izolowanych z jamy ustnej zarażonych pacjentów (4).

Patogeniczne szczepy amfizoicznych ameb jako wektory patogenów nie tylko mogą uczestniczyć w ich transmisji, ale wpływać między innymi na ich właściwości, np. wirulencję czy antybiotykooporność (16, 18). Wydaje się, że istotną rolę odgrywa przy tym znaczna tolerancja *Acanthamoeba* na czynniki fizykochemiczne. Wśród cech biotycznych, które mogą mieć istotne znaczenie dla niskiej wrażliwości tych



*Trofozoit i cysta Acanthamoeba castelanii*



*Trofozoit A. castelanii w trakcie podziału*



*Trofozoit A. castelanii – forma wydłużona z akantopodiami na tylnym biegunie*

Liczba ameb w zależności od stężenia i czasu oddziaływania chlorheksydyny

Stężenie dwuglukonianu chlorheksydyny [g/ml]	Czas działania	Średnia liczba ameb w 1 ml			Trofozoity %	Cysty %
		Trofozoity x 10 <sup>3</sup>	Cysty x 10 <sup>3</sup>	Ogółem x 10 <sup>3</sup>		
98	24 h	1,70	0,30	2,00	85,00	15,00
	5 dni	4,05	0,45	4,50	90,00	10,00
10	24 h	9,50	1,25	10,75	88,37	11,63
	5 dni	10,15	1,60	11,75	86,38	13,62
4	24 h	9,20	0,45	9,65	95,34	4,66
	5 dni	11,75	0,55	12,30	95,53	4,47
Kontrola	24 h	10,68	1,55	12,23	87,33	12,67
	5 dni	11,48	1,55	13,03	88,10	11,90

ameb na czynniki abiotyczne wymienia się morfofizjologię cyst, które charakteryzują się wyraźnym wewnątrzatkowym polimorfizmem (19). Odgrywa on ważną rolę w utrzymaniu się, dyspersji i skutecznej transmisji szczepów *Acanthamoeba* w środowisku naturalnym i otoczeniu człowieka, wzmagając tym samym zagrożenie dla zwierząt i ludzkiego zdrowia.

W sytuacji, gdy na całym świecie wzrasta liczebność grup ryzyka, zmniejszenie zagrożenia człowieka inwazjami oportunistycznymi, powodowanymi przez różne gatunki z rodzaju *Acanthamoeba*, jest niezmiernie ważnym zadaniem, wymagającym dalszych kompleksowych, interdyscyplinarnych badań.

#### Literatura

1. Casper T., Basset D., Leclercq C., Fabre J., Peyron-Raison N., Reynes J. *Disseminated Acanthamoeba infection in a patient with AIDS: response to 5-fluorocytosine therapy*. Clinical Infectious Diseases, 1999, 29: 944-945;
2. Cerva L., Novak K. *Amoebic meningoencephalitis, sex-teen fatalities*. Science; 1968,160,92.
3. Chomicz L., Piekarczyk J., Starościak B., Fiedor P., Piekarczyk B., Wojtowicz A., Szubińska D., Świdorski Z., Rebandel H. *Host- protozoans-bacteria-fungi interrelations in the mouths of patients with systemic illnesses*. Wiadomości Parazytologiczne; 2001, 47, 559-563.
4. Chomicz L., Piekarczyk J., Starościak B., Fiedor P., Piekarczyk B., Szubińska D., Zawadzki P.J., Walski M. *Comparative studies on the occurrence of protozoans, bacteria and fungi in the oral cavity of patients with systemic disorders*. Acta Parasitologica; 2002, 47, 147-153;
5. Ferrante A. *Free-living amoebae: pathogenicity and immunity*. Parasite Immunol.; 1991, 13, 31-47.
6. Garcia L.S. *Diagnostic medical parasitology*, ASM PRESS, Washington, 2001.
7. Hiti K., Walochnik J., Faschinger Ch., Haller-Schober E.-M., Aspöck H. *Microwave treatment of contact lens cases contaminated with Acanthamoeba*. Cornea; 2001, 20, 467-470.
8. Kasprzak W. *Pełzaki wolnożyjące o właściwościach patogenicznych dla człowieka i zwierząt*. PWN, Warszawa-Wrocław, 1985.
9. Martinez A.J., Kasprzak W. *Patogenne pełzaki wolnożyjące – przegląd*. Wiadomości Parazytologiczne; 1980, 26, 495 –522.
10. Martinez A.J., Visvesvara G.S. *Free-living, amphizoic and opportunistic amebas*. Brain Pathology; 1997, 7, 583-98.
11. Mazur T. *Aspekty epidemiologiczne i kliniczne inwazji pełzaków wolnożyjących*. Biul. Met-Org. Inst.Med.Morsk.i Trop. 1998, 31, 67-72.
12. Mazur T., Hadaś E., Iwanicka I. *The duration of the cyst stage and the viability and virulence of Acanthamoeba isolates*. Trop Med Parasitol; 1995, 46,106-8.
13. Neumeister B., Schoniger S., Faigle M., Eischer M., Dietz K. *Multiplication of different Legionella species in Mono Mac 6 cells and in Acanthamoeba castellanii*. Applied & Environmental Microbiology; 1997, 63, 1219-1224.
14. Schuster F.L. *Cultivation of pathogenic and opportunistic free-living amebas*. Clinical Microbiology Reviews; 2002, 15.342-54.
15. Schwarzwald H., Shah P., Hicks J., Levy M., Wagner M.L., Kline M.W. *Disseminated Acanthamoeba infection in*

*a human immunodeficiency virus-infected infant.* Pediatric Infectious Disease Journal, 2003, 22, 197-9.

16. Steenbergen J.N., Shuman H.A., Casdevall A. *Cryptococcus neoformans interactions with amoeba suggest an explanation for its virulence and intracellular pathogenic strategy in macrophages.* Proc. Natl. Acad. Sci. USA; 2001, 98, 15245-50.

17. Van Hamme C., Dumont M., Delos M., Lachapelle J.M. *Cutaneous acanthamoebiasis in a lung transplant patient.* Ann. Derm. et Vener.; 2001, 128, 1237-40.

18. Walochnik J., Picher O., Aspöck C., Ullmann M., Sommer R., Aspöck H. *Interactions of „Limax amoebae” and gram-negative bacteria: Experimental studies and review of current problems.* Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine; 1999, 23, 273-278.

19. Walochnik J., Obwaller A., Aspöck H. *Correlations between morphological, molecular biological, and physiolo-*

*gical characteristics in clinical and nonclinical isolates of Acanthamoeba spp.* Applied and Environmental Microbiology; 2000, 66, 4408-4413.

20. Walochnik J., Haller-Schober E.-M., Kölli H., Picher O., Obwaller A., Aspöck H. *Discrimination between clinically relevant and nonrelevant Acanthamoeba strains isolated from Contact lens-wearing keratitis patients in Austria.* Journal of Clinical Microbiology; 2000, 38, 3932-3936.

21. Walochnik J., Obwaller A., Haller-Schober E.-M., Aspöck H. *Anti-Acanthamoeba IgG, IgM, and IgA immunoreactivities in correlation to strain pathogenicity.* Parasitol Res; 2001, 87, 651-656.

22. Winiecka-Krusnell J., Linder E. *Bacterial infection in free-living amoebae.* Research in Microbiology; 2001, 152, 613-9.

## ZASADY PRZYGOTOWANIA DO ZABIEGU PRZESZCZEPIENIA NERKI CHORYCH Z PATOLOGIĄ DRÓG MOCZOWYCH

*Dr n. med. Andrzej Chmura\**

*Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej AM*

Kidney transplantation has become a routine, safe and effective method of treatment of patients with end stage renal failure. 8780 transplantations in 8283 patients have been performed in Poland since the beginning of the program till January 2003. According to the legal regulations all potential recipients have to be enlisted in the National List located in the Transplantation Institute. Until now kidney transplantation has not been considered in dialysis patients with signs and symptoms of anatomical or functional Lower Urinary Tract Disorders (LUTD).

The present work aimed:

1. To assess the prevalence of LUTD among 2000 potential recipients
  2. To design a simple protocol of urological evaluation of LUT in patients awaiting kidney transplantation.
- Micturating cystography performed in 535 symptomatic patients in order to exclude disorders of LUT allowed to include 265 of them on the list of potential recipients.

150 patients underwent unilateral or bilateral nephrectomy due to infection and/or reflux disease.

Twenty two patients were qualified for transplantation with a supravescical urinary diversion (4 of them were transplanted with good result).

Remaining 98 patients underwent detailed urological assessment including urodynamic studies which revealed the need for pharmacological or surgical treatment before transplantation (tables 1-5).

A LUT evaluation algorithm has been designed for dialysis patients, to be carried out before enlistment as potential transplant recipients.

Przeszczepianie nerek wykonywane w Polsce od 35 lat stało się już dawno rutynową, skuteczną i bezpieczną metodą leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością tego narządu. Do końca roku 2002 wykonano w naszym kraju łącznie 8780 transplantacji u 8283 chorych. Aktualnie żyje 6830 (80%) chorych po przeszczepieniu nerki, w tym 5285 (56%) z czynnym przeszczepem.

W Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie wykonano łącznie od 1982 roku 1265 transplantacji nerek u 1204 chorych.

W Instytucie Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie prowadzona jest Centralna Lista Biorców, a w bazie danych znajdują się wszystkie niezbędne informacje dotyczące chorych oczekujących na zabieg przeszczepienia nerki. W końcu 2002 roku, z ogólnej liczby 10500 dializowanych, zgłoszono do CLB jako potencjalnych biorców nerki 2725 (26%) chorych – z czego zakwalifikowano do przeszczepienia 1791 (17%) chorych, zaś 755 (7%) okresowo skreślono z aktywnej listy z powodu różnych przeciwwskazań.

Do niedawna jednym z bezwzględnych lub względnych przeciwwskazań do przeszczepienia nerki w Polsce były różnego typu zaburzenia dolnego odcinka dróg moczowych (ZDODM). Należą do nich:

- zwężenie cewki moczowej – pourazowe, pozapalne, po operacji zastawki,
- stan po operacji pozaanatomicznego odprowadzenia moczu w okresie przed rozpoczęciem leczenia dializami jak:
  - wyłonienie moczowodu/ów na skórę,
  - wszczepienie moczowodów do pętli jelitowej zewnętrznej (wg Bricker'a),
  - wszczepienie moczowodów do esicy (wg Coffey'a),
  - powiększenie pęcherza z użyciem ściany jelita (ileo-cystoplastyka),
  - przetoka nadłonowa na stałe,
  - pęcherz jelitowy,
  - spodzieństwo lub wierzchniactwo,
  - trudności w samoistnym opróżnianiu pęcherza moczowego z jego znacznym powiększeniem (pęcherz neurogen-

\*streszczenie pracy habilitacyjnej



ny) lub znaczne zaleganie moczu po mikcji w następstwie przerostu gruczołu krokowego,

– przetoki pęcherzowo-jelitowe lub pęcherzowo-pochwowe.

Wszyscy tacy chorzy pozbawieni byli w Polsce możliwości leczenia przeszczepieniem nerki, mimo że na świecie w ośrodkach o największym doświadczeniu od lat, choć nie rutynowo, podejmowano skutecznie próby transplantacji nerek u chorych z wadami dolnego odcinka dróg moczowych.

Anatomiczne lub czynnościowe zaburzenia ze strony dróg moczowych stanowią zagrożenie dla przeszczepionej nerki, gdyż po zabiegu pęcherz moczowy biorcy, jest wspólnym zbiornikiem dla starego i nowego układu moczowego. Jeśli więc u chorego dializowanego występuje zakłócenie stanu normalnego, objętość pęcherza nie jest prawidłowa i nie opróżnia się on swobodnie, chory powinien być przed zabiegiem leczony operacyjnie i/lub farmakologicznie dla stworzenia warunków zapewniających bezpieczne przeszczepienie nerki.

Dlatego też istniała potrzeba podjęcia badań, mających na celu ustalenie, jak znaczna jest liczba chorych z zaburzeniami dolnego odcinka dróg moczowych oczekujących na zabieg przeszczepienia nerki oraz czy możliwe jest wykonanie takiego zabiegu u chorych z wadami dolnego odcinka dróg moczowych.

#### **Badania miały na celu:**

1. Ocenę częstości występowania zaburzeń dotyczących dolnego odcinka dróg moczowych (ZDODM) u potencjalnych biorców przeszczepu nerki.

2. Opracowanie jednolitego i prostego systemu badań obrazowych i czynnościowych pozwalających na ocenę DODM w celu kwalifikacji, kwalifikacji warunkowej (po właściwym przygotowaniu) lub dyskwalifikacji od zabiegu przeszczepienia nerki.

3. Zaproponowanie algorytmu rutynowej diagnostyki ZDODM u chorych dializowanych, który obowiązywałby przed zgłoszeniem chorego jako potencjalnego biorcy.

We wstępnej fazie pracy badaniem objęto wszystkich chorych dializowanych w Polsce, zgłoszonych do Centralnej Listy Biorców. Stanowi to około 80 % chorych dializowanych w Polsce, gdyż niektóre ośrodki nie współpracują z CLB (np. Katowice). Poszukiwano chorych, u których dane z wywiadów (przebyte operacje) lub istniejące objawy wskazywały na istnienie anatomicznych lub czynnościowych zaburzeń dolnego odcinka dróg moczowych (ZDODM).

Selekcję chorych z zaburzeniami DODM prowadzono w następujący sposób:

– analizowano w CLB 2500 historii chorób osób dializowanych zgłoszonych do przeszczepienia, spośród których wybrano chorych z zaburzeniami w obrębie DODM,

– wysłano do kierowników wszystkich Ośrodków Dializ w Polsce list z prośbą o przysłanie dokumentacji chorych

dotychczas nie zgłaszanych w ogóle do przeszczepienia z powodu zaburzeń w obrębie DODM, otrzymując informacje o 240 chorych,

– od 1998 roku systematycznie przeglądano dokumentację chorych zgłaszanych do przeszczepienia – w sumie 1250, wybierając do dalszych badań chorych z zaburzeniami DODM,

– inną drogą pozyskiwania chorych były konsultacje telefoniczne. Tą drogą uzyskano informacje o 180 chorych.

Ogółem spośród 4170 chorych, których dokumentację analizowano, **wybrano 535 do dalszych badań.**

1. Pierwszym badaniem przesiewowym było wykonanie u wszystkich tych chorych cystouretragrafii mikcyjnej (CUM) z oznaczeniem pojemności całkowitej pęcherza moczowego, obecności lub braku odpływów pęcherzowo-moczowodowych oraz występowania i wielkości zalegania moczu w pęcherzu po mikcji. U 35 chorych z tej grupy wykonano dodatkowo uretroskopię i/lub cystoskopię dla dokładniejszej oceny cewki i/lub pęcherza, pobrania wycinków i wykrycia innych nieprawidłowości. Wykryte w ten sposób 5 przypadków zwężenia cewki lub szyi pęcherza leczono przez wykonanie rozszerzenia cewki lub nacięcie szyi pęcherza i kontrolne badanie CUM. W przypadku powrotu do stanu prawidłowego po takich zabiegach, kwalifikowano chorych do przeszczepienia nerki. W ten sposób po badaniu CUM oraz zabiegach rozszerzenia lub nacięcia szyi zakwalifikowano do przeszczepienia 265 chorych.

2. Pozostałych 270 chorych wymagało przed kwalifikacją dalszych badań diagnostycznych.

– 22 chorych po zbadaniu i przejrzaniu dostarczonej dokumentacji zakwalifikowano bezpośrednio do operacji przeszczepienia nerki z nietypowym odprowadzeniem moczu.

– 150 chorym z potwierdzonym badaniem CUM jedno lub obustronnym odpływem pęcherzowo-moczowodowym zlecono usunięcie jednej lub obu nerek.

– 140 z nich po przeprowadzonej operacji usunięcia nerki znalazło się na aktywnej liście oczekujących na przeszczepienie nerki.

– 10 chorych, którzy nie zgodzili się na nefrektomię lub wymagali dalszego przygotowania było czasowo zawieszonych od przeszczepienia.

– 98 chorych z ZDODM wymagało specjalistycznego badania czynnościowego, jakim jest badanie urodynamiczne (URD).

Wieloczynnościowe badanie urodynamiczne miało za zadanie ocenę funkcjonowania dolnego odcinka dróg moczowych w trakcie fazy napełniania i opróżniania pęcherza. Badanie to przeprowadzono przy użyciu aparatu Duet Dantec (Dania), umożliwiającego pomiar i rejestrację ciśnień w pęcherzu i cewce moczowej oraz zapis czynności mięśni zwieraczy. Badanie składało się z następujących elementów:

**a. Uroflowmetrii wolnej** wykonywanej po naturalnym napełnieniu pęcherza, a u chorych bez diurezy po wypełnieniu pęcherza przez cewnik, który następnie usuwano. Analizowano:

- objętość oddanego moczu –  $V_f$  (ml)
- przepływ maksymalny –  $Q_{max}$  (ml/s)
- przepływ średni –  $Q_{ave}$  (ml/s) =  $Q_{max}/t$
- czas przepływu –  $t_Q$  (s)
- czas do maks. przepływu –  $t_{Qmax}$  (s)

Wartości prawidłowe wyznaczano na podstawie nomogramów (Liverpoolski, Haylena), oraz oceny kształtu krzywej mikcyjnej.

**b. Cystometrii i badania ciśnieniowo-przepływowego oceniając:**

- ciśnienie śródpecherzowe - $P_{ves}$  (cm H<sub>2</sub>O) =  $P_{abd} + P_{det}$
- ciśnienie śródbrzuszne - $P_{abd}$  (cm H<sub>2</sub>O)
- ciśnienie wypieracza - $P_{det}$  (cm H<sub>2</sub>O). Zmianę ciśnienia wypieracza w trakcie napełniania powyżej 15 cm H<sub>2</sub>O przyjmowano jako nadreaktywność wypieracza.

**c. Czucie pęcherzowe** badano, określając dla każdego punktu ciśnienia i pojemność pęcherza:

- testy prowokacyjne w trakcie napełniania pęcherza, mające na celu ujawnienie ewentualnej nadreaktywności wypieracza w praktyce wywoływano przez: kaszel, zmianę pozycji w trakcie napełniania i zmianę szybkości napełniania

**d. Profilometrii cewkowej**

Badanie to wykonywano w pozycji leżącej dla określenia funkcji cewki i jej wydolności analizując:

- maksymalne ciśnienie śródcewkowe –  $P_{ura_{max}}$
- maksymalne ciśnienie zamykające –  $P_{ura_{dif}} = P_{ura_{max}} - P_{ves}$

Prowadzono zapis EMG w trakcie badania urodynamicznego, który służył do oceny funkcji zwieracza i jego prawidłowych reakcji w odruchu mikcji. W przypadku podejrzenia patologii przewodnictwa nerwowo-mięśniowego kierowano chorych na specjalistyczne badania neurologiczne.

Po badaniu urodynamicznym wykonywano cystourethrofluoroskopię mikcyjną, wraz z oceną wydolności szyi pęcherza i kątów cewkowo-pęcherzowych.

U 98 chorych wykonano 119 badań URD. Wyniki zbiorcze wykonanych badań przedstawiono w tabeli 1.

W przypadku urodynamicznych cech przeszkody podpecherzowej zalecano wykonanie cystouretroskopii dla wykluczenia przeszkody anatomicznej, a w przypadku jej potwierdzenia zlecano odpowiednie leczenie urologiczne (rozszerzenie lub nacięcie) z kontrolą CUM i/lub URD po zabiegu. Na zabieg rozszerzenia lub nacięcia skierowano 2 chorych. W razie powrotu funkcji DODM do normy, potwierdzonej powyższymi badaniami, kwalifikowano chorych do przeszczepienia.

Przy braku przeszkody anatomicznej rozpoznawano przeszkodę czynnościową i w zależności od pomiarów URD zlecano leczenie farmakologiczne, mające na celu próbę

**Tabela 1. Wyniki badania urodynamicznego u 98 chorych.**  
**Results of urodynamics in 98 patients**

GRUPA	1	2	3	4
Liczba chorych	10	41	15	32
FD (Ml)	204 ± 44,2	133,46 ± 75,43	187,53 ± 178,88	75,61 ± 42,22
CysCap (ml)	448,25 ± 137,4	271,62 ± 107,65	332,93 ± 149,39	131,27 ± 69,54
Pdetinst (cm H <sub>2</sub> O)	3,75 ± 10,61	38,81 ± 37,35	28 ± 24,61	72,55 ± 37,66
Pdetop (cm H <sub>2</sub> O)	37,5 ± 24,37	58,33 ± 37,32	63,73 ± 59,65	60,7 ± 44,17
Qmax (ml/s)	22,2 ± 11,15	12,46 ± 14,36	5,19 ± 5,24	4,57 ± 3,82
C (cm H <sub>2</sub> O/ml)	27,13 ± 14,73	11,85 ± 12,22	21,49 ± 23,63	2,92 ± 4,82
R (ml)	6,25 ± 17,68	75,35 ± 107,7	212,16 ± 166,33	63,03 ± 58,26

FD – pierwsze czucie parcia na mocz (first desire to void)

CysCap – pojemność pęcherza (bladder capacity)

Pdetinst – ciśnienie nadreaktywnego wypieracza (instabile detrusor pressure)

Pdetop – ciśnienie otwarcia wypieracza (opening detrusor pressure)

Qmax – przepływ maksymalny (maximal flow)

C – podatność (compliance)

R – zaleganie moczu po mikcji (residua urine)

przywrócenie prawidłowej funkcji DDM, umożliwiającą kwalifikację do przeszczepienia nerki.

Najczęściej stosowano terapię skojarzoną, podając leki antycholinergiczne oraz β-blokery, z uwagi na synergizm działania rozkurczowego na pęcherz moczowy oraz z uwagi na częste współwystępowanie przeszkody podpecherzowej na poziomie szyi pęcherza z wtórną do niej nadreaktywnością wypieracza.

W przypadku przeszkody czynnościowej w obrębie zwieracza zewnętrznego dodatkowo stosowano leki z grupy miorelaksacyjnych.

Pacjentów opornych na standardową terapię nadreaktywnego pęcherza, przy braku zmian wtórnych w wypieraczu (znacznego stopnia zmniejszenie podatności) leczono neurotoksynami. Podawano im dopecherzowo resiniferatoksynę lub toksynę botulinową. W ten sposób leczono chorych zawsze przed podjęciem decyzji o wykonaniu operacji nietypowego odprowadzenia moczu (ileocystoplastyka, odprowadzenie moczu do wstawki Brickera).

Po zakończeniu leczenia wykonywano ponownie kontrolne badania CUM i/lub URD i w przypadku poprawy i powrotu funkcji DODM do normy, kwalifikowano chorych do przeszczepienia.

Pozostałych chorych, u których leczenie nie przyniosło efektu kwalifikowano do przeszczepienia nerki z nietypowym odprowadzeniem moczu.

W oparciu na wyniku badania urodynamicznego podzielono chorych na 4 grupy:

#### GRUPA 1 (10 chorych)

Chorzy z prawidłową anatomią dróg moczowych (prawidłowa cewka moczowa i pęcherz, brak odpływów pęcherzowo-moczowodowych i zalegania moczu po mikcji). Badanie urodynamiczne w granicach normy. Chorych tych zakwalifikowano do przeszczepienia nerki.

**Tabela 2. Parametry urodynamiczne chorych grupy 1**  
Urodynamic data in patients of group 1

FD MI	Cys-Cap ml	Pdet-inst cm H <sub>2</sub> O	Pdetop cm H <sub>2</sub> O	Qmax ml/s	C cm H <sub>2</sub> O/ml	R MI
204 ±44,2	448,25 ±137,4	3,75 ±10,61	37,5 ±24,37	22,2 ±11,15	27,13 ±14,73	6,25 ±17,68

#### GRUPA 2 (41 chorych)

Pacjenci z patologią zarówno w fazie napelniania, jak i opróżniania, rokujący na wyleczenie po zastosowaniu farmakoterapii lub niewielkich korygujących zabiegów operacyjnych (rozcięcie szyi pęcherza, zwężenia cewki itp.). Badanie URD u chorych w tej grupie wykazało: przeszkodę podpęcherzową czynnościową lub anatomiczną i/lub nadreaktywny wypieracz, oraz/lub nadwrażliwość czuciową, prawidłową podatność i niewielkie zaleganie moczu po mikcji. Chorych takich kwalifikowano do leczenia farmakologicznego lub leczenia operacyjnego przeszkody anatomicznej (uretrotomia lub TUNI). Po leczeniu i wykonaniu badania kontrolnego CUM i/lub URD kwalifikowano tych chorych do przeszczepienia nerki lub w razie braku poprawy do dalszego leczenia albo innych rozwiązań.

Spośród 41 chorych grupy 2, leczonych farmakologicznie i/lub chirurgicznie uzyskano następujące wyniki:

- 6 pacjentów nie poddało się leczeniu i było zakwalifikowanych do przeszczepienia z nietypowym odprowadzeniem moczu lub samocewnikowaniem (ostatecznie grupa 3 lub 4),
- u pozostałych 35 chorych uzyskana poprawa pozwoliła na zakwalifikowanie ich do przeszczepienia (ostatecznie grupa 1).

**Tabela 3. Parametry urodynamiczne chorych grupy 2**  
Urodynamic data in patients of group 2

FD MI	Cys-Cap ml	Pdet-inst cm H <sub>2</sub> O	Pdetop cm H <sub>2</sub> O	Qmax ml/s	C cm H <sub>2</sub> O/ml	R MI
133,46 ±75,43	271,62 ±107,65	38,81 ±37,35	58,33 ±37,32	12,46 ±14,36	11,85 ±12,22	75,35 ±107,7

#### GRUPA 3 (15 chorych)

Chorzy z upośledzoną kurczliwością wypieracza w trakcie mikcji, będący kandydatami do samocewnikowania po przeszczepieniu. Chorych tej grupy kwalifikowano do przeszczepienia nerki, z opróżnianiem pęcherza drogą samocewnikowania w razie zalegania moczu i nieefektywnej mikcji. W przypadku braku zgody pacjentów na samocewnikowanie proponowano im nadpęcherzowe odprowadzenie moczu pętlą jelitową met. Brickera.

**Tabela 4. Parametry urodynamiczne chorych grupy 3**  
Urodynamic data in patients of group 3

FD MI	Cys-Cap ml	Pdet-inst cm H <sub>2</sub> O	Pdetop cm H <sub>2</sub> O	Qmax ml/s	C cm H <sub>2</sub> O/ml	R MI
187,53 ±178,88	332,93 ±149,39	28 ±24,61	63,73 ±59,65	5,19 ±5,24	21,49 ±23,63	212,16 ±166,33

#### GRUPA 4 (32 chorych)

Chorzy z dużymi zmianami czynnościowymi i/lub anatomicznymi w obrębie dolnych dróg moczowych, które dyskwalifikowały ich od przeszczepienia nerki ze standardowym odprowadzeniem moczu.

**Tabela 5. Parametry URD chorych z grupy 4**  
Urodynamic data in patients of group 4

FD MI	Cys-Cap ml	Pdet-inst cm H <sub>2</sub> O	Pdetop cm H <sub>2</sub> O	Qmax ml/s	C cm H <sub>2</sub> O/ml	R MI
75,61 ±42,22	131,27 ±69,54	72,55 ±37,66	60,7 ±44,17	4,57 ±3,82	2,92 ±4,82	63,03 ±58,26

Chorych z tej grupy kwalifikowano do zabiegu nietypowego odprowadzenia moczu (po przeszczepieniu), takiego jak: ileocystoplastyka, ileocystoplastyka z samocewnikowaniem lub odprowadzenie moczu ileostomią sposobem Brickera.

Łącznie spośród 98 chorych, u których wykonano badanie URD, 45 zakwalifikowano do standardowej operacji przeszczepienia nerki (grupa 1). W tej liczbie znalazło się 10 chorych zakwalifikowanych bezpośrednio po badaniu URD i 35 chorych grupy 2, których ostateczną kwalifikację do operacji przeszczepienia poprzedzono farmakoterapią (33 pacjentów) i/lub zabiegami korygującymi (2 pacjentów). Pozostałych 53 chorych zakwalifikowano do przeszczepienia z nietypowym odprowadzeniem moczu lub też przeszczepienia i samocewnikowania po zabiegu (grupy 3 i 4). Wśród tych chorych znalazło się 6 osób z grupy 2, u których nie przyniosło efektu leczenie farmakologiczne, ani zabiegi korygujące.

Ostatecznie spośród 535 ocenianych chorych z podejrzeniem ZDODM zakwalifikowano:

– 447 (83,6%) w tym 45 chorych po badaniu URD do standardowego przeszczepienia nerki

– 75 (14%) w tym 53 chorych po badaniu URD do przeszczepienia nerki z nietypowym odprowadzeniem moczu

– 13 (2,4%) zdyskwalifikowano czasowo lub ostatecznie (z powodu ich stanu ogólnego lub rezygnacji chorego z zabiegu przeszczepienia z nietypowym odprowadzeniem moczu).

Operację przeszczepienia nerki z nietypowym odprowadzeniem moczu wykonano dotychczas w naszej Klinice u 4 chorych, u jednej kobiety i 3 mężczyzn w wieku odpowiednio 29, 24, 64 i 20 lat. U wszystkich tych chorych zastosowano nadpęcherzowe odprowadzenie moczu metodą Brickera.

Wskazania do tego typu postępowania u kolejnych chorych były następujące:

1. wynicowanie pęcherza moczowego po operacji rekonstrukcyjnej w dzieciństwie, z jego dysfunkcją, co doprowadziło do niewydolności nerek własnych,

2. stan po operacji przepukliny rdzeniowej w 1 dobie życia z wyłonieniem obu moczowodów na skórę, z pojemnością pęcherza 56 ml, bez skutecznej mikcji,

3. zmniejszenie pojemności pęcherza do 85 ml. Zdecydowano wspólnie z chorym (lat 65), że odprowadzenie moczu metodą Brickera będzie dla niego najmniejszym obciążeniem,

4. stan po operacji cewki tylnej, obustronnej ureterokuta-neostomii i ostatecznym wytworzeniem uretero-ileostomii metodą Brickera w przeszłości.

W przygotowaniu przed przeszczepieniem u chorych nr 2 i 4 wykonano nefroureterektomię obustronną, przy czym u chorego nr 4 pozostawiono istniejącą pętlę Brickera.

U 3 pierwszych chorych wytworzono pętlę Brickera jednoczasowo podczas operacji przeszczepienia nerki, u ostatniego zaś wykorzystano wytworzoną wcześniej pętlę jelita po jej skróceniu i wycięciu kikutów moczowodów własnych.

W jednym przypadku przeszczepiono nerkę uzyskaną od dawcy rodzinnego, w pozostałych przypadkach przeszczepiono nerkę ze zwłok.

W dwóch przypadkach przeszczepiono nerkę po stronie lewej, przeciwnej do wyłonionej pętli jelitowej, natomiast w dwóch pozostałych przypadkach nerkę umieszczono po stronie prawej, tej samej, po której wyłoniono pętlę jelita, w tym jeden raz moczowodem do góry.

Długość wyizolowanej pętli wynosiła 15 cm, koniec zagrożony w brzuchu zamykano na głucho w dwóch warstwach szwem wchłanianym PDS 3.0.

Odtwarzano ciągłość jelita szwem wchłanianym w dwóch warstwach metodą koniec do końca.

Zespoleń naczyniowe nie różniły się od stosowanych podczas standardowego przeszczepienia nerki. Zespalano naczynia nerkowe do boku naczyń biodrowych zewnętrznych lub wspólnych.

Moczowód wszczepiano do przeciwkrezkowej ściany jelita pojedynczymi szwami PDS 4.0 z pozostawieniem cewnika „pig tail” w miedniczce nerki przeszczepionej, wyprowadzonego następnie przez ileostomię na zewnątrz. Cewnik pozostawiano na 10 dni.

Dodatkowo wprowadzano cewnik Foleya do pętli jelitowej na 5 dni.

Na ileostomię naklejano worek do odprowadzania moczu, do którego wprowadzone były dystalne końce wymienionych wyżej cewników: „pig tail” i Foleya.

U wszystkich chorych stosowano trzylekową immunosupresję według schematu: Neoral 2 x 5 mg/kg/24h; Cell-cept 2 x g; Solu-medrol 0,3 mg/kg.

Dwóch chorych dodatkowo otrzymało Zenapax w dawce 1 mg/kg. Pierwszą dawkę podawano przed rewaskularyzacją, dwie następne w odstępach 2 tygodniowych.

Wszyscy chorzy aktualnie żyją z zachowaną dobrą czynnością przeszczepu od 18 do 48 miesięcy po przeszczepieniu.

Z badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. U wszystkich chorych – potencjalnych biorców przeszczepu nerki należy zawsze przeprowadzać rutynowe badanie dolnego odcinka dróg moczowych (DODM).

2. Badaniem pozwalającym na ocenę anatomii i fizjologii DODM, a co najważniejsze możliwym do wykonania we wszystkich ośrodkach dializ, jest cystourethrografia mikcyjna (CUM).

3. Najlepszym badaniem uzupełniającym, u wybranych chorych z zaburzeniami dolnego odcinka dróg moczowych (ZDODM), jest badanie urodynamiczne (URD), które pozwala na określenie jego funkcji oraz na zaplanowanie skutecznego leczenia zaburzeń.

4. Większość chorych z ZDODM może być po przeprowadzeniu badań zakwalifikowana do standardowego przeszczepienia nerki.

5. Chorzy, u których stwierdzono poważne ZDODM mogą być również zakwalifikowani do przeszczepienia nerki, wymagają jednak nietypowego odprowadzenia moczu. Zabieg taki powinien być przeprowadzony w ośrodku dializ o dużym doświadczeniu zarówno w dziedzinie transplantologii, jak i rekonstrukcji dróg moczowych.

6. Opracowany schemat oceny układu moczowego u chorych dializowanych przed zgłoszeniem do przeszczepienia nerki może być pomocny w kwalifikacji do najwłaściwszej operacji w przypadku chorych z ZDODM.

## Literatura:

1. Abrams P.: *Urodynamics*. Ed. Springer-Verlag, London 1997.
2. Akoh J. A., Choon T. C., Akyol M. A., Kyle K., Briggs J. D.: *Outcome of renal transplantation in patients with lower urinary tract abnormality*. J R Coll Surg Edinb. 44(2):78-81, 1999
3. Asakura H., Nakamura K., Tachibana M., Baba S., Murai M.: *Evaluation of lower urinary tract function in renal transplant recipients by urodynamic study*. Transplant Proc 30, 119, 1998
4. Bouchot O., Guillonneau B., Cantarovich D. et al.: *Vesicoureteral reflux in the renal transplantation candidate*. Eur. Urol. 20, 26-28, 1991
5. Dawahra M., Martin X., Tajra L.C.: *Renal transplantation using continent urinary diversion: long-term follow up*. Transplant Proc 29, 159, 1997
6. Errando C., Batista J.E., Caparros J., Vicente J., Arano P.: *Urodynamic evaluation and management prior to renal transplantation*. Eur. Urol. 38, 415-18, 2000
7. Fontaine E., Gagnadoux M.F., Niaudet P. et al.: *Renal transplantation in children with augmentation cystoplasty: long-term results*. J Urol 159, 2110, 1998
8. Gill I.S., Hayes J.M., Hodge E.E., Novick A.C.: *Clean intermittent catheterization and urinary diversion in the management of renal transplant recipients with lower urinary tract dysfunction*. J. Urol. 148, 1397, 1997
9. Gonzales R.: *Renal transplantation into the abnormal bladder*. J Urol 158, 895, 1997
10. Hatch D. A. : *Kidney transplantation in patients with an abnormal lower urinary tract*. Urol. Clin. North Am. 21, 311, 1994
11. McInerney P.D.: *The practice of urodynamics*. In *Urodynamics principles, practice and application*. Ed. Churchill Livingstone 1994
12. Kabler R.L., Cerny J.: *Pre-transplant urologic investigation and treatment of end stage renal disease*. J. Urol. 129, 475-78, 1983
13. Kashi S.H., Wynne K.S., Sadek S.A., Lodge J.P.: *An evaluation of vesical urodynamics before renal transplantation and its effect on renal allograft function and survival*. Transplantation, 57, 1455, 1994
14. Al Khudair W.K., Mansi M.K.: *Rehabilitation of long-term defunctionalized bladder for renal transplantation*. Transpl. Int. 11, 452, 1998
15. Lien B., Brekke I.B., Sodal G., Bental O.H., Pfeffer P., Jacobsen A.: *Renal transplantation and intestinal urinary diversion: a 10 year experience*. Transplant Proc 25, 1338, 1993
16. Martin X., Aboutaieb R., Soliman S., el Essawy A., Dawahra M., Lefrancois N.: *The use of long-term defunctionalized bladder in renal transplantation: is it safe?* European Urology 36(5):450-3, 1999
17. Van Mastricht R.: *Computers in urodynamics*. In *Urodynamics principles, practice and application*. Ed. Churchill Livingstone 1994
18. Nahas W.C., Mazzucchi E., Antonopoulos I. et al.: *Kidney transplantation in patients with bladder augmentation: surgical outcome and urodynamic follow-up*. Transplant Proc 29, 157, 1997
19. Nguyen D.H., Reinberg Y., Gonzales R., Fryd D., Najarian J.S.: *Outcome of renal transplantation after urinary diversion and enterocystoplasty : a retrospective, controlled study*. J.Urol. 144, 1349, 1990
20. Neal D.E.: *Ambulatory urodynamics*. In *Urodynamics principles, practice and application*. Ed. Churchill Livingstone 1994
21. Park C. Ha H., Kim C., Cho W., Park S., Kim H.: *Value of the need for voiding cystourethrography before renal transplantation*. Transplant Proc 30(7):3001-3, 1998
22. Pefaur J., Aguiló J., Salinas P., Pinto V., Zubieta R., Mocarquer A., Fiabane A. : *Renal transplantation in patients with neurogenic bladder*. Rev. Med. Chil. 124, 5, 579, 1996
23. Radziszewski P. i wsp.: *Treatment of the non-neurogenic storage and voiding disorders with the chemical denervation caused by botulinum toxin type A. A pilot study*. Neurourol. Urodyn. 20 (4), 410-412, 2001
24. Rischmann P., Malavaud B., Bitker M.O. et al.: *Results of 51 renal transplants with the use of bowell conduits in patients impaired bladder function: a retrospective multicenter study*. Transplant. Proc. 27, 2427, 1995
25. Rudge C.J.: *Transplantation into the abnormal bladder*. In *Kidney Transplantation*, 4<sup>th</sup> ed. P.J. Morris ed. W.B. Saunders, Philadelphia, 2001
26. Serrano D.P., Flechner S.T., Modlin C.S., et al.: *Transplantation into the long-term defunctionalized bladder*. J Urol. 156, 885, 1996
27. Shandera V.C., Rozanski T.A., Jaffers G.: *The necessity of voiding cystourethrogram in the pre-transplant urologic evaluation*. Urology 47, 198, 1996
28. Sheldon C.A., Gonzales R., Burns M.W., et al.: *Renal transplantation into the dysfunctional bladder: the role of adjunctive bladder reconstruction*. J. Urol. 152, 972, 1994
29. Wein A.J., Longhurst P.A., Levin R.M.: *Pharmacologic treatment of voiding dysfunction*. In *Urodynamics principles, practice and application*. Ed. Churchill Livingstone 1994
30. Zaragoza M.R., Ritchey M.L., Bloom D.A., et al.: *Enterocystoplasty in renal transplantation candidates : urodynamic evaluation and outcome*. J. Urol. 150, 1463, 1993

# WSTĘPNA ANALIZA RYNKU ZAWODÓW MEDYCZNYCH W POLSCE

## Monitoring ogłoszeń o pracę w mediach lokalnych i krajowych w okresie kwiecień-maj 2003

*Mgr Jakub Sokolnicki*

*Pracownia Dydaktyki i Efektów Kształcenia AM*

### Wstęp

Monitoring ogłoszeń o pracę jest jedną z częściej stosowanych metod w badaniu rynku pracy. Uzyskane w ten sposób dane pozwalają na zdobycie ogólnej wiedzy o panujących na rynku tendencjach, w jakich zawodach i specjalnościach poszukiwani są pracownicy, a także jakie wymagania stawiane są przez przyszłych pracodawców.

Metoda ta ma jednak swoje ograniczenia wynikające z jednej strony z niemożności dotarcia do wszystkich pojawiających się ofert pracy, z drugiej zaś z samej specyfiki ogłoszeń prasowych jako istotnego elementu procesu rekrutacji pracowniczej.

Zamieszczane w gazetach bądź w Internecie ogłoszenia o pracy stanowią tylko fragmentaryczny obraz rzeczywistego zapotrzebowania zgłaszanego przez pracodawców. Analizy rynku pracy pokazują, że prawie 70% istniejących miejsc pracy obsadzanych jest w sposób niejawni, tzn. z wykorzystaniem nieformalnych sieci kontaktów międzyludzkich. Ograniczanie i ukierunkowywanie przepływu informacji o istniejących stanowiskach ma zapewnić, że dostaną je osoby najlepiej sprawdzone, przewidywalne i z założenia posiadające najwyższe kwalifikacje.

Pozostała część ofert rynku pracy – stanowiąca blisko 1/3 wszystkich – ma charakter jawny. Najczęściej stosowanym źródłem przekazu informacji są ogłoszenia prasowe. Ich rodzaj, forma i zakres oddziaływania uzależniony jest w znacznym stopniu od podmiotowej zawartości oferty – od tego: *kto i kogo poszukuje do pracy?* Powszechność i dostępność prasy, a także wykorzystywanie nowych form komunikacji sprawia, że najszybszą i najtańszą metodą poszukiwania nowych pracowników jest właśnie zamieszczanie anonsów prasowych. Ważne jest jednak w tym miejscu zwrócenie uwagi na dwa istotne elementy. Po pierwsze, ta forma rekrutacji pracowników częściej stosowana jest w przypadku sta-

nowisk o niższym szczeblu i niższym poziomie specjalizacji, po drugie, publikacja ogłoszeń może pełnić także funkcje ukryte. Niejednokrotnie pracodawcy zamieszczają ogłoszenia wcale nie szukając nowych pracowników. Mogą one spełniać rolę taniej reklamy, bądź stwarzać wrażenie, że firma dba o fluktuację kadr i jest otwarta na pozyskiwanie nowych pracowników.

W przypadku zawodów o wysokim poziomie specjalizacji i przygotowania zawodowego (a taka grupa jest przedmiotem tej analizy), informacja o wolnych miejscach pracy najczęściej rozpowszechniana jest wewnątrz danej grupy zawodowej, a ogłoszenia o pracę zamieszczane są głównie w pismach i biuletynach branżowych. To może być pewnym utrudnieniem w procesie zbierania danych i powodować, że dokonywane generalizacje mogą mieć ograniczony charakter.

Prezentowany w tym opracowaniu materiał, mimo że stanowi fragmentaryczny obraz, może stać się przydatny w próbach stworzenia całościowego opisu rynku zawodów medycznych w Polsce. To także ważne źródło informacji dla studentów i absolwentów uczelni medycznych, dopiero wchodzących na rynek pracy i planujących swoją karierę zawodową.

### Metodologia i opis badania

Do badania zostały wybrane trzy tytuły prasowe i jeden internetowy serwis tematyczny – w każdym przypadku była brana pod uwagę charakterystyka nośnika pod względem: dostępności, nakładu, a także potencjalnej grupy docelowej.

Monitoring był prowadzony w okresie dwóch miesięcy – kwietniu i maju 2003 roku i obejmował poniższe pozycje:

- Cotygodniowy dodatek do *Gazety Wyborczej* „Praca” – największy zarówno pod względem zamieszczanych ogłoszeń, jak i odbiorców dodatek o pracy w Polsce

- Cotygodniowy dodatek do *Życia Warszawy* „Praca i Nauka” – największa gazeta lokalna w Warszawie i na Mazowszu
- Dwutygodnik „Służba Zdrowia” – specjalistyczne pismo branżowe o ugruntowanej pozycji na rynku i w środowisku zawodowym
- Internetowy portal tematyczny „Eskulap” – jeden z największych internetowych portali medycznych w Polsce.

Dobór tych tytułów miał zapewnić dostęp do jak największej liczby prezentowanych ofert pracy, ale także być gwarantem ich merytorycznej wartości. Pod uwagę brane były wszystkie oferty adresowane do osób posiadających wykształcenie i kwalifikacje medyczne. W grupie tej znalazły się zarówno osoby z wyższym, jak i średnim wykształceniem, pracownicy wszystkich szczebli związani bezpośrednio bądź pośrednio ze służbą zdrowia.

Zebrany materiał był analizowany według następujących kryteriów i wskaźników:

- Miejsce zamieszczenia oferty (nazwa gazety/portalu)
- Rozmiar ogłoszenia (duże/średnie/małe)
- Nazwa stanowiska (specjalność)
- Specyfikacja stanowiska (wymagania stawiane pracownikowi)
- Miejsce przyszłej pracy (Warszawa/ woj. mazowieckie/ Polska/ zagranica).

W przypadku dwóch ostatnich kryteriów oferenci nie zawsze w precyzyjny sposób określali swoje preferencje, jednak w większości można było to wywnioskować z pozostałych informacji zamieszczonych w ogłoszeniu.

#### Prezentacja i omówienie wyników

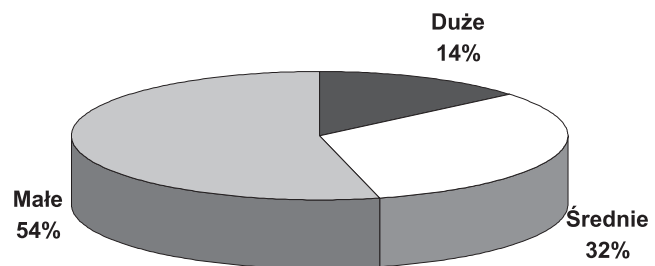
Łączna ilość zamieszczonych ogłoszeń wyniosła 635. Zawierały one w sumie 888 ofert pracy – w większości przypadków jedno ogłoszenie zawierało oferty dla różnych specjalizacji, bądź była poszukiwana więcej niż jedna osoba z danej specjalizacji – co daje wynik 1,4 oferty na jedno ogłoszenie.

Pod względem formatu najczęściej było ogłoszeń małych (54%), średnie – zajmujące co najmniej 1/16 strony stanowiły 32% wszystkich ogłoszeń, najmniej było ogłoszeń dużych – zajmujących co najmniej 1/3 strony – 14%.

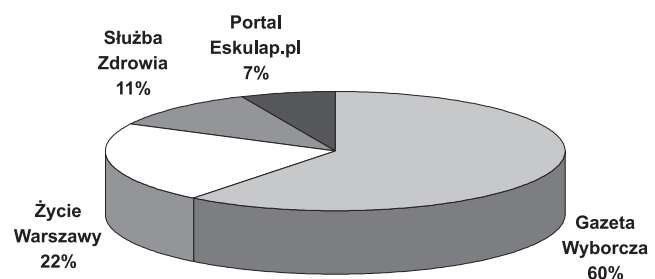
Najwięcej ogłoszeń zamieszczonych zostało w *Gazecie Wyborczej* – 60%, w *Życiu Warszawy* – 22%. Najmniej w *Służbie Zdrowia* (11%) i w *Eskulapie* (7%).

Wśród wszystkich ofert – blisko połowa dotyczyła pracy w Warszawie, 26% to praca na terenie kraju. Najmniej ofert dotyczyło pracy w makroregionie mazowieckim (11%), a praca zagraniczna stanowiła 13% wszystkich ofert. Prezen-

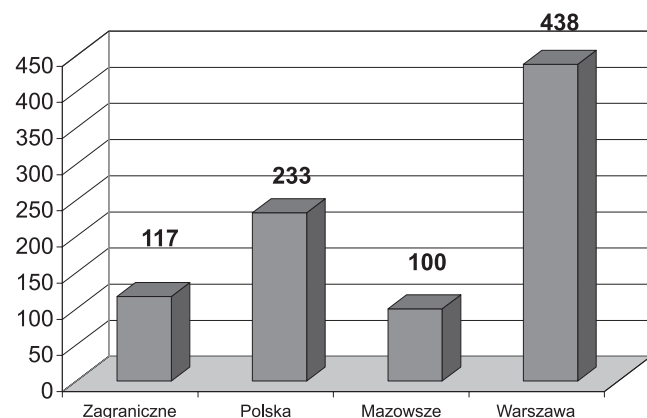
Rys. 1. Rodzaje ogłoszeń ze względu na format



Rys. 2. Źródło zamieszczanych ogłoszeń



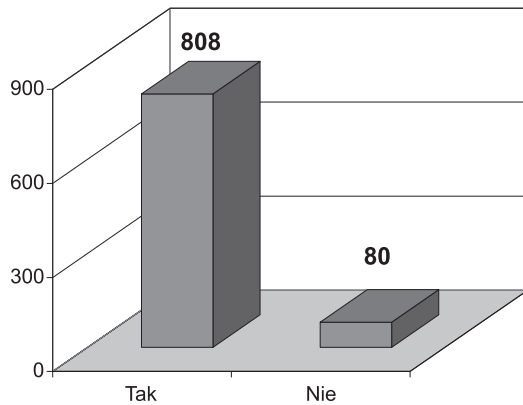
Rys. 3. Oferty ze względu na miejsce przyszłej



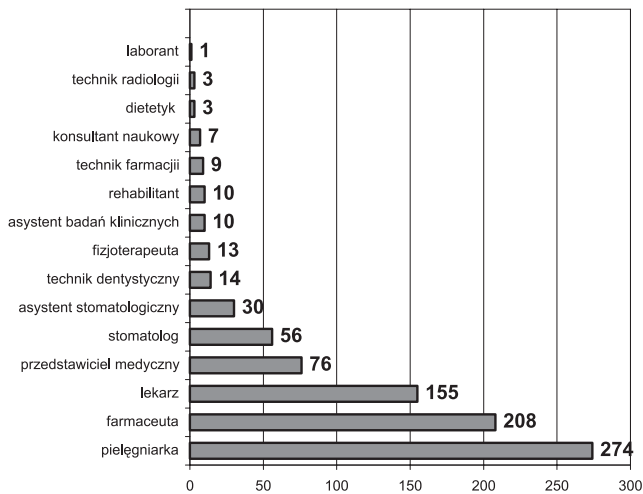
tacja dalszych wyników pokazuje zmienność tych proporcji w zależności od danej specjalności.

Nadal najbardziej atrakcyjnym rynkiem pracy, mimo pojawiających się trudności pozostaje Warszawa. Istotna jest także dosyć duża liczba wolnych miejsc pracy na pozostałym terenie kraju, co jednak przy ograniczonej mobilności osób poszukujących pracy może być pewnym ograniczeniem.

Rys. 4. Wymagane doświadczenie



Rys. 5. Łączna liczba ofert pracy dla poszczególnych zawodów



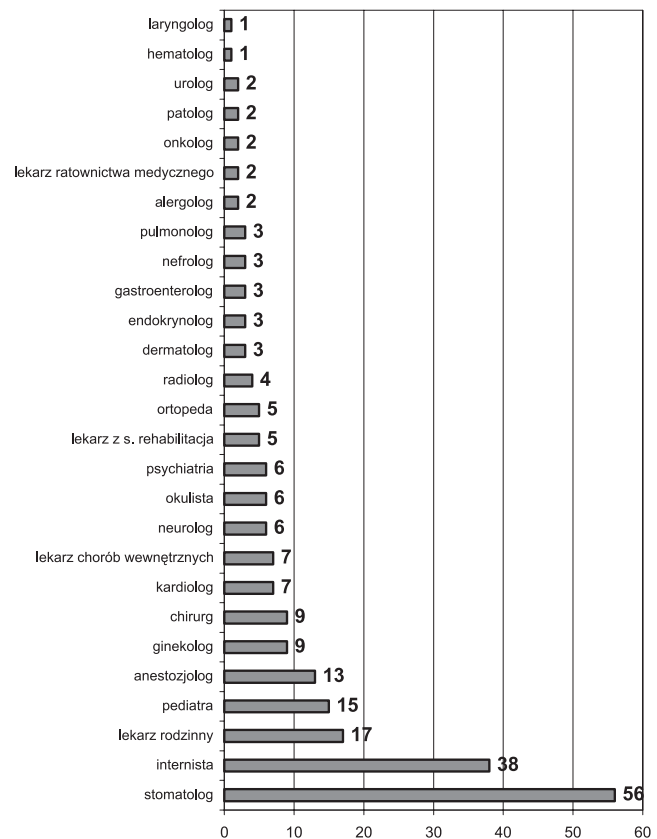
Spśród wszystkich ofert tylko co dziesiąta nie wymagała wcześniejszego doświadczenia. W większości pracodawcy oczekują od przyszłych pracowników nie tylko kilkuletniego doświadczenia (co w przypadku lekarzy związane jest z koniecznością odbywania stażu i podwyższaniem swoich umiejętności poprzez zdobywanie specjalizacji), ale także możliwością wykazania się takimi cechami interpersonalnymi jak: wysoka komunikatywność, czy też umiejętność pracy w grupie.

Wśród wszystkich ofert najczęściej adresowanych było do pielęgniarek (30% ofert) i farmaceutów (23%). Równie wysoko oceniane było zapotrzebowanie na lekarzy – różnych specjalizacji (17%), przedstawicieli medycznych (9%) i stomatologów (6%). Pozostałe zawody miały charakter pojedynczych ofert pracy. Rysunek 5 przedstawia łączną liczbę ofert pracy dla poszczególnych zawodów.

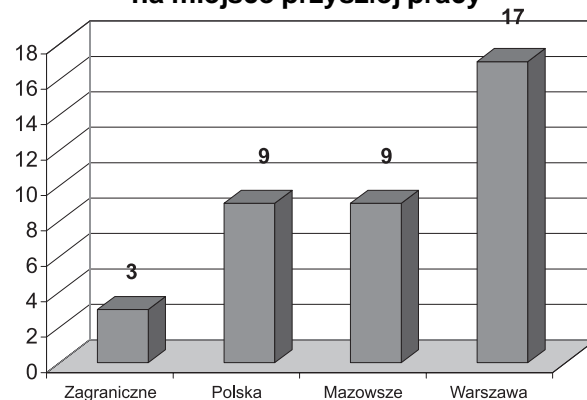
### Lekarze

Oferty pracy dla lekarzy w zależności od specjalizacji (rys.6) jednoznacznie pokazują, że adresowane są one do osób już pracujących zawodowo i mających duże doświadczenie. Świadczyć może o tym zarówno oczekiwanie posiadania specjalizacji, jak i to, że większość tych ogłoszeń była zamieszczana w pismach i portalach medycznych, których bezpośrednimi odbiorcami są pracujący już lekarze. Tę sytuację można traktować jako istnienie „wtórnego” rynku pracy, w którym pracownicy zmieniają swoją pozycję w układzie poziomym i jednocześnie ograniczony jest dopływ no-

Rys. 6. Oferty pracy dla lekarzy



Rys. 7. Oferty pracy dla lekarzy internistów z/w na miejsce przyszłej pracy





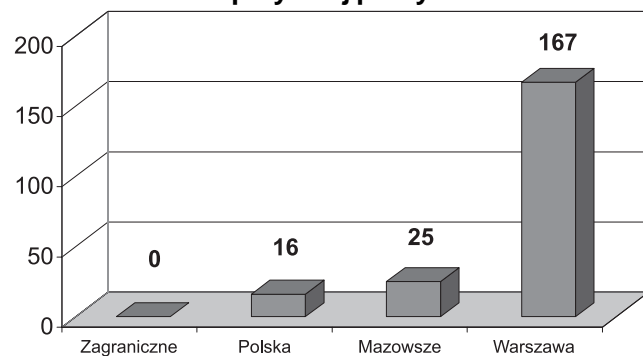
wych osób. Dla wielu pracodawców znacznie wygodniejszym i bezpieczniejszym sposobem jest zatrudnianie osób mogących wykazać się doświadczeniem. Jest to sytuacja trudna, zwłaszcza dla absolwentów wydziałów lekarskich, którzy po odbyciu stażu szukają swojej pierwszej pracy.

Spośród wszystkich specjalności lekarskich (poza stomatologami, którzy zostali omówieni w dalszej części opracowania) najwięcej ofert pracy kierowanych było do lekarzy internistów. Ponad połowa ofert dotyczyła pracy w Warszawie bądź na Mazowszu. Tak jak w przypadku poprzednich grup poszukiwane są osoby z kilkuletnim doświadczeniem i najlepiej posiadające specjalizację.

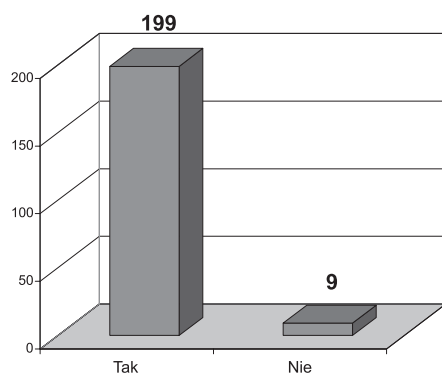
### Farmaceuci

Kolejną grupę specjalności o największej liczbie ofert pracy stanowią farmaceuci. Większość, bo prawie 90% pojawiających się ogłoszeń, dotyczyła pracy w aptece zarówno na stanowiskach kierowniczych, jak i niższych. 80% wszystkich ofert dotyczyło pracy w Warszawie. Pod względem doświadczenia preferowane są osoby, które już wcześniej pracowały w swoim zawodzie. Tylko niewielka liczba ofert kierowana jest bezpośrednio do absolwentów uczelni medycznych. Część ogłoszeń o pracę dla przedstawicieli medycznych była także adresowana do osób posiadających wykształcenie farmaceutyczne.

**Rys. 8. Oferty dla farmaceutów z/w na miejsce przyszłej pracy**



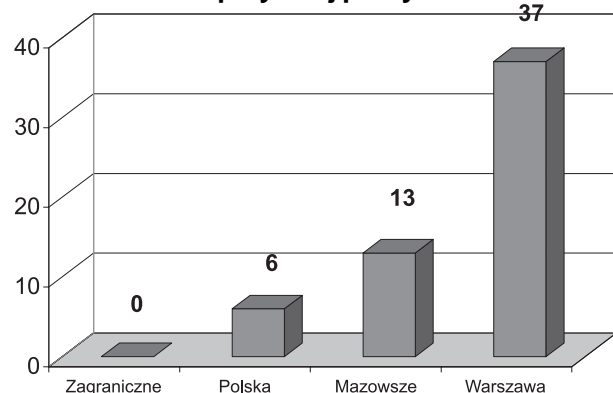
**Rys. 9. Wymagane doświadczenie**



### Stomatolodzy

W tej specjalności najwięcej wolnych miejsc pracy jest w Warszawie (blisko 2/3), i głównie dotyczy pracy w prywatnych klinikach lub gabinetach stomatologicznych. Bezwzględnie preferowane są osoby z wcześniejszym doświadczeniem zawodowym. Istotną informacją dla osób nie posiadających wykształcenia kierunkowego może być także pewna ilość ofert pracy dla asystentów stomatologicznych i techników dentystycznych (łącznie 44 oferty).

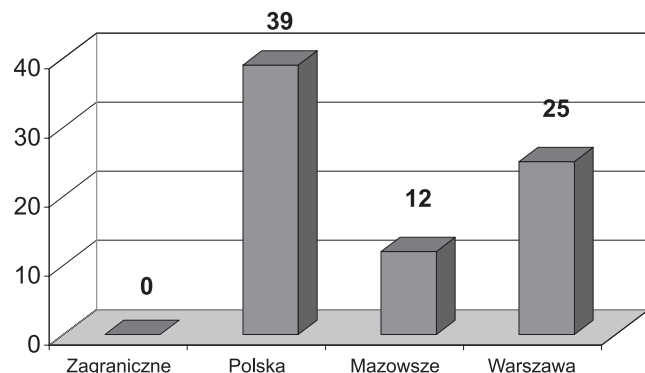
**Rys. 10. Oferty dla stomatologów z/w na miejsce przyszłej pracy**



### Przedstawiciele medyczni

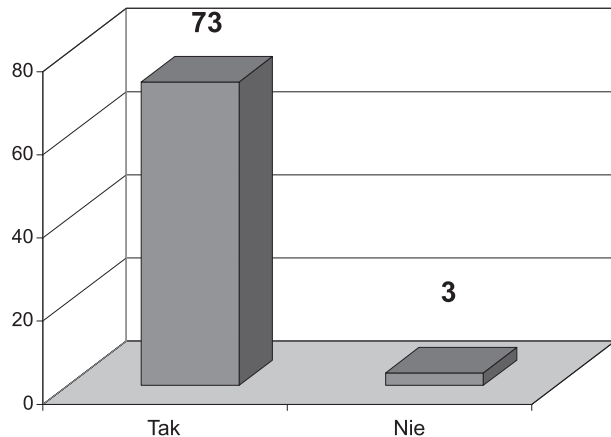
Do tej kategorii zostali włączeni zarówno konsultanci medyczni/naukowi, jak i przedstawiciele handlowi. Pomimo, że praca w tej branży nie jest bezpośrednio związana ze służbą zdrowia rekrutowane osoby muszą wykazać się wykształceniem medycznym. W zależności od stanowiska i zakresu obowiązków preferowana jest zarówno specjalność lekarska, farmaceutyczna, jak i pielęgnarska. Z względu na charakter wykonywanych czynności większość ofert dotyczy pracy na terenie kraju. Cechą wyróżniającą ogłoszenia dla przedstawicieli medycznych jest także to, że istotną rolę przy naborze nowych pracowników stanowią ich umiejętności

**Rys. 11. Oferty dla przedstawicieli medycznych z/w na miejsce przyszłej pracy**



ści interpersonalne (umiejętność pracy w grupie, zdolności mediacyjne). Większość pojawiających się ogłoszeń zamieszczana była przez duże koncerny medyczne i farmaceutyczne.

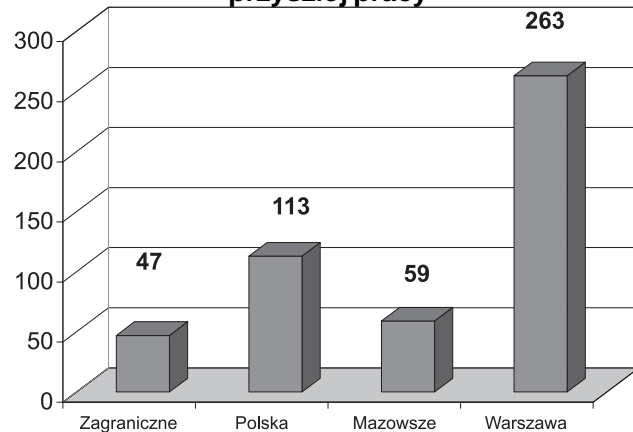
**Rys. 12. Wymagane doświadczenie**



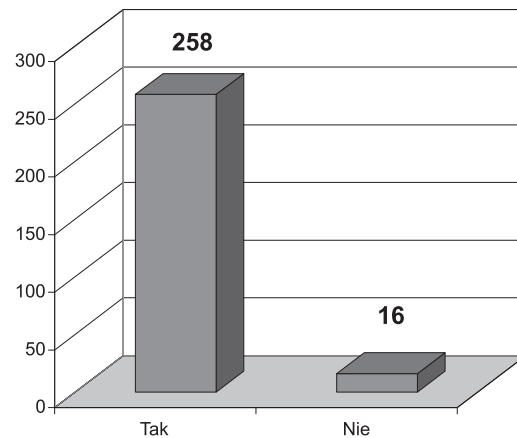
#### Pielęgniarki

Zgodnie z oczekiwaniami najwięcej ofert pracy adresowanych jest do pielęgniarek (łącznie z położnymi – dla których pojawiło się jednak tylko kilka ofert). Przedstawicielki tego zawodu, mimo obecnej niekorzystnej sytuacji (trudności z zatrudnieniem, niestabilność finansowa) są wciąż poszukiwane przez pracodawców. Wyniki tego badania pokazują, że dużą część ogłoszeń stanowią oferty zagraniczne, co przy uznawaniu polskich dyplomów przez europejskich pracodawców daje możliwości znalezienia atrakcyjnych miejsc pracy. Jednak ten entuzjazm może być ostudzony przez wymóg znajomości języków obcych (w większości ofert wymieniana jest znajomość języka angielskiego bądź niemieckiego). W grupie pielęgniarek zaznacza się także stosunkowo duży (w porównaniu do innych specjalności o największej liczbie ofert pracy) procent ofert pracy, gdzie nie jest wymagane doświadczenie – 7%. Może być to traktowane

**Rys. 13. Oferty dla pielęgniarek z/w na miejsce przyszłej pracy**



**Rys. 14. Wymagane doświadczenie**



jako szansa na znalezienia pracy dla bezpośrednich absolwentów szkół medycznych.

Analizy przygotowywane przez Główny Urząd Statystyczny oraz Naczelną Izbę Pielęgniarską jednoznacznie wskazują, że popyt na pielęgniarki wciąż będzie wzrastał. Proces starzenia się polskiego społeczeństwa spowoduje, że do roku 2010 będzie potrzebna zatrudnienia 116 tys. nowych pielęgniarek (do 2005 – 61 tys.)

# AIDS wyzwaniem dla współczesnego świata i pielęgniarstwa

*Mgr Ewa Kądalska, mgr Zofia Sienkiewicz, mgr Teresa Paszek*  
*Zakład Pielęgniarstwa Wydziału Nauki o Zdrowiu AM*

## Streszczenie

Od czasu rozpoznania pierwszych zachorowań na AIDS minęły 22 lata.

W tym czasie na AIDS zachorowały miliony mieszkańców z ponad 170 krajów świata, a dziesiątki milionów uległo zakażeniu. Ze względu na skalę zachorowań na świecie i śmiertelne skutki choroby, a także narastające w społeczeństwach lęk, piętno i izolację, konieczne jest podejmowanie nieustannych działań prewencyjnych, edukacyjnych i interwencyjnych, we wszystkich strukturach organizacyjnych i szczeblach systemów opieki zdrowotnej na całym świecie (1). Szczególną rolę w realizacji tych zadań pełnią pielęgniarki i położne, które udzielając świadczeń zdrowotnych, pozostają w bezpośredniej relacji z jednostką, rodziną i grupą społeczną.

Przedstawiony materiał w sposób szczególnie charakteryzuje zadania dla pielęgniarek i położnych na tle analizy pandemii światowej AIDS i podjętych przez organizacje międzynarodowe globalnych działań strategicznych.

## AIDS jako zespół chorobowy

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) to nabyty zespół upośledzenia odporności, którego skutki w bardzo istotny sposób oddziałują na jednostkę, rodzinę, grupę społeczną. To nie tylko problem zdrowotny, który obejmuje wiele schorzeń zakaźnych i nowotworowych, rozwijających się na skutek postępującego uszkodzenia systemu odporności człowieka, lecz także towarzyszący chorobie zespół problemów psychologicznych oraz społecznych, których eskalacja prowadzi do odrzucenia i nietolerancji osób chorych i zakażonych w ich rodzinach i społecznościach, na całym świecie.

## Światowa strategia walki z AIDS

Prowadzone w wysoko rozwiniętych krajach świata badania dotyczące zespołu chorobowego i obserwacje rozwoju problemów towarzyszących AIDS, pozwoliły na sformułowanie światowej strategii, według której u podstaw walki z AIDS winno leżeć efektywne partnerstwo pomiędzy profesjonalistami w systemie ochrony zdrowia, społecznością lokalną oraz instytucjami rządowymi i pozarządowymi, popar-

te międzynarodową współpracą i inicjatywami ponadregionalnymi (2).

Już w 1987r., po upływie 6 lat od rozpoznania zespołu chorobowego AIDS w USA, Światowa Organizacja Zdrowia i Organizacja Narodów Zjednoczonych zainicjowały Światowy Program Zapobiegania AIDS (Global Program on AIDS-GPA Program) (1)

Wśród instytucji inspirujących utworzenie powyższego programu należy wymienić:

- UNDP– Program Narodów Zjednoczonych do Spraw Rozwoju
- UNESCO – Organizacja Narodów Zjednoczonych do Spraw Oświaty, Nauki i Kultury
- UNICEF– Fundusz Narodów Zjednoczonych do Spraw Pomocy Dzieciom
- UNEPA– Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych
- World Bank – Bank Światowy
- WHO – Światowa Organizacja Zdrowia.

Na szczeblu międzynarodowym prowadzone są m.in. analizy dotyczące rozwoju pandemii na świecie w poszczególnych krajach, które publikowane są corocznie w formie raportów. Ponadto, opracowywane są programy badawcze i edukacyjne dla potrzeb profesjonalistów medycznych i decydentów polityki zdrowotnej, na różnych poziomach organizacyjnych systemów społecznych, a ich wyniki upowszechniane są na całym świecie. Wspierane są także działania lokalnych i regionalnych organizacji i instytucji działających na rzecz walki ze skutkami AIDS. Intensyfikacja powyższych działań podkreśla wciąż istniejącą realność zagrożeń dla ludności świata, jakie stanowi wspomniany zespół chorobowy.

## Ocena światowej pandemii AIDS

Globalna ocena pandemii przeprowadzona w kolejnych latach (2000 i 2001) wskazuje, iż liczba osób żyjących z HIV i AIDS wzrosła, przy czym liczba osób dorosłych, nowo zakażonych zmniejszyła się o 500 tys., natomiast o 200 tys. zwiększyła się liczba nowo zakażonych dzieci. Li-

czba zgonów z powodu AIDS wzrosła z 500 tys. – do 580 tys. rocznie (por. Tab.1 i 2)

Tab. 1. Globalna ocena pandemii HIV i AIDS na świecie pod koniec 2000 roku (1)

OCENA	DOROŚLI	DZIECI	RAZEM
osoby nowo zakażone HIV	4,7 mln	600 tys.	5,3 mln
liczba osób żyjących z HIV I AIDS	34,7 mln	1,4 mln	36,1 mln
zgoni z powodu AIDS w roku 2000	2,5 mln	500 tys.	3,0 mln
skumulowana liczba zgonów z powodu AIDS od początku epidemii do końca 2000r.	17,5 mln	4,3 mln	21,8 mln

Tab. 2. Globalna ocena pandemii HIV i AIDS na świecie pod koniec 2001 roku (2)

OCENA	DOROŚLI	DZIECI	RAZEM
osoby nowo zakażone HIV 2001r.	4,2 mln	800 tys.	5 mln.
liczba osób żyjących z HIV I AIDS	37,1 mln	3 mln	~ 40 mln
zgoni z powodu AIDS w roku 2001 r.	2,4 mln	580 tys	~3,0 mln
całkowita liczba dzieci sierotycznych z powodu AIDS na koniec 2001r.	14 mln		

Warto podkreślić, iż ponad 95% osób zakażonych żyje w krajach rozwijających się, a ponad 50 % z nich jest w wieku pomiędzy 15 a 24 r. ż.(1)

Najbardziej niepokojącą sytuację obserwuje się w **Afryce Podzwrotnikowej**, gdzie zakażeni wirusem HIV to prawie 2/3 wszystkich zakażonych na świecie. W tym obszarze świata notuje się 83 % zgonów z powodu AIDS. 87% dzieci jest zakażonych HIV lub żyje z AIDS.

Dużą liczbę zakażonych stanowią kobiety w wieku rozrodczym. Niepokojącym jest fakt, że każda zakażona kobieta może przekazać zakażenie większej liczbie dzieci. Nadmienić należy przy tym, że profilaktyka antyretrowirusowa w okresie ciąży i po porodzie jest dla kobiet, żyjących w tej części Afryki w zasadzie niedostępna.

Na **kontynencie azjatyckim** wirus najbardziej rozprószył się w Indiach .

Według przeprowadzonej oceny ok. 6,4 mln ludzi żyje z HIV i AIDS, w tym około 94 tys. stanowią dzieci i jest to 1/5 wszystkich zakażonych dzieci na świecie. W centralnej części Azji obserwuje się znaczny wzrost nowych zakażeń HIV/AIDS.

W **Ameryce Łacińskiej** żyje 1,4 mln. mieszkańców z AIDS, przy czym w roku 2000 uległo zakażeniu 150 tys. dorosłych i dzieci.

W Europie Wschodniej w ostatnich latach zaobserwowano sześciokrotny wzrost liczby zakażeń. W 2000 roku zanotowano 700 tys. osób zakażonych HIV. Najbardziej alarmująca sytuacja ma miejsce na Ukrainie i w Federacji Rosyjskiej, gdzie w 2000r. odnotowano 50 tys. zakażeń HIV. Miesięcznie występuje tu 5, 5 tys. nowych zakażeń. Analitycy uważają, że niestabilna sytuacja społeczno-ekonomiczna w tym regionie, przyczynia się do wzrostu liczby osób stosujących narkotyki dożylnie. Ponadto coraz więcej nowych przypadków zakażeń przenoszonych jest drogą płciową.

W **Europie Zachodniej** liczba nowych zakażeń nie wzrasta, co może oznaczać pewne ustabilizowanie sytuacji. Obecnie w tym regionie żyje ok. 540 tys. chorych na AIDS, z czego w 2000 r. zakażyło się 30 tys. osób (głównie Grecja i Portugalia) .

W **Ameryce Północnej** zanotowano ok. 44 tys. nowych zakażeń HIV, z czego ponad połowa występowała u osób stosujących narkotyki drogą dożylną .

W **Polsce** szacuje się, że rzeczywista liczba zakażeń może sięgać do 20 tys. i dotyczyć głównie ludzi młodych pomiędzy 20 a 40 r.

Od rozpoczęcia badań w roku 1985 do końca 2000 stwierdzono w naszym kraju zakażenie HIV u 6747 osób, wśród których 4285 zakażyło się w związku z użyciem narkotyków drogą dożylną.

#### Udział pielęgniarek i położnych w przeciwdziałaniu światowej pandemii AIDS

Przyjęte przez światowe organizacje strategie działań wiele uwagi poświęcają roli poszczególnych profesjonalistów w systemie ochrony zdrowia w zakresie: profilaktyki zakażeń HIV/AIDS, promocji zdrowia, edukacji – adresowanej nie tylko do osób zakażonych, chorych, lecz także ich rodzin, bliskich, społeczności lokalnych, środowisk pracy, nauki, wychowania i kultury. Światowi liderzy odwołują się

do kompetencji zespołu wielodyscyplinarnego na różnych szczeblach systemów organizacyjnych społeczeństw.

Pielęgniarki i położne pełnią kluczową rolę w zespole, a zakres i forma udzielanych przez nie usług należy do najbardziej powszechnych i dostępnych. Opieka pielęgniarska i położnicza oparta jest na rozpoznaniu sytuacji zdrowotnej z uwzględnieniem psychologicznego i społecznego jej aspektu i zaplanowaniu programu wielokierunkowych działań (diagnoza pielęgniarska).

### **Rola pielęgniarki w systemie ochrony zdrowia, według WHO (3)**

WHO definiuje pielęgniarkę jako osobę, *która traktuje pacjenta holistycznie, jako jednostkę i integralnego członka rodziny, środowiska i kultury oraz zapewnia opiekę najwyższej jakości, etyczną, kompleksową, stałą i spersonalizowaną w ramach wzajemnych stosunków opartych na zaufaniu.*

*Pielęgniarka to także:*

– **decydent**, który stwierdza występowanie istotnych potrzeb lub problemów związanych ze zdrowiem i chorobą i wybiera odpowiednie działania,

– **edukator**, który potrafi propagować zdrowy styl życia za pomocą efektywnej współpracy, wyjaśniania, uczenia i tłumaczenia, potrafi motywować grupy podopiecznych do poprawy zdrowia,

– **lider lokalny**, który uzyskując zaufanie, potrafi ustalić potrzeby zdrowotne jednostki i środowiska oraz wspomagać działania podejmowane przez jednostki, grupy, społeczność lokalną ,

– **menadżer**, współpracujący z jednostkami i organizacjami w systemie opieki zdrowotnej, uruchamiający zasoby w celu wykorzystania ich na rzecz pacjentów i środowisk (3).

Znaczenie aktywności pielęgniarek i położnych świata na rzecz poprawy zdrowia społeczeństw oraz ich istotne miejsce, wśród świadczeniodawców usług zdrowotnych, podkreślono na I Konferencji Ministrów Krajów Członkowskich WHO w Wiedniu w 2000 r. (4)

Wzmacnianie roli pielęgniarek i położnych w dziedzinie zdrowia publicznego, promocji zdrowia oraz rozwoju środowisk, ich kluczowy udział w działaniach dotyczących rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych, zapewnienia wysokiej jakości powszechnie dostępnych i efektywnych usług zdrowotnych, to aktualne wyzwania wobec współczesnego pielęgniarstwa. Zostały one określone w Deklaracji Monachijskiej, ratyfikowanej w 2000 r. przez Ministrów Zdrowia Krajów Członkowskich WHO.

### **Pielęgniarki i położne w walce z AIDS (2)**

Podejmując stawiane wyzwania pielęgniarki i położne współuczestniczą w strategicznych działaniach na rzecz zdrowia na całym świecie, w tym walki z AIDS poprzez:

– udział w określaniu celów polityki zdrowotnej i realizacji działań ,

– udział w kreowaniu wspierających i chroniących środowisk, miejsc pracy oraz szpitali przyjaznych chorym,

– kreowanie postaw opartych na przestrzeganiu zasad etycznych i praw człowieka,

– badanie i analizowanie nastawienia wobec osób chorych, ich rodzin i społeczności (opracowywanie i upowszechnianie narzędzi oceny ),

– interwencje w kierunku redukcji piętna i dyskryminacji, przełamywania barier ,

– działania informacyjne, doradcze i edukacyjne,

– wydawanie publikacji, w tym przewodników zawierających porady, „jak żyć z AIDS”, adresowanych do chorych i społeczności,

– kształcenie kadr sprawujących opiekę w instytucjach ochrony zdrowia i pomocy społecznej ,

– wspieranie instytucji i stowarzyszeń.

Pielęgniarki i położne mają obowiązek moralny i etyczny zapewniać opiekę i ponosić odpowiedzialność za ochronę pacjentów. Często, zadaniem pielęgniarki jest także normalizacja stosunków społecznych i przekonywanie do pełnej szacunku i oddania postawy wobec zakażonych i chorych.

Zasadniczo, opieka pielęgniarska nad osobami zakażonymi HIV/AIDS koncentruje się na:

– respektowaniu praw pacjenta, przestrzeganiu tajemnicy zawodowej,

– wysłuchaniu chorych, ich rodzin i bliskich, udzieleniu wsparcia emocjonalnego, pomocy w zaplanowaniu przyszłości, wyznaczeniu celów życiowych,

– świadczeniu poradnictwa odnoszącego się do zagadnień życia z chorobą ,

– dostarczaniu umiejętności radzenia sobie („coping with”),

– dbaniu o ciągłość i kompleksowość działań, sterowaniu i koordynacji opieką (np. skrócenie opieki szpitalnej do minimum, przygotowanie do samoopieki w domu, organizacja opieki terminalnej, przygotowanie środowisk /społeczności do opieki nad osieroconymi z powodu AIDS),

– dostarczaniu adekwatnego zaopatrzenia i wyposażenia dla osób chorych i instytucji świadczących opiekę (środki pomocnicze, materiały medyczne),

– nauczaniu postępowania zapobiegawczego (edukacja

jednostek i grup w zakresie sposobów przenoszenia się zakażenia HIV, AIDS, zasad bezpiecznego kontaktu z materiałem zakaźnym, ochrony przed przeniesieniem się wirusa, np. z matki na dziecko – podczas porodu, ciąży, karmienia piersią, a także edukacja, gdy już nastąpi zakażenie HIV, zachowanie na AIDS – w zakresie rozwoju i przebiegu zakażenia, zespołu chorobowego),

- aktywizacji społeczności lokalnej,
- eliminacji lęku i napięć opiekunów (strach przed zakażeniem, przed zajmowaniem się ludźmi żyjącymi z HIV i AIDS, nieumiejętność tolerancji przekonań religijnych, poglądów),
- stałym dokształcaniu personelu podległego i współpracującego.

Pielęgniarka i położna świadczą opiekę nad chorymi i zakażonymi w środowisku domowym, społecznym, szpitalu. Opieka domowa, kliniczna i hot-lines dla pacjentów z HIV/AIDS oraz zespoły wyjazdowe to najbardziej powszechne formy świadczeń na świecie (5).

Udział w badaniach klinicznych, diagnoza problemów indywidualnego podopiecznego, rodziny, środowiska, doradztwo, wsparcie, towarzyszenie w kryzysie, dostarczenie wiedzy i informacji stanowią istotny aspekt tych działań.

Zarządzanie opieką interdyscyplinarną (kierowanie działaniami pacjenta i koordynacja pracy zespołu wielodyscyplinarnego), to działania, które w krajach wysoko rozwiniętych, poparte dokumentami strategicznymi, zostały przypisane pielęgniarkom i położnym, m.in. ze względu na ich wysokie kompetencje i zapewnienie efektywności kosztów opieki.

### **Współpraca interdyscyplinarna – potrzeba i kierunki działań.**

HIV/AIDS jako jeden z przykładów zagrożeń zdrowotnych współczesnego świata uświadamia – zarówno profesjonalistom, wykonującym zawód medyczny, jak i decydom polityki zdrowotnej – potrzebę interdyscyplinarnego współdziałania, z poszanowaniem integralności i kompetencji, we wzajemnym zrozumieniu i zaufaniu. Budowanie efektywnego partnerstwa w trosce o najlepszą jakość życia dotkniętych chorobą współmieszkańców świata, staje się obecnie jednym z głównych celów globalnej polityki zdrowotnej, w realizacji którego także uczestniczą profesjonalnie przygotowane pielęgniarki i położne.

### **Literatura**

1. Fact Sheets on HIV/AIDS for Nurses and Midwives. WHO 2000.
2. Nurses Fighting AIDS Stigma. Caring for all. International Council of Nurses. Geneva, 2003.
3. Nurses and Midwives for Health. A WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.
4. Munich Declaration. Nurses and Midwives a Force for Health. WHO. 2000.
5. Strengthening Nursing and Midwifery. Progress and Future Directions 1996-2000. WHO, Geneva. 2001.

## **Postawy społeczne wobec HIV i AIDS**

*Mgr Teresa Paszek, mgr Zofia Sienkiewicz, mgr Ewa Kądalska*

*Zakład Pielęgniarstwa Wydziału Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej w Warszawie*

### **Wprowadzenie**

Rozprzestrzeniająca się epidemia HIV i AIDS staje się aktualnie problemem ogólnoswiatowym, stanowiąc poważne zagrożenie dla rozwoju społecznego i ekonomicznego, a nawet dla stabilizacji politycznej niektórych państw. Koszty społeczne i ekonomiczne związane ze wzrostem liczby osób chorych i zakażonych stale rosną (w krajach wysoko uprzemysłowionych koszt bezpośredniej opieki medycznej nad osobą z AIDS szacuje się na 100-200 tys. USD).

Strach przed zakażeniem powoduje narastające napięcia społeczne, dyskryminację, odrzucenie, często związane z

uznaniem winy osoby chorej/zakażonej (nietolerowane preferencje seksualne lub stosowanie narkotyków drogą dożylną). W wielu krajach i społeczeństwach występuje nadal tendencja do stygmatyzowania osób chorych na AIDS – grup, ras i narodowości.

Współczesnym problemem w walce z AIDS pozostaje zatem nie tylko ograniczenie zakażeń i skutków choroby, ale także podjęcie działań eliminujących niezrozumienie, brak tolerancji i akceptacji oraz izolację społeczną osób chorych.

Przedstawiony materiał ukazuje rodzaje negatywnych i pozytywnych postaw społecznych wobec HIV/AIDS oraz,

powodowane troską o jakość życia osób zakażonych i chorych kierunki działań, niezbędne do wykształcenia postaw pożądanych.

### **Wiedza o HIV / AIDS**

Poziom wiedzy na temat HIV/AIDS odgrywa istotną rolę w zrozumieniu współistniejących problemów i kształtowaniu konstruktywnych postaw wobec osób dotkniętych chorobą. Źródłem wiedzy mogą być podręczniki, przewodniki, adresowane zarówno do osób zdrowych, jak i zakażonych, do jednostki, rodziny, środowisk lokalnych, zawodowych, rówieśniczych, instytucji i organizacji oraz informacje dostarczane za pomocą środków masowego przekazu. Nośnikom informacji przypisuje się szczególną rolę – dostarczania rzetelnych i aktualnych danych, promowania wzorców, budowania pozytywnych relacji międzyludzkich, opartych na godności i szacunku do drugiego człowieka. Pod wpływem posiadanej wiedzy zmienia się sposób postrzegania problemu i podejmowanych działań.

Wyniki badań przeprowadzonych w roku 2001 na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS (wieloetapowe badania opinii społecznej prowadzone przez TNS OBOP, w roku 2001 objęły próbkę 3200 osób, wskazują, iż najwyższy poziom wiedzy na temat HIV/AIDS prezentują osoby z wyższym wykształceniem (99%) w przedziale wiekowym 15-49 lat, w środowiskach miejskich – w miastach pow. 200 tys. mieszkańców (98%) (3).

Coraz większa znajomość zagadnienia pozwala zrozumieć, że zakażenia HIV/ AIDS to nie tylko problem narkomanów i homoseksualistów, ale sytuacja, która potencjalnie może dotyczyć również wszystkich innych osób (spoza tych kręgów) niezależnie od poziomu wykształcenia, warstwy społecznej czy wyznania, tworząca jednak wzajemną zależność pomiędzy życiem społecznym a epidemią.

### **Postawy wobec HIV/AIDS**

Jaki jest stosunek naszego społeczeństwa do nosicieli wirusa HIV i choroby AIDS?. Próbę odpowiedzi na to pytanie stanowiła ankieta pt.: *Postawy wobec zakażonych HIV i chorych na AIDS*. Badania przeprowadzone zostały w 2001r. (j.w.) (3).

56,9% respondentów wyraziła gotowość sprawowania opieki nad chorymi, 6,9 % wolałoby tego nie robić. Chęć pomocy prezentowały głównie osoby młode, z wyższym wykształceniem, samotne, religijne. 47 % respondentów uznało także, że zakażeni i chorzy powinni mieć prawo do zachowania w tajemnicy diagnozy, a 25% wyraziła pogląd, iż fakt zachorowania bądź zakażenia HIV/AIDS powinien być ujawniony. 75% badanych stwierdziła również, że osoby zakażone HIV powinny mieć możliwość wykonywania pracy zarobkowej i pełnić dotychczasowe role społeczne

(szczególnie respondenci w wieku 17-24 lat, z wykształceniem średnim i wyższym).

Według Krajowego Centrum ds. AIDS opinie na temat chorych na AIDS były bardziej pozytywne niż w latach poprzednich. Może to oznaczać zmianę postaw w naszym społeczeństwie w kierunku większej tolerancji osób zakażonych i chorych na AIDS (zwłaszcza wśród młodzieży).

Należy jednak zauważyć, że społeczne postawy wrogości i dyskryminacji nadal są wyrażane.

U podstaw negatywnych zachowań leży brak wystarczającej wiedzy na temat sposobów i dróg przenoszenia się zakażenia, lęk przed osobami zakażonymi i chorymi, przed wspólnym zamieszkiwaniem z nimi, korzystaniem z usług (medycznych), wspólnej edukacji oraz uprzedzenia.

Prezentowana w pewnych grupach społecznych nietolerancja, która utrudnia zakażonym i chorym życie w społeczeństwie, przejawia się w dążeniu do wyobcowania osób zakażonych i chorych i w agresji (słownej i fizycznej; skierowanej do osób chorych i ich otoczenia), co powoduje izolowanie się osób zakażonych, kształtuje obronną postawę utajania choroby lub nosicielstwa HIV, aby nie być gorzej traktowanym.

Wobec negatywnych postaw społecznych, osoby żyjące z AIDS w osamotnieniu zmagają się z:

- szokiem wywołanym diagnozą,
- niepewnością, utratą nadziei, brakiem perspektyw,
- strachem przed śmiercią, a w szczególności przed umieraniem w samotności i bólu,
- poczuciem utraty bliskich, pozycji w społeczeństwie, niezależności, stabilizacji finansowej, fizycznej atrakcyjności,
- poczuciem winy w związku z możliwością zakażenia innych osób i ze skutkami choroby,
- depresją, myślami samobójczymi jako sposobem uniknięcia bólu, wstydu, cierpienia,
- złością i agresją skierowaną przeciwko sobie lub innym,
- izolacją,
- bezradnością,
- dyskryminacją.

W świetle powyższego konieczne jest przeciwdziałanie negatywnym postawom społecznym poprzez szeroko pojętą profilaktykę, opartą na wieloetapowej edukacji, rzetelnej informacji, budowaniu wzorców społecznych postaw oraz organizowaniu grup wsparcia.

Celem tych działań będzie ułatwianie adaptacji i integracji osób zakażonych ze społeczeństwem, zachęcanie do prowadzenia normalnego trybu życia (pełnienia dotychczasowych ról społecznych, a w rezultacie także pomoc w pogodzeniu się z zakażeniem, zachorowaniem, a nawet ze śmiercią).

### Podsumowanie

Epidemia AIDS odkryła słabości nowoczesnego, cywilizowanego społeczeństwa. Naznaczeni piętnem choroby na AIDS nie znajdują zrozumienia i wystarczającego wsparcia społecznego. Dyskryminacja, której doświadczają, powoduje utratę pracy, prawa do korzystania z powszechnie dostępnych usług, prawa do edukacji a nawet do ratowania życia.

Zarówno profesjonaliści medyczni, jak też najbliższa rodzina i otoczenie powinni skoncentrować uwagę na kształtowaniu postaw opartych na uniwersalnych wartościach, sprzyjających ludziom zakażonym i chorym. Działania te winny być wspierane przez instytucje i organizacje realizujące zadania z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, kościoły, związki wyznaniowe, media, ośrodki biznesu, liderów grup i „osoby sukcesu”, organizacje obywatelskie.

Świadomość zagrożenia na wielką skalę, jaką stanowią zakażenia HIV/AIDS, powinna stale towarzyszyć działaniom profesjonalnym i zachowaniom społecznym. U podstaw zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażenia i budowaniu konstruktywnych rozwiązań w zakresie wsparcia osób zakażonych/chorych i ich bliskich, winno leżeć oddziaływanie na modyfikację stylu życia zwłaszcza grup wysokiego ryzyka, skuteczna edukacja, obejmująca swoim zasięgiem osoby zdrowe w każdym miejscu nauki, pracy, wychowania; informacja eliminująca nieuzasadniony lęk przed zakażeniem i opiekowaniem się chorymi, wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa osobistego (np. poprzez wsparcie finansowe jednostek ochrony zdrowia i użyteczności publicznej

w zakresie wyposażenia w środki chroniące przed zakażeniem); dbanie o poufność informacji dotyczących zachorowań, świadczenie pomocy osobom chorym do końca trwania choroby, ich rodzinom i osieroconym po śmierci bliskim.

Zamierzając dokładnie zanalizować postawy młodzieży wobec HIV i AIDS zaplanowano jeszcze w roku 2003 przeprowadzenie badań sondażowych wśród studentów Akademii Medycznej w Warszawie. Wyniki badań zostaną opublikowane po ich opracowaniu.

### Literatura

1. Fact Sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives. WHO 2000.
2. Check. W.A : Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach AIDS. „Profi” Oficyna Wydawnicza Warszawa 1995.
3. Izdebski Z. Durka B.: Raport z badania „Wiedza, postawy społeczne wobec HIV/AIDS i zachowania seksualne . Krajowe Centrum ds. AIDS. Warszawa, 2001. [www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl).
4. Wojciechowska M.: Zapobieganie zakażeniom HIV, opieka nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS , Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1996.
5. Materiały z Sesji Specjalnej Narodów Zjednoczonych na temat HIV/AIDS . Globalny kryzys – Globalna akcja. Kofi Annan, United Nations Secretary – General. 25-27 czerwca 2001r. Nowy Jork.



# ODLEŻYNY I ODPARZENIA

# AntiCubit®



## NATURALNY BALSAM PRZECIW ODLEŻYNOM I ODPARZENIOM z olejkiem drzewa herbacianego

- Zapobiega powstawaniu odleżyn i odparzeń
- Łagodzi podrażnienia i stany zapalne
- Nadaje skórze właściwą elastyczność, gładkość i wilgotność
- Wspomaga proces terapii i rekonwalescencji
- Nie brudzi bielizny
- pH neutralne dla skóry
- Pojemność 110 ml i 500 ml

## Wartości życiowe studentów na przykładzie studiów licencjacko-magisterskich kierunku Pielęgniarstwo

*Mgr Halina Zielińska-Więczkowska*

*Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej*

*Wydział Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej w Bydgoszczy*

Peoples values are reflected in their behaviour in both private and professional areas of life. The aim of empirical studies was to analyse values accepted by students of first and second year of 5-years bachelor and masters degree university studies (Nursing and Health Sciences of the Medical University of Bydgoszcz), specialization in nursing.

The study was performed using the method of diagnosis enquiry by the means of a questionnaire and could be useful in the process of teaching nurses.

Key words: social values, students' life values

Słowa kluczowe: wartości społeczne, wartości życiowe studentów

### **Wstęp**

We współczesnym świecie problematyka wartości nabiera szczególnego znaczenia. Szybkie tempo przemian społecznych powoduje, że ludzie czują się zagubieni, ogarnia ich pustka, rozpacz, bezradność czy też agresja. Niepokojącym przejawem w zakresie przemian moralności jest wzrost przestępczości oraz samobójstw, zwłaszcza wśród młodocianych. W wypowiedziach młodych ludzi słyszy się, że wszystko jest względne, a wyborów dokonuje się według indywidualnych kryteriów. Coraz częściej zauważa się także brak jakichkolwiek autorytetów.

Wiele osób zaczyna dzisiaj powątpiewać w sens ludzkiego istnienia, ogarnia ich frustracja egzystencjalna. W obecnych czasach mówi się o kryzysie sensu życia. Problem ten jest wyraźnie uwidoczniiony w wypowiedziach Jana Pawła II oraz słynnego psychologa i psychiatry austriackiego V. E. Frankla. Czyny, uważane kiedyś za niedopuszczalne i przestępcze, zyskują stopniowo społeczną aprobatę (np. eutanazja). Dowolność w dokonywaniu wyborów może powodować utratę orientacji co do prawd i wartości, nadających autentyczny sens ludzkiemu życiu.

Człowiek obdarzony wolnością potrzebuje norm, przepisów i celów. Podpowiadają mu one jak powinien postępować, by żyć godnie, między innymi szanować innych, pomagać potrzebującym. Wypełnianie ich wymaga niekiedy wielu poświęceń, co odbywa się kosztem przewyciężania własnych potrzeb<sup>4</sup>.

Umiejętność dokonywania słusznych wyborów jest szczególnie ważna w zawodzie pielęgniarki, która swoje postępowanie powinna ukierunkować na czynienie dobra. Kształcenie pielęgniarek powinno zawsze kłaść nacisk na wartości humanistyczne i aksjologiczne. Strona aksjologiczna polega na kształtowaniu stosunku człowieka do świata i ludzi, jego przekonań i postaw, układu wartości i celu życia. Życie człowieka pozbawione celu staje się bezwartościowe.

Ostatecznym jednak sprawdzianem siły działania jakiejś wartości jest działanie ludzkie. Uznawane przez młodzież studiującą wartości mogą w przyszłości wpływać na jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej.

Celem badań empirycznych była analiza wartości uznawanych przez studentów przygotowujących się do pełnienia roli pielęgniarki oraz orientacja, co do zachodzących w tym zakresie przemian.

### **Materiał i metoda**

Badaniu poddano 65 studentów I i II roku studiów licencjacko-magisterskich Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Bydgoszczy (kierunek Pielęgniarstwo). Badaną populację (N=65) stanowiły kobiety i 1 mężczyzna, w przedziale wiekowym 19-25 lat. Wszyscy respondenci ukończyli Liceum Ogólnokształcące. Największą grupę 52,3% stanowiły osoby zamieszkujące w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, 32,3% mieszka w mieście poniżej 100 tys. mieszkańców, a tylko 10 osób, co

stanowi 15,4%, pochodzi ze środowisk wiejskich.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego za pomocą kwestionariusza ankiety, zawierającego pytania zamknięte i otwarte dotyczące następujących zagadnień aksjologicznych:

- cenionych wartości
- samooceny studentów
- autorytetów moralnych
- zagadnień religijnych
- opinii o innych ludziach
- postaw prospołecznych
- motywów wyboru zawodu
- opinii na temat eutanazji
- motywów wyboru partnera życiowego
- zachowań prozdrowotnych.

Badania empiryczne zostały przeprowadzone w marcu 2001r.

### Wyniki badań

#### Cenione wartości

Wśród cenionych wartości naczelnie miejsce w badanej populacji (N=65) zajmuje udane małżeństwo i szczęście rodzinne – 95,4% oraz zdrowie – 92,3%. Nieco mniejszą wartość przypisywana jest wykształceniu – 66,2% i takim wartościom, jak godność i szacunek – 60,0%.

Poniżej granicy 50% akceptacji znalazły się następujące wartości: bycie użytecznym dla innych – 49,2%, silny charakter i zaradność życiowa – 33,8%, głęboka wiara religijna – 29,2%, pieniądze i dobrobyt – 24,6%, sukces zawodowy – 12,3%, władza – 7,7%, wysokie zarobki – 4,6% (tabela 1).

Tabela 1

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
Udane małżeństwo i szczęście rodzinne	62	95,4
Zdrowie	60	92,3
Pieniądze i dobrobyt	16	24,6
Wykształcenie	43	66,2
Sukces zawodowy	8	12,3
Godność i szacunek	39	60,0
Niezwykłe przygody	4	6,2
Silny charakter i zaradność życiowa	22	33,8
Głęboka wiara religijna	19	29,2
Dobra kultury/ książka, film, muzyka	8	12,3

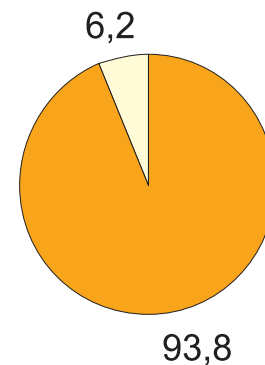
Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
Ciekawość świata, podróże	4	9,2
Bycie użytecznym dla innych	32	49,2
Wysokie zarobki	3	4,6
Władza	5	7,7

#### Samoocena studentów

W badanej grupie 61 studentów – 93,8% uznaje swoją wartość jako osoby, pozostała grupa - nie (tabela 2).

Tabela 2

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
TAK	61	93,8
NIE	4	6,2
razem	65	100

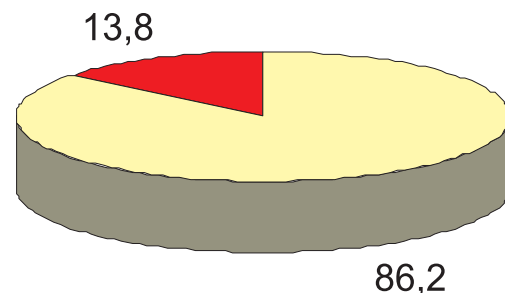


#### Nastawienie do życia

Większość – 86,2% studentów jest przychylnie nastawionych do życia, a 13,8% przejawia stosunek negatywny (tabela 3).

Tabela 3

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
Pozytywne	56	86,2
Negatywne	9	13,8
razem	65	100



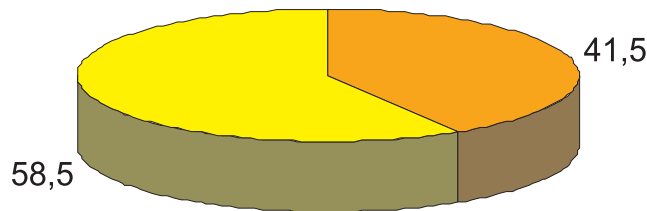
**Uznawane autorytety moralne**

W pytaniu dotyczącym istnienia autorytetów 41,5% respondentów opowiada się za istnieniem w ich życiu osób, które chciałaby naśladować, jednak większość – 58,5% nie posiada żadnych autorytetów.

Wśród cenionych i godnych naśladowania osób badani wymieniają: rodziców (głównie matkę) – 24 osoby, Jana Pawła II – 2 osoby i dziadków – 1 osoba (tabela 4).

Tabela 4

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
TAK	27	41,5
NIE	38	58,5
razem	65	100



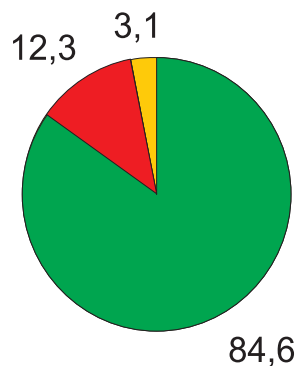
**Stosunek do religii**

W całej badanej populacji (N=65) 84,6% badanych uznaje siebie za wierzących, praktykujących, 12,3% – za wierzących, lecz niepraktykujących, a 3,1 % to osoby niewierzące (tabela 5).

Tabela 5

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
Wierzący, praktykujący	55	84,6
Wierzący, niepraktykujący	8	12,3
Niewierzący	2	3,1
razem	65	100

63 osoby, co stanowi 96,9 % wyznaje religię chrześcijańską.



**Opinie na temat innych ludzi**

Większość respondentów – 64,6% uważa, że człowiek we wzajemnych kontaktach kieruje się głównie oczekiwaniem obopólnych korzyści i nastawieniem na „branie” – 23,1%. U 6,1% ankietyowanych stwierdzono, że motywem jest bezinteresowność, a 3,1% uważa, że człowiek kieruje się wyrachowaniem i nastawieniem na „dawanie”.

W pytaniu dotyczącym wzajemnego nastawienia ludzi wobec siebie 76,9% badanych uważa, że ludzie zachowują się różnie, zależnie od sytuacji, 10,8% respondentów dostrzega obojętny stosunek, życzliwy natomiast – 7,7%, a złośliwy – 4,6% badanych (tabela 6).

Zdaniem badanej grupy studentów( N=65) najczęściej spotykane w naszym społeczeństwie cechy charakteru to:

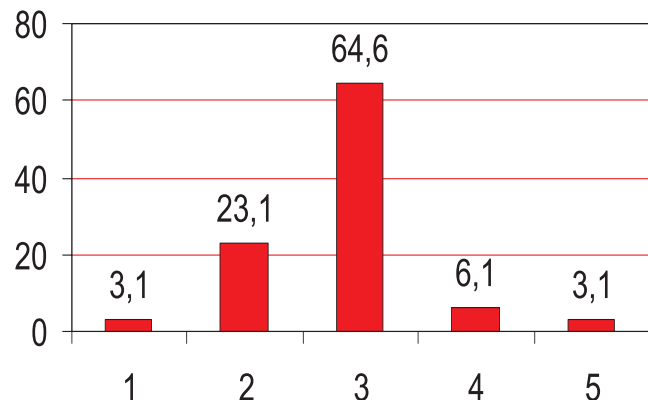
1. bierność
2. zakłamanie
3. wyrachowanie
4. nieuczciwość.

Respondentów najbardziej drażni u innych ludzi:

1. zakłamanie
2. egoizm
3. obojętność wobec drugiego człowieka.

Tabela 6

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
Nastawienie na "dawanie"	2	3,1
Nastawienie na "branie"	15	23,1
Oczekiwanie obopólnych korzyści	42	64,6
Bezinteresowność	4	6,1
Wyrachowanie	2	3,1
razem	65	100



**Postawy prospołeczne**

W opinii 95,4% badanych należy pomagać każdemu, niezależnie od tego, czy się odwdzięczy, a zdaniem 4,6% – każdy powinien liczyć wyłącznie na siebie (tabela 7).

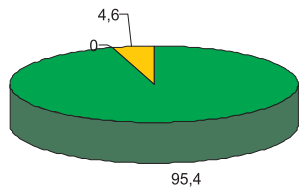
W pytaniu otwartym dotyczącym umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych ponad połowa respondentów (61,5%) szuka wsparcia u osób najbliższych oraz przyjaciół.

Wśród innych odpowiedzi wymieniano:

- „Idę na spacer.”
- „Szukam wsparcia w Bogu.”
- „Słucham muzyki.”
- „Ulę przynosi mi płacz.”

Tabela 7

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
1. "Należy pomagać każdemu, niezależnie od tego czy się odwdzięczy"	62	95,4
2. "Należy pomagać tym, którzy się odwdzięczą"	0	0
3. "Każdy powinien liczyć wyłącznie na siebie"	3	4,6
Razem	65	100



**Motywy wyboru zawodu**

Najczęściej o wyborze zawodu decydują względy materialne – 81,5% i zainteresowania – 78,5%. W opinii 26,2% badanych motywem wyboru zawodu są względy prestiżowe, w 6,2% decyduje chęć zdobycia wiedzy, a w 4,6% dostrzega się inne względy, w tym tradycję i powołanie (tabela 8).

Tabela 8

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
Zainteresowania	51	78,5
Względy materialne	55	81,5
Względy prestiżowe	17	26,2
Chęć zdobycia wiedzy	4	6,2
Inne względy	3	4,6

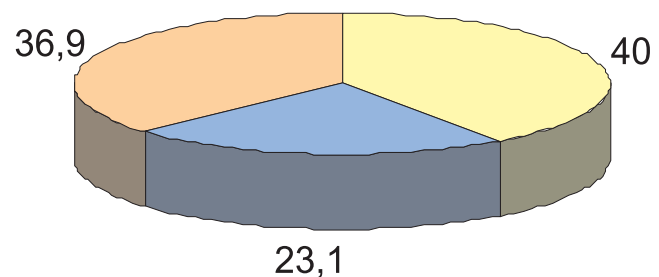
Uwaga! Wartości w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

**Opinie studentów na temat eutanazji**

Wśród całej populacji (N=65) 40,0% studentów jest zdecydowanymi przeciwnikami eutanazji, nieco mniej – 36,9% nie potrafi w tej sprawie zająć stanowiska, a 23,1% popiera eutanazję (tabela 9).

Tabela 9

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
Jestem przeciwnikiem	26	40
Jestem zwolennikiem	15	23,1
Trudno mi powiedzieć	24	36,9
razem	65	100



**Motywy wyboru partnera**

O wyborze partnera życiowego decyduje przede wszystkim charakter – 83,1% i wspólne zainteresowania – 55,4%. Następnie ważnym motywem jest więź uczuciowa – 27,7%, wygląd zewnętrzny – 16,9%, wykształcenie – 13,8%, a 3,1% badanych zwraca uwagę na sytuację materialną partnera (tabela 10).

Tabela 10

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
Wygląd zewnętrzny	11	16,9
Wspólne zainteresowania	36	55,4
Wykształcenie	9	13,8
Charakter	54	83,1
Sytuacja materialna partnera	2	3,1
Więź uczuciowa	18	27,7

Uwaga! Wartości w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

### Zachowania prozdrowotne

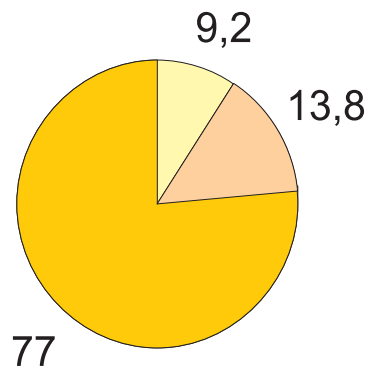
Zachowania prozdrowotne przejawiają się w dbałości o własne zdrowie.

W badanej populacji (N=65) zdecydowana większość – 90,8% dba o swoje zdrowie, pozostałe osoby – nie.

Wśród nich 77,0% nie pali papierosów w ogóle, 13,8% – pali sporadycznie, a 9,2% pali w dużych ilościach (tabela 11).

Tabela 11

Kategoria	Wartości liczbowe	Wartości procentowe
Pałę dużo	6	9,2
Pałę sporadycznie	9	13,8
Nie pałę	50	77
razem	65	100



W grupie 65 badanych studentów 43,0% najchętniej wypoczywa wśród przyjaciół, 18,5% relaksuje się przy muzyce. Dla 12,3% badanych ulubioną formą wypoczynku jest spacer oraz czytanie interesującej książki. Nieco mniej 7,7% respondentów w czasie wolnym chętnie uprawia sport, a najmniej – 3,1% osób najlepiej wypoczywa w ciszy, samotności.

Większość badanych studentów obawia się w przyszłości:

1. samotności
2. utraty zdrowia, nieuleczalnej choroby
3. bezrobocia.

### Wnioski

1. Wśród cenionych wartości naczelną miejsce zajmuje udane małżeństwo i szczęście rodzinne (95,4% odpowiedzi).

Drugą ważną dla człowieka wartością jest zdrowie – 92,3%.

Nieco niżej cenione jest wykształcenie – 66,2%, godność i szacunek – 60,0%, bycie użytecznym dla innych – 49,2% wyborów.

2. Ponad połowa badanych (58,5%) przyznaje, że nie ma wzorców osobowych.

3. Zdecydowanie przeważają opinie, że ludzie zachowują się różnie, w różnych sytuacjach życiowych (76,9% odpowiedzi).

4. Społeczeństwo postrzegane jest raczej negatywnie. Opinie negatywne nie sprzyjają jednak nastawieniom prospołecznym, pożądanym w zawodzie pielęgniarki.

5. Ponad 90% respondentów jest zdania, że należy pomagać każdemu, niezależnie od tego, czy się odwdzięczy.

6. W trudnych sytuacjach większość badanych szuka wsparcia u przyjaciół.

7. Najczęściej wysuwane przez respondentów obawy związane są:

- z samotnością, niemożnością założenia rodziny,
- z utratą zdrowia,
- z bezrobociem.

### Literatura

1. Frankl V. E.: *Homo patiens*. Warszawa 1998
2. Łobocki M.: *Altruizm a wychowanie*. Lublin 1998
3. Mariański J.: *Rekonstrukcja czy rozpad wartości moralnych. Szkic socjologiczny*. W: *Pielęgniarstwo: etyka i działanie* (materiały konferencyjne). Red. I. Wrońska, R. Kuźmińska. Bydgoszcz 1998
4. Nowak M.: *Podstawy pedagogiki otwartej*. Lublin, 1999
5. Okoń W.: *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*. „Żak”. Warszawa 1998
6. Wołoszyn S.: *Nauka o wychowaniu w Polsce w XX wieku*. Kielce 1998
7. Wojtyła K.: *Miłość i odpowiedzialność*. Lublin 1986
8. Wrońska I., Mariański J.: *Wartości życiowe młodzieży*. Lublin 1999.

## NOMINACJE

**30 czerwca 2003 r. Prezydent RP nadał  
tytuł naukowy profesora nauk medycznych**

### **RENACIE GÓRSKIEJ**

Kierownikowi Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia  
Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie

**Prof. dr hab. n. med.  
Renata Górską**



Jest absolwentką I Wydziału Lekarskiego Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie. Bezpośrednio po ukończeniu studiów, jako stypendystka Fundacji Kościuszkowskiej, odbyła roczny, a po roku 2 miesięczny staż naukowy w Sloan Kettering Cancer Center w Nowym Jorku w Laboratorium Immunologii Klinicznej pod kierunkiem prof. Duponta. Po powrocie do kraju w 1976 roku, podjęła pracę w Zakładzie Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie, początkowo jako lekarz kliniczny, od roku 1979 jako nauczyciel akademicki na stanowisku starszego asystenta, a od 1980 roku – adiunkta. Od 1994 roku pełni obowiązki kierownika Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia.

W roku 1978 ponownie odbywała staż szkoleniowy w Sloan Kettering Cancer Center, gdzie w Dental Service zapoznała się z metodami postępowania leczniczego i profilaktycznego w przypadkach chorób narządu żucia związanych ze stosowaniem radioterapii oraz z metodami rehabilitacji chorych po rozległych zabiegach operacyjnych w zakresie twarzoczaszki.

W kraju odbywała szkolenia w Instytucie Hematologii i Klinice Dermatologii Akademii Medycznej, gdzie zapoznała się z diagnozowaniem i metodami leczenia chorób układu krwiotwórczego i chorób skóry, oraz staż szkoleniowy w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej w Pomorskiej Akademii Medycznej w zakresie leczenia chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej.

Stopień doktora nauk medycznych uzyskała w roku 1979 po obronie pracy „Czynnik immunologiczny w etiologii aft nawracających”.

W 1978 roku uzyskała I stopień specjalizacji w zakresie stomatologii ogólnej, a w dwa lata później I stopień specjalizacji ze stomatologii zachowawczej. W 1995 roku zdała egzamin specjalizacyjny na II stopień z periodontologii. W 1998 roku na podstawie dorobku naukowego i rozprawy habilitacyjnej „Badania epidemiologiczne i zaburzenia dotyczące limfocytów u chorych z aftami nawracającymi” oraz zdaniu kolokwium habilitacyjnego, decyzją Rady Wydziału i Centralnej Komisji ds. tytułów Naukowych i Stopni Naukowych uzyskała tytuł doktora habilitowanego.

Wszystkie egzaminy zdała z wynikiem bardzo dobrym.

30 czerwca 2003 r. uzyskała tytuł naukowy profesora nauk medycznych.

Prof. Renata Górka ma w swoim dorobku 133 prace wydrukowane w kraju i za granicą, w tym 79 oryginalnych prac badawczych, z czego 7 opublikowanych w językach kongresowych, 55 prac poglądowych oraz 18 streszczeń opublikowanych w języku angielskim w *Journal of Periodontology* i *Clinical Dental Research*. Jest współautorem 18 rozdziałów, dwóch w książce i 16 w dwóch monografiach. Prace te ukazały się m.in. w *Czasopiśmie Stomatologicznym*, *Immunologii Polskiej*, w *Polskim Tygodniku Lekarskim*, w *Przeglądzie Epidemiologicznym*, *Stomatologii Współczesnej*, a także *Clinical Experimental Immunology*, *Dental Medical Problems* oraz *Central-European Journal of Immunology*.

Prof. Renata Górka jest pierwszym autorem 43 prac opublikowanych po doktoracie, 28 po habilitacji. Wzięła udział w 40 konferencjach naukowych krajowych i zagranicznych.

Zainteresowania naukowe prof. Renaty Górskiej koncentrują się wokół patologii błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia, a szczególnie roli odpowiedzi immunologicznej w etiopatogenezie wybranych jednostek chorobowych oraz ocenie nowoczesnych metod terapeutycznych w leczeniu chorób błony śluzowej i przyzębia. Opublikowała pionierskie prace w piśmiennictwie polskim na temat roli czynnika immunologicznego w etiopatogenezie chorób błony śluzowej jamy ustnej ze szczególnym uwzględnieniem aft nawracających. Jest autorką i współautorką prac nagrodzonych nauką indywidualną i zespołową nagrodą JM Rektora AM w Warszawie. Poczynione w powyższych pracach obserwacje dotyczące zaburzeń immunologicznych w przebiegu aft nawracających są bardzo ważne wobec faktu podejmowania w ostatnich latach prób terapii za pomocą leków z grupy immunomodulatorów.

Współpracuje z innymi Klinikami i Zakładami, takimi jak m.in. Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie, Zakład Immunologii Klinicznej w Centrum Zdrowia Dziecka, Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Kardiochirurgia, Katedra Położnictwa i Ginekologii. Podjęła się badań nad wyjaśnieniem związku chorób układu sercowo-naczyniowego, ryzyka porodu przedwczesnego a zapaleniem przyzębia. Prace te poza aspektem poznawczym mają znaczenie praktyczne, gdyż zwracają uwagę na znaczenie badania jamy ustnej przez lekarzy innych specjalności. Niektóre bowiem choroby ogólnoustrojowe mogą mieć związek z chorobami jamy ustnej, w tym i z chorobami przyzębia. Podobnie jak przed, tak i po habilitacji główne zainteresowania naukowe prof.

Renaty Górskiej skupiają się na badaniach klinicznych i immunologicznych nad rolą odpowiedzi immunologicznej w etiopatogenezie zapaleń przyzębia oraz badań mikrobiologicznych i immunologicznych in vitro w odniesieniu do profilu wydzielania cytokin pod wpływem bakterii z kieszonek przyzębnych przez komórki jednojądrzaste krwi obwodowej u osób z zapaleniem przyzębia. Cykl tych prac został nagrodzony Nagrodą Naukową Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Wrigley Oral Healthcare Programs.

Inne badania prof. R. Górskiej dotyczą chirurgicznego leczenia chorób przyzębia. W opracowaniach z tego zakresu przeprowadziła szereg obserwacji nad niektórymi biomateriałami przydatnymi w sterowanej regeneracji tkanek przyzębia jako metodzie służącej odtwarzaniu powstałych w wyniku zapaleń przyzębia defektów kostnych typu pionowego. Z Jej udziałem i także pod Jej kierownictwem prowadzono badania nad wpływem leczenia chirurgicznego zapaleń przyzębia na odpowiedź immunologiczną gospodarza. Ich przydatność kliniczna nie wymaga dyskusji.

Swoje prace przedstawiała między innymi na Zjazdach Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w kraju oraz na Zjazdach Międzynarodowych Towarzystw Periodontologicznych w USA, Holandii, na Węgrzech, w Słowenii, Szwajcarii i Włoszech.

Prof. Renata Górka jest członkiem Amerykańskiego Towarzystwa Periodontologicznego (AAP), Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Towarzystwa Immunologicznego i Przewodniczącą Senackiej Komisji ds. Nauki. Pełniła funkcję skarbnika Sekcji Periodontologii przez dwie kadencje, jest v-ce prezesem Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz Konsultantem Wojewódzkim ds. Periodontologii.

1.X.2002 r. objęła stanowisko Dyrektora Instytutu Stomatologii.

Prof. Renata Górka prowadzi zajęcia dydaktyczne ze studentami IV i V roku z zakresu chorób błony śluzowej i przyzębia, dla studentów oddziału stomatologii i VI roku Wydziału Lekarskiego. Bierze aktywny udział w szkoleniu podyplomowym lekarzy stomatologów oraz prowadzi wykłady, seminaria i ćwiczenia na kursach organizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Ponadto nadzoruje pracę Studenckiego Koła Naukowego w Zakładzie Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia. Prace studentów były wielokrotnie nagradzane zarówno na uczelnianych, jak i międzyuczelnianych konferencjach Studenckich Kół Naukowych w Łodzi i w Krakowie. Uczestniczyła w pracach wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej. Otrzymała kilkakrotnie nagrody Rektorskie naukowe i dydaktyczne I i II stopnia zarówno indywidualne, jak i zbiorowe.

Odnaczona Złotym Krzyżem Zasługi.



## PRO MEMORIA

### Dr n. med. Tadeusz Jan Kocon (1929 – 2003)



*Prof. dr hab. Stanisław Zajac*

*Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej AM*

Pan doktor Tadeusz Kocon był adiunktem w Zakładzie Anatomii Prawidłowej naszej Uczelni, starszym asystentem Oddziału Chirurgicznego Szpitala Miejskiego nr 8 w Warszawie, ordynatorem Oddziału Chirurgicznego Szpitala Powiatowego w Nowym Dworze Mazowieckim, wielokrotnym przewodniczącym Komisji Rewizyjnej Warszawskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich, wieloletnim prezesem Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, majorem Wojska Polskiego a ostatnio, po przejściu na emeryturę, lekarzem w Przychodni Rejonowej w Nowym Dworze Mazowieckim przy ulicy Paderewskiego.

Doktor T. Kocon urodził się 6 maja 1929 r. we wsi Zofianów w dawnym powiecie Garwolin, ówczesnym województwie warszawskim jako syn Stanisława i Franciszki z Zielińskich, posiadających gospodarstwo średniorolne. Dzieciństwo spędził we wsi rodzinnej. W 1936 r. zaczął uczęszczać do czteroletniej Szkoły Powszechnej w Sulbinach, a od 1940 r. – do Szkoły Powszechnej w Garwolinie, którą ukończył w 1943 r. z wynikiem bardzo dobrym. W tym też roku zaczął naukę na tajnych kompletach i, pomimo groźby wyspy i kar okupanta hitlerowskiego, w maju 1944 r. ukończył pierwszą klasę gimnazjalną. Po wojnie uczęszczał do Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącego w Garwolinie, gdzie w 1949 r. zdał egzamin dojrzałości. W tym też roku został przyjęty na studia, początkowo na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, później Akademii Medycznej. Dyplom lekarza otrzymał 29 listopada 1954 r.

Jako syn chłopa, czując się mocno związany ze wsią, już w 1947 r. wstąpił do Związku Młodzieży Wiejskiej „Wici”, a w 1950 r. został członkiem Zjednoczonego Stronnictwa Ludowego (obecne PSL). W Kole Uczelnianym Stronnictwa przez wiele lat pełnił funkcję prezesa. Bardzo interesowała go również praca naukowa. Jeszcze jako student związał się z Zakładem Anatomii Prawidłowej. Początkowo działał w Kole Naukowym, później jako absolwent pełnił funkcje młodszego, starszego asystenta i adiunkta. 4 marca 1966 r.

obronił pracę doktorską pt.: „*Anatomia rentgenowska przewodu żółciowego głównego (ductus hepatocholedochus) i jego stosunek do kręgosłupa*”. Promotorem pracy był profesor dr med. Witold Sylwanowicz. Praca ta była wielokrotnie cytowana w czasopismach naukowych krajowych i zagranicznych. Poza tym dr T. Kocon opublikował bądź wygłosił na Zjazdach Naukowych kilkanaście prac. W uznaniu dla jego zasług Rektor Uczelni wyróżnił go kilkakrotnie nagrodą naukową.

Nie przerywając pracy w godzinach popołudniowych w Zakładzie Anatomii Prawidłowej, przed południem dr T. Kocon przez wiele lat pracował w Oddziale Chirurgicznym Szpitala Miejskiego nr 8 w Warszawie przy ulicy Solec, gdzie jako starszy asystent zdobył specjalizację II<sup>o</sup> z chirurgii ogólnej pod patronatem wybitnego chirurga prof. dr med. Józefa Kubiaka. W omawianym okresie odbył służbę wojskową uzyskując stopień majora Wojska Polskiego.

1 października 1971 r. dr T. Kocon, w wyniku konkursu, objął stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgicznego Szpitala Powiatowego w Nowym Dworze Mazowieckim. Stanowisko to pełnił do 1995 r., tj. aż do przejścia na emeryturę. W pracy tej dał się poznać jako wybitny lekarz – specjalista chirurg, nieprzeciętnie pracowity, dobry organizator, oddany i życzliwy chorym, lubiany i ceniony przez personel szpitala. Przez cały okres pracy w Nowym Dworze Mazowieckim utrzymywał kontakt z Uczelnią, początkowo jako członek Uczelnianego Koła PSL-u, później, aż do ostatnich dni życia, jako prezes Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji. Dwukrotnie kandydował w wyborach na posła do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

Dr n. med. Tadeusz Jan Kocon zmarł 5 września 2003 r. W pamięci swoich przyjaciół, kolegów, asystentów, uczniów pozostanie jako Wspaniały Człowiek, wielki opiekun młodzieży, a szczególnie młodzieży wiejskiej, pracowity lekarz – chirurg, który umiał pochylić się nad ciężko chorym i wiedział to, czego nie napisano w książkach.

## Lekarze patroni ulic Warszawy (19)

### Antoni Czechow

*Dr n. med. Tadeusz Kocon*

*Stowarzyszenie Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji*

W cyklu „Lekarze patroni ulic Warszawy” zamieściłem dotychczas w miesięczniku „Z Życia Akademii Medycznej w Warszawie” noty biograficzne 18 lekarzy. 28 ulic Warszawy można wiązać z nazwiskami lekarzy. Są bowiem trzy ulice, które można łączyć z Januszem Korczakiem (prawdziwe nazwisko – dr Henryk Goldszmidt, te ulice to : Janusza Korczaka, Króla Macjusia I i Starego Doktora) i dwie ulice z dr Ludwikiem Zamenhofem (ul. Zamenhofa i ul. Esperanto). Wśród pozostałych patronów ulic jest dwóch lekarzy obcego pochodzenia – Aleksander Fleming, prof. mikrobiologii i odkrywca penicyliny oraz Antoni Czechow, lekarz i pisarz, znany przede wszystkim z twórczości literackiej.

Antoni Pawłowicz Czechow urodził się 29 stycznia 1860 roku w Rosji, w Taganrogu nad Morzem Azowskim. Ojciec był sklepikarzem. Uczęszczał do szkół w Taganrogu. Gdy był uczniem gimnazjum, jeden z nauczycieli nazywał go „Antosza Czechonte”. Nazwisko to przyjął jako pseudonim na początku swojej kariery pisarskiej. Będąc uczniem gimnazjum dorabiał pisząc do prasy artykuły informacyjne, humoreski i satyry. Tematy utworów czerpał z obserwacji otoczenia. Miał różnorodne zainteresowania. Śpiewał w chórze parafialnym, zbierał znaczki pocztowe. Wiele zbiorów młodzieńczych znalazło się później w Jego Domu Muzeum w Jałcie.

Po ukończeniu gimnazjum wyjechał do Moskwy, dokąd rodzina przeprowadziła się wcześniej. W 1879 roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim, które ukończył w 1884 r. Pracę lekarza rozpoczął w Zwinogradzie koło Woznie-

sieńska jako ordynator miejscowego szpitala. Leczył chłopców, mieszczan, okolicznych ziemian. Do pacjentów dojeżdżał furmanką, dorożką lub powozem. Poznał przy tym życie i warunki, w jakich żyli i mieszkali jego podopieczni. W okresach zimowych wyjeżdżał do Moskwy.

Z pracy lekarza i pisarza uzyskał fundusze i zakupił majątek ziemski Mieliechowo pod Moskwą. Objął nadzór lekarski i opiekę nad ludnością tego okręgu. Wybrany został „członkiem ziemstwa”. W organizacji tej dał się poznać jako inicjator rozbudowy dróg, szkół, szpitali. Wyjeżdżał także za granicę, m. in. do Nicei i Paryża.

W roku 1897 wykryto u Czechowa zaawansowaną gruźlicę płuc. W 1898 wyjechał na Krym. Podjął tam pracę lekarza. W 1901 r. ożenił się z aktorką Teatru Artystycznego (MCHaT). Wiosną 1904 roku żona wywiozła go do Sanatorium Bedenweiler w Niemczech, gdzie w niedługim czasie zmarł.

Antoni Czechow publikował od 1881 roku. Początkowo pisał do prasy obrazki obyczajowe, humoreski, satyry, nowele, a następnie większe utwory i sztuki dramatyczne. Bardziej jest znany jako twórca utworów literackich niż z działalności lekarskiej. W Polsce znany jest zwłaszcza jako autor sztuk teatralnych, takich jak :”Wujaszek Wania”, „Trzy siostry”, „Wiśniowy sad”. O tym, że był lekarzem, wie mało ludzi, także wśród lekarzy.

Ulica Antoniego Czechowa znajduje się w dzielnicy Warszawa Bielany na osiedlu Nowy Wawrzyszew i biegnie od ul. Horacego do ul. Petöfięgo.

## REFLEKSJE I POLEMIKI

### Obywatelu Redaktorze!

(K.I. Gałczyński, koniec cytatu)

*Prof. dr hab. Stefan Kruś*

*Redaktor Honorowy – Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw*

Młodej parze jest najmilej, kiedy po weselu goście sobie wreszcie pójda. Czasem czuję się dobrze, gdy zostaję po południu sam w Zakładzie. Cicho, można coś zrobić z efektem. Od telefonu jednak uciec się nie da. Trzydziestego grudnia 1983 przerwał moją przedwieczorną ciszę telefon z Rektoratu. Pan Rektor Nielubowicz zaproponował mi czynny udział w małej konferencji na temat etyki lekarskiej, gdzieś, kiedyś, za parę tygodni. Nie wypadło się nie zgodzić, spotkanie odbyło się 25 lutego 1984.

Przyznam się, że nigdy nie zastanawiałem się nad problemami etyki szerzej. Wydawało mi się, że wszystko sprowadza się do prostych zasad: dostrzeż, że oprócz ciebie na świecie istnieją i inni, staraj się dla nich być dobry, a przynajmniej nie szkodź im. Jak to jest trudne, wiemy wszyscy. „Nobody is perfect” – mawiał chrzestny mojego synka Pawełka. Niemniej okazuje się, że dobrze jest znać zalecenia, odnoszące się do jakichś konkretnych sytuacji.

Zagadnienia etyki lekarskiej to właśnie próby rozwiązania problemów, wyłaniających się w stosunkach „lekarz-pacjent”. Początkowo było to dość proste i pan doktor Hipokrates w przysiędze swojej uwypuklił tylko 4 sprawy: kierowanie się wyłącznie dobrem chorego, dotrzymywanie tajemnicy, zachowanie najwyższego uszanowania dla życia ludzkiego, okazywanie szacunku i wdzięczności nauczycielom.

„Do czyjegokolwiek domu wniknę, celem wejścia mojego będzie jedynie dobro chorego, jakoż nigdy kierować mną nie będzie rozmyślne bezprawie, ani występki, ani chuć lubieżna, bądź względem niewiasty, bądź względem mężczyzny, ani wolnych ani niewolników... W czystości i niewinności świętej zachowam życie moje i sztukę moją ...”.

**Uwaga:** Intruz, naruszający zasady i splotzony, natrafiał w Grecji na pewne trudności: nie można było się schować do szafy ani uciec przez okno, bo takowe nie istniały; pozostawały skrzynie na ubranie albo drabina na dach. Kłopot.

W miarę negatywnego i pozytywnego rozwoju ludzkości przybywało problemów. Historia zawsze obfitowała w okrucieństwo, jak dotąd szczyt przypada na lata 1939-1945. Postawiło to doktorów w sytuacjach, w jakich dawniej może nie bywali. Stąd wynikły zakazy obowiązujące każdego le-

karza: zakaz uczestniczenia w torturowaniu lub wydawania orzeczeń, że więzień może przetrzymać dodatkowo obustrzenia, a także zakaz wykonywania doświadczeń na człowieku bez jego zgody i z zadawaniem mu cierpień.

Osobną grupę zagadnień stwarzają postulaty dotyczące ochrony życia. Potrafię tu wyliczyć pytania, też pewnie nie wszystkie, nie odpowiem na żadne. Od jakiego momentu człowiek jest człowiekiem? Kiedy można go uznawać za żywego, a kiedy już nie? Czy i z jakich wskazań przerywać ciężę, czy wystarczy tu np. przewidywanie wad wrodzonych na podstawie diagnostyki prenatalnej? Jak postępować z potworkami? Czy akceptować eutanazję na życzenie chorego? Czy i kiedy przerywać postępowanie reanimacyjne?

Nie są to wszystkie poruszone problemy. Na przykład dopiero w dyskusji podjęto temat stosunku lekarzy do medycyny irracjonalnej, świecącej obecnie triumfy w prasie i u publiczności, a grożącej czasem bardzo poważnymi konsekwencjami.

Patrząc racjonalnie, trzeba by to wszystko w czambuł odrzucić. Racjonalizm słabnie jednak wtedy, gdy w grę wchodzi ja, albo ktoś bardzo mi bliski. Wówczas, w razie nieskuteczności medycyny racjonalnej, można podpisać każdy cyrograf. Ostatecznie w leczeniu sugestii i nadzieja jest czymś. Trzeba tylko zdawać sobie sprawę z tego, że dotyk ani słowo nie odwracają biegu nowotworu, nie przywracają w razie wady normalnej budowy zastawkom, ani marskiej wątrobie. Działanie sugestii, poprzez nieznanne mechanizmy, może zmniejszyć ból, poprawić nastrój, albo nawet podnieść sprawność mięśnia sercowego. Dla człowieka nieuleczalnie chorego jest ważne nawet przejściowe lepsze samopoczucie. Dlatego nie powinno mu się tej szansy odmawiać. Rodziny powinny być uświadamiane, w jakim zakresie pomoc irracjonalna jest realna, a rezygnacja z jednoczesnego stosowania dorobku medycyny racjonalnej jest po prostu współudziałem w zabijaniu. Ciągłe nie wiemy, co w człowieku się jeszcze znajduje.

Uczestnicy bitwy pod Grunwaldem nie mieli pojęcia, że w ich ciele krążą krwinki, przeciwciała i hormony, bitwa pod Monte Cassino została stoczona bez świadomości istnienia mediatorów, neuroprzekazników, siateczki endoplazmaty-

cznej itd. Sfera zjawisk elektrycznych, chemicznych, metabolicznych jest tak wielka i ciągle znajduje się tyle nowego, że można oczekiwać wykrycia kiedyś mechanizmu wpływu sugestii na przemianę. Coś, co dziś jest uważane za irracjonalne, może znaleźć w przyszłości uzasadnienie rozumowe.

W tej chwili są to wszystko powiązania niejasne.

Jeden samotny przedwieczór w Zakładzie, jeden telefon i tyle problemów. Mimo wszystko może jednak posiedzieć czasem trochę dłużej. W imieniu własnym, a pewnie i innych szefów, podsuwam tę myśl naszym współpracownikom.

## NOWOŚCI WYDAWNICZE

### Z dziejów biochemii lekarskiej w Warszawie

Opublikowana niedawno monografia p.t. „Z dziejów biochemii lekarskiej w Warszawie” jest wartościowym wkładem upamiętniającym część historii biochemii w Polsce.

Wydawnictwo stanowi 45 tom *Monografii Biochemicznych* wydawanych przez Polskie Towarzystwo Biochemiczne. Redaktorem serii jest prof. Liliana Konarska, a autorami prof. Teresa Szymczyk-Wasiluk, prof. Hanna Wehr i dr Elżbieta Skalska-Hilgier.

Książkę poświęcono pamięci Profesorów Józefa Hellera i Ireny Mochnackiej. Zawiera ona spis wszystkich kierowników i krótki rys historyczny narodzin i dalszych losów Zakładu, który w latach 1949-1969 nosił nazwę Zakładu Chemii Fizjologicznej Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, od roku 1970 został Zakładem Biochemii Wydziału Farmaceutycznego, a następnie od roku 1993 stał się znów Katedrą i Zakładem Biochemii I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

Przedstawiono historię okresu przedwojennego, działalności w okresie okupacji hitlerowskiej, w pierwszych latach powojennych, a następnie dalsze dzieje Zakładu. Książka składa się z dwóch części. Pierwsza przedstawia czasy, gdy

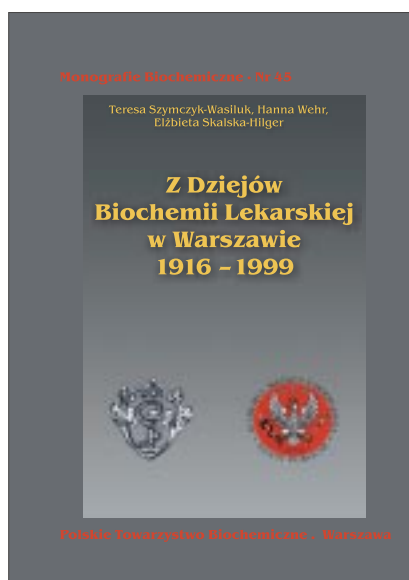
Zakład mieścił się na Krakowskim Przedmieściu na terenie Uniwersytetu Warszawskiego stanowiąc jedną z placówek medycyny teoretycznej Akademii Medycznej. Druga prezentuje Zakład zlokalizowany przy ulicy Banacha, w budynku Wydziału Farmaceutycznego. Ten podział został zilustrowany zdjęciami na tylnej stronie okładki. Na przedniej jej stronie znajdują się dwa piękne symbole – dawne i obecne „logo” Warszawskiej Akademii Medycznej.

Każda z wymienionych części zawiera opis działalności dydaktycznej i naukowej w danym okresie, spis przeprowadzonych przewodów doktorskich i habilitacyjnych oraz nominacji profesorskich, wykaz wszystkich pracowników naukowo-dydaktycznych i wybraną bibliografię. W pierwszej części umieszczono obszerne życiorysy Józefa Hellera i Ireny Mochnackiej, a w drugiej – Teresy Szymczyk-Wasiluk.

Bardzo dużo uroku i autentyczności dodają książce umieszczone w niej osobiste wspomnienia pracowników, współpracowników i studentów związanych z Zakładem, z bardzo ciekawymi wspomnieniami profesor Stelli Niemierko na czele. Wspomnienia prof. Niemierko zatytułowane „Czasy entuzjazmu i nadziei” dotyczą powojennego powołania do życia i odbudowy działalności naukowej i dydaktycznej biochemii lekarskiej w Warszawie. Innymi współautorami i autorami wspomnień są: M. Bednarska-Makaruk, T. Chojnacki, M.M. Jeżewska, T. Korzybski, M. Michałek-Moricca, M. Niżnikowska-Marks, K. Raczyńska-Bojanowska, T. Pasiński, B. Sadurska. Książka ilustrowana jest fotografiami, niektóre z nich mają już w tej chwili wartość historyczną.

Opublikowanie monografii było bardzo cenną inicjatywą. Materiały zawarte w opracowaniu mają charakter dokumentów często nieznanych i dotychczas niepublikowanych. Wspomnienia pracowników poruszają tematykę badań prowadzonych w tamtych latach i przybliżają sylwetki kierowników, a przede wszystkim Józefa Hellera – Badacza, Nauczyciela i Wychowawcy pokoleń biochemików.

Prof. dr hab. Hanna Wehr  
Zakład Genetyki Instytutu Psychiatrii i Neurologii



## KOMUNIKATY

# Biuletyn Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie

### Informacja programowa

Dr n. chem. Andrzej Zimniak

Zakład Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego AM

Dn. 11 czerwca 2003 r. Rada Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie podjęła uchwałę o powstaniu Biuletynu Wydziałowego. Od sierpnia 2003 Biuletyn jest dostępny na stronie internetowej Wydziału. Prezentowane są trzy pierwsze artykuły:

1. Zofia Suchocka, *Otyłość – przyczyny i leczenie*;
2. Grzegorz Nałęcz-Jawecki, *Badanie toksyczności środowiska wodnego metodą bioindykacji*;
3. Joanna Stefańska, *Oporność gronkowców złocistych na środki przeciwbakteryjne*.

Biuletyn jest bezpłatnym naukowym czasopismem internetowym, w którym w języku polskim, z angielskim streszczeniem, zamieszczane są oryginalne artykuły przeglądowe z dziedziny szeroko pojętej farmacji i nauk pokrewnych. Prace mogą być zilustrowane wybranymi wynikami badań własnych. Artykuły są recenzowane, a więc kwalifikują się do odpowiedniej punktacji.

Łamy pisma są otwarte dla wszystkich: autorów z zewnątrz i dla pracowników Akademii Medycznej. Dodatkową funkcją Biuletynu jest informacja o pracach i profilu badawczym Wydziału Farmaceutycznego. Stale aktualnym źródłem tekstów mogą być wstępy do prac doktorskich lub wyróżniające się wstępy do prac dyplomowych – często te

opracowania po obronie nie są wykorzystywane, a obecnie mogłyby być upublicznione.

Biuletyn jest czasopismem o globalnym zasięgu. Wyszukiwanie można prowadzić wg zamieszczonych haseł tematycznych i słów kluczowych w języku polskim i angielskim, lub według nazwisk autorów. Zakres oddziaływania takiego pisma jest nieporównywalnie większy od każdego pisma czy cyklu monografii, które mogłyby być wydane nakładem Wydziału w postaci drukowanej.

W skład Rady Programowej wchodzi profesorowie: Jan Pachecka (przewodniczący), Regina Olędzka i Mirosława Furmanowa. Komitet Redakcyjny stanowią członkowie Rady Wydziału. W skład Zespołu Redakcyjnego wchodzi: dr Andrzej Zimniak (red. nacz.), dr Bohdan Starościak, mgr Piotr Tomaszewski (sekretarz redakcji) i inż. Tomasz Jaro-szewski (informatyk).

Zapraszamy czytelników i nowych autorów!

Na strony Biuletynu można uzyskać dostęp ze strony Wydziału Farmaceutycznego:

<http://www.farm.amwaw.edu.pl/>

przez hasło BIULETYN.

Adres korespondencyjny: Andrzej Zimniak <axzimni@farm.amwaw.edu.pl>

## Wykłady w Warszawskiej Szkole Zdrowia

Informujemy, że w ramach Warszawskiej Szkoły Zdrowia odbywają się wykłady poświęcone zagadnieniom profilaktyki i terapii medycznej:

### Kalendarium wykładów na rok 2003/2004:

Dnia 12 listopada

Zdrowotne znaczenie roślinnych hormonów  
Doc. dr hab. Aleksander Ożarowski,  
Polski Komitet Zielarski

Dnia 9 grudnia

Czy korzystać z „leków młodości” ?  
Dr n. med. Lucyna Papierska,  
Klinika Endokrynologii  
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Dnia 13 stycznia

Nie dajmy się chorobie zwyrodnieniowej stawów i kręgosłupa  
Doc. dr hab. n. med. Małgorzata Wiśłowska  
Kierownik Centrum Leczenia Chorób Reumatologicznych  
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA

Dnia 10 lutego

Moda na szczupłą sylwetkę a groźba zaburzeń psychicznych  
Prof. dr hab. n. med. Irena Namysłowska  
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Dnia 9 marca

Co z tą tłustą „optymalną dietą”?  
IX Biesiada o zdrowiu ( spotkanie panelowe)  
Prof. dr hab. Anna Gronowska– Senger (SGGW)  
Prof. dr hab. n. med. Wiktor Szostak (IŻŻ)  
Dr inż. Jacek Bujko (SGGW)  
Dr n. med. Magdalena Białkowska (IŻŻ)

Dnia 13 kwietnia

Jaskra niebezpieczeństwem dla wzroku  
Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Kęcik  
Kierownik Kliniki Chorób Oczu  
Akademia Medyczna w Warszawie

Dnia 8 czerwca

O sztuce mówienia prawdy  
Prof. dr hab. Lidia Grzesiuk  
Kierownik Katedry Psychopatologii i Psychoterapii (UW)

Wszystkie wykłady odbędą się w XL Liceum Ogólnokształcącym im. Stefana Żeromskiego przy ulicy Płatynowej 1 w Warszawie o godzinie 17.00.

NA WSZYSTKIE WYKŁADY WSTĘP WOLNY !

---

## INFORMACJA O PRENUMERACIE

Uprzejmie informujemy, że przyjmujemy zamówienia na prenumeratę czasopisma Akademii Medycznej w Warszawie *Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie* na rok 2004.

Nasze pismo jest zwolnione z podatku VAT (stawka 0%).  
Cena rocznej prenumeraty 1 egzemplarza miesięcznika wynosi 159, – zł.

Uprzejmie prosimy o przekazywanie tej kwoty lub jej wielokrotności na nasze konto:

**BPH PBK S.A. Oddział Warszawa**

Nr konta: 5110600076000040103000-1849

Z dopiskiem: „Medycyna.Dydaktyka.Wychowanie”

Otrzymanie przedpłaty potwierdzimy rachunkiem. Jeżeli Państwo nie mogą dokonać przedpłaty, prosimy o składanie zamówień na adres :

**„Medycyna.Dydaktyka.Wychowanie” Redakcja**

Akademia Medyczna w Warszawie

Ul. Żwirki i Wigury 61

02-091 Warszawa

Prosimy o podanie w zamówieniu numeru NIP i adresu płatnika. Po otrzymaniu zamówienia prześlemy fakturę. Gwarantujemy terminową dostawę egzemplarzy.

Jednocześnie informujemy, że kontynuowanie wysyłki naszego czasopisma w roku przyszłym uwarunkowane jest opłaceniem faktury.