

GAZETA



GUMed

MIESIĘCZNIK GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

kontynuacja Gazety AMG





„Gazeta GUMed”

Miesięcznik Gdańskiego
Uniwersytetu Medycznego

Wydawca

Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a
80-210 Gdańsk

Adres redakcji

ul. Dębinki 1 (willa),
80-211 Gdańsk
tel. 58 349 15 37
gazeta@gumed.edu.pl
gazeta.gumed.edu.pl

Redaktorka naczelna

Małgorzata Omilian-Mucharska

Przewodniczący

Rady Programowej
Bolesław Rutkowski

Rada Programowa

Barbara Kochańska
Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska
Antoni Nasal

Redakcja językowa i korekta

Maksymilian Wroniszewski

Skład i opracowanie graficzne

Małgorzata Gusman

Współpracownicy

Piotr Madanecki
Piotr Paluchowski
Bartłomiej Siek
Janusz Springer
Aleksander Stanek
Paweł Sudara
Jolanta Świerczyńska-Krok
Alejandra Vivas

Druk

Drukarnia Standruk
ul. Rapackiego 25,
20-150 Lublin

Nakład

650 egzemplarzy

Numer zamknięty 15.03.2025 r.

Warunki prenumeraty

Cena rocznej prenumeraty krajowej
(11 zeszytów) wynosi 100 zł,
pojedynczy numer – 9 zł.

Należność za prenumeratę należy
wplacać na konto Gdańskiego
Uniwersytetu Medycznego z dopiskiem
„Prenumerata Gazety GUMed”
i poinformować o tym Redakcję
mailowo (gazeta@gumed.edu.pl)
lub telefonicznie (58 349 15 37).

Santander Bank Polska SA Oddz. Gdańsk
76 1090 1098 0000 0000 0901 5327

Przednia okładka

Małgorzata Gusman,
czytelnia w Bibliotece Głównej, kredki

Tylna okładka

Dział Promocji i Komunikacji

Pierwotną wersją pisma jest wersja
drukowana, możliwe aktualizacje
zamieszczane są w wersjach PDF na stronie
WWW pisma.

INFORMACJE DLA AUTORÓW

Redakcja prowadzi nabór tekstów do połowy
miesiąca poprzedzającego wydanie i zastrze-
ga sobie prawo do niewykorzystania mate-
riałów niezamówionych, a także prawo do
skracań oraz adiustacji tekstów i zmiany
ich tytułów.

Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie
zawsze odzwierciedlają stanowisko Redakcji
oraz władz Uczelni. Autorzy tekstów załą-
czający materiały graficzne i zdjęciowe są
zobowiązani do podania ich źródła (np. archi-
wum własne autora, z zasobów zdjęciowych
Kliniki) lub podania nazwiska fotografa
/autora. W przypadku grafik pobranych z in-
ternetu należy podać link do strony WWW
w celu zweryfikowania licencji.

Wskazówki dla autorów o liczbie znaków
oraz pozyskiwaniu materiału zdjęciowego
są dostępne na stronie [tinyurl.com/wyty-
czne-dla-autorow](http://tinyurl.com/wytyczne-dla-autorow).

Autorzy udostępniający teksty na potrze-
by informacji i promocji GUMed wyrażają
zgoda na ich publikację w wersji drukowa-
nej i online. Autorzy nie otrzymują hono-
rarium i zachowują pełne prawa autorskie
do swoich tekstów.

OD REDAKCJI

Drogie Czytelniczki, Drodzy Czytelnicy,

oddajemy w Wasze ręce numer „Gazety GUMed” gorący od ciepłych słów i wspomnień
o byłych pracownikach Uczelni, które w związku z 80-leciem naszego Uniwersytetu
przywołuje **prof. Zbigniew Nowicki**. Wiosenną atmosferę wzmacniają rozgrzane kwia-
tostany i bzyczenie owadów dobiegające z sekcji *Varia*.

W tym numerze nie zabrakło oczywiście relacji z wydarzeń i doniesień o sukcesach człon-
ków naszej społeczności. Prezentujemy m.in. wywiady z **prof. Krzysztofem Kuziemskim**
(o ścieżce do nominacji belwederskiej) i **dr Mileną Lachowicz** (o potrzebach osób z de-
presją), a także rozmowę z **prof. Krzysztofem Narkiewiczem** i **dr hab. Anną Shalimową**,
prof. uczelni o projekcie *War-Scar*, analizującym wpływ wojny na zdrowie uchodźczyń
z Ukrainy... Prezentujemy też nową jednostkę – Dział ds. Osób z Niepełnosprawno-
ściami, omawiamy przyszłościowe spojrzenie na zaawansowaną praktykę pielęgniarstwa,
przedstawiamy rozważania o fuzji sztucznej inteligencji z bio- i nanotechnologią oraz
rozterki dotyczące etycznego wolontariatu. Nasi dydaktycy analizują zaś wskaźniki selek-
cji wpływające na liczebność studentów w poprzednim roku akademickim.

Zapraszamy też do zapoznania się z pierwszym odcinkiem cyklu *Terapie medyczne:*
historia – kontrowersje – fakty, w którym **dr n. hum. Piotr Paluchowski** i **prof. Jan Zaucha**
przybliżają flebotomię z punktu widzenia historyka i medyka. ■

MAŁGORZATA OMILIAN-MUCHARSKA
Redaktorka naczelna „Gazety GUMed”

Z ŻYCIA UCZELNI

- 4 **Nowi doktorzy i doktorzy habilitowani odebrali dyplomy**
Anna Gumowska-Włodarczyk
- 5 **VI spotkanie Klubu Kobiet FarU w GUMed**
Ewa Kiszka
- 6 **Posiedzenie KRAUM w Szczecinie**
Monika Knapik-Sójka
- 7 **Nasi neurologzy na Szczycie Zdrowia Mózgu**
- 7 **Naukowcy GUMed o potrzebach seniorów**
Monika Trochim
- 8 **Kolejny rekord w samobadaniu piersi po instruktazu studentki GUMed**
Krzysztof Czarnecki
- 9 **Mardi Gras w SPNJO**
Bożena Jakimczyk
- 10 **Stołówka wróciła do Medyka**
Justyna Polityowska

NAGRODY – SUKCESY – NOMINACJE

- 10 **Reprezentanci GUMed na Liście Stu 2024**
- 12 **Prof. Jacek Kot ze Złotym Trójzębem**
- 13 **Sopocka Muza dla prof. Krzysztofa Narkiewicza**
oprac. Krzysztof Czarnecki
- 14 **Prof. Witold Rzyman konsultantem krajowym**
- 14 **Prof. Agnieszka Zimmermann w składzie Komisji ds. Kształcenia KRAUM**
Krzysztof Czarnecki
- 15 **Naukowcy GUMed wyróżnieni w konkursie *Eureka!***
Joanna Borzyszkowska
- 15 **Grant SONATA BIS dla prof. Katarzyny Gobis**
Karol Zakrzewski

SYLWETKI PROFESORÓW TYTULARNYCH

- 16 **Profesor Krzysztof Kuziemski**
z Krzysztofem Kuziemskim
rozmawia Małgorzata Omilian-Mucharska

SOJUSZ ACE²-EU

PREZENTACJE JEDNOSTEK

- 19 **Dział ds. Osób z Niepełnosprawnościami**
Mikołaj Włoch
- 20 **Czy fuzja AI, nano- i biotechnologii stworzy medycynę doskonałą?**
Marcin Stolarek

NAUKA

ZDROWIE

- 25 **Osoby z depresją potrzebują empatii, zrozumienia i cierpliwości**
z Mileną Lachowicz rozmawia Jakub Sierakowski

- 27 **Zaawansowana praktyka pielęgniarska – przyszłość współczesnej medycyny**

Dorota Kilańska

DYDAKTYKA

- 29 **Wskaźniki selekcji w GUMed. Analiza liczebności studentów zmieniających tok kształcenia w roku akademickim 2023/2024**
Bartłomiej Ciesielski, Agnieszka Zimmermann, Jarosław Jendza

KONFERENCJE I SZKOLENIA

PUBLIKACJE

NEKROLOGI

PRO MEMORIA

KADRY GUMed

WIADOMOŚCI Z UCK

80 LAT GUMed

- 44 **Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku we wspomnieniach seniora (cz. 2)**
Zbigniew Nowicki
- 49 **BG wspomina pionierów Uczelni (3): prof. Jakub Penson i prof. Joanna Muszkowska-Penson**
Beata Grunwald

VARIA

- 50 **Kiedyś upust krwi, dzisiaj flebotomia – okiem historyka i medyka**
Piotr Paluchowski, Jan Maciej Zaucha
- 53 **„Termobotanika” (cz. 2): polowanie na gorące rośliny**
Piotr Madanecki
- 54 **Dlaczego żądła żądła?**
Joanna Roczyńska
- 57 **Pierwsza pomoc w użądleniach przez pszczołę miodną**
Aneta Miszewska
- 58 **Uczniowie Wielkiego Stefana w szponach hazardu**
Andrzej Szutowicz
- 59 **Cykl *Niezdrowe wiersze* – wiersz na kwiecień**

DZIAŁ STUDENCKI – *Remedium*

- 60 **Etyczny wolontariat medyczny**
Daniel Kasproicz
- 61 **Robot Paro w DPS w Sopocie – moje wrażenia z wizyty**
Maja Chlebicz
- 63 **Akcja edukacyjna w Forum Gdańsk**
Natalia Filckowska

Nowi doktorzy i doktorzy habilitowani odebrali dyplomy

Tradycyjnie w Dworze Artusa doktorzy i doktorzy habilitowani nauk farmaceutycznych, nauk medycznych oraz nauk o zdrowiu odebrali swoje dyplomy. Uroczystość odbyła się 7 marca, a uczestniczyli w niej: rektor GUMed **prof. Michał Markuszewski**; prorektor ds. rozwoju i współpracy **prof. Anna Żaczek**; prorektor ds. klinicznych **dr hab. Michał Hoffmann**, **prof. uczelni**; prorektor ds. nauki **prof. Michał Żmijewski**; dziekan Wydziału Farmaceutycznego **prof. Magdalena Prokopowicz**; dziekan Wydziału Lekarskiego **prof. Maria Bieniaszewska** i dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej **prof. Przemysław Rutkowski**. W wydarzeniu udział wzięło 22 promotorów z Wydziału Lekarskiego, 12 z Wydziału Nauk o Zdrowiu z IMMiT i 13 z Wydziału Farmaceutycznego.

Na uroczystość zaproszeni zostali ponadto goście partnerskich uniwersytetów we Francji, z którymi GUMed prowadzi wspólny kierunek *Sustainable Drug Discovery*: **prof. Pascal Odou**, **dr Christophe Furman**, **prof. Emmanuelle Lipka**, **dr Marie-Françoise Odou**, **prof. Vincent Deramecourt** i **Angéline Nova** z University of Lille oraz **prof. Manuel Bouvard** z University of Bordeaux.

Zgodnie z XVI-wieczną tradycją Dworu Artusa na cześć gości odpalono felukę. Po przemówieniu Rektora odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów doktora habilitowanego. Przewodnicząca Rady Nauk Medycznych **prof. Alicja Dębska-Ślizień** wręczyła dyplomy doktora habilitowanego nauk medycznych 5 habilitantom: **Marcinowi Markuszewskiemu**, **Rafałowi Pęksie**,

Dorocie Purzyckiej-Bohdan, **Krzysztofowi Specjalskiemu** oraz **Radosławowi Targońskiemu**. **Piotr Kawczak**, **Karol Sikora**, **Wiktoria Struck-Lewicka**, **Renata Wawrzyniak** oraz **Daniel Żakowiecki** odebrali dyplomy doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych z rąk **prof. Krzysztofa Cala**, przewodniczącego Rady Nauk Farmaceutycznych, zaś **Anna Michalik**, **Krzysztof Sobczak** i **Maciej Tankiewicz** otrzymali dyplomy doktora habilitowanego nauk o zdrowiu z rąk **prof. Jędrzeja Antosiewicza**, przewodniczącego Rady Nauk o Zdrowiu.

Kolejną częścią uroczystości były promocje na stopień doktora. Uroczystą przysięgę w języku łacińskim złożyło 61 doktorantów, w tym 28 doktorantów nauk medycznych, 17 doktorantów nauk o zdrowiu i 16 doktorantów nauk farmaceutycznych.

Pod koniec uroczystości goście z Francji wręczyli rektorowi **prof. Michałowi Markuszewskiemu** dyplom Honorowego Profesora Uniwersytetu w Lille w uznaniu zasług na rzecz nauki i współpracy w prowadzeniu studiów wspólnych w ramach programu *Erasmus Mundus Joint Master Degree*.

Na zakończenie Rektor złożył gratulacje nowym doktorom i doktorom habilitowanym, życząc dalszych sukcesów naukowych, oraz podziękował wszystkim za przybycie. O oprawę muzyczną zadbał Chór Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego pod dyktando **dr. Błażeja Połoma**. ■

ANNA GUMOWSKA-WŁODARCZYK

Dziekanat Wydziału Lekarskiego – Sekcja ds. Naukowych



Doktoranci i habilitanci z władzami Uczelni i gośćmi uroczystości | fot. Paweł Sudara

VI spotkanie Klubu Kobiet FarU w GUMed

Za nami kolejne, szóste już spotkanie Klubu Kobiet Uczelni Fahrenheit. Tym razem miejscem spotkania był Gdański Uniwersytet Medyczny.

Gości powitały i poprowadziły spotkanie **prof. Małgorzata Myśliwiec**, wiceprezesa Klubu Kobiet FarU, kierowniczka Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, oraz **Ewa Kiszka**, członkini Zarządu Klubu, kierowniczka Biura ds. Umieędzynarodowienia Uczelni. Następnie gości przywitał również **prof. Michał Markuszewski**, rektor GUMed, deklarując stałą pomoc i wsparcie dla Klubu, którego działania uznał za imponujące i których serdecznie pogratulował.

– *Przed rozpoczęciem spotkania Klubu Kobiet Uczelni Fahrenheit rozmawiałem z prorektorem prof. Anną Żaczek i usłyszałem, że to tutaj bije serce Uczelni Fahrenheit. I ja się pod tym podpisuję obiema rękami* – mówił Rektor GUMed.

Nieobecna była prezeska Klubu, **prof. Ewa Łojkowska**, która tego dnia wraz z członkiniami zespołu z Uniwersytetu Gdańskiego odbierała w Brukseli nagrodę *EU Award for Gender Equality Champions* w kategorii *Newcomer Gender Equality Champions*. Przedsięwzięciem, za które przyznana została nagroda, było wdrożenie w UG Planu Równości Płci. Prof. Łojkowska pozdrowiła zebranych w filmiku nagrany bezpośrednio po uroczystości wręczenia nagród.

Spotkanie składało się z kilku części, w tym wykładu *Zegar biologiczny i jego zaburzenia w kobiecym organizmie, czyli czego kobiety nie powinny robić w nocy?*, który wygłosiła **prof. Aleksandra Gaworska-Krzemińska**, członkini Zarządu Klubu, prorektorka ds. studenckich, dyrektorka Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa GUMed. Po wykładzie odbyła się debata, którą poprowadziły **prof. Agnieszka Zimmermann**, prorektorka ds. kształcenia, i **prof. Beata Możejko**, wiceprezeska Klubu z ramienia UG, dyrektorka Centrum Badań



Prof. Aleksandra Gaworska-Krzemińska podczas wykładu

Memlingowskich UG. W debacie *Kobieta to siła* wzięły udział wicewojewoda pomorska **Anna Olkowska-Jacyno**, wiceprezydentka Gdańska **Monika Chabior** i wiceprezydentka Sopotu **Magdalena Cieślak**, która powiedziała w jej trakcie:

– *Mnie uskrzydłają ludzie i to, że razem z nimi mogę realizować cele. Uwielbiam odnajdywać w nich to, co ich kręci. Mam takie motto, że do każdego trzeba znaleźć kluczyk, bo każdy jest inny. W każdym można znaleźć coś dobrego, z każdego można czerpać i dla siebie, i dla zespołu. Jeżeli mamy fajny cel, zespół, który nie tylko ma kompetencje twarde, ale i miękkie, to jesteśmy na dobrej drodze do jego realizacji.*

Monika Chabior dodała: – *Moim wielkim marzeniem i sprawą, która niesie mnie do przodu, jest wspólnota. Przestrzeń, w której ludzie dobrze ze sobą żyją, dają sobie energię, możliwości rozwoju oraz działania i mogą współpracować ze sobą na wiele sposobów.*

Następnie przedstawicielki kobiecej społeczności indyjskiej GUMed – **Eka Grandhe**, **Saloni Bhaskar**, **Gursimran Gaba**, **Hanaf Alvi** i **Aditi Billore** – pokazały, jak łączyć naukę z miłością do tradycji i zaprezentowały pokaz tańców tradycyjnych pt. *Nritya Mein Naari – Moc Tradycji Ekspresji*.



Od lewej prof. Małgorzata Myśliwiec, prof. Beata Możejko, Monika Chabior, Anna Olkowska-Jacyno, Magdalena Cieślak i prof. Agnieszka Zimmermann



Pokaz tańców tradycyjnych

W spotkaniu wzięły udział m.in.: z UG – **prof. Anna Jurkowska-Zeidler**, prorektorka ds. współpracy i umiędzynarodowienia, **prof. Urszula Patocka-Sigłowy**, prorektorka ds. studenckich, **prof. Aneta Oniszczyk-Jastrząbek**, kanclerz, oraz **prof. Ewa Szymczak**, prorektorka ds. kształcenia; z PG – **prof. Barbara Wikeł**, prorektorka ds. studenckich, **prof. Justyna Kucińska-Lipka**, prorektorka ds. rozwoju; a z GUMed – **prof. Anna Żaczek**, prorektorka ds. rozwoju i współpracy, **prof. Magdalena Prokopowicz**, dziekan Wydziału Farma-

ceutycznego, oraz zastępczyni Kanclerza **Katarzyna Grzejszczak** i **Milena Kulikowska**. Na spotkaniu obecna była także zastępczyni dyrektorki Związku Uczelni Fahrenheita **Katarzyna Zygmunt**. ■

EWA KISZKA

Kierowniczka Biura ds. Umiędzynarodowienia Uczelni

fot. Paweł Sudara

Posiedzenie KRAUM w Szczecinie

W dniach 12-14 marca w Szczecinie odbyły się obrady Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Organizatorem posiedzenia był Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. Gdański Uniwersytet Medyczny reprezentował rektor **prof. Michał Markuszewski**. Ponadto obecni byli **prof. Marcin Gruchała**, były rektor naszej Uczelni i honorowy przewodniczący KRAUM, a także **dr Jakub Kraszewski**, prezes UCK i przewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych.

Jednym z ważniejszych omawianych tematów była ewaluacja działalności naukowej. Wiele uwagi poświęcono też podsumowaniu konferencji zorganizowanej pod koniec lutego na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, a także realizacji zadań w ramach Krajowego Planu Odbudowy, konkursom z funduszu medycznego, nowelizacji rozporządzeń dotyczących standardów kształcenia na kierunkach medycznych oraz kształceniu na kierunkach kosmetologia, dietetyka i farmacja.

Prof. Michał Markuszewski zwrócił uwagę na wyzwania stawiane uniwersytetom w kwestii dostosowania warunków kształcenia do współczesnych potrzeb młodego pokolenia. **Prof. Wojciech Załuska**, przewodniczący KRAUM, zaprosił przedstawicieli uczelni członkowskich na konferencję *InMedPOL25: Zagraniczni absolwenci kierunków medycznych na polskim rynku pracy w kontekście deficytu kadr medycznych w Polsce, w Europie i globalnie*, która odbędzie się 7 kwietnia w GUMed, a **Daniela Piotrowska**, dyrektorka Naukowej Fundacji Polpharmy, zaprosiła studentów kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego oraz farmacji do kolejnej edycji programu *Medical School of Your Future*.

W obradach wzięli udział m.in. **Izabela Leszczyna**, minister zdrowia, i **Maria Mrówczyńska**, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a także **prof. Wojciech Fendler**, prezes Agencji Badań Medycznych. ■

MONIKA KNAPIK-SÓJKA

Centrum Wsparcia Dydaktyki



Uczestnicy posiedzenia KRAUM z minister Izabelą Leszczyną | fot. archiwum prywatne

Nasi neurologrzy na Szczycie Zdrowia Mózgu

14 lutego na Zamku Królewskim w Warszawie odbył się Szczycie Zdrowia Mózgu, w którego głównym panelu wzięli udział reprezentanci naszej Uczelni: **prof. Bartosz Karaszewski**, kierownik Kliniki Neurologii Dorosłych i konsultant krajowy w dziedzinie neurologii, **prof. Maria Mazurkiewicz-Beldzińska**, kierownik Kliniki Neurologii Rozwojowej i przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej, oraz **prof. Jarosław Sławek**, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego.

Wydarzenie zostało zorganizowane z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych i wpisywało się w strategię Europejskiej Akademii Neurologii (European Academy of Neurology,

EAN). Celem przedsięwzięcia było szerzenie wiedzy na temat zdrowia mózgu w społeczeństwie oraz wypracowanie propozycji zmian systemowych w ochronie zdrowia i programach profilaktycznych. Konsekwencją warszawskiego spotkania ma być wprowadzenie w Polsce Planu Zdrowia Mózgu opracowanego przez EAN.

W szczycie wzięło udział wielu uznanych naukowców i przedstawicieli resortu zdrowia. Oprócz reprezentantów naszej Uczelni byli to m.in. **prof. Konrad Rejdak** z EAN, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego **prof. Alina Kułakowska**, konsultant krajowa ds. neurologii dziecięcej **prof. Justyna Paprocka**, a ponadto minister zdrowia **Izabela Leszczyna** i wiceminister zdrowia **Marek Kos**. ■



Prof. Jarosław Sławek, prof. Bartosz Karaszewski i prof. Maria Mazurkiewicz-Beldzińska wśród uczestników głównego panelu dyskusyjnego | fot. archiwum prywatne

Naukowcy GUMed o potrzebach seniorów

Naukowcy GUMed wzięli udział w trzecim spotkaniu Lokalnej Grupy Interesariuszy projektu CARES (Coordinated Approach to Resilient and Efficient Solutions for Elderly Care), które odbyło się 5 marca w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Pomorskiego w Gdańsku. Celem projektu jest poprawa jakości opieki nad seniorami, zwłaszcza w zakresie usług telemedycznych, integracji systemów opieki zdrowotnej oraz podnoszenia kompetencji cyfrowych osób w podeszłym wieku i ich opiekunów. Projekt, w którym aktywnie uczestniczą naukowcy GUMed, ma innowacyjny charakter, gdyż zastosowane w nim rozwiązania należą do najnowocześniejszych i najbardziej skutecznych metod opieki geriatrycznej i praktyk e-zdrowia w Europie.

Dr Hanna Kujawska-Danecka z Kliniki Reumatologii, Immunologii Klinicznej, Geriatrii i Chorób Wewnętrznych przedstawiła pilotażowy projekt Centrum Geriatrii realizowany przez GUMed. W jego ramach doposażono oddział i przychodnię geriatryczną oraz bazę rehabilitacyjną działającą w strukturze Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, szpitala GUMed. Projekt obejmował również opracowanie modelu zintegrowanej opieki nad seniorem oraz jego pilotażowe wdrożenie w UCK, a także szkolenie personelu medycznego i stworzenie aplikacji *GerrApp* do obsługi pacjentów.



Następnie **prof. Tomasz Zdrojewski** i **mgr Adrian Lange** z Zakładu Prewencji i Dydaktyki omówili problem wykluczenia cyfrowego i nierówności w zdrowiu seniorów na podstawie badania *PolSenior2*. To ogólnopolskie badanie stanu zdrowia starszych Polaków, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia było realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, a największy w nim udział mieli naukowcy GUMed.

Dr. hab. Piotr Bandosz i **mgr Krzysztof Flis**, także z Zakładu Prewencji i Dydaktyki, przedstawili z kolei prezentację dotyczącą wpływu pandemii na zmiany w zakresie kompetencji cyfrowych seniorów. W tym celu spośród uczestników badania *PolSenior2* wyłoniono drogą losowania próbę 1 825 osób, które

objęto ankietą. Badanie miało na celu określenie, w jaki sposób pandemia wpłynęła na poziom ich kompetencji cyfrowych oraz dostęp do internetu.

Po zakończeniu prelekcji odbyła się dyskusja, w trakcie której uczestnicy poruszyli m.in. problem ograniczonego dostępu do rehabilitacji dla seniorów oraz możliwości zastosowania telerehabilitacji jako sposobu na jego rozwiązanie. Omówiono również kwestię organizacji asystentury dla osób starszych, w tym model wsparcia, w którym seniorzy pomagają innym seniorom wymagającym opieki. ■

MONIKA TROCHIM

Zakład Prewencji i Dydaktyki



Prof. Tomasz Zdrojewski (w środku) przewodniczy spotkaniu w Urzędzie Marszałkowskim; obok niego od lewej: dr Tadeusz Jędrzejczyk, mgr Krzysztof Flis i dr Hanna Kujawska-Danecka | fot. archiwum prywatne

Kolejny rekord w samobadaniu piersi po instruktażu studentki GUMed

Dominika Rabant, studentka II roku położnictwa II stopnia, należąca do Studenckiego Koła Naukowego *Przyszłe Położne*, ponownie przeprowadziła instruktaż przed próbą bicia rekordu Polski w samobadaniu piersi. Akcja odbyła się podczas Gdańskiego Kongresu Zdrowia Kobiet 2025 zorganizowanego 8 marca w Europejskim Centrum Solidarności w Gdańsku.

Bezpłatne badania profilaktyczne, wykłady i warsztaty to tylko część atrakcji czekających na wszystkich, którzy zdecydowali się uczestniczyć w wydarzeniu poświęconemu profilaktyce, zdrowiu psychicznemu, dobrostanowi, życiu seksualnemu oraz wpływowi nowych mediów na zdrowie. W programie wydarzenia nie mogło zabraknąć próby pobicia rekordu w samobadaniu piersi. W ubiegłym roku przebadano 267 pań, co stanowiło rekordowy wynik, a podczas tegorocznej edycji swoje piersi zbadały jednocześnie aż 273 kobiety.



Dominika Rabant podczas instruktażu

fot. Grzegorz Mehring/gdansk.pl

– Jestem szczęśliwa, że tyle kobiet przyszło, żeby zadbać o swoje zdrowie, bo badania profilaktyczne, w tym samobadanie piersi, pozwalają na wczesne wykrycie zmian, co z kolei umożliwia wczesne rozpoczęcie leczenia. Dzięki temu możemy całkowicie wyleczyć nowotwór – mówi **Dominika Rabant**, która przekonuje, że samobadanie piersi jest proste i darmowe, oraz dodaje: – To dość krótkie badanie, które każda kobieta może wykonać u siebie w domu. Najważniejsze jest to, żeby wykonywać je regularnie, ponieważ wtedy mamy możliwość poznania swoich piersi, więc za każdym razem będzie nam prościej oraz będziemy w stanie zauważyć zmiany, których wcześniej nie mogliśmy dostrzec.

Gdański Uniwersytet Medyczny jest jednym z partnerów Gdańskiego Kongresu Zdrowia Kobiet. W tym roku wydarzenie zostało organizowane po raz trzeci. Goście odwiedzający Europejskie Centrum Solidarności mogli zasięgnąć wiedzy na temat samobadania piersi, odwiedzając stoisko przygotowane przez SKN Przyszłe Położne. ■

KRZYSZTOF CZARNECKI
Dział Promocji i Komunikacji

Mardi Gras w SPNJO

26 lutego w Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych roznosił się zapach naleśników (*crêpes*) smażonych przez studentów Wydziału Lekarskiego. Dlaczego? Otóż obchodziliśmy francuski Mardi Gras, czyli ostatni dzień karnawału. W atmosferę święta wprowadziła nas studentka III roku kierunku lekarskiego **Anna Kurek**, która przygotowała interesującą prezentację. Z kolei **Aleksandra Kałdowska**, studentka II roku tego samego kierunku, zachwyciła wszystkich pięknym wykonaniem piosenki *Dernière danse*.

Dziękujemy **dr Annie Kuciejczyk** i **mgr Magdzie Warzosze** oraz wszystkim studentom za udział w wydarzeniu, a Działowi ds. Umieędzynarodowienia Uczelni za wsparcie i pomoc w jego organizacji. ■

MGR BOŻENA JAKIMCZYK
Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych

ALEKSANDRA KAŁDOWSKA

Studentka II roku kierunku lekarskiego

Pod koniec lutego obchodziliśmy francuskie święto Mardi Gras. Z tej okazji przygotowaliśmy kilka atrakcji. Dzięki wspaniałej prezentacji mogliśmy dowiedzieć się czegoś więcej o tym wesołym wydarzeniu, a dodatkowo całe przedsięwzięcie umiliła nam francuska piosenka *Dernière danse*, którą – by dodać mały polski element – wykonałam w naszym języku. Pod koniec czekał na nas quiz, w którym mogliśmy sprawdzić swoją wiedzę na temat tego święta. Całą uroczystość zwieńczyły ciepłutkie *crêpes*, którym nikt nie mógł się oprzeć. Podsumowując: *Tańcom, śpiewom nadszedł czas, wesołego Mardi Gras!*



Uczestnicy i uczestniczki wydarzenia | fot. archiwum prywatne

Stołówka wróciła do Medyka

Po pięciu latach przerwy do budynku Klubu Medyk wróciła stołówka. Jest ona czynna od poniedziałku do piątku w godzinach 10:00-16:00, a w jej ofercie znaleźć można śniadania, obiady (w tym dania wegetariańskie), desery i kawę. Na życzenie serwowane są też dania bezglutenowe. Klienci mają możliwość zamawiania dań na wynos oraz wykorzystywania własnych pojemników. Zestaw obiadowy składający się z dwóch dań można kupić za 25 zł, a w planach jest też wprowadzenie zniżek dla studentów i pracowników.

Stołówka posiada wejście dla osób z niepełnosprawnością ruchową; dostępna jest także toaleta i pomieszczenie dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Nowego ajenta wyłoniono w drodze przetargu nieograniczonego w 2021 r. – za postępowanie odpowiadał Dział Gospodarczy. ■

JUSTYNA POLITOWSKA
Kierownik obiektu



Wnętrze nowej stołówki | fot. Paweł Sudara

Reprezentanci GUMed na *Liście Stu 2024*

Naukowcy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego kolejny raz znaleźli się wśród najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie. Na *Liście Stu 2024*, prestiżowym rankingu Pulsu Medycyny, na 9. miejscu w kategorii *Medycyna* znalazł się **prof. Miłosz Jaguszewski** z I Katedry i Kliniki Kardiologii. Profesor jest koordynatorem wojewódzkim Narodowego Programu Leczenia Chorych ze Wstrząsem Kardiogenym i po Nagłym Zatrzymaniu Krążenia, członkiem Komitetu Nauk Klinicznych PAN, Komisji Zagranicznej ZG PTK oraz Komisji ds. Szkoleń, Specjalizacji i Umiejętności ZG PTK, opiekunem Studenckiego Towarzystwa Naukowego GUMed i redaktorem naczelnym czasopisma „Cardiology Journal”.

Na 13. miejscu uplasował się **prof. Jacek Jassem** z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, który pełni też funkcję prezesa zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem i przewodniczącego Central and East European Oncology Group. Tuż za nim, na 14. pozycji, znalazł się **prof. Marcin Gruchała**, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii, do sierpnia 2024 r. rektor GUMed, przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM), członek prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich i przewodniczący Związku Uczelni im. Daniela Farenheita w Gdańsku, a od

października 2024 r. honorowy przewodniczący KRAUM oraz członek Rady Uczelni Uniwersytetu Gdańskiego i Krajowej Rady ds. Kardiologii przy Ministerstwie Zdrowia.

Na pozycji 22. uplasowała się **prof. Małgorzata Myśliwiec**, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, ordynator Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii UCK w Gdańsku. Profesor jest także konsultantem wojewódzkim w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, wiceprzewodniczącą Sekcji Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, członkiem Komisji Rewizyjnej ZG Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD), pełnomocnikiem PTD ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia i parlamentem oraz członkiem ZG Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej. Na miejscu 25. znalazł się **prof. Krzysztof Narkiewicz**, kierownik Katedry i Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, a na 26. pozycji **prof. Piotr Trzonkowski**, kierownik Katedry i Zakładu Immunologii Medycznej. Kolejnym wyróżnionym naukowcem GUMed jest zajmujący 48. miejsce w rankingu **dr hab. Jacek Wolf**, adiunkt w Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, koordynator Centrum Medycyny Snu, Centrum Medycyny Translacyjnej



GUMed, prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i redaktor naczelny pisma „Arterial Hypertension”.

Miejsce 63. zajęła z kolei **prof. Elżbieta Senkus-Konefka** z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, koordynator Centrum Chorób Piersi UCK. Profesor jest członkiem komitetu zarządzającego EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists), komitetu sterującego grupy raka piersi EORTC (European Organisation for Research and Treatment

of Cancer Breast Cancer Group), komitetu zarządzającego projektu LOBSTERPOT, komitetu sterującego badań *Olympia*, *MonarchE* i EPIK-B5, prezesem Stowarzyszenia *Różowy Motyl*, a także redaktorem specjalnym w piśmie „The Breast”. Na miejscu 71. został sklasyfikowany **prof. Jarosław Sławek**, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii, były prezes, a od września 2024 r. wiceprezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, przewodniczący Oddziału Gdańsko-Elbląskiego PTN, członek Krajowej Rady ds. Neurologii, zarządu Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, zarządu Sekcji Chorób Pozapiramidowych PTN, honorowy członek Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych, sekretarz International Association of Parkinsonism and Related Disorders, redaktor naczelny czasopisma „Neurologia Neurochirurgia Polska” („Polish Journal of Neurology & Neurosurgery”), redaktor działu rekomendacji i farmakoterapii w „Polskim Przeglądzie Neurologicznym” oraz serwisów internetowych PTN, członek *editorial board* czasopisma „Parkinsonism & Related Disorders” oraz rady redakcyjnej czasopisma „Medycyna Praktyczna. Neurologia”. ➔



Prof. Miłosz Jaguszewski



Prof. Jacek Jassem



Prof. Marcin Gruchała



Prof. Małgorzata
Myśliwiec



Prof. Krzysztof Narkiewicz



Prof. Piotr Trzonkowski



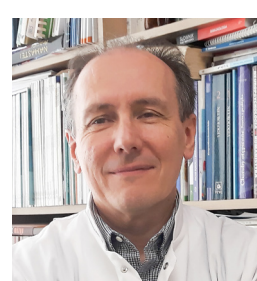
Dr hab. Jacek Wolf



Prof. Bartosz Karaszewski



Prof. Elżbieta
Senkus-Konefka



Prof. Jarosław Sławek



Dr Maria Libura



Dr Joanna
Kufel-Grabowska



Prof. Radosław Owczuk



Miejsce 95. w zestawieniu zajęła **dr Joanna Kufel-Grabowska**, adiunkt w Katedrze i Klinice Onkologii i Radioterapii, przewodnicząca Sekcji Oncofertility (Płodności w Chorobie Nowotworowej) Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, sekretarz Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, członkini zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i zarządu Polskiej Ligii Walki z Rakiem. Miejsce 100. zajął natomiast **prof. Radosław Owczuk**, kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, ordynator Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UCK, do września 2024 r. dziekan Wydziału Lekarskiego, przewodniczący Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (do listopada 2024 r.), członek Krajowej Rady Transplantacyjnej.

Na liście najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie, na miejscu 15., znalazł się ponadto członek Rady Uczelni GUMed **prof. Tomasz Grodzicki**, kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych CM UJ, ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, członek Kolegium Lekarzy Geriatrów w Polsce, Academic Board European Geriatric Medicine Society, American Society of Hypertension, European Society of Hypertension i Rady Fundacji MATIO oraz członek korespondent Polskiej Akademii Nauk i Polskiej Akademii Umiejętności.

W kategorii *System Ochrony Zdrowia* na 54. miejscu sklasyfikowany został **prof. Bartosz Karaszewski**, kierownik i ordynator

Kliniki Neurologii Dorosłych GUMed i UCK, kierownik badawczy Centrum Chorób Mózgu GUMed, konsultant krajowy w dziedzinie neurologii, przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN, Sekcji Chorób Naczyniowych Mózgu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie neurologii i członek Krajowej Rady ds. Neurologii. Na miejscu 73. znalazła się natomiast **dr Maria Libura**, adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, kierownik Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum z Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, przewodnicząca Zespołu Studiów Strategicznych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej i ekspert Klubu Jagiellońskiego ds. zdrowia.

Wydarzenie przygotowywane jest we współpracy z jurorami zaproszonymi przez Puls Medycyny. [...] Pierwsze notowanie Listy Stu miało miejsce w 2002 r. Od tamtego czasu redakcja Pulsu Medycyny corocznie celebrytuje spotkanie z wybitnymi postaciami świata medycyny i systemu ochrony zdrowia – czytamy na stronie organizatora, gdzie znajduje się również [pełna lista laureatów](#).

Uroczysta gala wręczenia nagród odbyła się 17 lutego w Warszawie. ■

DZIAŁ PROMOCJI I KOMUNIKACJI

fot. Paweł Sudara, archiwum prywatne

Prof. Jacek Kot ze Złotym Trójzębem



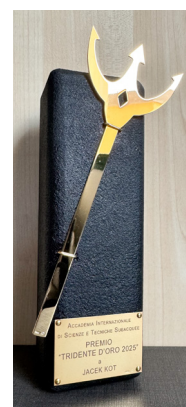
Prof. Jacek Kot

Prof. Jacek Kot, kierownik Kliniki Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego, został uhonorowany nagrodą Tridente D'oro (Złoty Trójzęb), przyznawaną przez Międzynarodową Akademię Nauk i Technik Podwodnych. Podczas wręczenia nagrody Akademię reprezentował jej dyrektor **Paolo Ferraro**, który nagroził prof. Kota za zasługi dla nauki w zakresie medycyny nurkowej i hiperbarycznej.

Przedstawiciel Akademii tak uzasadniał przyznanie nagrody naukowcowi GUMed: *To światowej sławy specjalista w dziedzinie nurkowania i medycyny hiperbarycznej. Jest autorem licznych publikacji na temat nurkowań saturowanych, fizjologii dekompresji oraz bezpieczeństwa w terapii tlenem hiperbarycznym. Prof. Kot*

jest ekspertem we wszystkich rodzajach nurkowania: rekreacyjnym, zawodowym, wojskowym i saturowanym. Jest anestezjologiem i lekarzem intensywnej terapii, profesorem medycyny nurkowej i hiperbarycznej w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym oraz kierownikiem Krajowego Ośrodka Medycyny Hiperbarycznej w Gdyni.

Podczas uroczystości prof. Jacek Kot wygłosił krótką prezentację pt. *Oxygen in Diving*, w której przedstawił Krajowy Ośrodek Medycyny Hiperbarycznej w Gdyni oraz omówił podstawy fizjologiczne i znaczenie tzw. rozszerzonego okienka tlenowego (ang. *extended oxygen window*), stanowiącego największe osiągnięcie naukowe Ośrodka w zakresie fizjologii nurkowania. O ścieżce naukowej prof. Kota oraz badaniach, które prowadzi, można przeczytać w [marcowym](#) numerze „Gazety GUMed”. ➔



Złoty Trójzęb

Założona w 1960 r. Międzynarodowa Akademia Nauk i Technik Podwodnych to druga (po powstałej rok wcześniej Światowej Konfederacji Sportów Podwodnych, CMAS) najstarsza na świecie organizacja zajmująca się szeroko pojętymi aktywnościami związanymi z nurkowaniem. Misją Akademii jest rozwój, pogłębianie wiedzy i upowszechnianie działalności podwodnej (naukowej, technicznej, artystycznej, kulturalnej, informacyjnej i sportowej), a także promowanie kultury świata podwodnego w kontekście interdyscyplinarnym. Nagroda Tridente D'oro została po raz pierwszy przyznana przez

Akademii w 1960 r. Od tego czasu otrzymało ją jedynie 200 osób zasłużonych dla nurkowania w różnych aspektach – od promowania bezpieczeństwa, przez medycynę nurkową, aż po nauki oceanograficzne i techniczne. Wśród laureatów byli m.in. Jacques-Yves Cousteau, Walt Disney, Scott Carpenter, Jacques Piccard, Henry Delauze czy Albert Buehlmann. Pełną listę nagrodzonych można znaleźć na [stronie](#) Akademii. ■

fot. archiwum prywatne

Sopocka Muza dla prof. Krzysztofa Narkiewicza

Prof. Krzysztof Narkiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, został laureatem Sopockiej Muzy. Nagroda została przyznana za osiągnięcia w dziedzinie nauki za rok 2024. Naukowiec GUMed został uhonorowany za wkład w rozwój badań w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego. Laudację na cześć Laureata wygłosił **prof. Michał Żmijewski**, prorektor ds. nauki.

– *W kontekście nagrody i Sopotu bardzo ważny jest projekt War-Scar realizowany wspólnie z prof. Anną Shalimovą [o którym piszemy na s. 22 – przyp. red.]. W ramach tego projektu zespół naukowców różnych specjalizacji, m.in. psychiatrów, współpracował z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej i Urzędem Miasta w Sopocie w zakresie oceny zespołu stresu pourazowego (PTSD) u młodych kobiet z Ukrainy, które przybyły do Sopotu w wyniku toczącej się tam wojny* – mówił **prof. Krzysztof Narkiewicz**.

Nagroda przyznana naukowcowi jest wyrazem uznania dla jego ciężkiej pracy włożonej w rozwój nauki. Plany prof. Narkiewicza tylko w najbliższym czasie obejmą realizację kilkunastu toczących się już projektów, wspieranie uczelnianego programu IDUB oraz organizację zjazdu Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego w Gdańsku w maju 2026 r.



Prof. Krzysztof Narkiewicz odbiera nagrodę.

Sopocka Muza to nagroda ustanowiona w 1974 r. przez Prezydenta Miasta Sopotu, która przyznawana jest za wybitne osiągnięcia i zasługi w dziedzinie kultury, sztuki oraz nauki. Od 1993 r. nosi obecną nazwę, a w 2002 r. wyodrębniono osobną kategorię dla osiągnięć naukowych. – *Bardzo ucieszyłem się z tej nagrody. To duże wyróżnienie. Wyjątkowe są także miejsce i okoliczności jej wręczenia* – podsumowuje **prof. Krzysztof Narkiewicz**.



Sopocka Muza

Prof. Krzysztof Narkiewicz to ekspert w zakresie diagnostyki, profilaktyki oraz leczenia nadciśnienia tętniczego i innych chorób układu sercowo-naczyniowego. W latach 1996–1998 jako stypendysta Fogarty National Institutes of Health pracował w Cardiovascular Division na University of Iowa. Opublikował ponad 700 pełnotekstowych prac, których łączny Impact Factor wynosi ponad 2 tys., liczba cytowań przekracza 40 tys., a indeks Hirscha wynosi 71. Był kierownikiem licznych projektów naukowo-badawczych, m.in. grantów unijnych, FNP i Narodowego Centrum Nauki. Otrzymał szereg wyróżnień, m.in. Nagrodę Prezesa Rady Ministrów RP za wybitne osiągnięcia naukowe oraz Nagrodę Naukową Miasta Gdańska im. Jana Heweliusza. W latach 2009–2011 był prezesem Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, a także członkiem grupy roboczej przygotowującej w latach 2007, 2013, 2018 i 2023 europejskie zalecenia dotyczące leczenia nadciśnienia tętniczego. Jest członkiem korespondentem PAN i PAU oraz członkiem Academia Europaea. ■

na podstawie mat. pras. oprac. **KRZYSZTOF CZARNECKI**
Dział Promocji i Komunikacji

fot. Wojciech Stróżyk/KFP/UMS, archiwum prywatne

Prof. Witold Rzyman konsultantem krajowym

Prof. Witold Rzyman, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, 12 lutego został powołany przez minister zdrowia **Izabelę Leszczyńską** na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej. Kadencja konsultanta będzie trwać 5 lat.

– Jeżeli chodzi o wyzwania, które stoją przed nami jako środowiskiem torakochirurgicznym, to wymienilibym głównie szkolenie i zachęcenie młodych adeptów do rozpoczynania pracy w tej specjalizacji. W tej chwili mamy z tym wielki problem, ponieważ nabór na torakochirurgię w Polsce od kilku lat utrzymuje się na bardzo niskim poziomie – mówi prof. Witold Rzyman w rozmowie, którą w całości przeczytać można na stronie gumed.edu.pl/83952.html.

Zadania konsultantów krajowych obejmują inicjowanie oraz ocenę krajowych badań epidemiologicznych, a także prognozowanie potrzeb zdrowotnych w różnych dziedzinach. Konsul-

tanci pełnią również funkcję doradcą w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia oraz innych programów zdrowotnych. Dodatkowo opiniują wnioski dotyczące skierowania pacjentów na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami Polski, a także sporządzają roczne raporty dokumentujące pracę ich specjalizacji oraz opiniują projekty aktów prawnych związanych z ochroną zdrowia. Do zadań konsultantów należy ponadto sprawowanie nadzoru nad programami doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego dla pracowników medycznych.

Dodatkowe informacje o funkcji konsultantów krajowych można znaleźć na [stronie](#) Ministerstwa Zdrowia. ■



Prof. Witold Rzyman
fot. Sylwia Mierzewska/UCK

Prof. Agnieszka Zimmermann w składzie Komisji ds. Kształcenia KRAUM

Prof. Agnieszka Zimmermann, prorektor ds. kształcenia, została powołana na stanowisko zastępcy przewodniczącej Komisji ds. Kształcenia Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM) na lata 2025-2028.

Głównym celem Komisji jest opracowywanie wspólnych zasad w zakresie kształcenia studentów, inicjowanie zmian legislacyjnych oraz przygotowywanie opinii dotyczących polityki edukacyjnej wyższego szkolnictwa medycznego.

– Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych stanowi gremium o bardzo wysokim autorytecie. Rekomendacje i wytyczne KRAUM odgrywają znaczącą rolę w funkcjonowaniu uczelni medycznych w Polsce, dlatego bardzo się cieszę, że mogę współtworzyć Komisję ds. Kształcenia – mówi prof. Agnieszka Zimmermann.

Najbliższym celem nowo powołanej zastępcy przewodniczącej Komisji ds. Kształcenia będzie zorganizowanie konferencji z zakresu edukacji medycznej.

– Naszą rolą jest przede wszystkim wskazywanie kierunku zmian edukacji medycznej oraz kreowanie przestrzeni do wymiany myśli i dobrych praktyk pomiędzy zrzeszonymi w KRAUM uczelniami. Najbliższą ku temu okazją będzie konferencja poświęcona dydaktyce, która odbędzie się w dniach 22-23 maja we Wrocławiu. Zachęcam osoby, które swój rozwój zawodowy wiążą z dydaktyką, do uczestnictwa w tym spotkaniu – dodaje prof. Agnieszka Zimmermann.

Komisję składającą się z osób reprezentujących wszystkie uczelnie członkowskie KRAUM powołano 5 lutego 2025 r. Prof. Agnieszka Zimmermann została wskazana do składu Komisji przez rektora GUMed **prof. Michała Markuszewskiego**. ■



Prof. Agnieszka Zimmermann
fot. Paweł Sudara

KRZYSZTOF CZARNECKI
Dział Promocji i Komunikacji

Naukowcy GUMed wyróżnieni w konkursie *Eureka!*

Dr hab. Anna Supernat z Zakładu Onkologii Translacyjnej wraz z zespołem opracowała innowacyjny wynalazek, który może zrewolucjonizować diagnostykę raka jajnika. Szybki test diagnostyczny oparty na analizie krwi zdobył wyróżnienie w prestiżowym konkursie *Eureka! DGP – odkrywamy polskie wynalazki* organizowanym przez „Dziennik Gazetę Prawną”.

Test pozwala na wczesne wykrycie raka jajnika, jednego z najbardziej niebezpiecznych nowotworów, który obecnie jest często wykrywany zbyt późno, kiedy leczenie jest już mniej skuteczne. Nowatorska metoda polega na analizie biomarkerów obecnych we krwi pacjentki, co czyni tę metodę nie tylko szybszą, ale również mniej inwazyjną niż tradycyjne metody diagnostyczne. W przeciwieństwie do dostępnych testów, które często są kosztowne lub nie zawsze precyzyjne, nowy test oferuje obiecujące wyniki w wykrywaniu raka w bardzo wczesnym stadium, kiedy szanse na pełne wyleczenie są znacznie większe.

Obecnie zespół pracuje nad dalszym rozwojem technologii i jej komercjalizacją, aby test mógł trafić do szerokiego grona kobiet, umożliwiając im szybsze wykrywanie choroby i skuteczniejsze leczenie.

To krok ku zmniejszeniu liczby zgonów z powodu raka jajnika, który wciąż jest jednym z głównych zagrożeń zdrowotnych dla kobiet w średnim wieku. Więcej informacji o tym przełomowym wynalazku można znaleźć w artykule na [stronie](#) „Dziennika Gazety Prawnej” oraz w „*Gazecie GUMed*” 2024, nr 12 (artykuł *Rak jajnika pod lupą. Co krążące komórki i płytki krwi mogą powiedzieć o tym nowotworze?*). ■

DR JOANNA BORZYSZKOWSKA
Centrum Transferu Technologii



Dr hab. Anna Supernat
fot. Krzysztof Mystkowski/KFP

Grant SONATA BIS dla prof. Katarzyny Gobis

Prof. Katarzyna Gobis, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Organicznej, otrzymała dofinansowanie na realizację projektu pt. *Wykazanie kluczowej roli pobierania witaminy B12 w regulacji syntezy lipidów wirulencji prątka gruźlicy Mycobacterium tuberculosis i zastosowanie koniugacji typu Koń trojański z witaminą B12 w celu ułatwienia dostarczania leków przeciwgruźliczych*. Prof. Gobis będzie realizowała go we współpracy z Instytutem Biologii Medycznej PAN w ramach konkursu Narodowego Centrum Nauki SONATA BIS.

Główne założenie projektu jest podobne do strategii, jaką obrali greccy wojownicy w trakcie zdobywania Troi. W przypadku badań prof. Gobis Troją jest wywołująca gruźlicę pałeczka *Mycobacterium tuberculosis*, a koniem trojańskim witamina B12. Naukowcy chcą zbadać potencjał tej witaminy jako potencjalnego nośnika dla związków przeciwpłatkowych, które będą mogły przeniknąć do środka chorobotwórczej komórki i przetransportować tam przeciwgruźliczy lek.

Badania tego rodzaju są konieczne ze względu na zwiększającą się liczbę lekoopornych przypadków gruźlicy na świecie. Co więcej, przed pandemią COVID-19 to właśnie choroba wywoływana przez *Mycobacterium tuberculosis* była najczęstszą na świecie przyczyną zgonów wywołanych pojedynczym czynnikiem zakaźnym.

Liderem badania jest IBM PAN, a nasza Uczelnia jest jego partnerem. Kierownikiem przedsięwzięcia jest **dr Jakub Pawełczyk** z IBM PAN. Budżet projektu to 2 687 281 zł, z czego 353 770 zł to część, którą otrzyma GUMed.

Szczegółowy opis projektu jest dostępny pod adresem tiny.pl/rvyrssb1, a pełne wyniki konkursu na [stronie](#) NCN. ■

KAROL ZAKRZEWSKI
Dział Projektów Badawczych



Prof. Katarzyna Gobis
fot. Renata Dąbrowska

Profesor Krzysztof Kuźniński

Wywiad przeprowadziła Małgorzata Omilian-Mucharska,
redaktorka naczelna „Gazety GUMed”

Gratuluję uzyskania zaszczytnego tytułu naukowego. Jak wyglądała droga naukowa i zawodowa, która doprowadziła Pana do nominacji belwederskiej?

Bardzo dziękuję za gratulacje i możliwość przedstawienia swojej sylwetki na łamach „Gazety GUMed”. Co prawda tytuł otrzymałem w 2021 r., ale nominację w Pałacu Prezydenckim w Warszawie odebrałem nie tak dawno, co wynikało z niesprzyjającego okresu pandemii COVID-19.

Droga do uzyskania tytułu lekarza nie była łatwa. Początkowo chciałem zajmować się historią, a w szczególności archeologią. Już w szkole podstawowej, a potem w szkole średniej uczestniczyłem w pracach archeologicznych organizowanych przez Muzeum Archeologiczne w Gdańsku. Ostatecznie jednak trafiłem do klasy biologiczno-chemicznej w V Liceum Ogólnokształcącym w Gdańsku-Oliwie – nie z wyboru. Planowałem uczyć się w III Liceum Ogólnokształcącym, tzw. Topolówce, ale nie sprzyjało temu zaangażowanie mojego ojca w działalność solidarnościową w gdańskiej Akademii Wychowania Fizycznego w okresie stanu wojennego i później. Ówczesne względy polityczne skierowały mnie właśnie do piątki w Oliwie.

Podczas studiów medycznych zainteresowałem się problemem schorzeń układu oddechowego, a w szczególności astmy oskrzelowej. W naszej rodzinie były przypadki ciężkiej astmy, stąd to zainteresowanie medyczne. Moja kariera zawodowa zaczęła się po skończeniu studiów medycznych w AMG. Pod koniec lat 90. nie było wielu ofert pracy dla młodych lekarzy, w szczególności na Uczelni. Już na stażu podyplomowym poszedłem do prof. Jana Marka Słomińskiego i powiedziałem mu o swoich zainteresowaniach medycznych, w szczególności o astmie. Profesor bez wahania wykazał zainteresowanie współpracą, ale nie mógł zagwarantować mi etatu. Po stażu przez ponad rok byłem wolontariuszem w Klinice Chorób Płuc i Gruzlicy. Później zostałem zatrudniony, początkowo na jedną czwartą, a następnie na połowę etatu, i mogłem dyżurować. Wykorzystałem to w pełni, bo początkowo miałem po kilka dyżurów w tygodniu.

Asystentem zostałem po 2000 r. Od tego czasu przeszedłem wszystkie stopnie kariery akademickiej i zawodowej – od młodszego asystenta do samodzielnego pracownika nauki i profesora tytularnego. Ukończyłem specjalizację pierwszego i drugiego stopnia z chorób wewnętrznych, a później drugiego



stopnia z chorób płuc. Obecnie jestem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chorób płuc dla województwa pomorskiego, sekretarzem Komitetu Nauk Klinicznych PAN, przewodniczącym zespołu ekspertów Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego do opiniowania jednostek organizacyjnych ubiegających się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego i staży kierunkowych w dziedzinie chorób płuc oraz egzaminatorem Centrum Egzaminów Medycznych w zakresie chorób płuc i chorób wewnętrznych. Byłem przewodniczącym, a obecnie jestem wiceprzewodniczącym oddziału gdańskiego Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Ukończyłem

w 2024 r. z wyróżnieniem studia podyplomowe Executive MBA w ochronie zdrowia organizowane przez Collegium Prometricum Executive MBA we współpracy z Uniwersytetem SWPS, Cambridge Valid Business School oraz Porto Business School (która jest instytucją walidującą akredytowaną przez AMBA, AACSB i EFMD).

Kto w pierwszym rzędzie był dla Pana mistrzem inspirującym i wprowadzającym w arkana zawodu i działalności naukowej?

W pamięci mam bardzo miłe przyjęcie w Klinice Chorób Płuc i Gruzlicy przez prof. Marka Słomińskiego, ówczesnego jej kierownika, oraz panią adiunkt dr Ludwikę Wolską-Goszkę. Od początku zostałem otoczony ich opieką merytoryczną i koleżeńską, w szczególności podczas pierwszych samodzielnych dyżurów. Dr Wolska-Goszka była moim pierwszym nauczycielem, to od niej nauczyłem się podstaw pneumologii, a także podstaw diagnostyki radiologicznej zmian w miąższu płuc. Dzięki zachęce prof. Słomińskiego rozpocząłem przygotowywanie pracy doktorskiej dotyczącej zastosowania testów wysiłkowych w rozpoznawaniu i monitorowaniu astmy oskrzelowej, którą obroniłem w 2002 r.

Gdy Klinika została podzielona na dwie odrębne jednostki, tj. Klinikę Pneumonologii i Klinikę Alergologii, za namową prof. Ewy Jassem przeszedłem do tej drugiej, w której przez kilka lat pełniłem funkcję zastępcy ordynatora. W Klinice Alergologii, pod auspicjami oraz opieką merytoryczną i koleżeńską prof. Ewy Jassem, zrealizowałem w 2012 r. pracę habilitacyjną pt. *Ocena czynności układu oddechowego u chorych na cukrzycę*.



Jakie są główne obszary Pana pracy i zainteresowań zawodowych?

Mam szerokie zainteresowania pulmonologiczno-internistyczne. Współcześnie dobry specjalista chorób płuc musi być też dobrym specjalistą chorób wewnętrznych, ponieważ wiele schorzeń ma swoje wieloczynnikowe podstawy. Co więcej, do różnicowania objawów i leczenia wielochorobowości u pacjentów pulmonologicznych wymagana jest szczegółowa wiedza z obu dyscyplin medycznych. Według mnie droga do pulmonologii powinna w pierwszej kolejności przebiegać przez specjalizację z chorób wewnętrznych. Brak dobrej wiedzy internistycznej prowadzi do braku wiedzy z zakresu chorób płuc, czego konsekwencją mogą być błędy medyczne.

Moje zainteresowania wykraczają też poza typową pulmonologię. W szczególności interesuję się chorobami obturacyjnymi układu oddechowego, czyli astmą i POChP. Drugim obszarem są badania czynnościowe układu oddechowego. W tej dyscyplinie jestem uznanym ogólnokrajowym autorytetem. Trzecim zainteresowaniem jest obszar choroby ultrazadkowej, czyli dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego (*hereditary angioedema*, HAE). W Polsce jest ok. 460 osób z tą diagnozą, a ja leczę 12 z nich. Należąc do krajowej sieci lekarzy specjalizujących się w tym schorzeniu, prowadzę program lekowy dla tej grupy pacjentów. Moim najnowszym zainteresowaniem są rzadkie schorzenia genetyczne, które oddziałują na płuca, oraz rzadkie choroby układu oddechowego płuc.

Jakie jest Pana zaangażowanie w proces dydaktyczny? Czy jest Pan zadowolony z programu i organizacji nauczania prowadzonych przedmiotów i fakultetów?

Staram się na bieżąco uczestniczyć w procesie dydaktycznym. Mam cały szereg zajęć, wykładów, seminariów i ćwiczeń dla studentów Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu. Często rozmawiam ze studentami na tematy dotyczące jakości kształcenia medycznego, wsłuchuję się w ich sugestie. Gdy pojawiła się możliwość nagrywania filmów dydaktycznych, skorzystałem

PROF. KRZYSZTOF KUZIEMSKI

Nauczyciel akademicki, profesor nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne, specjalista chorób wewnętrznych i chorób płuc. Pracownik Kliniki Pneumonologii GUMed. Sekretarz Komitetu Nauk Klinicznych PAN. Członek Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, European Respiratory Society oraz European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Wykładowca akademicki, praktyk kliniczny. Ukończył certyfikowany przez European Respiratory Society kurs The HERMES European Spirometry Driving Licence (ESDL), potwierdzający umiejętność wykonywania i interpretowania badań czynnościowych układu oddechowego. Indeks Hirscha jego prac wynosi 9.

z niej, przygotowując i udostępniając naszym studentom cykl krótkich instruktaży dotyczących badań czynnościowych układu oddechowego. Prowadzę również zajęcia na różnych kursach doskonalących dla lekarzy pulmonologów i lekarzy medycyny rodzinnej oraz wiele warsztatów pogłębiających wiedzę z zakresu badań czynnościowych i schorzeń układu oddechowego.

Co Pan uważa za swoje najważniejsze osiągnięcie w życiu naukowym i działalności zawodowej? Z czego czerpie Pan największą satysfakcję w codziennej pracy?

Po latach pracy do sukcesów zawodowych, które mają przełożenie kliniczne i naukowe, zaliczam na przykład moją rozprawę habilitacyjną, zrealizowaną z grantu Narodowego Centrum Nauki, o który starałem się wcześniej kilka razy. Jej temat jest unikalny, ponieważ dotyczy wpływu cukrzycy na mikroangiopatię płucną – zjawisko powszechne wśród diabetyków, ale mało doceniane badawczo i stosunkowo trudne do oszacowania. Grant habilitacyjny i publikacje pochodne podkreślają słuszność kierunku badań, jaki obrałem.

W okresie pandemii COVID-19 pełniłem funkcję ordynatora tzw. oddziałów covidowych w UCK. To było niezwykle doświadczenie mentalne, medyczne i naukowe. Podczas pracy na tym oddziale zawiązał się zespół złożony głównie z młodych lekarzy, nowych absolwentów, którzy bardzo chcieli pracować naukowo. Obecnie nadal zajmujemy się tym tematem, o czym świadczą nowe prace ukazujące się w renomowanych czasopiśmie. Dwie osoby z tego zespołu kończą właśnie prace doktorskie związane z tym tematem.



Z rodziną podczas wręczenia nominacji w Pałacu Prezydenckim



Z innych osiągnięć wspomnę działalność ściśle organizacyjną i kliniczną. Byłem pomysłodawcą powstania Pracowni Badań Czynnościowych w Klinice Pneumonologii i Alergologii oraz niezależnej Poradni Zaburzeń Oddychania. Wprowadziłem do szerokiego użycia w szpitalu nebulizację leków, czyli metodę, która jest dziś powszechna, a jej zastosowanie nie podlega dyskusji. Pod moim kierunkiem w Klinice Pneumonologii zostały wdrożone sale nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej NIV, które w 90% były finansowane z budżetu państwa w ramach jednego z ogólnopolskich programów. Dodatkowo zreorganizowałem pracownię polisomnograficzną, która jest konieczna w diagnostyce obrotacyjnego bezdechu śródseńskiego.



Ze współpracownikami na oddziale covidowym UCK

Jakie są Pana marzenia i plany na najbliższą przyszłość?

Jak każdy z nas mam wiele marzeń osobistych i związanych z pracą zawodową. Moje plany to oczywiście kontynuacja badań, rozwój osobisty, a przede wszystkim praca w klinice na rzecz polskiej pulmonologii. Chciałbym też silniej aktywizo-

wać młodych pulmonologów, aby oprócz wykonywania pracy klinicznej byli też mocniej zaangażowani w rozwój naukowy.

Bardzo dziękuję za rozmowę. Raz jeszcze gratuluję otrzymanego tytułu i życzę dalszych sukcesów naukowych i osobistych. ■

Przedstawiciele CUAS z wizytą w GUMed



ALEKSANDRA ROMAN
Biuro ds. Sojuszu ACE²-EU

Przedstawiciele Carinthia University of Applied Sciences (CUAS) z Austrii – **prof. Herbert Kotsching** oraz **dr Sascha Fink** – odwiedzili Gdański Uniwersytet Medyczny. Wizyta odbyła się w terminie 24-27 lutego i została zorganizowana w ramach współpracy europejskich uczelni zrzeszonych w sojuszu ACE²-EU. Jej celem było zacieśnienie relacji między uczelniami oraz wypracowanie nowych form partnerstwa akademickiego.

Prof. Herbert Kotsching spotkał się z przedstawicielami GUMed, w tym m.in. z **prof. Edytą Szurowską**, kierownikiem II Zakładu Radiologii, oraz zespołem tej jednostki, **prof. Michałem Pikulą**, zastępcą dyrektora Pierwszej Szkoły Doktorowskiej GUMed (PSzD), a także **dr hab. Ewą Bandurską**, prodykanką Wydziału Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, oraz **dr. Piotrem Popowskim** z Centrum Rozwoju Kompetencji, Zintegrowanej Opieki i e-Zdrowia. Kluczowymi tematami spotkań były możliwości wymiany studentów i kadry akademickiej, a także rozwój programów z zakresu telemedycyny, technologii medycznej i informatyki



medycznej. Dyskutowano również o potencjalnych źródłach finansowania wspólnych inicjatyw edukacyjnych oraz przyszłej współpracy badawczej.

Dr Sascha Fink skoncentrował się na zagadnieniach związanych z badaniami nad zdrowym i aktywnym starzeniem się oraz współpracą w zakresie kształcenia doktorantów. Spotkał się m.in. z **prof. Jackiem M. Witkowskim**, dyrektorem PSzD, oraz **prof. Dominiką Szalewską**, kierującą Kliniką Rehabilitacji. W trakcie rozmów poruszono kwestie realizacji wspólnych



Dr Sascha Fink podczas wizyty w GUMed | fot. archiwum prywatne

projektów badawczych oraz organizacji międzynarodowych programów kształcenia doktorantów.

Wizyta przedstawicieli CUAS była również okazją do zapoznania się z infrastrukturą GUMed oraz identyfikacji potencjalnych obszarów dalszej współpracy. Spacer po kampusie i spotkania networkingowe pozwoliły gościom lepiej poznać Uczelnię i jej zaplecze badawcze, a także omówić możliwości synergii w obszarze edukacji i nauki.

Efektom wizyty jest wstępne porozumienie dotyczące przyszłej wymiany studentów i wykładowców, organizacji wspólnych

kursów oraz badań naukowych w obszarze zdrowia i opieki. Obie uczelnie planują także kontynuację rozmów nad możliwościami finansowania tych inicjatyw w ramach programu ACE²-EU. Spotkanie otworzyło nowe horyzonty dla współpracy akademickiej i międzynarodowej wymiany doświadczeń, które mogą przynieść wymierne korzyści zarówno studentom, jak i naukowcom obu instytucji.

Więcej informacji na temat sojuszu ACE²-EU można znaleźć na stronie internetowej ace2eu.gumed.edu.pl. ■

ALEKSANDRA ROMAN

Dział ds. Osób z Niepełnosprawnościami



MIKOŁAJ WŁOCH
Dział ds. Osób
z Niepełnosprawnościami

Dział ds. Osób z Niepełnosprawnościami został powołany 1 stycznia 2025 r. przez Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Oficjalnie podlega on pod Biuro ds. Studenckich, które wcześniej zajmowało się również sprawami związanymi z dostępnością i niepełnosprawnością. Studenci nie są jednak jedynymi docelowymi odbiorcami wsparcia Działu ds. Osób z Niepełnosprawnościami. Ma on bowiem za zadanie wspierać również kandydatów na studia, doktorantów, pracowników oraz całe jednostki GUMed.

Dział został powołany w związku z projektem *GUMed bez barier*. Projekt ten powstał w oparciu o zdiagnozowane trudności i potrzeby Uczelni w obszarze szeroko pojętej dostępności. Wyłonionych zostało osiem obszarów rozwoju:

- struktura organizacyjna,
- dostępność architektoniczna,
- dostępność informacyjno-komunikacyjna,
- dostępność cyfrowa,
- technologie wspierające,
- procedury,
- usługi wspierające edukację,
- działania podnoszące świadomość o niepełnosprawności.

Jednym z głównych założeń projektu jest zwiększenie świadomości kadry akademickiej na temat funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. W związku z tym w Uczelni prowadzone są cyklicznie szkolenia świadomościowe. Od listopada 2024 r. przeszkolonych zostało już ponad 120 pracowników i pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Szkolenia przeprowadzane są przez wykwalifikowaną kadrę



PROF. ALEKSANDRA GAWORSKA-KRZEMIŃSKA

Prorektor ds. studenckich

Powołanie Działu ds. Osób z Niepełnosprawnościami to kolejny ważny krok naszej Uczelni w stronę tworzenia otwartej i dostępnej przestrzeni akademickiej, w której każdy może realizować swoje aspiracje edukacyjne, naukowe i zawodowe. Chcemy, aby zarówno studenci, jak i pracownicy mieli pewność, że GUMed to uczelnia otwarta na różnorodność i gotowa dostosować się do indywidualnych potrzeb członków swojej społeczności akademickiej.

Projekt *GUMed bez barier* to inicjatywa o szerokim zakresie, angażująca wielu ekspertów. Dzięki wytrwałej pracy nad wnioskiem projektowym udało się pozyskać środki na wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań, które realnie poprawią dostępność dla całej społeczności GUMed. W projekcie znalazło się m.in. stworzenie nowego Działu ds. Osób z Niepełnosprawnościami, nowoczesnego i dostosowanego stanowiska komputerowego w Bibliotece, wdrożenie technologii wspierających dostępność procesu rekrutacji, poprawa dostępności architektonicznej na Wydziale Farmaceutycznym (nowa winda) czy zakup krzeseł ewakuacyjnych dla osób o ograniczonej mobilności.

Dostępność to jednak nie tylko infrastruktura, ale przede wszystkim świadomość i wrażliwość całej społeczności akademickiej. Cieszy mnie, że tak wielu pracowników GUMed aktywnie uczestniczy w szkoleniach świadomościowych, ponieważ to oni mają kluczowy wpływ na codzienne doświadczenia osób z niepełnosprawnościami i specjalnymi potrzebami. Zachęcam wszystkich do dalszego pogłębiania wiedzy i wspólnego budowania Uczelni, która nie wyklucza nikogo.

partnera projektu, Fundacji *Instytut Rozwoju Regionalnego*. Dodatkowo Dział wspiera na bieżąco jednostki GUMed informacjami na temat niepełnosprawności i wiedzą z zakresu dostępności.

Głównym zadaniem Działu jest właśnie rozwój dostępności w GUMed – dbanie o równość szans i tworzenie przestrzeni, w której każdy, niezależnie od indywidualnych potrzeb, będzie mógł w pełni uczestniczyć w życiu Uczelni. Dział koordynuje i udziela wsparcia osobom z niepełnosprawnościami i szczególnymi potrzebami, które jest bardzo zindywidualizowane i dostosowane do wymagań konkretnych osób. Z naszej pomocy mogą skorzystać nie tylko osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności, ale także te, które doświadczają innych przewlekłych trudności wpływających na ich funkcjonowanie w środowisku akademickim.

Dział ds. Osób z Niepełnosprawnościami funkcjonuje w ścisłej współpracy z pełnomocnikiem ds. osób z niepełnosprawnościami, **prof. Aleksandrą Gaworską-Krzemińską**, oraz wieloma jednostkami Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Wspólnie opracowywane są strategie indywidualizacji i wsparcia procesu dydaktycznego, monitorowania i rozwoju dostępności architektonicznej Uczelni, podejmowania różnych działań na rzecz likwidacji barier w zakresie przestrzeni fizycznej, przestrzeni cyfrowej, komunikacji. Docelowo Dział będzie też miejscem, w którym możliwe będzie wypożyczenie specjalistycznego sprzętu wspomagającego osoby ze specjalnymi potrzebami.

W ramach projektu *GUMed bez barier* w siedzibie Działu powstał kącik psychologiczny, w którym w prywatnych i komfortowych warunkach studenci, doktoranci i pracownicy GUMed mają możliwość skorzystania z bezpłatnej, doraźnej pomocy psychologicznej. By skorzystać z pomocy, wystarczy umówić się na spotkanie, pisząc na adres pomoc.psychologiczna@gumed.edu.pl.

Obecnie w Dziale ds. Osób z Niepełnosprawnościami na stanowisku ds. wsparcia pracuje **mgr Mikołaj Włoch**, z wykształcenia psycholog, który dołączył do grona pracowników Uczelni w grudniu zeszłego roku. Siedziba Działu mieści się na parterze budynku Atheneum Gedanense Novum, w pokoju 108. Z Działem można skontaktować się telefonicznie pod numerem 58 349 90 55 lub mailowo pod adresem bezbarier@gumed.edu.pl. Dział oferuje możliwość konsultacji zarówno stacjonarnie, jak i *online*, zapewniając każdej osobie dyskrecję i przyjazną atmosferę.

Projekt GUMed bez barier jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego *Plus* w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027. Budżet całego projektu to ponad 5 mln zł. ■

MIKOŁAJ WŁOCH



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Czy fuzja AI, nano- i biotechnologii stworzy medycynę doskonałą?



CENTRUM
TRANSFERU
TECHNOLOGII



MARCIN STOLAREK
Centrum Transferu Technologii

W 1895 r. Wilhelm Röntgen odkrył promieniowanie X, otwierając erę diagnostyki obrazowej. Dziś, 130 lat później, stoimy u progu rewolucji, która może przewyższyć znaczeniem nawet wynalezienie penicyliny. Jej sercem jest synergia trzech dyscyplin: sztucznej inteligencji (AI), nanotechnologii i biotechnologii. To nie kolejny rozdział w historii medycyny, ale całkowite przepisanie jej zasad – od reaktywnego leczenia do prewencji, od standaryzacji do personalizacji, od prób i błędów do precyzji atomowej. Czy jednak ta obietnica jest wolna od pułapek?



Zapraszamy na bloga CTT ctt.gumed.edu.pl/blog

AI: nowy język diagnostyki

Sztuczna inteligencja stała się ważnym ogniwem w dialogu między człowiekiem a jego ciałem. Algorytmy głębokiego uczenia, przetwarzając petabajty danych z genomów, rezonansów magnetycznych czy elektronicznych kart pacjentów, uczą się rozpoznawać wzorce niedostępne ludzkiemu oku. Przykładem jest system IDx-DR, zatwierdzony przez FDA w 2018 r., który diagnozuje retinopatię cukrzycową z dokładnością przekraczającą 87% – bez udziału okulisty. AI nie zastępuje jednak lekarzy, a raczej przekształca ich w „tłumaczy” pośredniczących między technologią a pacjentem. Jak zauważa dr Lisa Sanders z Yale School of Medicine: *AI jest jak mikroskop XXI w. – pokazuje nam świat, którego sami nie widzimy*. Nie wszystko jednak jest tu idealne. W 2019 r. narzędzie Epic Sepsis Model,



reklamowane jako przełom w wykrywaniu posocznicy, okazało się błędnie diagnozować 88% przypadków. Przyczyna? Algorytm uczył się na danych z jednego szpitala, ignorując różnice populacyjne. To przypomina, że AI jest tylko odbiciem naszych własnych ograniczeń – w tym naszych uprzedzeń.

Nanotechnologia: lekarstwo w pigułce wielkości wirusa

Gdyby nanoroboty medyczne były samochodami, poruszałby się w krwiobiegu z precyzją bolidów Formuły 1, omijając zdrowe tkanki i dostarczając lek bezpośrednio do chorych komórek. Wizja ta powoli staje się rzeczywistością. W 2022 r. zespół z Uniwersytetu Kalifornijskiego zaprezentował „nanodrony” z DNA, które w badaniach na myszach eliminowały komórki nowotworowe, nie wpływając przy tym na zdrowe tkanki. Tymczasem firma Bionaut Labs testuje mikroroboty zdolne do uwalniania leków w konkretnych obszarach mózgu – na przykład w leczeniu choroby Parkinsona. Wyzwaniem pozostaje jednak natura ludzkiego ciała – środowiska, które dla nanourządzeń jest równie nieprzyjazne, jak dżungla amazońska dla badacza. Nanocząsteczki często są atakowane przez układ odpornościowy, a ich długoterminowe skutki uboczne wciąż pozostają nieznane. Jak podkreśla prof. Chad Mirkin z Northwestern University: *Nie możemy pozwolić, by entuzjazm dla małych rozmiarów przysłonił nam pytanie o to, czy naprawdę rozumiemy, co wprowadzamy do organizmu.*

Biotechnologia: edytować życie jak tekst w Wordzie

CRISPR-Cas9, nazywany „molekularnymi nożyczkami”, to najbardziej demokratyczne narzędzie w historii medycyny. Pozwala ono na edycję genów za kilkaset dolarów – kwotę, która mieści się w budżecie wielu laboratoriów. W 2023 r. terapia Casgevy dla anemii sierpowatej stała się pierwszą zatwierdzoną terapią genową wykorzystującą CRISPR. Jednak wraz z sukcesami pojawiają się dylematy. Gdy w 2018 r. chiński naukowiec He Jiankui ogłosił narodziny pierwszych dzieci z edytowanym genomem, świat nauki wstrzymał oddech. Czy mamy prawo zmieniać geny przyszłych pokoleń? Gdzie kończy się terapia, a zaczyna eugenika? Biotechnologia to także nadzieja dla transplantologii. Firma United Therapeutics pracuje nad hodowlą ludzkich organów w organizmach świń, a *start-up* Prestige BioPharma drukuje żywe tkanki za pomocą biodrukarek 3D. Te osiągnięcia każą nam jednak zadać pytanie: czy sztuczne narządy staną się dobrem powszechnym, czy luksusem dla wybranych?

Fuzja technologii: gdy algorytm spotyka nanorobotą

Prawdziwy potencjał współczesnej medycyny ujawnia się, gdy AI, nanotechnologia i biotechnologia zaczynają współdziałać. Wyobraźmy sobie scenariusz:

1. AI analizuje genom i dane ze sprzętu typu *wearables*, przewidując ryzyko choroby serca na 10 lat przed pierwszymi objawami.



źródło – pexels.com

2. Nanoczipki wszczerpione w naczynia krwionośne monitorują poziom cholesterolu w czasie rzeczywistym.
3. Gdy wykryją nieprawidłowości, nanoroboty uwalniają lek opracowany na bazie komórek macierzystych pacjenta.

Taka wizja nie jest już czystą fantazją. Projekt *Human Cell Atlas*, wspierany przez Google, mapuje wszystkie komórki ciała, tworząc „Google Maps dla biologii”. Jednak nawet tu technologia napotyka bariery, bowiem w biologii nie istnieje na przykład prawo Moore’a. Hodowla organów wciąż trwa długie miesiące, a nanoroboty nie potrafią naprawiać uszkodzeń DNA.

Ciemna strona rozwoju medycyny

Entuzjazm dla nowych technologii nie może przyćmić ich zagrożeń. Po pierwsze – nierówności. Terapia CAR-T przeciw nowotworom kosztuje 500 tys. dolarów, czyli więcej niż średnie roczne zarobki w 90% krajów świata. Po drugie – bezpieczeństwo danych. W 2023 r. hakerzy zhakowali system szpitala w Bostonie, kradnąc dane genomowe 1,2 mln pacjentów. Jak zatem chronić informacje, które *de facto* są naszą biologiczną tożsamością? Nie mniej ważny jest kontekst społeczny. W Japonii, gdzie robotyka jest powszechna, 68% seniorów deklaruje, że woli opiekę człowieka niż maszyny (badanie JAMA, 2022). Czy postęp technologiczny nie pogłębi samotności w obliczu choroby?

Rewolucja, która wymaga odpowiedzialności

W 1347 r. czarna śmierć przetoczyła się przez Europę, zabijając jedną trzecią jej mieszkańców. Dziś mamy narzędzia, by takie pandemiczne powstrzymywać w zarodku – ale tylko jeśli zdecydujemy się ich używać wspólnie. Integracja AI, nanotechnologii i biotechnologii to test nie tylko dla naukowców, ale dla całej ludzkości. Czy potrafimy połączyć moc algorytmów z mądrością bioetyki? Czy nanoroboty staną się symbolem nadziei, czy nowych podziałów? Odpowiedź nie leży w technologii, ale w nas. Jak napisał Yuval Noah Harari: *Najniebezpieczniejsze pytanie w nauce brzmi: Czego NIE powinniśmy robić, mimo że możemy?.* Ta rewolucja zmusza nas, byśmy zadali je sobie po raz kolejny – i tym razem nie uciekali przed odpowiedzią. ■

MARCIN STOLAREK

Wojna w sercu



DR N. SPOŁ. AGNIESZKA ANIELSKA
Koordynatorka ds. popularyzacji nauki,
Centrum Analiz Biostatystycznych
i Bioinformatycznych

Wojna pozostawia po sobie nie tylko zniszczone miasta, ale także mniej widoczne – choć nie mniej poważne – konsekwencje zdrowotne na poziomie dotkniętych nią społeczeństw. Jej skutki mogą być odczuwane przez całe pokolenia. Nad tym zagadnieniem wspólnie pochylili się badacze z Polski i Ukrainy, którzy chcą ocenić, jak stres wywołany wojną wpływa na układ sercowo-naczyniowy kobiet uciekających z Ukrainy, oraz wypracować optymalne dla tej populacji metody postępowania terapeutycznego.

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie, a jednocześnie coraz więcej badań wskazuje na silny związek pomiędzy doświadczanym stresem psychicznym a problemami sercowo-naczyniowymi. Trwająca od ponad trzech lat wojna w Ukrainie zmusiła miliony ludzi do opuszczenia domów, narażając ich przy tym na ogromny stres i traumatyczne doświadczenia. Uchodźcy, wraz z utratą domu i dotychczasowego życia, tracą elementarne poczucie bezpieczeństwa, którego miejsce zajmuje niepewność i lęk o przyszłość. Według najnowszych doniesień medycznych te niekorzystnie skumulowane czynniki mogą prowadzić do zaburzeń układu sercowo-naczyniowego i wywoływać lub przyspieszać rozwój chorób sercowo-naczyniowych. Zespół z Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii pod kierunkiem dr hab. Anny Shalimovej,

prof. uczelni analizuje wpływ tych czynników na zdrowie kobiet-uchodźców, które przybyły do Polski w ostatnich latach. Badania są realizowane w ramach projektu *The impact of war-induced stress on the development and progression of arterial hypertension and cardiovascular disease in Ukrainian female refugees* (akronim *War-Scar*), finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (program Polonez BIS).

Projekt składa się z trzech kluczowych etapów. Pierwszym z nich był *screening* zdrowotny – naukowcy prowadzili badania przesiewowe, oceniając częstotliwość występowania nadciśnienia tętniczego i zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD). To umożliwiło określenie skali występowania obu problemów zdrowotnych w tej populacji.

Te uczestniczki badania, u których zdiagnozowano nadciśnienie lub PTSD, zostały otoczone specjalistyczną opieką – medyczną i psychologiczną. Regularne konsultacje pozwolą na śledzenie skuteczności terapii i poprawę jakości ich życia.

Ostatni etap obejmie pogłębione badania nad mechanizmami łączącymi PTSD i nadciśnienie tętnicze. Naukowcy przyjrzą się m.in. funkcjonowaniu układu hormonalnego i odpornościowego, a także wczesnym oznakom uszkodzenia narządów układu sercowo-naczyniowego. Lepsze zrozumienie mechanizmów łączących stres pourazowy z chorobami serca pozwoli nie tylko na skuteczniejszą pomoc uchodźcom, ale także na wypracowanie metod prewencji, które będą mogły zostać zastosowane w różnych populacjach narażonych na chroniczny stres – nie tylko wśród ofiar wojen, ale także wśród imigrantów czy ofiar przemocy.

Rozmowa z prof. Krzysztofem Narkiewiczem i dr hab. Anną Shalimową, prof. uczelni

Dr Agnieszka Anielska: Od wielu lat Pana działalność naukowa koncentruje się na problematyce nadciśnienia tętniczego. Projekt *War-Scar* również dotyczy tej tematyki, ale na tle innych wydaje mi się wyjątkowy...

Prof. Krzysztof Narkiewicz: Tak, ten projekt jest pod bardzo wieloma względami inny od tego, co do tej pory robiłem. Po pierwsze – ze względów emocjonalnych. Nigdy nie byłem tak zaangażowany emocjonalnie, po ludzku, w realizację projektu naukowego. Po drugie – okoliczności tego projektu były zupełnie nieprzewidywalne. Natychmiast po wybuchu wojny poczuliśmy, że coś musimy zrobić – nie tylko, żeby zrozumieć, w jaki sposób wojna wpływa na zdrowie tych młodych kobiet, które masowo przekraczają polską granicę, ale też po to, żeby

dowiedzieć się, jak możemy im pomóc. Mówiąc o wojnie, najczęściej myślimy o żołnierzach, którzy zginęli na froncie, musimy jednak pamiętać, że zdrowotne konsekwencje wojny wykraczają daleko poza pole walki. Nas interesują właśnie te długofalowe konsekwencje.

Jeżeli szacujemy, że mniej więcej co piąta osoba, która doświadcza tej wojny, ma problemy natury psychicznej, niekoniecznie zespół stresu pourazowego, to mówimy o 10 milionach ludzi! To jest realny problem i o tym też trzeba będzie myśleć, niezależnie od potrzeby odbudowy samego kraju.

Jak rozpoczęła się Państwa współpraca? Wkrótce po rozpoczęciu wojny na Ukrainie trafiła Pani do Gdańska, ale wiem, że poznała Pani nasze miasto już wcześniej.



Prof. Anna Shalimova: Prof. Narkiewicza i jego zespół poznałam w 2016 r. W Gdańsku odbyłam roczny staż naukowy. Nasza współpraca układała się doskonale i utrzymywaliśmy stały kontakt po moim powrocie do rodzinnego Charkowa. Zawsze byłam bardzo dumna z mojego miasta. Charków to miasto uniwersytetów i studentów, pochodzi z niego aż trzech laureatów Nagrody Nobla. Dziś Charków stał się jednym z symboli walki narodu ukraińskiego o niepodległość. Jego mieszkańcy bardzo dotkliwie odczuli rosyjską agresję.

Od pierwszych dni wojny ze strony całego gdańskiego zespołu doświadczyłam niesamowitego wsparcia i troski. Dlatego zdecydowałam się na przyjazd właśnie tutaj, nie brałam pod uwagę żadnego innego miejsca. Była to niezwykle trudna decyzja, ale bezpieczeństwo mojej córki było dla mnie najważniejsze.

Prof. Narkiewicz nie pozostał obojętny na doświadczenia tysięcy osób uciekających z Ukrainy. Natychmiast po moim przyjeździe do Gdańska zaczęliśmy pracować nad koncepcją projektu, który przede wszystkim mógłby pomóc ukraińskim kobietom poradzić sobie ze stresem wywołanym wojną i jego konsekwencjami. Pracownicy Kliniki Psychiatrii Dorosłych GUMed i nasi partnerzy zagraniczni pomogli nam w dopracowaniu naszego pomysłu.

Jakie cele postawili sobie Państwo w ramach projektu War-Scar?

A.S.: Naszym celem było sprawdzenie, czy stres psychologiczny i narażenie na traumę może powodować wzrost ciśnienia krwi, przyczyniając do rozwoju nadciśnienia tętniczego i chorób sercowo-naczyniowych. Sprawdzamy również, czy zintegrowane leczenie pacjentów, tj. z uwzględnieniem podejścia psychologicznego, może poprawić profil ryzyka sercowo-naczyniowego. Mamy nadzieję, że wyniki naszych badań utworzą drogę do specjalistycznego podejścia do zarządzania ryzykiem sercowo-naczyniowym u osób narażonych na długotrwały stres i przemoc, na przykład w wyniku wojny, a więc u imigrantów i uchodźców. Z tego względu nasz projekt nie ma wyłącznie naukowego charakteru.



Prof. Anna Shalimova na oddziale | fot. kadr z filmu promocyjnego



PROF. WIESŁAW J. CUBAŁA

Kierownik Kliniki
Psychiatrii Dorosłych

Stres traumatyczny, czyli taki, który zagraża integralności człowieka w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym, to sytuacja, na którą nie można być przygotowanym. Ciekawe jednak, że znaczna część ludzi, nawet przy tak dużym przeżyciu, po upływie czterech tygodni nie wykazuje żadnych szkód ani w zakresie zdrowia psychicznego, ani somatycznego. Niemniej u ok. 20% – zwłaszcza gdy stresorem traumatycznym jest doświadczenie wojny – rozwijają się pewne zaburzenia warunkowane stresem.

Są one podstępne. W sytuacji nagłego kryzysu nasz organizm może dobrze sobie radzić, ale to, co wymaga uwagi, to odległe konsekwencje zdrowotne. Mają one duże implikacje dla rozwiązań systemowych, ponieważ w takich przypadkach uwaga skupia się zwłaszcza na sytuacji kryzysowej i działaniach doraźnych. Nasze badanie wyraźnie jednak pokazuje, że równie ważne jest, aby mieć możliwość dłuższej obserwacji w czasie, gdyż mogą pojawić się sytuacje, które będą wymagały interwencji w postaci wsparcia. Ta uważność jest potrzebna, ponieważ bez niej pozostawimy ludzi bez opieki.

To, co jest bardzo ważne w opiece nad ludźmi, którzy cierpią z powodu zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym, to to, że trzeba nie tylko wziąć odpowiedzialność za racjonalne postępowanie terapeutyczne, które jest konsekwencją diagnozy, ale też wyjść poza klasyczne ramy opieki ambulatoryjnej, gdyż osoby z PTSD wymagają wsparcia w postaci edukacji i informacji – choćby na temat tego, jak wygląda system edukacyjny czy opieka zdrowotna.

Muszę więc podkreślić, że część badawcza tego projektu, choć bardzo ważna, jest wtórna wobec tego, co robimy. Chcieliśmy przede wszystkim otoczyć opieką ludzi, którzy jej wymagają.

Projekt składał się z kilku etapów. Na wstępie uczestniczki wypełniały kwestionariusze służące do oceny stresu, dokonywałyśmy też pomiarów ciśnienia krwi. Na kolejnym etapie grupa naszych pacjentek poddawana była pogłębionej diagnostyce układu sercowo-naczyniowego. Pacjentki, u których zdiagnozowano najwyższy poziom stresu, objęte były dodatkowo konsultacją ze strony lekarza psychiatry. Bezcenne na tym etapie



okazało się wsparcie dr. hab. Mariusza Wągłusza z Kliniki Psychiatrii Dorosłych, który nauczył się języka ukraińskiego, dzięki czemu mógł udzielać pomocy naszym pacjentkom w ich ojczystym języku. To było dla nich niezwykle ważne.

Co jest największym wyzwaniem w realizacji projektu, którego kontekst jest tak wyjątkowy?

K.N.: Przede wszystkim to, że musimy respektować wyjątkową sytuację osób, które uciekają przed wojną. One są w olbrzymim stresie. Prowadząc projekt, musimy zwracać szczególną uwagę na sferę ludzką, nie tylko naukową. Nie chcieliśmy, aby ktoś czuł, że jest „obiektem” czy „przedmiotem” projektu naukowego. Staraliśmy się tym osobom pomóc. Szukaliśmy dla nich przede wszystkim pomocy psychologicznej, a w razie potrzeby również psychiatrycznej. Niejako przy okazji mogliśmy się bardzo wiele dowiedzieć o tym, jak wojna, przewlekły stres i graniczne doświadczenia przekładają się na ryzyka dotyczące układu sercowo-naczyniowego.

A.S.: Sporym wyzwaniem w tym bardzo burzliwym czasie było dotarcie do uchodźczyń z informacją o naszym projekcie. Bardzo duże wsparcie otrzymaliśmy ze strony sopockiego Centrum Integracji i Pomocy Cudzoziemcom. Współpraca z Centrum umożliwiła nam nawiązanie kontaktu z ukraińskimi kobietami, które korzystały z pomocy oferowanej przez władze Sopotu. Uczestniczki naszego projektu rekrutowałam spośród osób mieszkających w udostępnionych przez miasto akademikach.

W realizację projektu jest zaangażowane grono partnerów zagranicznych. Jaka jest ich rola?

A.S.: Współpracujemy z naukowcami ze Szwajcarii, Belgii i Ukrainy. Nasz szwajcarski partner, prof. Michel Burnier, jest wybitnym ekspertem w zakresie nadciśnienia tętniczego. Jego doświadczenie i wsparcie było i jest dla nas niezwykle cenne. Niedawno wróciłam z Lozanny, gdzie w tamtejszym uniwersyteckim centrum klinicznym mogłam przyjrzeć się, jak wygląda pomoc uchodźcom z Ukrainy, ale też zaprezentować pierwsze

wyniki naszego wspólnego projektu. Nasz belgijski partner, prof. Alexandre Persu, oprócz tego, że jest autorem licznych publikacji z zakresu nadciśnienia tętniczego, zajmuje się również badaniem zespołu stresu pourazowego.

Z kolei współpraca z trzema ukraińskimi ośrodkami naukowymi, z Kijowa, Charkowa i Iwano-Frankiwska (prof. Larysa Mishchenko, prof. Olena Kolesnikova i prof. Sergiy Fedorov), umożliwia nam badania porównawcze parametrów stresu i wartości ciśnienia tętniczego u kobiet-uchodźców w Polsce z parametrami kobiet wciąż mieszkających na terenie Ukrainy. Wkład partnerów międzynarodowych w realizację naszego projektu jest naprawdę bardzo znaczący.

Wiem, że pierwsze wyniki Państwa badań były już szerzej prezentowane. Czy jest coś, co Państwa w nich szczególnie zaskoczyło?

K.N.: Spodziewaliśmy się, że częstotliwość występowania zespołu stresu pourazowego będzie wysoka, ale mimo wszystko zaskoczyło nas, że wśród naszych badanych doświadczyła go niemal co czwarta osoba. Co czwarta osoba spełnia kryteria PTSD, który w sposób zupełnie rujnujący wpływa na naszą psychikę, na nasze zdrowie, na całe nasze funkcjonowanie.

Zaskoczyło nas również to, że PTSD był szczególnie silnie rozpowszechniony wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, czyli wcześniejszą chorobą układu sercowo-naczyniowego. To świadczy o tym, że stanowi ona pewną predyspozycję. Od wielu lat interesuje nas rola psyche, emocji, stresu w rozwoju nadciśnienia tętniczego i innych chorób układu sercowo-naczyniowego. Wykorzystujemy rezonans funkcjonalny mózgu, żeby poznać wpływ układu współczulnego, tego związanego z emocjami, na układ sercowo-naczyniowy. W tym przypadku, w sytuacji wielkoskalowego konfliktu, okazało się, że osoby z nadciśnieniem są szczególnie narażone na wystąpienie zespołu stresu pourazowego.

Naszą uwagę przykuł też fakt, że w pierwszych tygodniach i miesiącach wojny, kiedy do Trójmiasta zaczęły docierać większe grupy uchodźców, które były lokowane we wspólnych tymczasowych miejscach pobytu, na przykład akademikach, ich poziom stresu – w dużym uproszczeniu – był mniejszy, niż mogłoby się nam wydawać. Można to próbować wytłumaczyć pewnym rodzajem ulgi, której mogli doświadczyć uchodźcy – udało im się uciec przed bezpośrednim zagrożeniem, byli razem i znaleźli bezpieczne schronienie. Ten pierwszy okres był w tym sensie łatwiejszy. Później, kiedy trzeba było stanąć wobec wyzwań codziennego życia, samodzielnie zadbać o dzieci, znaleźć pracę, sytuacja stała się trudniejsza. Wiele Ukrainek, które przybyły do Polski, to bardzo dobrze wykształcone kobiety, którym trudno jest znaleźć pracę odpowiadającą dotychczasowym kwalifikacjom i aspiracjom... Zwłaszcza te osoby, które pracują w zawodach



Prof. Anna Shalimova i prof. Krzysztof Narkiewicz | fot. kadr z filmu promocyjnego



regulowanych, czeka duże wyzwanie, bo my, wchodząc do Unii Europejskiej, przyjęliśmy pewne standardy, co dla osób spoza UE oznacza, że muszą przejść dość długą ścieżkę – na przykład nostryfikacji dyplomu czy uzyskania prawa do wykonywania zawodu.

A.S.: Na podstawie tych pierwszych wyników możemy powiedzieć, że na proces adaptacyjny duży wpływ ma wsparcie społeczne, jakiego doświadczają uchodźcy.

Parametry stresu i wartości ciśnienia tętniczego u kobiet-uchodźców w Polsce i Ukrainek, które zostały w kraju, były bardzo zbliżone. To było dość zaskakujące. U ukraińskich kobiet mieszkających w Polsce, choć mają one dużo wyższe poczucie bezpieczeństwa, poziom stresu jest bardzo wysoki,

wyższy nawet niż u Ukrainek, które mieszkają w regionach charakteryzujących się dużą aktywnością działań wojennych. Zakładamy, że dużą rolę odgrywa tu czynnik wymuszonej migracji. Bardzo nam zależy na kontynuacji badań, choćby po to, aby sprawdzić, jak jego wpływ zmienia się w czasie. Mamy też listę innych zagadnień, które chcielibyśmy zbadać bardziej szczegółowo.

Serdecznie dziękuję za rozmowę. ■

Więcej na temat projektu można dowiedzieć się z materiału wideo dostępnego pod adresem youtu.be/Cc8zGfMedhw.

Osoby z depresją potrzebują empatii, zrozumienia i cierpliwości

Z dr Mileną Lachowicz, psychologiem klinicznym i seksuologiem z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, rozmawia Jakub Sierakowski z Działu Promocji i Komunikacji

Jaka jest obecnie skala depresji w Polsce? Czy ta choroba jest już w czołówce najczęściej występujących w naszym kraju?

Depresja jest poważnym problemem zdrowotnym zarówno w Polsce, jak i na świecie. To jedna z najczęściej występujących chorób psychicznych. Depresja jest chorobą społeczną i będzie dotyczyć coraz większej liczby osób, w związku z czym stanowi jedno z największych wyzwań dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie.

Eksperti WHO szacują, choć myślę, że liczby te mogą być zaniżone, że obecnie na świecie na depresję choruje 280 mln osób. Według danych sprzed dwóch lat w Polsce jest milion chorych, sądzę jednak, że obecnie chorych na depresję w naszym kraju może być ok. 1,5 mln osób. Przy czym należy pamiętać, że są to jedynie osoby zdiagnozowane, które podlegają leczeniu.

Nadal dość dużym problem jest to, że osoby, które cierpią z powodu obniżonego nastroju, boją się lub wstydzą zgłosić do specjalisty ze względu na stygmatyzację, strach przed oceną, uprzedzeniem i niezrozumieniem ze strony społeczeństwa. Warto też podkreślić, że są regiony w Polsce, gdzie czas



Dr Milena Lachowicz

oczekiwania na wizytę u psychiatry wynosi kilka miesięcy, co opóźnia diagnozę i tym samym leczenie.

Z czego wynikają tak duże wskaźniki? Czy chodzi o to, że pacjenci są dzisiaj lepiej diagnozowani niż kiedyś? Czy świat, w którym żyjemy, sprawia, że w wielu wypadkach choroby po prostu nie da się uniknąć?

Tak, pacjenci są dziś lepiej diagnozowani, ale nadal istnieją wyzwania w tym zakresie. Cieszy fakt, że dzisiaj coraz więcej mówimy o chorobach cywilizacyjnych, o zaburzeniach psychicznych, o depresji, bo dzięki temu zwiększa się świadomość społeczna. Więcej osób rozpoznaje u siebie

objawy depresji i szuka pomocy. Edukujemy, w jaki sposób objawia się ta choroba, z czym może borykać się pacjent, i wskazujemy, gdzie może się zgłosić. Mimo postępów w diagnostyce depresji wciąż jednak istnieją bariery, które utrudniają szybkie wykrycie i leczenie choroby.

Leczenie powinno być dzisiaj sprawą naturalną, oczywistą oraz powszechnie dostępną. Powinno pomagać w poprawie jakości życia, utrzymaniu zdrowych relacji społecznych, poprawie efektywności zawodowej i powrocie na prawidłowe



tory funkcjonowania osobistego, społecznego czy zawodowego. Dlatego uważam, że w dalszym ciągu potrzebna jest edukacja, eliminowanie stygmatyzacji i poprawa dostępu do specjalistów.

Chciałem zapytać o osoby w podeszłym wieku. W tej grupie jest dużo osób cierpiących na depresję, między innymi z powodu samotności. Jak można im pomóc?

Rzeczywiście, osoby starsze, które nie są aktywne zawodowo, bardzo często nie mają już zaplecza społecznego w postaci znajomych i przyjaciół, w związku z czym częściej zamykają się w swoich domach. Wiemy, że wraz z wiekiem wzrasta ryzyko zachorowania, a objawy depresji u seniorów bywają trudniejsze do rozpoznania, bo mogą być mylone z demencją lub chorobami somatycznymi i naturalnymi procesami starzenia się. Dlatego tak ważne są programy aktywizacyjne dla seniorów i wsparcie społeczne dla osób, które nie są już aktywne zawodowo. Istotne są tu działania polegające na promowaniu zdrowego stylu życia, spotkania i interakcje z innymi seniorami, które mogą wpłynąć na poprawę samopoczucia, a także aktywizowanie poprzez ruch, aktywność fizyczną i umysłową. Dużą popularnością cieszą się Uniwersytety Trzeciego Wieku, gdzie ludzie się spotykają, integrują, wymieniają myśli i poglądy oraz zawierają wspaniałe przyjaźnie, które trwają do końca życia.

Ostatnio widziałem na Facebooku post kolegi dotyczący Ogólnopolskiego Dnia Walki z Depresją. Jakiś pan skomentował go, pisząc „poradnik walki z depresją”. Twierdził, że jeśli będziemy wstawać rano i robić dużo rzeczy, to „nie będzie czasu na depresję”. Czy takich osób jest dużo, czy wrażliwość i poziom świadomości w naszym społeczeństwie rośnie?

Social media odgrywają dziś znaczącą rolę w kontekście postrzegania chorób, w tym depresji. Z jednej strony pomagają w zwiększaniu świadomości na temat zdrowia psychicznego, z drugiej zaś mogą przyczyniać się do stygmatyzacji czy hejtu. Na całe szczęście poziom świadomości naszego społeczeństwa wzrasta, a wiedza na temat chorób psychicznych znacznie się poszerza. Dzisiaj coraz częściej obserwujemy, że podchodzimy z powagą i szacunkiem do tych chorób i osób, które na nie cierpią.

Nadal zastanawia jednak fakt, że z taką łatwością udzielamy rad osobom, które cierpią z powodu depresji, które mają obniżony

nastrój czy którym brakuje motywacji. Rad i wskazówek, które są uproszczone, dalece nie na miejscu i mogą pogłębiać poczucie winy u osób cierpiących na depresję. Te puste rady to najczęściej: *węź się w garść, zawsze może być gorzej, zajmij się czymś, to przestanieś się zamartwiać*. Przecież w przypadku innych chorób, takich jak choroba serca czy cukrzyca, nie oczekujemy, że pozytywne myślenie czy bycie silnym spowoduje wyleczenie pacjenta. Zatem zmiana myślenia i społecznego podejścia, a tym samym szersza i bardziej skuteczna edukacja na temat chorób psychicznych, w tym depresji, jest dziś sprawą kluczową, gdyż może przyczynić się do zminimalizowania krzywdzących oczekiwań.

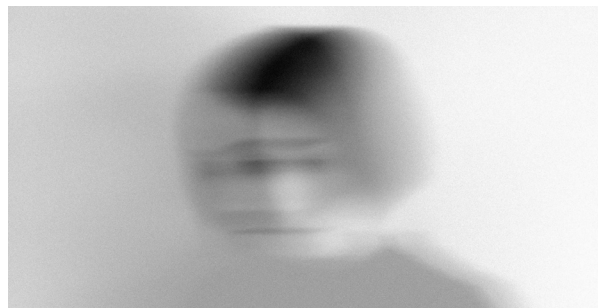
Jak pomagać, zwracać się do osoby, która choruje na depresję, żeby być dla niej wsparciem i pomóc jej wyjść z tej choroby?

Przede wszystkim obserwujemy osoby w naszym najbliższym otoczeniu. Jeżeli zauważymy zmiany w ich zachowaniu – takie jak apatia, anhedonia, zaburzenia rytmów biologicznych i snu czy spadek aktywności fizycznej i intelektualnej – które pojawiły się w ciągu ostatnich dni lub tygodni, to zwiększymy naszą czujność i uważność. Pomoc osobie z depresją wymaga cierpliwości, empatii i zrozumienia. Starajmy się taką osobę właściwie pokierować i okazać jej należyte wsparcie i zrozumienie w tym trudnym okresie. I co najważniejsze: zachęćmy do szukania profesjonalnej pomocy, do leczenia. Pamiętajmy też o unikaniu dawania pustych rad.

Domyślam się, że nie ma złotego środka, ale czy są jakieś sposoby, jeżeli chodzi o dietę czy styl życia, które mogą chociaż trochę zminimalizować ryzyko zachorowania na depresję?

Należy zdecydowanie mówić o profilaktyce chorób cywilizacyjnych, w tym chorób psychicznych i najlepiej ten proces rozpocząć od siebie. Istnieje wiele strategii, które pomagają w utrzymaniu zdrowia psychicznego i zmniejszają szanse na rozwój depresji. Odpowiednio zbilansowana dieta, regularna aktywność fizyczna, rezygnacja z używek, medytacja, dbanie o higienę snu, tak aby w naturalny sposób nasz organizm mógł się zregenerować, to niektóre z nich. Nie jest prawdą, że wystarczy nam 4-5 godzin snu dziennie. Musimy spać od 7 do 8 godzin, a dzieci i młodzież między 8 a 10 godzin dziennie.

Pozwolę sobie jeszcze wrócić do aktywności fizycznej, ponieważ jestem wielką fanką sportu. Otóż sport, aktywność fizyczna, ruch powodują zwiększenie wydzielania w mózgu takich substancji jak serotonina, dopamina czy endorfiny, dzięki czemu poprawia się nastrój, samopoczucie, buduje się odporność psychiczną, a stres ulega redukcji. Oddziaływanie terapeutyczne ma także trening w grupie, który pozwala na zawiązywanie więzi społecznych, wzajemną motywację i wzmacnianie się. Na koniec – mówię to poważnie, ale z uśmiechem – pamiętajmy, że sport, aktywność fizyczna jest najtańszym antydepresantem. Jeśli możemy zrobić coś dla siebie, to zaczniemy od tych podstaw. ■



fot. [pexels.com](https://www.pexels.com)

Zaawansowana praktyka pielęgniarska – przyszłość współczesnej medycyny



**DR HAB. DOROTA KILAŃSKA,
PROF. UCZELNI**
p.o. kierownika Zakładu Pielęgniarstwa
Społecznego i Promocji Zdrowia

W obliczu rosnącego zapotrzebowania na usługi medyczne i deficytu lekarzy kluczowe staje się efektywne wykorzystanie kompetencji całego personelu medycznego. Jednym z rozwiązań jest rozwój **zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej** (*advanced practice nursing, APN*), która od lat z powodzeniem funkcjonuje w krajach anglosaskich, takich jak Irlandia, Kanada czy Stany Zjednoczone.

Dowodem na rosnące zainteresowanie tym modelem w Polsce jest wizyta delegacji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) w Irlandii w dniach 29-30 stycznia, w której miałam przyjemność uczestniczyć jako ekspert NRPiP. Celem wizyty było zapoznanie się z systemem kształcenia i funkcjonowania pielęgniarek APN w Irlandii oraz analiza możliwości wdrożenia tego modelu w Polsce. Niniejsze opracowanie jest efektem tej wizyty i ma na celu przedstawienie korzyści płynących z APN dla lekarzy, pacjentów i pielęgniarek.

Pielęgniarki i położne posiadające kwalifikacje APN stanowią istotne wsparcie dla lekarzy, gdyż przejmują część ich obowiązków, co przekłada się na poprawę jakości opieki, skrócenie czasu oczekiwania na konsultacje i odciążenie systemu ochrony



Na dole od lewej: autorka tekstu, Mariola Łozińska (prezes NRPiP), Jana Gelatiková (Slovak Chamber of Nurses and Midwives), dr Beata Olejnik (NRPiP), dr Andrzej Tytuła (wiceprezes NRPiP); u góry: Tony Fitzpatrick (INMNO, Irlandia), Anna Dudzińska (NRPiP), Vladimír Siska (Słowacja), Anna Janik (wiceprezes NRPiP)

zdrowia. W kontekście polskiego systemu medycznego warto przyrzeć się korzyściom płynącym z wdrożenia tego modelu oraz wymaganiom kształcenia zaawansowanych praktyków pielęgniarstwa.

Korzyści dla lekarzy, pacjentów i pielęgniarek

- 1. Odciążenie lekarzy i poprawa efektywności systemu** – zaawansowane praktyki pielęgniarskie umożliwiają pielęgniarkom przejmowanie diagnostyki, leczenia niektórych schorzeń, ordynowania leków oraz kierowania pacjentów na badania diagnostyczne. Jak wskazuje raport irlandzkiego Health Service Executive (HSE) pt. *National Guideline for Development of Advanced Nursing or Midwifery Practice*, pielęgniarki APN mogą wykonywać obowiązki tradycyjnie przypisane lekarzom, szczególnie w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz leczenia chorób przewlekłych [1]. Badania wykazują, że wprowadzenie APN zmniejsza liczbę niepotrzebnych wizyt lekarskich o 25-30%, co pozwala lekarzom skupić się na bardziej skomplikowanych przypadkach [2]. W Irlandii zaawansowane praktyki pielęgniarskie sprawdziły się zwłaszcza w neurologii, onkologii, geriatrici oraz opiece paliatywnej, gdzie pielęgniarki APN przejmują kontrolę nad leczeniem pacjentów stabilnych, zapewniając jednocześnie ciągłość opieki.
- 2. Poprawa dostępności do świadczeń i satysfakcji pacjentów** – w krajach, które wdrożyły model APN, odnotowano znaczące skrócenie czasu oczekiwania na wizytę, a pacjenci zgłaszali wyższy poziom satysfakcji z udzielanych świadczeń [3]. Pielęgniarki zaawansowanej praktyki są również wysoko oceniane w kontekście empatii, komunikacji i kompleksowej opieki, co ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi.
- 3. Profesjonalizacja zawodu pielęgniarki i nowe ścieżki kariery** – APN to również korzyści dla samych pielęgniarek, które mogą rozwijać swoją karierę w nowych kierunkach, awansując w strukturze systemu ochrony zdrowia. Wprowadzenie zaawansowanej praktyki daje pielęgniarkom większą autonomię w podejmowaniu decyzji klinicznych, a także możliwość uczestniczenia w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych na równych prawach z lekarzami.

System kształcenia i certyfikacja APN

Aby zostać pielęgniarką zaawansowanej praktyki, należy spełnić szereg wymagań edukacyjnych i praktycznych, które różnią się od wymagań obecnego systemu kształcenia pielęgniarek na poziomie magisterskim.



1. **Różnice między kształceniem magisterskim a APN** – obecnie w Polsce pielęgniarki kończą 2-letnie studia magisterskie, które obejmują zarówno nauki podstawowe, jak i kliniczne, lecz nie przygotowują do pełnienia funkcji zbliżonych do kompetencji lekarzy. Tymczasem w krajach takich jak Irlandia czy USA pielęgniarki APN przechodzą dodatkowe, specjalistyczne szkolenia, które obejmują:

- zaawansowaną diagnostykę i terapię (np. interpretację badań obrazowych i laboratoryjnych);
- farmakoterapię i uprawnienia do przepisywania leków;
- kształcenie w zakresie zarządzania opieką i koordynacji leczenia.

W Irlandii program studiów APN obejmuje co najmniej 2-letnie studia podyplomowe na poziomie magisterskim (MSc), zakończone egzaminem państwowym oraz uzyskaniem certyfikacji zawodowej (National Framework for APN Development, HSE).

2. **Egzaminy końcowe i certyfikacja** – proces certyfikacji APN obejmuje:

- zdobycie określonego doświadczenia klinicznego (min. 5 lat pracy w zawodzie, w tym 2 lata na stanowisku specjalistycznym);
- ukończenie akredytowanego programu studiów magisterskich dla APN;
- egzamin państwowy z zakresu zaawansowanej diagnostyki i terapii;
- uzyskanie rejestracji jako *advanced nurse practitioner* (ANP).

Taki system znacząco różni się od tradycyjnego magisterium, które skupia się głównie na podstawach teoretycznych i klinicznych pielęgniarstwa bez zaawansowanej diagnostyki czy farmakoterapii.

APN a specjaliści – kluczowe różnice

W Polsce funkcjonuje już model pielęgniarek specjalistek, jednak nie należy ich mylić z APN. Pielęgniarki specjaliści

uzyskują dodatkowe kwalifikacje w określonej dziedzinie (np. anestezjologii, chirurgii), ale nie posiadają uprawnień do samodzielnego diagnozowania i leczenia.

Pytaniem jest, czy polska medycyna jest gotowa na APN. Wprowadzenie APN w Polsce mogłoby znacząco poprawić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, odciążając lekarzy i zapewniając pacjentom szybszy dostęp do świadczeń. W Irlandii, gdzie APN działa od lat, system ten zyskał uznanie wśród lekarzy i menedżerów ochrony zdrowia.

Obecnie w Polsce trwają dyskusje nad możliwością wdrożenia podobnego modelu. Kluczowym krokiem będzie dostosowanie systemu kształcenia i stworzenie ścieżki certyfikacyjnej dla APN. Dla lekarzy oznacza to nie konkurencję, lecz cenne wsparcie w codziennej pracy, dla pacjentów – szybszą i bardziej kompleksową opiekę, a dla pielęgniarek – nowe możliwości rozwoju zawodowego.

Warto zatem, aby środowisko medyczne otworzyło się na interdyscyplinarne modele współpracy, które w innych krajach przynoszą realne korzyści dla całego systemu ochrony zdrowia. ■

DR HAB. DOROTA KILAŃSKA, PROF. UCZELNI

Bibliografia

1. HSE Ireland. (2023). *National Guideline for Development of Advanced Nursing or Midwifery Practice*.
2. Delamare, M.-L., & Lafortune, G. (2010). *Advanced practice nursing: A new age in healthcare delivery?* OECD Health Working Papers.
3. Kurtzman, E. T., et al. (2017). *The contribution of nurse practitioners to improved patient outcomes and cost savings*. Health Affairs.

Kryterium	Pielęgniarka specjalistyczna	Advanced practice nurse (APN)
Uprawnienia diagnostyczne	Ograniczone	Pełne (np. interpretacja badań, diagnoza)
Możliwość przepisywania leków	Nie	Tak
Decyzyjność kliniczna	Pod nadzorem lekarza	Samodzielna
Wymagania edukacyjne	Kursy specjalistyczne	Studia magisterskie w określonych specjalnościach (osoba dorosła, dziecko, geriatra, <i>unscheduled care</i>) ¹ i certyfikacja

¹ Opieka w trybie pilnym i nieplanowanym może być potrzebna w celu leczenia urazu po wypadku, w przypadku poważnych stanów zagrażających życiu lub mniej poważnych schorzeń, które mogą ulec nasileniu, jeśli nie będą leczone (szczególnie w nocy lub w weekendy, kiedy inne rodzaje usług opieki zdrowotnej nie są dostępne). Więcej informacji na ten temat można znaleźć pod adresem tiny.pl/4-n5b1p2.

Wskaźniki selekcji w GUMed

Analiza liczebności studentów zmieniających tok kształcenia w roku akademickim 2023/2024



PROF. BARTŁOMIEJ CIEŚIELSKI
Centrum Wsparcia Dydaktyki GUMed,
Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki



PROF. AGNIESZKA ZIMMERMANN
Prorektor ds. kształcenia, Zakład Prawa
Medycznego i Farmaceutycznego



DR JAROSŁAW JENDZA
Centrum Wsparcia Dydaktyki GUMed,
Zakład Dydaktyki i Andragogiki UG

Problematyka selekcji w obrębie szkolnictwa wyższego wydaje się być tematem kontrowersyjnym i niezbyt często podejmowanym w analizach dotyczących przebiegu i efektów kształcenia. Taki stan rzeczy może wynikać z faktu, iż na gruncie socjologii edukacji trudno byłoby znaleźć konsensus dotyczący kwestii selekcji – ich definicji oraz roli w funkcjonowaniu systemu edukacji na poziomie akademickim [1]. Dodatkowo sprawę komplikują napięcie pomiędzy perspektywą elitarystyczną i egalitarystyczną [2-4] oraz znaczenie samego zjawiska selekcji, któremu przypisuje się różne funkcje i niekiedy wskazuje na istotne korelacje pomiędzy poziomem selekcji a choćby statusem społeczno-ekonomicznym [5] i/lub kompetencjami kulturowymi osób, które owym selekcjom podlegają [6]. Tym samym czasem poddaje się krytyce rzekomo merytoryczne podłoże selekcjonowania studentów w szkole wyższej [7]. Temat ten nabiera jednak wyjątkowego znaczenia w przypadku uczelni medycznych, które przygotowują do wykonywania zawodów zaufania publicznego, co wiąże się z obowiązkiem wykształcenia absolwentów o odpowiednim poziomie wiedzy i umiejętności oraz wykazujących właściwe postawy społeczne.

Zanim przejdziemy do omówienia zasadniczej części tego artykułu, pragniemy zwrócić uwagę na jeszcze jeden istotny problem. Nawet jeśli przyjmimy, że selekcjonowanie studentów jest niezbędne dla utrzymywania wysokiej jakości kształcenia, to musimy zastanowić się nad relacją pomiędzy selekcją

odbywającą się przed przystąpieniem do studiowania (selekcja do uczelni) a selekcją realizowaną w toku kształcenia w uczelni wyższej (selekcje wewnętrzne). Przykładowo, w sytuacji gdy „sito selekcyjne” do uczelni jest wysokie, być może optymalnym podejściem byłoby utrzymywanie niskiego poziomu selekcji wewnątrz uczelni. I odwrotnie – w sytuacji gdy umożliwiamy studiowanie w uczelni wyższej szerokim grupom osób, być może selekcje wewnętrzne powinny funkcjonować na dość wysokim poziomie.

Na tym etapie warto wspomnieć także o społecznym oczekiwaniu i zapotrzebowaniu na osoby, które wykonują zawody wysokiego zaufania społecznego wymagające wyrafinowanych kompetencji, a do takich należą przecież osoby kształcące się w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Uzasadnienie wprowadzonego w GUMed na początku 2025 r. systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów (w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia) wywodzi się m.in. z *zachodzącego niekorzystnego trendu spadku zainteresowania studiami medycznymi*, o którym czytamy na stronie internetowej naszej Uczelni.

Trend ten może przejawiać się również poprzez zwiększanie się proporcji studentów, których edukacja w GUMed kończy się przedwcześnie, tzn. przed uzyskaniem przez nich końcowego dyplomu. Jedną z metod oceny skali tego zjawiska jest analiza tzw. odsiewu i odpadu (ang. *drop-out*, niezbyt elegancko przetłumaczone na „odpad”, które to pojęcie funkcjonuje w polskojęzycznej literaturze pedagogicznej [8-10]). Niekiedy oba te zjawiska traktuje się łącznie i opisuje za pośrednictwem określenia „niepowodzenia edukacyjnego” [11].

Jak wspomnieliśmy wcześniej, zjawiska te budzą pewne kontrowersje w ocenie przebiegu i ewentualnej skuteczności kształcenia w uczelniach wyższych. Nie ma też jednej, powszechnie przyjętej definicji obu tych zjawisk, a nieliczne publikacje omawiające te zagadnienia posługują się często różniącymi się od siebie ich definicjami [12].

W roku akademickim 2022/2023, z inicjatywy prof. Agnieszki Zimmermann, prorektor ds. kształcenia, w ramach realizacji zadań Centrum Wspierania Dydaktyki został opracowany system zbierania danych o stanie osobowym studentów, który ułatwia analizę skali przypadków przerywania kształcenia przez studentów GUMed przed jego pozytywnym zakończeniem. W systemie tym przyjęto, zgodnie z sugestią Bauman [13], następujące definicje tych dwóch zjawisk:



1. **odsiew (os)** – oznacza liczbę studentów nieterminowo realizujących cykl kształcenia, pozostających w procesie dydaktycznym mimo powtarzania roku, urlopu, zmiany kierunku studiów czy przeniesienia na inną uczelnię w danym roku akademickim lub po jego zakończeniu. Są to osoby, które pozostają w systemie edukacji uniwersyteckiej, choć zmieniają cykl kształcenia (np. repetując rok, przechodząc na urlop) lub kierunek (np. przechodząc z farmacji na kierunek lekarsko-dentystyczny itp.). Wskaźnik odsiewu obejmuje zatem studentów, którzy:

- powtarzają dany rok z powodu niezaliczenia przedmiotów w roku 2023/2024,
- uzyskali urlop jako studenci roku 2023/2024,
- zostali zawieszeni czasowo (np. dyscyplinarnie),
- zmienili kierunek studiów,
- przenieśli się do innej uczelni.

2. **odpad (op)** – oznacza liczbę studentów odchodzących w danym roku akademickim lub po jego zakończeniu z procesu dydaktycznego w systemie edukacji uniwersyteckiej (ewentualne późniejsze wznowienie studiów w GUMed lub podjęcie studiów na innej uczelni nie jest brane pod uwagę w ustalaniu skali odpadu). Wskaźnik odpadu obejmuje zatem studentów, którzy:

- zostali skreśleni z listy studentów GUMed w roku akademickim 2023/2024 lub po jego zakończeniu z powodu niespełnienia warunków promocji, tj. niezaliczenia przedmiotów w roku 2023/2024, lub nie wnieśli wymaganej opłaty albo też zostali ukarani dyscyplinarnie itp.,
- zrezygnowali ze studiów w GUMed w roku akademickim 2023/2024 lub po jego zakończeniu (nie zostali wpisani na listę studentów następnego roku, czyli roku 2024/2025).

Ujmując rzecz w skrócie, powyższe definicje dzielą studentów kończących przedwcześnie studia **w danym roku akademickim lub po jego zakończeniu** na wybranym przez siebie podczas rekrutacji kierunku na tych, którzy będą dalej studiować, ale gdzieś indziej lub z innym rocznikiem (to wskaźnik odsiewu), i tych, którzy zakończą studiowanie powiązane w jakikolwiek sposób z nauką w GUMed (to wskaźnik odpadu). Jako że nie zbieramy dokładnych informacji o losach studentów, którzy opuścili mury GUMed, kwestia ta nie jest przez nas analizowana.

W badaniach wskaźnika odsiewu i odpadu na przestrzeni lat ważne jest określenie, czy analizujemy dane z jednego roku akademickiego, np. odnośnie do studentów sześciu roczników (na różnych latach studiów) na kierunku lekarskim w roku 2023/2024 – wtedy mamy do czynienia z grupami różnych osób i, co niewykluczone, z grupami (rocznikami) realizującymi studia według różnych programów (np. z powodu zmian narzuconych przez nowe rozporządzenia ministerialne o standardach kształcenia), czy też analiza dotyczy jednego rocznika (czyli mniej więcej tej samej osobowo grupy studentów) na przestrzeni kolejnych lat ich studiowania. W tym drugim przypadku ustalamy wskaźniki np. dla cyklu sześciolletniego od roku akademickiego 2022/2023 do 2028/2029. Wówczas studenci realizują (albo powinni realizować) jeden, wewnętrznie

spójny program nauczania, ustalony już w momencie rozpoczęcia cyklu kształcenia, gdyż istotne zmiany wprowadzane do programu, np. zmiany w zakresie standardów, z reguły wchodzą w życie z początkiem nowego cyklu kształcenia.

Jak widać z tego rozgraniczenia, obie metody analizy mogą przedstawić nieco odmienne obrazy różnic odpadu i odsiewu nie tylko pomiędzy różnymi kierunkami studiów (co oczywiste), ale i w obrębie jednego kierunku. Która z nich prowadzi do istotniejszych, ciekawszych, bardziej praktycznych wniosków?

Trudno jednoznacznie stwierdzić – dane z jednego roku akademickiego pozwalają uchwycić stan niejako migawkowo i statycznie, natomiast dane dla całego cyklu pozwalają na analizę zmian zachodzących w czasie dla tej samej (w przybliżeniu) grupy studentów. Zmiany te nie wynikają z różnicy wymagań rekrutacyjnych dla różnych roczników, które mogą być np. efektem różnicy kompetencji osób przyjętych na studia, czy też ze zmian w planie lub programie studiów (np. przeniesienia przedmiotów między latami studiów w różnych cyklach).

W niniejszym raporcie przedstawiamy skrótowo dane odnośnie do studentów w roku akademickim 2023/2024. Na dane opisujące odsiew i odpad na przestrzeni całego cyklu kształcenia musimy poczekać – obecnie dysponujemy dopiero danymi dla pierwszych dwóch lat cyklu zaczynającego się w roku akademickim 2022/2023.

Przyjrzyjmy się najpierw danym ogólnym dla całej Uczelni. Tabela 1 przedstawia liczbę studentów w kategoriach odsiewu i odpadu z podziałem na poszczególne wydziały i lata.

Kolejna tabela (Tabela 2) pokazuje te dane w postaci udziału procentowego parametrów odsiewu i odpadu w stosunku do wszystkich studentów GUMed na danym roku, którzy podjęli studia w październiku 2023 r. (dane te nie uwzględniają osób, które z sukcesem przeszły rekrutację w naszej Uczelni, jednak z różnych względów nie podjęły studiów w GUMed).

Podsumowując dane tabelaryczne – roku akademickiego 2023/2024 nie ukończyło z pozytywnym wynikiem, zmieniło kierunek studiów lub opuściło GUMed łącznie 567 studentów (ok. 8,5%), wśród nich 294 (4,4%) zaliczono do odsiewu, a 273 (4,1%) do odpadu. Procentowo najmniej studentów z problemami niepozwalającymi zaliczyć roku studiowało na Wydziale Lekarskim (WL). Suma odsiewu i odpadu (os + op) na wszystkich latach WL wynosiła 4,6%, dla Wydziału Farmaceutycznego (WF) wskaźnik ten był około dwukrotnie wyższy (10,3%) i około trzykrotnie wyższy (14,8%) dla Wydziału Nauk o Zdrowiu (WNoZ).

W pobieżnej, orientacyjnej analizie danych łatwiej o wnioski „na oko”, czyli wyciągane w oparciu o graficzną reprezentację danych. W związku z tym odsiew i odpad dla poszczególnych wydziałów i z podziałem na lata studiów przedstawiamy dalej także w formie graficznej (Wykres 1).



Tabela 1. Liczby studentów w kategoriach odpadu i odsiewu z podziałem na lata i wydziały | źródło – oprac. własne

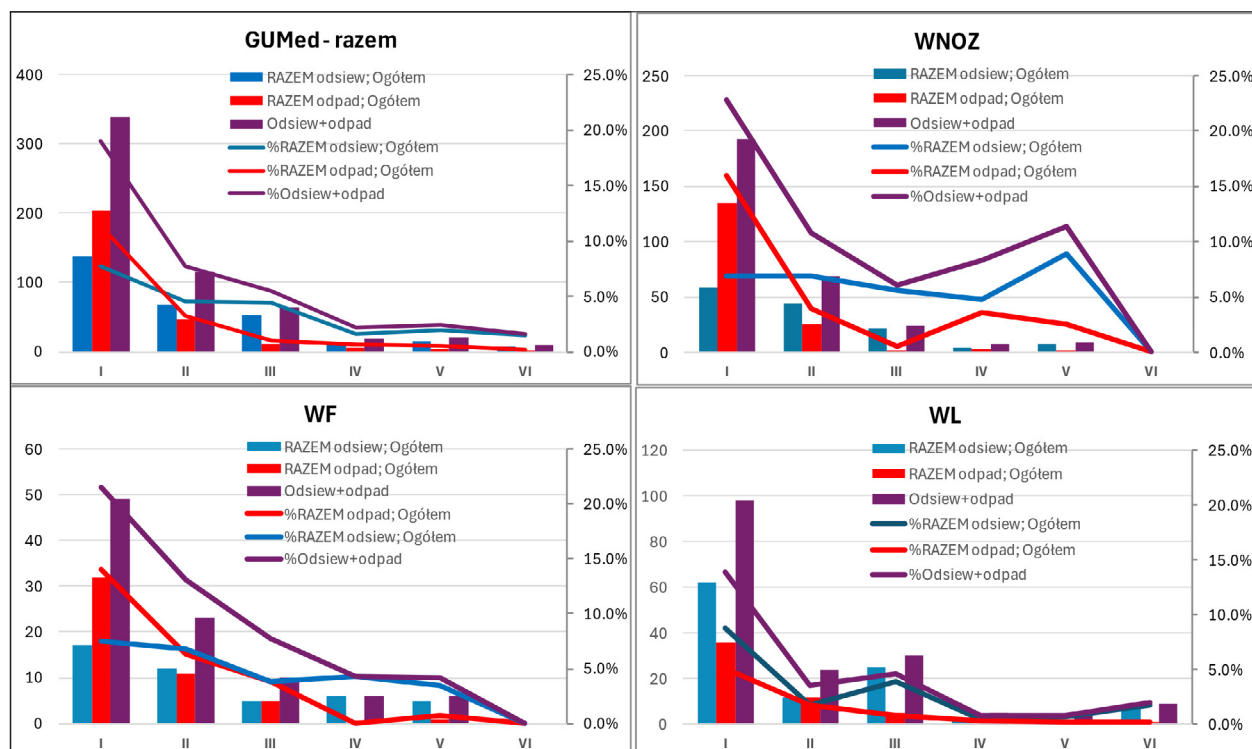
	Rok studiów	I	II	III	IV	V	VI	Razem
UCZELNIA	Liczba studentów	1 782	1 492	1 171	829	814	555	6 643
	Odsiew	137	68	52	13	16	8	294
	Odpad	203	48	12	5	4	1	273
	Odsiew + odpad	340	116	64	18	20	9	567
WNoZ	Liczba studentów	846	643	394	84	79	0	2 046
	Odsiew	58	44	22	4	7	0	135
	Odpad	135	25	2	3	2	0	167
	Odsiew + odpad	193	69	24	7	9	0	302
WF	Liczba studentów	228	176	130	141	143	92	910
	Odsiew	17	12	5	6	5	0	45
	Odpad	32	11	5	0	1	0	49
	Odsiew + odpad	49	23	10	6	6	0	94
WL	Liczba studentów	708	673	647	604	592	463	3 687
	Odsiew	62	12	25	3	4	8	114
	Odpad	36	12	5	2	1	1	57
	Odsiew + odpad	98	24	30	5	5	9	171

Tabela 2. Udział parametrów odpadu i odsiewu z podziałem na lata i wydziały | źródło – oprac. własne

	Rok studiów	I	II	III	IV	V	VI	Razem
UCZELNIA	Liczba studentów (w %)	26,8	22,5	17,6	12,5	12,3	8,4	100,0
	Odsiew (w %)	7,7	4,6	4,4	1,6	2,0	1,4	4,4
	Odpad (w %)	11,4	3,2	1,0	0,6	0,5	0,2	4,1
	Odsiew + odpad (w %)	19,1	7,8	5,5	2,2	2,5	1,6	8,5
WNoZ	Liczba studentów (w %)	12,7	9,7	5,9	1,3	1,2		30,8
	Odsiew (w %)	6,9	6,8	5,6	4,8	8,9		6,6
	Odpad (w %)	16,0	3,9	0,5	3,6	2,5		8,2
	Odsiew + odpad (w %)	22,8	10,7	6,1	8,3	11,4		14,8
WF	Liczba studentów (w %)	3,4	2,6	2,0	2,1	2,2	1,4	13,7
	Odsiew (w %)	7,5	6,8	3,8	4,3	3,5	0,0	4,9
	Odpad (w %)	14,0	6,3	3,8	0,0	0,7	0,0	5,4
	Odsiew + odpad (w %)	21,5	13,1	7,7	4,3	4,2	0,0	10,3
WL	Liczba studentów (w %)	10,7	10,1	9,7	9,1	8,9	7,0	55,5
	Odsiew (w %)	8,8	1,8	3,9	0,5	0,7	1,7	3,1
	Odpad (w %)	5,1	1,8	0,8	0,3	0,2	0,2	1,5
	Odsiew + odpad (w %)	13,8	3,6	4,6	0,8	0,8	1,9	4,6



Wykres 1. Odsiew i odpad dla poszczególnych wydziałów i z podziałem na lata studiów | źródło – oprac. własne



Ponieważ na różnych wydziałach, kierunkach i latach studiów liczba studentów różni się znacznie, dane procentowe (linie ciągłe) lepiej niż bezwzględne dane liczbowe (słupki) charakteryzują różnice skali odsiewu i odpadu między wydziałami i ich zmienność na poszczególnych latach.

Wnioskiem wspólnym wynikającym z czterech przedstawionych wykresów jest to, że najwyższe wartości odsiewu i odpadu (zarówno w sensie bezwzględnym, jak i procentowo) występują na I roku – w całej Uczelni **340 studentów pierwszego roku przestaje kontynuować naukę w trybie wybranym podczas rekrutacji** (w danym cyklu, na wybranym kierunku lub uczelni). Stanowi to ok. 5% (z czego ok. 2% to odsiew, a ok. 3% odpad) wszystkich studentów Uczelni.

Procentowe udziały odsiewu i odpadu na I roku na każdym z wydziałów są znacznie wyższe. Wynoszą dla odsiewu, odpadu i łącznie odpowiednio: 6,9%, 16,0% i 22,8% dla WNoZ, 7,5%, 14,0% i 21,5% dla WF oraz 8,8%, 5,1% i 13,8% dla WL.

Jak widać, wartości te dla WNoZ i WF są zbliżone; dla WL pierwszoroczny odsiew jest większy, lecz odpad i jego suma z odsiewem wyraźnie niższe niż dla WNoZ i WF. Całkowity odpad dla wszystkich roczników na WL (1,5%) jest kilkakrotnie mniejszy niż całkowity odpad na WF (5,4%) i WNoZ (8,2%).

Co więcej, odpad na I roku WL jest wyraźnie mniejszy od odsiewu, natomiast na WNoZ i WF odpad jest wyraźnie (ok. dwukrotnie) wyższy niż odsiew. Świadczyć to może o większej determinacji studentów WL do ukończenia studiów

na wybranym kierunku niż studentów WF i WNoZ, którzy znacznie częściej odchodzą pod wpływem niepowodzeń w nauce czy po prostu zmieniają swoje plany zawodowe.

Przedstawione wyżej dane zbiorcze nie pozwalają wyciągnąć wielu więcej uzasadnionych wniosków. Z pewnością więcej konkluzji, trafniej podsumowujących skalę odsiewu i odpadu, można uzyskać z analizy bardziej szczegółowych danych dla poszczególnych kierunków, które również zostały zebrane. Taką szczegółową i pogłębioną analizę można jednak przeprowadzić, gdy posiada się więcej wiedzy o specyfice kierunków (rozkładzie przedmiotów między poszczególne lata studiów, stopniu ich trudności/zdawalności, organizacji dydaktyki), czyli wiedzy, którą dysponują władze poszczególnych wydziałów, kierownicy kierunków, a także opiekunowie lat, będący bliżej studentów i studentek i niekiedy mający informacje dotyczące powodów podejmowanych przez nich decyzji.

Celem tej publikacji jest ogólne, ilościowe przedstawienie zjawiska odsiewu i odpadu oraz głównych trendów zauważalnych w ich ogólnej analizie. Trudno bowiem wyłącznie na podstawie posiadanych danych liczbowych stworzyć bardzo szczegółowy opis, uwzględniający np. czynniki wpływające na motywację i decyzje studiujących. Tylko niewielką część szczegółów opisujących problem pokazują zamieszczone dalej wykresy proporcji osób, które doświadczają niepowodzeń edukacyjnych, opracowane dla kolejnych roczników i poszczególnych kierunków.

Jednakże nawet pobieżna analiza wskaźnika os + op pokazuje, że proporcje studentów z niepowodzeniami edukacyjnymi na



I roku kilku kierunków znacznie przewyższają przedstawione wyżej wartości uśrednione dla całych wydziałów, np. na WL jest tak na kierunkach lekarskim ED i technikach dentystycznych, na WF na kierunku farmacja ED, na WNoZ na kierunkach zdrowie publiczne, pielęgniarstwo ED, zdrowie środowiskowe, zdrowie publiczne – zarządzanie w systemie zdrowia, zdrowie środowiskowe i BHP, ratownictwo medyczne oraz dietetyka I stopnia. Dla tych kierunków studentki i studenci I roku doświadczający niepowodzeń edukacyjnych stanowią od 30% aż do 65% ogółu rozpoczynających studia; dla wszystkich tych kierunków (poza lekarskim ED, technikami dentystycznymi i zdrowiem środowiskowym i BHP) większość z tej grupy studiujących opuszcza Uczelnię (stanowi o tym wskaźnik odpadu).

Można przypuszczać, że podjęcie nauki na kierunkach z wysokim pierwszorocznym odpadem nie zawsze bywa podyktowane pragnieniem uzyskania właśnie tego, kierunkowego zawodu (ratownika, specjalisty od zdrowia środowiskowego i in.), a wynika np. z niepowodzenia w rekrutacji na upragniony kierunek i, w konsekwencji, podjęcia studiów na innym, aktualnie dostępnym kierunku. Takie osoby traktują aktualnie wybrany kierunek jako przejściowy i czekają na kolejną rundę rekrutacji.

Intrygującym wyjątkiem od zaobserwowanej ogólnej tendencji są prowadzone na WNoZ kierunki ratownictwo i dietetyka II stopnia, na których analizowany wskaźnik os + op jest najwyższy na II roku (odpowiednio 41% i 50%).

W analizie względnych wartości odpadu i odsiewu i w wyciąganiu z niej wniosków należy brać pod uwagę całkowite liczby

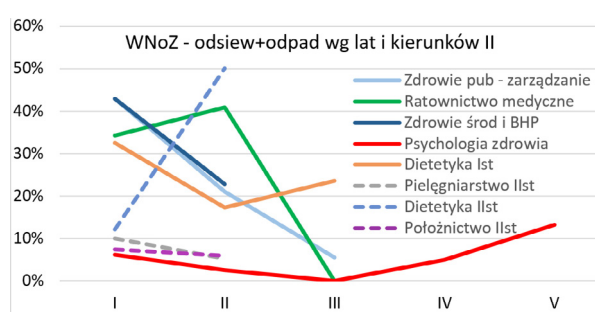
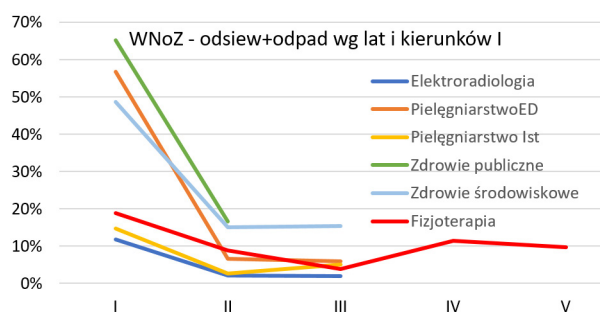
studentów i studentek w analizowanych grupach. Przy małej liczebności zmniejszenie stanu o 1 osobę (np. przypadki losowe, jak choćby dłuższa choroba uniemożliwiająca zaliczenie, przejściowa utrata finansowania itp.), mimo że zmienia wskaźnik aż o kilkanaście lub kilkadziesiąt procent, nie jest jednak podstawą do wnioskowania o występowaniu ogólnej prawidłowości. Tak jest na III i IV roku farmacji ED, liczących odpowiednio 8 i 2 studentów, gdzie po odsiewie odpowiednio 3 i 1 osoby wskaźnik op + os poszybował do 38% i 50%.

Jak wzmiankowaliśmy na początku tekstu, zjawisk odsiewu i odpadu nie można uznać jednoznacznie za negatywnie lub pozytywnie wpływające na proces kształcenia i jego efekty. Stąd też trudno mówić o tym, że selekcje należałoby wyeliminować, ponieważ przysparzają studentom problemów. Potwierdza to analiza procesów odpadu i odsiewu z punktu widzenia krytycznego, radykalnego paradygmatu nauk o edukacji wyższej [14-16]. Wytrwałość w dążeniu do celu jest dobrą cechą, ale czy zawsze najsmądzejszym i najlepszym wyborem jest trzymanie się raz obranej drogi tylko dlatego, że już się ją podjęło? Za wszelką cenę? To pytanie staje się ważne zwłaszcza w obliczu podejmowania decyzji o wykonywaniu zawodu medycznego, do którego trzeba mieć predyspozycje, a także poczucie powołania.

Opiekunom i nauczycielom zdarza się doradzać studentom, którzy nie zdali egzaminów, aby zdecydowali się na powtarzanie roku i/lub wzięcie urlopu z realizacją tylko kilku przedmiotów (czyli wpadnięcie tym samym do kategorii odsiewu), a nie ubiegali się o wpis warunkowy na następny rok. Ta druga

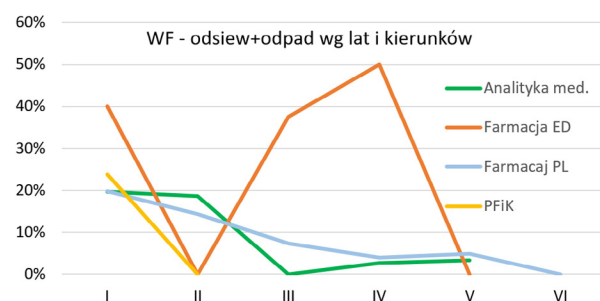


Wykres 2. Odsiew i odpad według lat i kierunków na WNoZ | źródło – oprac. własne



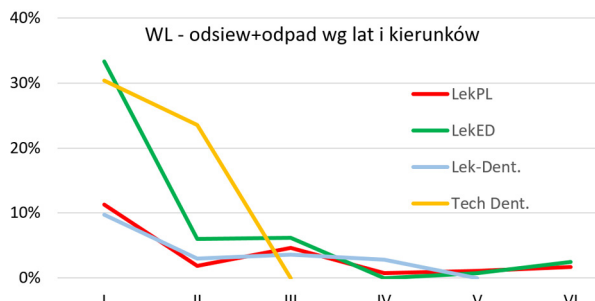
Wykres 3. Odsiew i odpad według lat i kierunków na WF

źródło – oprac. własne



Wykres 4. Odsiew i odpad według lat i kierunków na WL

źródło – oprac. własne



możliwość skutkuje bowiem spiętrzeniem zajęć oraz obciążającym psychicznie i fizycznie stresem, co nie wróży sukcesu na kolejnym roku, nie mówiąc już o jej negatywnym wpływie na zdrowie psychiczne i jakość codziennego życia.

Opóźnienie w zakończeniu procesu studiowania nie musi zawsze oznaczać porażki edukacyjnej. Niektórzy studenci w pewnych okolicznościach życiowych potrzebują więcej czasu, by doświadczyć głębokiego studiowania i – mówiąc językiem technologii kształcenia – osiągnąć zakładane efekty kształcenia.

Na pewno wprowadzenie działań bezwzględnie redukujących skalę odsiewu i odpadu nie byłoby słusznym podejściem Uczelni do problemów kontynuacji nauki, jakie pojawiają się u relatywnie niewielkiej grupy studentów. System gwarantujący wszystkim zrekrutowanym studentom odebranie końcowego dyplomu spowodowałby, że część z absolwentów nie osiągnęłaby wymaganego poziomu wykształcenia. A to byłoby gwarancją niepowodzenia systemu ochrony zdrowia, dla którego podstawą są wiedza i umiejętności personelu. Czy należy brać pod uwagę obniżenie wymagań i kryteriów egzaminacyjnych, co poprawiłoby liczbowo tzw. sprawność nauczania? Absolutnie nie. Celem nadrzędnym jest realizacja edukacji na wysokim poziomie, dbałość o tworzenie warunków, w których rozwija się wiedzę i umiejętności, oraz wydatanie przyczynianie się do nabywania przez absolwentów kompetencji, których gwarantem ma być uzyskany dyplom.

Dlatego wszelkie ewentualne działania mające na celu zmniejszenie wskaźnika odsiewu i odpadu nie powinny negatywnie wpływać na poziom wykształcenia absolwentów opuszczających Uczelnię i ich przygotowanie do zawodu.

Zbierane dane mogą nas jednak skłaniać do refleksji nad sposobami i zasadami prowadzenia rekrutacji na niektórych kierunkach. Celem jest to, by ich wybór był podyktowany faktyczną chęcią studiowania na danym kierunku, a nie tylko przeczekania czy uzyskania fikcyjnego statusu studenta będącego podstawą do uzyskania ulg (np. zwolnienia studenta pracującego ze składki ZUS).

Warto przy okazji wskazać także na problem obserwowany na poziomie szkół średnich, z którego konsekwencjami mierzymy się w Uczelni. Otóż jest nim brak profesjonalnego systemu doradztwa zawodowego w szkołach, co powoduje, że uczniowie nie są wspomagani w wyborze kierunku studiów adekwatnego do ich predyspozycji.

Czy można uzyskać poprawę sprawności nauczania bez utraty jakości kształcenia? Oto jest pytanie najwyższej wagi, które jednak wymaga pogłębionych badań, wykraczających poza ramy prezentowanego tu opracowania. Niemniej jednak przy próbie odpowiedzi na pytanie „czy?” i wynikające z niego pytanie „jak?” pierwszym krokiem jest bezsprzecznie poznanie różnorodnych aspektów zjawiska selekcji, wyjście poza bezdyskusyjne przyjmowanie podejścia – czy to elitarystycznego, czy egalitarystycznego – i nade wszystko uświadomienie sobie skali

zjawiska odsiewu i odpadu, które dla GUMed w roku akademickim 2023/2024 w skrócie przedstawia ten artykuł. ■

PROF. BARTŁOMIEJ CIESIELSKI
PROF. AGNIESZKA ZIMMERMANN
DR JAROSŁAW JENDZA

Bibliografia

1. Bornowska, K., Jendza, J., & Zamojski, P. (2009). Ambivalencja selekcji w szkole wyższej – raport z badań. (Na przykładzie kwestii jakości kształcenia pedagogów). *Problemy Wczesnej Edukacji*, 5(9 (1)), 119-137.
2. Zamojski, P. (2009). Cynizm i donkiszoteria: etyczne konteksty masowego kształcenia w szkole wyższej. *Tęrażniejszość – Człowiek – Edukacja*, 4(48), 129-139.
3. Gmerek, T. (2011). Selekcje szkolne, strukturalna segmentacja i nierówności społeczne w Anglii. *Forum Socjologiczne*, 2, 219-240.
4. Borowicz, R. (1976). Ekologiczne aspekty selekcji w szkole wyższej. *Acta Universitatis Nicolai Copernici. Nauki Humanistyczno-Społeczne. Socjologia Wychowania*, 1, 99-116.
5. Naidoo, R. (2004). Fields and institutional strategy: Bourdieu on the relationship between higher education, inequality and society. *British Journal of Sociology of Education*, 25(4), 457-471.
6. Bernstein, B. (1962). Social class, linguistic codes and grammatical elements. *Language and Speech*, 5(4), 221-240.
7. Meighan, R., & Harber, C. (2007). *A sociology of educating*. Bloomsbury Publishing.
8. Smużewska, M., Wasilewski, K., & Antonowicz, D. (2015). Niepowodzenia w studiowaniu z perspektywy uczelni i studentów. *Edukacja*, 4(135), 130-146.
9. Rokicka, E. (1981). Charakterystyka zjawiska odpadu i odsiewu na kierunku ekonomiki przemysłu Uniwersytetu Łódzkiego w latach 1969/1970-1975/1976. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica*, 2, 77-93.
10. Rosalska, M. (2019). Kompetencje akademickie w profilaktyce niepowodzeń edukacyjnych studentów. *Dyskursy Młodych Andragogów/Adult Education Discourses*, 20, 241-249.
11. Madalińska-Michalak, J. (2014). Zjawisko przedwczesnego kończenia nauki i jego ograniczanie. *Edukacja Dorosłych*, 2(71), 131-146.
12. Bauman, T. (2001). *Uniwersytet wobec zmian społeczno-kulturowych: casus Uniwersytetu Gdańskiego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego: Fundacja Rozwoju UG.
13. Bauman, T. (2011). *Proces kształcenia w uniwersytecie w perspektywie potrzeb nauczycieli akademickich i oczekiwań studentów. Raport z badań*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
14. Szwabowski, O. (2014). *Uniwersytet – fabryka – maszyna: uniwersytet w perspektywie radykalnej*. Instytut Wydawniczy Książka i Prasa.
15. Chutorński, M. (2015). Uniwersytet to bardzo wiele różnych rzeczy... *Pedagogika Szkoły Wyższej*, 17, 46-58.
16. Cowden, S., & Singh, G. (2013). *Acts of knowing: Critical pedagogy in, against and beyond the university*. Bloomsbury Publishing.

Światowy Dzień Otyłości



Światowy Dzień Otyłości to międzynarodowa inicjatywa, obchodzona corocznie 4 marca, mająca na celu zwiększenie świadomości społecznej na temat choroby otyłościowej – jej przyczyn, skutków oraz skutecznych metod zapobiegania i leczenia. Z tej okazji w dniach 4-5 marca w Sejmie RP miała miejsce Konferencja *Bądźmy ZDROWI – Zdrowie, Dieta, Ruch, Odpowiedzialność, Wiedza, Inspiracja*, objęta patronatem wicemarszałek Sejmu **Moniki Wielichowskiej**, w której wzięli udział reprezentanci Katedry Żywienia Klinicznego, a także rektor GUMed **prof. Michał Markuszewski** oraz **dr hab. Łukasz Balwicki, prof. uczelni**, kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej. Wydarzenie zostało zorganizowane w ramach kampanii społecznej #nabieraMYodwagi.

Dlaczego to ważne?

Otyłość jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych XXI w. Według Światowej Organizacji Zdrowia liczba osób z nadmierną masą ciała nieustannie rośnie, prowadząc do szeregu poważnych chorób, takich jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie, choroby serca czy nowotwory. W Polsce szczególnie ważne jest podjęcie działań w zakresie wprowadzania skutecznych strategii zapobiegania i leczenia choroby otyłościowej u dzieci, gdyż według badań polskie dzieci tyją najszybciej w Europie – obecnie co trzecie dziecko ma nadwagę lub otyłość.

Światowy Dzień Otyłości ma na celu: (1) zwiększenie świadomości społecznej na temat konsekwencji otyłości, (2) promowanie zdrowego stylu życia opartego na zbilansowanej diecie i aktywności fizycznej, (3) zwalczanie mitów i przeciwdziałanie stygmatyzacji osób zmagających się z nadwagą, (4) zachęcanie do podejmowania systemowych działań w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości.

W Sejmie RP powstał parlamentarny zespół ds. zdrowego stylu życia i przeciwdziałania nadwadze i otyłości, który aktywnie wspiera szereg inicjatyw prozdrowotnych. Bardzo istotnym elementem polityki prozdrowotnej jest wypracowanie skutecznych rekomendacji dotyczących profilaktyki i leczenia otyłości oraz analiza działań edukacyjnych, które mogą przyczynić się do zmiany nawyków zdrowotnych w społeczeństwie.

Podczas konferencji *Bądźmy ZDROWI*, zorganizowanej we współpracy z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu, zostało poruszonych sześć kluczowych aspektów walki z otyłością, zawartych w akronimie ZDROWI:

- **Zdrowie** – podkreślenie roli zdrowia publicznego i działań mających na celu poprawę kondycji zdrowotnej dzieci i młodzieży,
- **Dieta** – znaczenie zbilansowanego odżywiania jako fundamentu zdrowego stylu życia,
- **Ruch** – promowanie aktywności fizycznej jako kluczowego elementu w walce z otyłością,
- **Odpowiedzialność** – wspólna odpowiedzialność społeczeństwa, instytucji i rodziców za kształtowanie zdrowych nawyków u dzieci,
- **Wiedza** – edukacja jako narzędzie zwiększania świadomości na temat skutków otyłości,
- **Inspiracja** – promowanie dobrych praktyk i wzorców do naśladowania w zakresie zdrowego stylu życia.

W drugim dniu wydarzenia w gmachu głównym Sejmu miało miejsce otwarcie wystawy pt. *Nie oceniaj mnie! To nie moja wina. #Choruję na otyłość*, którą zorganizowała Fundacja na rzecz Leczenia Otyłości, a także rozgrzewka sportowa dla parlamentarzystów, którą poprowadził 4-krotny mistrz olimpijski Robert Korzeniowski. ■

PROF. SYLWIA MAŁGORZEWICZ
Kierownik Katedry Żywienia Klinicznego

Nasi radiolodzy w Brukseli i Wiedniu

6 lutego w Brukseli odbyło się spotkanie konsorcjum europejskiej inicjatywy na rzecz obrazowania nowotworów (w ramach projektu EUCAIM), na które stawilo się ok. 160 ekspertów z obszaru polityki, nauki, opieki zdrowotnej i przemysłu. Koordynatorem wydarzenia był **prof. Luis Marti-Bonmati**, dyrektor Oddziału Klinicznego Obrazowania Medycznego w Szpitalu Politechnicznym i Uniwersyteckim La Fe oraz kierownik Oddziału Radiologii w szpitalu Quiron Salud w Walencji. Nasz Uniwersytet reprezentował **dr Maciej Bobowicz** z II Zakładu Radiologii.

Podczas spotkania podsumowano ostatnie dwa lata funkcjonowania projektu oraz wyznaczono kierunki dalszych działań zmierzających do budowania pionierskiej, ogólnoeuropejskiej, federacyjnej infrastruktury umożliwiającej prowadzenie badań naukowych w zakresie diagnostyki obrazowej. Infrastruktura ta pozwoli na łatwiejsze udostępnianie danych medycznych badaczom, co sprzyjać będzie rozwojowi diagnostyki i leczenia raka.

W trakcie spotkania zdefiniowano kluczowe kamienie milowe projektu EUCAIM: (1) uruchomienie platformy *Cancer Image*



Europe z ośmioma podstawowymi usługami; (2) zgromadzenie ponad 300 tys. serii obrazów od ponad 47 tys. pacjentów; (3) uruchomienie dwóch bezpiecznych środowisk przetwarzania danych oraz wprowadzenie 40 narzędzi związanych z procesem ich przygotowywania i trzech demonstratorów przetwarzania federacyjnego; (4) wdrożenie wspólnego modelu danych i hiperontologii dla siedmiu typów nowotworów; (5) zaangażowanie w projekt ponad 80 użytkowników oraz (6) nawiązanie współpracy z 11 państwami członkowskimi w ramach przyszłego programu europejskich konsorcjów na rzecz infrastruktury cyfrowej (EDIC), a także nowych partnerstw. Warto dodać, że do konsorcjum dołączyło do tej pory 19 członków.

W Brukseli spotkali się nie tylko przedstawiciele konsorcjum EDIC, ale też reprezentanci Komisji Europejskiej, projektu EUCAIM oraz Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego. Przedstawiciele tych trzech podmiotów dyskutowali na temat wykorzystywania przez europejską inicjatywę na rzecz obrazowania nowotworów danych medycznych i sztucznej inteligencji do wspierania walki z rakiem. W tym trójstronnym spotkaniu GUMed ponownie reprezentował dr Maciej Bobowicz.

Z kolei od 26 lutego do 2 marca w Wiedniu odbywał się Europejski Kongres Radiologiczny (European Congress of Radiology, ECR), który był dla pracowników II Zakładu Radiologii wyjątkową okazją do przedstawienia innowacyjnych badań, nawiązania międzynarodowych kontaktów i wymiany doświadczeń, także w kwestii europejskich projektów, w które zaangażowana jest nasza Uczelnia. W centrum uwagi uczestników ECR, przebiegającego pod hasłem *Planet Radiology*, znalazły się też zagadnienia zachęcające do refleksji nad tym, w jaki sposób radiologia wpływa na świat, w którym żyjemy.

Kongres rozpoczął się warsztatami zorganizowanymi w ramach projektu *EuCanImage*. Podczas pierwszej sesji odbyły się liczne wykłady na temat samego projektu, zaawansowanych technik integracji danych klinicznych i innych innowacyjnych narzędzi. Druga sesja miała charakter praktyczny. Zaprezentowano podczas niej *case studies* oraz narzędzia związane z testami

in silico. Warsztaty prowadził dr Maciej Bobowicz wraz z innymi członkami projektu, m.in. **prof. Katrine Riklund** (Umeå, Szwecja) oraz **Marcelem Koekiem** i **Stefanem Kleinem** (Rotterdam, Niemcy).

Prof. Edyta Szurowska, kierownik II Zakładu Radiologii i prezes Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, spotkała się podczas kongresu z przedstawicielami wielu europejskich organizacji radiologicznych, co miało na celu wzmocnienie współpracy między europejskimi ośrodkami i dalszy rozwój radiologii w Polsce. Jedno ze spotkań dotyczyło egzaminu specjalizacyjnego European Diploma in Radiology (EDiR). Nawiązano również kontakt z The European Federation of Radiographer Societies (EFRS).

Dr Bobowicz podczas prezentacji ustnej zaprezentował dwa zagadnienia. Pierwsze dotyczyło oceny gęstości piersi metodami sztucznej inteligencji, drugim był zaś projekt ADMED-VOICE, czyli narzędzie do automatycznego raportowania strukturalnego w trakcie badania ultrasonograficznego piersi przy użyciu rozpoznawania głosu i dużych modeli językowych (ang. *large language model*, LLM). Badacz GUMed zaprezentował ponadto dwa plakaty. Pierwszy dotyczył problemu błędnej klasyfikacji BI-RADS 4A-C u pacjentek spoza wieku przesiewowego, wpływu gęstości piersi na diagnostykę oraz konsekwencji klinicznych. Drugi natomiast był związany z oceną odporności i solidności (ang. *robustness*) AI w analizie MRI piersi, prowadzonej w celu poprawy diagnostyki raka.

Dr inż. Joanna Bidzińska, koordynator pilotażowego krajowego programu skriningu raka płuca, przedstawiła wykład podsumowujący wyniki z makroregionu północnego, w którym ośrodkiem wiodącym było UCK. Jest to szczególnie istotne z uwagi na plany wprowadzenia populacyjnego skriningu raka płuca w Polsce. Dr inż. Bidzińska udzieliła również wywiadu na temat skriningu raka płuca publicznej telewizji austriackiej ORF.

Ponadto zespół pielęgniarско-elektrodiagnostyczny w składzie: **lic. Bartosz Rowiński**, **mgr Joanna Cydejko** i **mgr Paulina Mika** przedstawił wykład dotyczący badań MRI dzieci z wykorzystaniem inkubatora przeznaczonego do badań w polu magnetycznym. **Dr inż. Agnieszka Sabisz** i **lic. Justyna Omernik** zapoznały się natomiast z najnowszą ofertą firm oferujących nowoczesną aparaturę radiologiczną oraz aplikacje wykorzystujące sztuczną inteligencję.

Kongres ECR 2025 po raz kolejny potwierdził silną pozycję Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na europejskiej scenie radiologicznej. Aktywny udział pracowników II Zakładu Radiologii nie tylko podkreślił ich zaangażowanie w rozwój nowoczesnej diagnostyki obrazowej, ale także ich wkład w opracowywanie innowacyjnych technologii, które kształtują przyszłość radiologii. ■

oprac. **DR N. CHEM. INŻ. MICHAŁ KOSNO**
II Zakład Radiologii



Obrazy w Brukseli | fot. archiwum prywatne

Sukces studentów na konferencji w Toruniu

Studentki i studenci kierunku lekarskiego pod opieką **lek. Adama Grzeczki** z Kliniki Ginekologii i Położnictwa UCK, szpitala GUMed, w dniach 20-22 lutego wzięli udział w XIII Ogólnopolskim Spotkaniu Ginekologów i Położników w Toruniu. Komisja konkursowa przyznała pierwsze miejsce wszystkim pracom opisującym przypadki medyczne, które przygotowali reprezentanci GUMed.



W Toruniu swoje prace zaprezentowali: **Zuzanna Kreihs** z IV roku (*Przetrawały przewód żółtkowo-pepkowy – rzadka wada rozwojowa u noworodka z prenatalnym podejrzeniem trisomii 21. pary chromosomów*),

Adrianna Jażdżewska i **Agata Konkol** z III roku (*Rzadkie powikłanie u płodu: smółkowe zapalenie otrzewnej i perforacja jelita przy podejrzeniu infekcji enterowirusem u matki*), **Klaudia Szydłowska** z IV roku (*Łożysko wrosnięte u pacjentki primigravida – opis przypadku*), **Julia Basińska** z III roku i **Wiktoria Kauf** z II roku (*Diagnostyka prenatalna spotyka neonatologię: od poszerzonych pętli jelitowych u płodu do wielopoziomowego zarośnięcia jelita cienkiego u noworodka*), **Alicja Chechłowska** z V roku i **Julia Gałązka** z II roku (*Przetrawała prawą żyłą pępowinową (PRUV) – opis przypadku*) oraz **Martyna Nalaskowska** i **Jakub**

Od lewej: prof. Przemysław Oszukowski (przewodniczący komitetu naukowego konferencji), lek. Adam Grzeczka i dr Agnieszka Pięta-Dolińska (moderatorka sesji) ze studentami SKN Położnictwa *Adnexa* | fot. archiwum prywatne

Martewicz z V roku (*Przypadek pęknięcia dna macicy w trakcie porodu u ciężarnej po miomektomii laparoskopowej*).

Opiekunami prac przygotowanych przez studentki i studentów GUMed są lek. Adam Grzeczka, opiekun SKN Położnictwa *Adnexa*, oraz prof. **Dariusz Wydra**, kierownik Kliniki Ginekologii i Położnictwa, który pełni funkcję opiekuna nadzrędnego tego SKN. ■

LEK. ADAM GRZECZKA
Klinika Ginekologii i Położnictwa

Publikacja w „Scientific Reports”



Prof. Krzysztof Kuziemski z Kliniki Pneumonologii oraz **dr Marcin Paprocki** z Przychodni Lekarskiej Suchanino w Gdańsku i **dr Szymon Żwirowski** z firmy AstraZeneca są autorami pracy pt. *The use of the Prospector calculator reduces antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. Praca ukazała się w renomowanym czasopiśmie „Scientific Reports” (IF 3,8; punktacja MNiSW 140) z grupy Nature. Wydawnictwo to jest piątym najczęściej cytowanym czasopiśmie naukowym na świecie.

Głównym obszarem badań prof. Kuziemskiego są choroby obturacyjne płuc – astma, a w szczególności przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP). POCHP jest chorobą podstępłą,

rozwijającą się powoli, a jej głównym czynnikiem sprawczym jest palenie tytoniu. W przebiegu choroby często dochodzi do zaostrzeń. Każde zaostrzenie powoduje nasilenie objawów, pogorszenie funkcji płuc, obniżenie jakości życia, powikłania w innych narządach, w tym głównie w sercu, wzrost ryzyka zgonu oraz zwiększenie kosztów leczenia. Etiologia zaostrzeń jest różna. Dane wskazują, że tylko 40-60% z nich ma pochodzenie bakteryjne i wymaga leczenia antybiotykami. Brakuje jednak wiarygodnych narzędzi uzasadniających preskrypcję antybiotyków w zaostrzeniu POCHP. Co więcej, obserwuje się stałą tendencję do nadużywania antybiotyków niezależnie od rodzaju zaostrzenia.



W opublikowanej pracy opisano zastosowanie nowego narzędzia o nazwie Prospector do podejmowania decyzji o włączeniu antybiotyku w zaostrzeniu POChP. Zastosowanie kalkulatora Prospector ma doprowadzić do mniejszego zużycia antybiotyków i zapewnić bardziej racjonalne podejście do leczenia zaostrzeń POChP w porównaniu ze standardową terapią. W opinii badaczy dzięki umożliwieniu prowadzenia racjonalnej antybiotykoterapii może ono przyczynić się także do zmniejszenia częstości hospitalizacji oraz zmniejszyć oporność na antybiotyki. Ważnym aspektem publikacji jest fakt, że badania zostały wykonane w typowych warunkach POZ, tj. podczas codziennej praktyki lekarskiej. Opublikowana praca ma

charakter pilotażowy i wymaga dalszych pogłębionych badań na większych grupach pacjentów.

Prof. Krzysztof Kuziemski jest głównym autorem i współautorem wielu prac, opracowań i rozdziałów w podręcznikach dotyczących szeroko pojętych zagadnień związanych z POChP. Profesor o swoich badaniach opowiada także w wywiadzie zamieszczonym na s. 16. ■

Paprocki M, Żwirowski S, Kuziemski K. The use of the Prospector calculator reduces antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Sci Rep. 2025;15(1):1969. DOI: [10.1038/s41598-025-85388-2](https://doi.org/10.1038/s41598-025-85388-2)

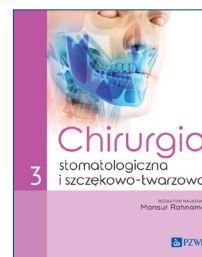
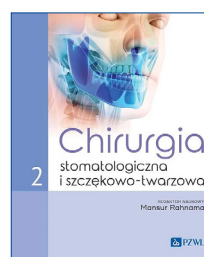
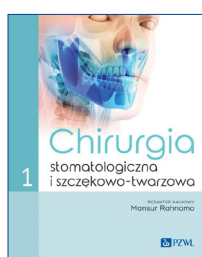
Dr Małgorzata Nather współautorką podręcznika stomatologicznego

Nakładem Wydawnictwa PZWL w 2024 r. został wydany podręcznik dla studentów i lekarzy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej pod redakcją naukową **prof. Mansura Rahmany**. To trzytomowe dzieło zbiorowe przygotowane zostało przez 46 wybitnych naukowców i specjalistów z całej Polski.

Warto zwrócić uwagę na tę publikację, ponieważ autorem połowy pierwszego tomu jest **dr Małgorzata Nather**, która praktycznie przez całe swoje życie zawodowe była związana z naszą Uczelnią. Ponadto autorką rycin zawartych w tym tomie jest **mgr Sylwia Scisłowska** z Zakładu Anatomii i Neurobiologii.

Zakres tematów opracowanych przez dr Małgorzatę Nather obejmuje 295 stron rozdziału 4 pt. *Podstawy chirurgii wyrostka zębodołowego*, na który składają się podrozdziały dotyczące m.in. badania pacjenta, powikłań ogólnych i stanów nagłych, technik i rodzajów cięć chirurgicznych oraz chirurgii endodontycznej.

Warto również podkreślić, że zgodnie z opinią recenzentów w historii polskiej stomatologii nie było dotychczas tak



nowoczesnego, kompleksowego i wszechstronnego podręcznika. Natomiast dla GUMed wartością dodaną może być fakt, iż dr Nather jest dopiero trzecią osobą spośród pracowników Uczelni, która jest autorem podręcznika w dziedzinach stomatologicznych. Pierwszą była **prof. Ksenia Lutomska** (1900–1988) – autorka podręcznika *Złamania żuchwy* wydanego przez PZWL w 1951 r. Drugi podręcznik, *Urazy szczęk i twarzy*, wydany przez PZWL w 1978 r., napisał **prof. Tadeusz Korzon** (1928–2009), twórca gdańskiej szkoły traumatologii szczękowo-twarzowej, którego jedną z ostatnich uczennic i asystentek była właśnie dr Nather. ■

Z GŁĘBOKIM ŻAŁEM INFORMUJEMY, ŻE

11 marca 2025 r. w wieku 60 lat zmarła

HALINA SZATKOWSKA

W latach 2015–2017 młodszy specjalista w Katedrze i Zakładzie Farmacji Stosowanej, a w latach 2017–2025 specjalista w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej. ■

Dr Irena Maria Jarnuszkiewicz

– w 100-lecie urodzin

29 kwietnia 1925 r. w Świeciu nad Wisłą w małżeństwie Janiny z domu Kuszell (1900–1932) i Włodzimierza Jarnuszkiewicza (1893–1949) urodziła się Irena Maria Jarnuszkiewicz. Drugim dzieckiem w rodzinie była Hanna (1930–1989). Dr inż. Hanna Szczepańska (z domu Jarnuszkiewicz) ukończyła w 1958 r. Wydział Chemiczny Politechniki Gdańskiej. Pracowała w Instytucie Chemii Przemysłowej w Warszawie.

Po przedwczesnej śmierci matki siostrę ojciec do opieki nad 7-letnią Irenką i zaledwie 2-letnią Hanią przyjął panią Jadwigę Truszkowską, która zajmowała się dziewczynkami do końca swego życia. Irena rozpoczęła naukę w domu, na co ojciec uzyskał zezwolenie od Inspektora Szkolnego w Świeciu. Poziom wiedzy co roku był weryfikowany egzaminem w publicznej szkole powszechnej. Następnie Irena uczęszczała do Prywatnego Gimnazjum Żeńskiego w Rabce, dokąd ojciec przeniósł córkę na dwa lata (1937–1938) dla poratowania jej zdrowia. W lipcu 1939 r. rodzina przeniosła się do Warszawy, a siostry zostały zapisane do Gimnazjum i Liceum Żeńskiego Fundacji Wandy z Posseltów Szachtmajerowej. Kiedy we wrześniu wybuchła wojna, Włodzimierz Jarnuszkiewicz, oficer rezerwy, został powołany do wojska. Po kampanii wrześniowej trafił do niewoli niemieckiej, z której powrócił dopiero w 1945 r. Za usługi otrzymał najwyższe polskie odznaczenie wojenne – Order Virtuti Militari.

Od 15 października 1940 r. do 28 czerwca 1941 r. Irena Jarnuszkiewicz uczęszczała na kursy przygotowawcze z języka niemieckiego, a w następnym roku szkolnym do szkoły gospodarzej. Do matury przygotowywała się na tajnych kompletach, egzamin dojrzałości zdała w 1943 r.

W czasie okupacji niemieckiej działała w konspiracji. Od października 1941 r. należała do 16. Konspiracyjnej Warszawskiej Drużyny Harcerskiej – Hufca Ochota. Przeszła przeszkolenie sanitarne Wojskowej Służby Kobiet prowadzone przez instruktorkę Barbarę Ogórek. Zajęcia odbywały się w mieszkaniach prywatnych, natomiast praktykę odbyła w Szpitalu Praskim pw. Przemienienia Pańskiego oraz Szpitalu Wolskim. Została łączniczką między drużyną a hufcem. W ramach przygotowań do powstania warszawskiego zorganizowała punkt sanitarny na ul. Filtrowej 62. Jako sanitariuszka o pseudonimie „Renia” (pseudonim z harcerstwa – „Paproć”), brała udział w powstaniu, będąc członkinią Oddziału IV Obwód „Grzymała” (Ochota) Warszawskiego Okręgu Armii Krajowej. Jej bezpośrednim



Irena Jarnuszkiewicz;
ok. 1950 r.

przełożonym był dr Jan Goldman-Zaborowski, ps. „Andrzejewski” (1896–1950).

10 sierpnia 1944 r., wyrzucona przez Niemców z mieszkania w Warszawie, trafiła na Okęcie, skąd udało się jej wraz z siostrą i Jadwigą Truszkowską przedostać do Podkowy Leśnej. W listopadzie wyjechały do Kazimierzy Wielkiej koło Miechowa. Irena podjęła pracę w miejscowej cukrowni jako urzędniczka. W sierpniu 1945 r. z oflagi wrócił jej ojciec i cała rodzina przenosiła się do Pruszcza Gdańskiego, gdzie Jarnuszkiewicz otrzymał stanowisko dyrektora cukrowni.

Po wojnie, w październiku 1945 r., Irena podjęła studia na Politechnice Gdańskiej (Wydział Chemiczny, Sekcja Technologii Środków Leczniczych), które ukończyła w czerwcu 1950 r. Pracę dyplomową pt. *Wpływ stężenia chlorku sodu i chlorku potasu na metabolizm węglowodanowy pętlarki duru* wykonywała w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej (IMMiT) w Gdańsku pod kierunkiem prof. Ernesta Syma. Zdała ostateczny egzamin dyplomowy, uzyskując stopień inżyniera chemika oraz magistra nauk chemicznych.

W czasie studiów w latach 1949–1950 pracowała jako młodszy asystent w Katedrze Gleboznawstwa Politechniki Gdańskiej oraz udzielała się jako wolontariuszka w Pracowni Biochemicznej Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej. Znalazła tam zatrudnienie na etacie młodszego asystenta przez kolejne dwa miesiące (od maja do czerwca 1950 r.). Pierwszą pracę po studiach podjęła z nakazu pracy w Zakładach Gazownictwa Okręgu Gdańskiego, najpierw jako kierownik laboratorium (lipiec 1950 r. – kwiecień 1955 r.), a następnie zastępca kierownika Działu Techniczno-Produkcyjnego (maj 1955 r. – czerwiec 1957 r.). Ciekawostką może być fakt, że wspominała, jak ręce brudne od sadzy skutecznie myła w strumieniu benzenu – dzisiaj substancja ta kwalifikowana jest przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem (IARC) do pierwszej grupy kancerogenów.

W latach 1957–1961 Irena Jarnuszkiewicz pracowała w Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Gdańsku, w Dziale Higieny Komunalnej. W marcu 1961 r. została zatrudniona w Zakładzie Higieny, w Pracowni Badań Sanitarnych IMMiT, mieszczącego się od 1974 r. w Gdyni. W tym czasie zajmowała się tematyką badawczą związaną z higieną sanitarną na stanowiskach pracy związanych z morzem,



tj. na statkach i w stocznich. Bardzo cenne okazały się jej badania, które wykazały szkodliwość wody używanej na statkach o długich przebiegach (kursujących bez zawijania do portu) i pochodzącej z morza.

W roku 1967 Irena Jarnuszkiewicz uzyskała stopień doktora nauk przyrodniczych, przedstawiając w Państwowym Zakładzie Higieny (PZH) w Warszawie dysertację pt. *Znaczenie azotu w metabolizmie węglowodanowym osadu czynnego*, której promotorem była prof. Zofia Buczowska.

W marcu 1975 r. została kierownikiem Pracowni Badań Sanitarnych w Zakładzie Higieny, a od maja 1979 r. do kwietnia 1982 r. była kierownikiem Pracowni Chemicznych Zanieczyszczeń Powietrza w Zakładzie Toksykologii i Biochemii IMMiT. Objęcie kierownictwa Pracowni wiązało się z podjęciem nowej tematyki badawczej nakierowanej na rozwój metod analitycznych oznaczania lotnych związków organicznych w powietrzu oraz oceną emisji lotnych związków z materiałów budowlanych i wyposażeniowych. W latach 1982-1985 kierowała Zakładem Toksykologii i Biochemii (przemianowanym w 1994 r. na Zakład Toksykologii).

W grudniu 1986 r., po 25 latach pracy, pani Doktor, będąc w wieku emerytalnym, pozostała zatrudniona na pół etatu w Pracowni Chemicznych Zanieczyszczeń Powietrza IMMiT (do 1998 r.). Do końca marca 1992 r. pełniła jednocześnie funkcję kierownika tej jednostki. Jako przełożona była osobą otwartą na dialog z podległymi pracownikami i nowe pomysły, zawsze przejawiała zainteresowanie wynikami pracy naukowej i rzetelną o nich dyskusją. O sympatii, jaką darzyli ją współpracownicy, świadczy *Hymn ku czci Reni Jarnuszkiewicz*, który zrymowały jej koleżanki na okoliczność odejścia pani Doktor z Działu Higieny:

Reniusia – dzielny
mąż zaufania
już urzędować
tutaj przestanie.
(...)

Żadna ofiara
Jej nie dolega
gdy jest w potrzebie
dobry kolega.
(...)

Mieć w swoim gronie
taką istotę –
doprawdy skarb to
droższy od złota.

By pośród pracy
żmudnej na co dzień
ktoś się uśmiechnął
do Niej najśłodziej.
(...)

Ale rozłąki
nie można zmienić,
więc przy rozstaniu
życzymy Reni,

by w Instytucie
wielcy i mali
tak jak i u nas
Ją pokochali.

Ostatecznie rozwiązała umowę o pracę, przechodząc na emeryturę z końcem 1998 r. – po 37 latach pracy w IMMiT (a w sumie z 48-letnim doświadczeniem zawodowym). Będąc na emeryturze, nieustannie interesowała się losem zespołu,



Ze współpracownikami z IMMiT; u góry od lewej: Teresa Dąbrowska, Halina Swędrowska, dwie panie laborantki, dr Irena Jarnuszkiewicz, Renata Wiglusz; na dole: Renata Mroczek, Zdzisław Sobol i Małgorzata Napieralska

badaniami, jakie podejmowano, kolejnymi pracami doktorskimi realizowanymi w zapoczątkowanym i rozwijanym przez nią obszarze badawczym oraz możliwościami współczesnego sprzętu analitycznego. Co roku, w gronie innych emerytów, odwiedzała Zakład Toksykologii Środowiska – zawsze uczestniczyła we wspólnych zakładowych spotkaniach wigilijnych i wielkanocnych.

Dr Irena Jarnuszkiewicz była autorką lub współautorką 36 publikacji naukowych o tematyce związanej z oddziaływaniem zanieczyszczeń obecnych w środowisku życia człowieka na jego dobrostan. W swoich badaniach podejmowała bardzo ciekawe i aktualne tematy badawcze oraz stosowała nowatorskie metody analityczne. W 1969 r. została uhonorowana odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, a w 2021 r. odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski Polonia Restituta.

Wielką pasją pani Doktor było fotografowanie, podróże i czytanie, chętnie grywała też w brydża. Miała wiele zdjęć i slajdów, które są niemal dokumentalnym zapisem tego, co ją zachwycało. Fotografowała np. bukiety kwiatów, światło słoneczne w pokoju, architekturę zabytków, przyrodę, a nawet modernizację kuchni (zamianę ogrzewania etażowego kuchnią węglową na piec gazowy), ale także spotkania z rodziną i przyjaciółmi. Specjalne miejsce w jej biblioteczce znalazły przewodniki i foldery turystyczne poświęcone jej rodzinnym stronom – Świeciu i Chełmnemu oraz miejscom odwiedzanym w trakcie licznych podróży po Polsce (z koleżankami jeździła regularnie w Tatrach), Belgii, Francji, Szwajcarii, Anglii, Bułgarii, Włoszech, Jugosławii, Czechosłowacji, NRD i RFN, krajach Beneluksu i Skandynawii. W roku 2000 spełniła marzenie o podróży do Ziemi Świętej, była bowiem osobą o bogatym życiu duchowym. Należała do Sodalicji Mariańskiej, Wspólnoty



Życia Chrześcijańskiego, udzielała się w Gdańskim Caritasie przy kolegiacie pw. Najświętszego Serca Jezusowego, gdzie rozdzielała żywność i odzież. Aktywnie służyła pomocą innym ludziom, hojnie wspomagała fundacje katolickie i osoby ubogie, o czym świadczą zbierane przez nią liczne kartki świąteczne z życzeniami, podziękowaniami i wyrazami wdzięczności. Przez wiele lat pełniła dyżury w Gdańskim Telefonie Zaufania *Anonimowy Przyjaciel*.

Powolna utrata wzroku była dla niej ograniczającym samodzielność bolesnym doświadczeniem, ale nie poddawała się. Pytana o zdrowie, zawsze odpowiadała, że czuje się „stosownie do wieku”. Chodziła bez białej laski, korzystając z pomocnego ramienia. W mieszkaniu radziła sobie samodzielnie, utrzymywała



Na bulwarze w Gdyni; 2010 r.

fot. archiwum prywatne

bowiem doskonały porządek i miała świetną pamięć. Jeszcze na trzy miesiące przed śmiercią, w sierpniu 2024 r., przyjmowała dawnych współpracowników w swoim mieszkaniu, wznosząc toast za spotkanie.

Jej cicha śmierć była zaskoczeniem dla jej opiekunki, bliskich i przyjaciół. Irena Maria Jarnuszkiewicz zmarła 26 listopada 2024 r. w swoim mieszkaniu w Gdańsku, przeżywszy 99 lat i 7 miesięcy. Została pochowana 16 grudnia 2024 r. na Powązkach, w grobowcu rodzinnym Jarnuszkiewiczów. ■

**PROF. LIDIA WOLSKA
MAŁGORZATA KACZOROWSKA**
Zakład Toksykologii Środowiska

Kadry GUMed

TYTUŁ I STANOWISKO PROFESORA OTRZYMAŁ

prof. Rafał Dworakowski

STANOWISKO PROFESORA UCZELNI POWIERZONO:

dr hab. Barbarze Kutryb-Zając
dr hab. Justynie Rogowskiej

STANOWISKO ADIUNKTA POWIERZONO:

dr Ewie Garście
dr Aleksandrze Puch-Walczak
dr Annie Wojteczek

PRACĘ W UCZELNI ZAKOŃCZYLI:

dr Mirosława Dubaniewicz-Wybieralska
dr Alina Hedrych-Ozimina
mgr Maria Kajzer
dr Katarzyna Kanclerz
mgr Marta Kotłowska
mgr inż. Magdalena Mierzwa
mgr Grażyna Myrda
lek. Małgorzata Ponikowska
mgr Joanna Porzezińska
dr Justyna Topa
mgr Magdalena Warnik
Juliusz Zdulski
mgr Patrycja Żelechowska

JUBILEUSZ DŁUGOLETNIJ PRACY W GUMed OBCHODZĄ:

25 lat

dr hab. Anna Hallmann

30 lat

dr hab. Rita Hansdorfer-Korzon, prof. uczelni
prof. Michał Markuszewski

35 lat

dr hab. Rafał Pawlaczyk

ZMIANY NA STANOWISKACH KIEROWNICZYCH W GRUPIE NAUCZYCIELI AKADEMICKICH:

Z dniem 28.02.2025 r. prof. Piotr Widłak przestał pełnić funkcję dyrektora Biura Centrum Wsparcia Badań Klinicznych, pełnienie obowiązków dyrektora tej jednostki z dniem 1.03.2025 r. powierzono mgr inż. Katarzynie Bigosińskiej.

Z dniem 16.03.2025 r. dr Grzegorz Romanowicz przestał pełnić funkcję p.o. kierownika Zakładu Medycyny Nuklearnej, funkcję kierownika tej jednostki powierzono 17.03.2025 r. dr. hab. Wojciechowi Cytawie.

Z dniem 3.03.2025 r. funkcję kierownika Zakładu Socjologii Medycyny i Komunikacji Medycznej powierzono dr. hab. Krzysztofowi Sobczakowi, który dotychczas pełnił funkcję p.o. kierownika tej jednostki. ■

Podpisanie listu intencyjnego

Przedstawiciele Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, Powiatowego Centrum Zdrowia w Kartuzach, Szpitali Tczewskich oraz reprezentanci samorządów podpisali list intencyjny w zakresie współpracy, kształcenia kadr oraz poprawy udzielania specjalistycznych świadczeń dla pacjentów z regionu.

List intencyjny podpisali **dr hab. Michał Hoffmann**, prorektor ds. klinicznych GU-Med, ordynator Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii UCK; **dr Jakub Kraszewski**, dyrektor naczelny UCK; **Bogdan Łapa**, starosta kartuski; **Mirosław Augustyn**, starosta tczewski; **Paweł Witkowski**, prezes Zarządu Powiatowego Centrum Zdrowia w Kartuzach, oraz **Maciej Bieliński**, prezes Zarządu Szpitali Tczewskich S.A.



Sygnatariusze listu intencyjnego | fot. Magda Dzienisz/„Express Kaszubski”

Porozumienie ma na celu rozwój kadr medycznych – zwłaszcza kształcenie dyplomowe, podyplomowe, organizację staży oraz podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego. Dzięki inicjatywie specjalistyczne usługi zdrowotne staną się również bardziej dostępne dla mieszkańców regionu, szczególnie z powiatów kartuskiego oraz tczewskiego.

– *Zależy nam na tym, aby leczyć pacjentów jak najsprawniej – mówi dr Jakub Kraszewski. – Dla wielu osób przejazd do Trójmiasta jest wyzwaniem i barierą, więc trzeba zrobić wszystko, aby tę pomoc świadczyć jak najbliżej ich miejsca zamieszkania.*

– *Bardzo cieszymy się, że będziemy mogli rozwijać współpracę. Będzie ona korzystna dla wszystkich stron. Nie zawsze koncentracja działalności klinicznej w jednym miejscu jest dobra i wygodna dla wszystkich potrzebujących. Dlatego takie rozproszenie, przebiegające we współpracy, pozwoli utrzymać jakość oraz podobne standardy i będzie korzystne dla wszystkich – powiedział dr hab. Michał Hoffmann.*

Podpisany list intencyjny z jednej strony jest podsumowaniem już istniejącej efektywnej współpracy GUMed i UCK z dwoma partnerskimi szpitalami powiatowymi. Z drugiej zaś to otwarcie nowych możliwości, na przykład w zakresie badań klinicznych czy wspólnego kształtowania dobrych praktyk w ochronie zdrowia.

– *List stanowi opis idei, która nam przyświeca. Kroki, które już podjęliśmy, takie jak wymiana rezydentów, będą prowadziły do zacieśniania współpracy, konsolidowania działań i wytworzenia zintegrowanego hubu klinicznego, medycznego oraz naukowego. Celem tego działania jest ułatwienie dostępu do nowoczesnej medycyny w naszym regionie, a szczególnie wśród pacjentów powiatów tczewskiego i kartuskiego – komentuje dr hab. Tomasz Stefaniak.*

Pełna treść listu intencyjnego dostępna jest pod adresem tiny.pl/m3bttx-t. ■

MATERIAŁ PRASOWY UCK

Sukces w konkursie *Start-Up-Med*

Projekt realizowany przez firmę SoftGen we współpracy z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym zwyciężył w internetowym plebiscycie czytelników portalu Rynek Zdrowia zorganizowanym w ramach konkursu *Start-Up-Med*, który towarzyszył

X Kongresowi Wyzwań Zdrowotnych. Celem konkursu był wybór i nagrodzenie *start-upów* tworzących najbardziej kreatywne innowacje o istotnym znaczeniu zarówno dla pacjentów, jak i systemu opieki zdrowotnej. ➔

Nagrodzony system lokalizacji i monitorowania pacjentów na oddziale ratunkowym zapewnia bezpieczeństwo pacjentom w starszym wieku, z problemami psychosomatycznymi lub ograniczonym kontaktem słowno-logicznym. Proste i tanie urządzenie w formie smartwatcha z jednorazową opaską pozwala na lokalizację pacjenta w szpitalu oraz monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, takich jak akcja serca i saturacja. Urządzenie emituje sygnał alarmowy w przypadku ich zmiany lub upadku pacjenta. System jest zintegrowany z oprogramowaniem SORBAN.

– *Obiecujemy rozwijać nasze rozwiązanie. Obiecujemy wspierać start-upy takie jak SoftGen, dlatego zapraszamy je do współpracy* – mówił, odbierając nagrodę, **Dariusz Szplit**, kierownik Działu Innowacji, Analityki i Wdrożeń Technologii Medycznych UCK. ■

MATERIAŁ PRASOWY UCK



Wystąpienie Dariusza Szplita podczas gali finałowej konkursu Start-Up-Med | fot. archiwum prywatne

Porywający koncert i owacje na stojąco

Ponad 20 wykonawców i fenomenalnie zaśpiewane arie – 17 lutego odbył się dziesiąty już koncert studentów Akademii Muzycznej w Gdańsku w ramach cyklu *Gdańska Muza. Muzyka bez recepty*. Muzycy otrzymali owacje na stojąco.

Całe operowe sceny zaprezentowali studenci Wydziału Aktorsko-Wokalnego aMuz w Gdańsku. Młodzi wykonawcy przepięknie zaśpiewali arie m.in. z oper *Nabucco* i *Rigoletto* Verdiego, *Cyganeria* Pucciniego czy *Carmen* Bizeta. Usłyszeliśmy zarówno utwory lekkie, np. żartobliwy duet kotków z opery *Włoszka w Algierze* Rossiniego, jak i wieloosobowe wykonania finałów aktu I tej opery czy aktu II *Zemsty* nietoperza Johanna

Straussa. Koncert przygotowała, poprowadziła, a także akompaniowała śpiewakom na fortepianie **prof. Anna Mikolon**.

Silne, harmonijnie połączone ze sobą głosy wybrzmiały w brawurowych, pełnych emocji wykonaniach, prowokując publiczność do owacji na stojąco. Cieszymy się, że studenci, którzy z pewnością trafią kiedyś na światowe sceny operowe, znaleźli czas, by podzielić się swoim talentem z naszymi pacjentami i pracownikami. ■

WIOLETA WÓJCİK
Dział Promocji i PR UCK



Studenci Wydziału Aktorsko-Wokalnego aMuz w Gdańsku w trakcie koncertu | fot. Sylwia Mierzewska/UCK

Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku we wspomnieniach seniora (cz. 2)



PROF. ZBIGNIEW NOWICKI
Emerytowany kierownik Katedry Chorób Psychicznych, były dyrektor administracyjny AMG, były prorektor ds. klinicznych

Administracja

Dzięki doświadczeniu zdobytemu w szefowaniu Komisji Ekonomicznej Rady Okręgowej ZSP ówczesny rektor, prof. Zdzisław Brzozowski, w porozumieniu z władzami partyjnymi Uczelni (docentami: Stanisławem Janickim – farmaceutą, później profesorem, kierownikiem Zakładu Farmacji Stosowanej, i Aleksandrem Dobrzyńskim – medykiem sądowym, profesorem, późniejszym kierownikiem Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Warszawie) przedstawił moją kandydaturę na funkcję dyrektora administracyjnego ministerstwa zdrowia i opieki społecznej. Stanowisko to pozostawało w tzw. nomenklaturze partyjnych władz wojewódzkich, dlatego nominacja ministra wymagała ich akceptacji, a o to nie było łatwo, ponieważ byłem „człowiekiem znikąd”, a przede wszystkim pozostawałem niezrzeszony; byłem, jakbyśmy to dzisiaj powiedzieli, „nie z ich bajki”. Mam prawo sądzić, że ważne było stanowisko, jakie zajęła w tej sprawie dr Barbara Krupa-Wojciechowska, późniejsza rektor i doktor *honoris causa* naszej Akademii, z którą dane mi było spotkać się już wcześniej w trakcie odbywania stażu przed- i podyplomowego w Klinice Chorób Nerek. Determinacja gremium decyzyjnego wynikająca z konieczności zmian w funkcjonowaniu administracji Uczelni sprawiła, że wszystkie wątpliwości zostały rozwiązane. Istotnym argumentem była wspomniana potrzeba dokonania szybkich zmian, stąd kandydatura człowieka „swojego”, z Akademii, który nie wymagałby wprowadzenia w jej realia i nie musiałby się uczyć złożonych zależności pomiędzy Uczelnią i jej szpitalami klinicznymi.

Jednym z najważniejszych zadań, jakie stawiano przed nową administracją, było sporządzenie nowej, poprawionej wersji odrzuconego przez Ministerstwo Zdrowia sprawozdania

Pierwszą część artykułu opublikowaliśmy w „Gazecie GUMed” 2025, nr 3.

finansowego oraz wdrożenie nowych zasad finansowania Uczelni, w tym jej działalności naukowej, wynikających ze zmian w ustawie o szkolnictwie wyższym.

Szczęśliwym zbiegiem okoliczności ówczesny rektor „znalazł” p. mgr. Edwarda Domżańskiego, który nie bacząc na sytuację, podjął się pełnienia funkcji kwestora. Dzięki jego wręcz benedyktyńskiej pracowitości i determinacji udało się sporządzić nowy, poprawny bilans. W tym miejscu należą się słowa wdzięczności wobec p. Zofii Szczecińskiej – dobrego ducha Departamentu Szkolnictwa i Nauki MZ – odpowiedzialnej za sprawy finansowe, która była pełna życzliwości i zrozumienia dla naszych trudności.

Z osobą mgr. Edwarda Domżańskiego wiąże zmianę, na jaką postawiliśmy w relacjach interesant – pracownik kwestury/administracji, z czym w przeszłości bywało różnie. Kierowaliśmy się zasadą, że administracja winna pełnić funkcję służebną wobec kadry naukowo-dydaktycznej. Z wdrażaniem tej zasady nie było większych kłopotów. Szczególne wsparcie otrzymaliśmy ze strony pań z Działu Spraw Osobowych pod kierownictwem p. Romy Wronkovej: Janiny Okoniewskiej, Lonii Ligęzy, Teresy Sawy, Stefanii Gibas i Lucyny Huryn, które lojalność i kompetencje były



Teresa Sawa



Ewa Kiszka





Adam Wrzeszcz



Irena Mężykowska

bardzo cenne przy podejmowaniu decyzji dotyczących spraw osobowych... Podobnie swoją rolę postrzegali pracownicy nowo utworzonego Działu Nauki, którym kierowała p. mgr Ewa Nizio (Kiszka): Włodek Głapiński, a potem też p. Grażyna Zedler. By oddać sprawiedliwość, należy wspomnieć także pracowników Działu ds. Aparatury pod kierownictwem inż. Mieczysława Misiewicza z niezawodnymi Krzyśkiem Szymańskim oraz inżynierami Adamem Wrzeszczem, Pawłem Kostuchem i Janem Młynarskim. Dział ten zajmował się realizacją zakupów inwestycyjnych, a także okazywał się niezwykle pomocny w serwisowa-

niu aparatury i urządzeń. Na wspomnienie zasługują również panie z Działu Spraw Socjalnych, którym kierowała p. mgr Róża Misiurna, a także pracująca w Dziale Organizacji i Zarządzania, posiadająca uniwersalne kompetencje p. Irena Mężykowska – jeszcze do niedawna czynna zawodowo.

W pionie kwestora w owym czasie obok księgowości (panie Zofia Stykuć, Jolanta Mostowska, Janina Walkiewicz, Barbara Gatz) i sekcji finansowej (panie Alina Laskowska oraz Zofia Strzemecka i Iwona Hryckiewicz – kasjerki) pozostawał Dział Płac. W pewnym okresie od zaangażowania pracujących tam pań wiele zależało – było tak na przykład z terminową wypłatą wynagrodzenia, którego wysokość zmieniała się niekiedy z miesiąca na miesiąc. Sprostanie temu wyzwaniu było możliwe dzięki ogromnemu wysiłkowi personelu, przyjmowaniu na siebie nowych zadań, funkcji itd. Rotacje na stanowisku kierownika działu były częste. Żadnej z pań kierujących działem w tym czasie nie było łatwo, ale trwały na stanowiskach, podobnie jak ich współpracownicy. Nie jestem w stanie oddać wszystkiego, co im należne, ale przytoczę część nazwisk, które utkwiły w mojej pamięci, by wyrazić swoją wdzięczność: mgr Teresa Przybytniak, mgr Teresa Sauter, mgr Jadwiga Iskierko, panie Henryka Piotrowska i Basia Olszewska.

Osobne miejsce w mojej wdzięcznej pamięci zajmuje inż. Zbigniew Szmelter, zastępca ds. technicznych, który będąc „ze starej ekipy”, okazał się w pełni lojalnym współpracownikiem. Jego znajomość wszystkich zakamarków rozproszonej, zaniedbanej bazy Uczelni i szpitala była bezcenna przy próbach jej poprawy. A czasy były bardzo trudne. Nie dość, że brakowało materiałów budowlanych, to jeszcze napotykał się na brak tzw. mocy przerobowych. Dlatego też zasługą dyrektora Szmeltera było to, że w ramach AMG funkcjonował Zakład Remontowo-Budowlany w kilkudziesięcioosobowym składzie i z własnym biurem projektowym. Mimo obiektywnych ograniczeń zewnętrznych udawało się to i owo wyremontować, a nawet zbudować. Było to możliwe dzięki zaangażowaniu dyrektora Szmeltera

na tym odcinku działania administracji oraz wydatnej pomocy kierownictwa Działu Technicznego: inż. Zbigniewa Krawca, a także drugiego z zastępców – mgr. Kazimierza Kamelskiego, który zajmował się prowadzeniem spraw bieżących. Jego codzienna troska o funkcjonowanie transportu na potrzeby szpitali klinicznych i innych agend Uczelni była konieczna, ponieważ ten odcinek naszej działalności był wyzwaniem tamtych czasów. Zwykle udawało się wywiązywać z przyjętych zadań, w czym pomocni byli pracownicy działu. Dział ten to nie tylko biuro, które tworzyli panowie Janusz Jabczyński, Krzysztof Puchalski i Paweł Ochrymowicz, ale także serwis licznego taboru samochodowego, m.in. p. Stanisław Kucharczyk – mechanik/lakiernik, oraz grono oddanych kierowców: p. Kazia Hluchnik, kierowczyni doskonała, oraz panowie Hubert Glonka ze swoim legendarnym autokarem, Bogusław Rycerski, Bogdan Szkudlarek, Bolesław Wera, Jerzy Borkowski, Zdzisław Treder i następcy pana Maksia [Maksymiliana Rytlewskiego – przyp. red.] – panowie Włodek Wójcik i Darek Grabowski.

Ze wspomnianym autokarem kojarzy mi się dość ożywiona działalność służb socjalnych i naszej organizacji związkowej, którym dzieci pracowników zawdzięczały kolonie letnie (m.in. wymiana z rówieśnikami pracowników sanatorium w Rabce) czy innego rodzaju przedsięwzięcia o charakterze rekreacyjnym. Duże zasługi na tym odcinku miały panie Eugenia Miśkiewicz, Anna Trykosko, Lilianna Redzińska, a także dr Sławomir Bautembach i jego żona Irena. Dr Bautembach tą aktywnością zapoczątkował swoją dalszą, owocną działalność dla Akademii, którą realizował, pełniąc funkcję dyrektora administracyjnego.



Zbigniew Krawiec

Istotnym elementem w procesie administrowania było Biuro Prawne, którego opinie strzegły Uczelnię przed uchynieniami formalnymi przy podejmowaniu decyzji. Wspominam z wdzięcznością sędziego Sądu Wojewódzkiego w stanie spoczynku mgr. Sławomira Skulimowskiego oraz mecenasów: Barbarę Nowak, Annę Parczewską, Stanisława Cholewę.

Nie były to czasy *outsourcingu*, o wszystko musiały zadbać odpowiednie służby własne, a innymi tego przykładami niech będą: organizacja przewozu i zabezpieczenia/ochrony pieniędzy z banku albo też konieczność rozwinięcia działalności tzw. małej poligrafii, by sprostać wymogom druku prac habilitacyjnych. Realizowaliśmy te zadania dzięki entuzjazmowi mgr. Zdzisława Łabana i p. Elżbiety Podymy.

Wielce pomocne w codziennym wykonywaniu moich obowiązków były panie Teresa Rejewska oraz mgr Zofia Ogrodnik, które znakomicie wywiązywały się ze spoczywających na nich zadań, związanych z szerokim wachlarzem spraw wynikających z pełnionych przeze mnie funkcji.





**Dr Sławomir
Bautembach**



Zdzisław Łaban



**Elżbieta Podyma
(Mackiewicz)**

Kończąc wątek dotyczący mojej pracy w administracji Uczelni, czuję się w obowiązku podkreślić i wyrazić uznanie także wielu osobom, których nazwisk nie znajdą czytelnicy w niniejszych wspomnieniach. Ich oddanie i zaangażowanie były nie do przecenienia.

Obok bieżących zadań, jakie realizowała administracja, spoczywała na niej także odpowiedzialność za rozwój Uczelni. W tym zakresie istotna była m.in. troska o zachowanie możliwości budowy, jak wówczas planowano, Instytutu Chirurgii (skreślonego z inwestycji centralnych pomimo przygotowanej dokumentacji technicznej), co wiązało się z ochroną terenów przeznaczonych pod tę inwestycję. Dzięki konsekwentnym staraniom wielu osób, co należy podkreślić, udało się zrealizować to zadanie. Z terenu, który przewidziany był pod przyszłe inwestycje, przeniesiono Bibliotekę Główną, która znalazła się w obecnej siedzibie, następnie wybudowano od podstaw Zakład Medycyny Sądowej, a w późniejszym czasie zlikwidowano ogrodnictwo (kierował nim p. Teodor Szumny) funkcjonujące jako tzw. gospodarstwo pomocnicze przy PSK nr 1. Plony, głównie w postaci warzyw, wzbogacały jadłospisy szpitalnej kuchni. W kolejnych etapach – przy wydatnej pomocy dyrekcji PSK nr 1 (dr. Zbigniewa Krzywosińskiego) i zrozumieniu użytkowników obiektów tam posadowionych, m.in. Oddziału Obserwacyjnego Kliniki Pediatrii (prof. Anna Balcerska), Sanatorium Usprawnienia Leczniczego dla Dzieci i Kliniki Rehabilitacji (prof. Kazimierz Szawłowski i prof. Stanisław Bakula) – Akademia była stopniowo przygotowywana na to, co nastąpiło po latach, tj. budowę nowych, imponujących obiektów Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Nasza gotowość do udostępnienia terenów pod budowę miała niebagatelne znaczenie dla decyzji o rozpoczęciu tej inwestycji. Miałem cichą satysfakcję, uczestnicząc tuż po zakończeniu kadencji ekipy prof. Romana Kaliszana w uroczystości wmurowania kamienia węgielnego pod przyszłe Centrum Medycyny Inwazyjnej, które odbyło się z udziałem premiera Donalda Tuska i ministra zdrowia Ewy Kopacz. Tak więc historia powstania UCK jest dłuższa niż ta, o której się obecnie słyszy.

Na podkreślenie zasługuje zaangażowanie w przygotowaniu tej inwestycji prof. Piotra Czauderny, pełnomocnika rektora, oraz mgr. Marka Langowskiego, kanclerza, którym należą się słowa

uznania za bezpośredni udział w powstawaniu i wyposażaniu obiektów UCK.

Byłoby dużym uchybieniem dla rzetelności tego zapisu nie wspomnieć o Zarządzie Inwestycji, agencji Departamentu Inwestycji MZ realizującego inwestycje na terenie Akademii (m.in. rozbudowa Zakładu Radiologii, budowa Centralnej Pralni czy wspomnianego już Zakładu Medycyny Sądowej). Na jego czele stali mgr inż. Kazimierz Lass, a po jego tragicznej śmierci mgr arch. Jan Nosorowski. Z dyrektorem Nosorowskim miałem przyjemność współpracować przez wszystkie lata kierowania administracją Uczelni.

Okresy w funkcjonowaniu Akademii, które są przedmiotem niniejszych refleksji, obfitowały w wiele różnych wydarzeń, niespotykanych w innych czasach. Były to wydarzenia ważne dla całego kraju, ale także takie, które znajdują miejsce we wspomnieniach z powodów sentymentalnych. Do tej pierwszej kategorii zaliczają się wydarzenia z przełomu lat 70. i 80., ale przede wszystkim początku lat 80.

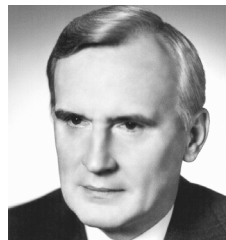
Refleksje nad tym okresem rozpocznę od osobistego wątku. W nocy z 12 na 13 grudnia 1981 r. pełniłem dyżur w Klinice Chorób Psychiczych. Wkrótce gabinet lekarza dyżurnego Kliniki stał się chwilowo centrum życia całej Akademii Medycznej za sprawą przybycia rektora – prof. Mariusza Żydowo. W tych chwilach, a także w późniejszym czasie dane mi było podziwiać niezłomność i stanowczość, jakimi cechował się prof. Żydowo. Tych elementów w działaniu oczekiwał też od swoich najbliższych współpracowników: prorektorów (prof. Zbigniewa Korolkiewicza, prof. Zenona Ganowiaka, prof. Witolda Tymińskiego) i dziekanów (prof. Adama Bilikiewicza, prof. Jerzego Krechniaka, prof. Edwarda Witka i doc. Barbary Śmiechowskiej). Prezentowana przez całą tę ekipę postawa uchroniła wielu studentów przed kłopotami, jakie chciała na nich sprowadzić ówczesna władza.



Prof. Anna Balcerska



**Prof. Kazimierz
Szawłowski**

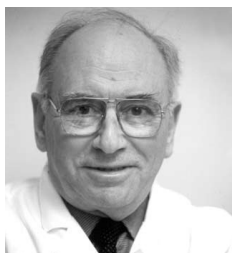


Prof. Jerzy Krechniak



Prof. Edward Witek





Prof. Adam Bilikiewicz



Dr Stanisław Bakula

Prof. Halina
Sulestrowska

Postawa prof. Żydowo sprawiła, że przeszedł do historii jako rektor odwołany ze swojej funkcji. Wiadomo mi, że do tego wydarzenia nie doszłoby, gdyby nie gotowość przyjęcia propozycji objęcia tej funkcji przez jednego z naszych profesorów, do czego w końcu nie doszło wskutek jego wycofania się. Przemilczę personalia zgodnie z zasadą *de mortuis aut bene aut nihil*. Nastąpił wtedy bardzo trudny okres dla Akademii, której groziła likwidacja. Pewna normalizacja nastąpiła z chwilą powołania na funkcję rektora byłego profesora anatomii naszej Uczelni gen. Wiesława Łasińskiego. Ta nominacja nie była w pełni akceptowana przez środowisko, co pogłębiło frustrację nominata. Z osobistych kontaktów z prof. Łasińskim wiadomo mi, że został postawiony wobec alternatywy – albo przyjmuje to zadanie, albo będzie grabarzem macierzystej Uczelni. Mimo dramatycznej sytuacji rodzinnej i nie najlepszego stanu zdrowia prof. Łasiński zdecydował się na objęcie funkcji rektora.

Nie jest moim zamiarem ani też intencją wypowiadanie się na temat wydarzeń z tego okresu. Z perspektywy osoby postronnej, ale jednak zaangażowanego uczestnika dokonujących się zmian, mogę wyrazić opinię, iż wszyscy decydenci kierowali się dobrem Akademii, jej społeczności, przede wszystkim zaś odpowiedzialnością za losy młodzieży studenckiej. Działo się tak mimo braku pełnej komunikacji między władzami Akademii a innymi decydentami „wewnętrznymi”, ale także „zewnętrznymi”. Piszę to z pozycji „łącznika” między stronami, bo tak pojmowałem swoją rolę, którą ułatwiały mi zaufanie, jakim darzył mnie prof. Żydowo, a także niemal koleżeńskie relacje z przedstawicielami „drugiej strony”, m.in. doc. Aleksandrem Dubrzyńskim i płk. dr. Romualdem Rogoniem, kierownikiem Studium Wojskowego, oraz dobre kontakty z dr. Ryszardem Sosińskim, dyrektorem Departamentu Szkolnictwa i Nauki MZ, i wieloletnie koleżeńskie relacje z jego zastępcą dr. Leszkiem Dawydzikiem (moim odpowiednikiem w Radzie Okręgowej ZSP w Poznaniu).

Szpitala

Inne moje przemyślenia wiążą się z działaniami Uczelni na rzecz szpitali klinicznych pod rządami kolejnych rektorów. Tuż jest jedynie miejsce na przypomnienie dramatycznej sytuacji

finansowej i podkreślenie wysiłków, jakie podejmowaliśmy dla jej poprawy.

Akademia Medyczna w powszechnym odbiorze była i jest postrzegana głównie przez pryzmat działalności leczniczej. Dla wielu z nas szpitale stanowiły miejsce realizacji powołania lekarskiego i zaspokajania ciekawości naukowej. Dlatego też ludzi z nimi związanych wspominać należy z wielką wdzięcznością, na którą zasłużyli, wykonując swoje obowiązki w trudnych warunkach i niełatwym czasie. Dla władz Akademii szpitale kliniczne na przestrzeni lat stanowiły jej chlubę, ale też wymagały troski i ciągłej uwagi.

W tym miejscu pozwolę sobie na dygresję. W czasie zimy stulecia rektor prof. Zdzisław Brzozowski polecił dokonać rozeznania co do aktualnej sytuacji szpitali. W szpitalu na ul. Klinicznej nie zastaliśmy doc. Jerzego Mielnika, który miał nadzorować dyżur. Wzbudziło to zrozumiały niepokój. Wkrótce okazało się, że docent był zmuszony udać się do kotłowni, by dorzucić do pieca, co było spowodowane niedyspozycją palaczy.

Kłopoty, o których wspominałem, wynikały z nie do końca uregulowanej sytuacji prawnej między Ministerstwem Zdrowia, Uczelnią i szpitalami. W okresach stabilizacji zależności te nie stanowiły problemu (choć nie można tego powiedzieć o sytuacji finansowej). W czasach, które ogarniam pamięcią, dyrekcje szpitali, ale też władze Uczelni nigdy nie zaznawały spokoju. Z problemem niedoboru środków, głównie w zakresie inwestycji i remontów, a także zakupów inwestycyjnych, borykali się długoletni dyrektorzy tych placówek: dr Zbigniew Skopek (PSK nr 2), dr Bogdan Kokot (PSK nr 3) i dość często zmieniający się dyrektorzy PSK nr 1 (dr Stanisław Bajena, dr Ryszard Tęcza, dr Maciej Forkiewicz, dr Stanisław Bakula, dr Marek Wyszczelski, dr Michał Mędraś, dr Zbigniew Krzywosiński, mgr Ewa Bator). Nie można nie wspomnieć też o roli moich poprzedników pełniących funkcję prorektora ds. klinicznych: prof. Witoldzie Zegarskim, prof. Witoldzie Tymińskim i prof. Czesławie Baranie.

Relacje między ministerstwem, Uczelnią a szpitalami stawały się zarzewiem niekiedy dość ostrych sporów, które nasilały się w okresach kryzysów funkcjonowania szpitali. W kulminacyjnym momencie jednej z porad im poświęconych z ust ówczesnego ministra prof. Jacka Zochowskiego (mimo podniesłej atmosfery, jaka panowała na pierwszym spotkaniu z rektorami wszystkich uczelni medycznych w Poznaniu) padła groźba pozbawienia rektorów/uczelni wpływu na działalność szpitali i podporządkowania ich bezpośrednio ministerstwu. Z punktu widzenia interesów uczelni było to nie do przyjęcia. Rektorzy i dyrektorzy niemal wszystkich szpitali, w tym klinicznych, stanęli wobec zarzutu nieumiejętności gospodarowania, chociaż bezpośrednim powodem problemów był brak pieniędzy na ich działalność.

Na lata 2005-2008 przypada szczególnie dramatyczna sytuacja szpitali klinicznych wiążąca się z ich zadłużeniem. Wszelkie podejmowane próby uzdrowienia sytuacji nie przynosiły



pożądanego skutku mimo niekiedy drastycznych propozycji szukania oszczędności, w tym zmniejszenia zatrudnienia i ograniczenia działalności. Nie mogły one spotkać się z aprobatą, a nawet zrozumieniem ze strony kierowników jednostek.

Pomysłodawca koncepcji wyjścia z kryzysu, dyrektor dr Zbigniew Krzywosiński, zanim jego pomysł zaciągnięcia pożyczki bankowej doczekał się realizacji, zmuszony został opuścić stanowisko pod naciskiem tzw. „opinii publicznej”. Z tym faktem wiąże się bodaj najbardziej niewdzięczne zadanie, jakie przyszło mi wykonać, a mianowicie publiczne pożegnanie dr. Krzywosińskiego mimo świadomości jego niewątpliwych zasług w ratowaniu szpitala.

Podczas naszych licznych wizyt w Ministerstwie Zdrowia, przy udziale rektora i dyrekcji szpitala, przyszło nam m.in. odierać sugestie, iż powody kryzysu tkwią w Uczelni. We wszystkich działaniach, jakie wówczas podejmowaliśmy, wspomagały nas władze naszego województwa, m.in. wicemarszałek Leszek Czarnobaj, a osobiście wojewoda Roman Zaborowski i jego zastępca Michał Owczarczak, którzy towarzyszyli nam, gdy była taka potrzeba, na spotkaniach w Warszawie, m.in. z kolejnymi ministrami zdrowia – dr Ewą Kopacz i prof. Zbigniewem Religą.

Klinika

W kontekście omawianych spraw związanych ze szpitalami pozwalałam sobie na odrobinę wspomnień dotyczących mojego życia zawodowego, Kliniki Chorób Psychiczych i ludzi tam spotkanych. Klinika ta na zawsze kojarzyć mi się będzie z osobami dwóch jej kierowników – prof. Tadeusza Bilikiewicza i prof. Pawła Gałuszki.

Pierwszy z nich był jej twórcą, drugi kontynuatorem jego dzieła. Stosunki panujące w Klinice i atmosferę tego miejsca oddaje załączona fotografia, na której widzimy obok siebie przedstawicieli asystentów, doktorantów, wolontariuszy, personelu pielęgniarskiego i technicznego.

Zasługi Kliniki/Katedry dla polskiej psychiatrii były przedmiotem odrębnej publikacji z okazji 75-lecia Kliniki. W tym



Prof. n. med. i fil.
Tadeusz Bilikiewicz

miejsu wspomnę tylko, że w pewnym okresie zatrudnionych było w niej ośmiu samodzielnych pracowników nauki. Obok prezentowanych na fotografii profesorów I Kliniki i Zakładu Psychiatrii Biologicznej kolejni związani byli z II Kliniką. Byli to: prof. Adam Bilikiewicz, prof. Halina Sulestrowska, prof. Jadwiga Gromska i dr hab. Leszek Bidzan.

W tym zaś miejscu wspominam ludzi, którzy wraz z prof. Tadeuszem Bilikiewiczem podjęli w niej pracę i trwali w niej do czasu przejścia w stan spoczynku, a korzeniami związani byli ze szpitalem psychiatrycznym w Kocborowie. Byli to: pielęgniarki i pielęgniarze – panie Rozalia Piaskowska, Barbara Langowska,

Urszula Leciejewska, Czesława Borkowska, Czesława Burchard, Franciszka Peszke, Józef Machnikowski, jego syn Zygmunt, Jan Dzienisz, Konrad Barc, Kazimierz Marchewicz, Bronisław Rybiński i Jan Bąk. Do tej „starej gwardii” zaliczyć trzeba też p. Ewę Tusk – matkę premiera RP – która przez kilkadziesiąt lat prowadziła sekretariat Kliniki. Ten „żelazny” skład uzupełniały: technik medyczny p. Barbara Sumirska, mgr WF Elżbieta Jaskulke, terapeutka zajęciowa p. Teresa Golub-ska, a także pielęgniarki oddziałowe: Weronika Fulek, Teresa Orłowska, Lidia Nieswand, Dorota Ryś, Zofia Motyl i inne.

Czuję się zobowiązany, by w tych wspomnieniach wyrazić szczerą wdzięczność moim najbliższym współpracownikom w pracy klinicznej, p. Basi Sumirskiej i p. Eli Jaskulke. Bez ich pomocy i czuwania nad przebiegiem rejestracji snu nocnego pacjentów nie byłaby możliwa realizacja programu naukowego prowadzonego w Zakładzie Psychiatrii Biologicznej, który dotyczył badań polisomnograficznych u chorych z zespołami depresyjnymi. Bardzo pomocni byli także p. Krzysztof Szymański i dr Janusz Jakitowicz.

Na osobną wzmiankę zasługują psychologowie pracujący w Klinice, którym zawdzięczać należy owocną współpracę w procesie diagnostyczno-leczniczym naszych chorych. Szczególne zasługi miała dr Bożena Ruszczyńska, doktoryzowana przez prof. Tadeusza Bilikiewicza, od której wszystko się zaczęło. Z biegiem czasu liczba współpracowników wzrastała – zatrudniono psychologów: Jolantę Terapicką, Renatę Toporek i Dorotę Staniewską, przez pewien czas wspomagała nas dr Gabriela Szawłowska (później profesor Wydziału Psychologii UG), magistrowie Małgosia Tartas, Bogusław Borys i Mikołaj Majkowicz, którzy w czasie zatrudnienia w Klinice obronili doktoraty. Wymienieni panowie uzyskali ponadto habilitacje, a ostatni z nich tytuł profesora. Z żalem „przekazałem” ich, będąc szefem Katedry Chorób Psychiczych, do dyspozycji prof. Piotra Lassa, by spełnione zostały warunki dla utworzenia Wydziału Nauk o Zdrowiu, którego wczesne początki stanowił nowy kierunek nauczania – pielęgniarstwo. W ten sposób niejako zamknęło się kółko zapoczątkowane powołaniem doc. Stanisława Bakuły, a następnie mojej osoby na funkcje pełnomocników rektora ds. nauczania pielęgniarstwa przez rektora prof. Zdzisława Wajdę.



I Klinika Chorób Psychiczych; od lewej: autor, prof. Paweł Gałuszko, prof. Stefan Smoczyński i prof. Jerzy Landowski

Wspomnienie Kliniki, ludzi w niej poznanych, atmosfery, jaką tworzyli, przyprawia o poczucie dumy, że dane mi było uczestniczyć w tworzeniu, a właściwie trwaniu dzieła prof. Tadeusza Bilikiewicza, jakim była Klinika Chorób Psychiczych. Między ludźmi tam spotkanymi zadzierzgnięte zostały serdeczne więzy, które przetrwały wiele, wiele lat.

Dokonując podsumowania, nie sposób nie wspomnieć postawy społeczności Akademii wobec innych zdarzeń związanych



Pracownicy Kliniki; siedzą od lewej: Czesława Borkowska, dr Hanna Przybylska (Jaklewicz), pielęgniarz oddziałowy Jan Dzielis, laborantka analityczna, Czesława Burchard; stoją: autor, dr Adam Bilikiewicz, dr Włodzimierz Sikorski

z przemianami społeczno-politycznymi, jakie dokonywały się w kraju. Dla społeczności naszej, a więc ludzi, których pamięć przywołuję, był to czas próby, w którym nie zawiedli. Okazali zrozumienie dla strajkujących studentów, rozwagę i odpowiedzialność wobec perturbacji, jakie wystąpiły w funkcjonowaniu szpitali, a także, jako związkowcy, rozsądek i umiar w formułowaniu postulatów i realne spojrzenie na możliwości ich realizacji. Jeżeli wolno mi dokonać oceny wspomnianych postaw, to bez wątpienia były one nacechowane troską o dobry wizerunek Akademii i odpowiadały oczekiwaniom społeczeństwa wobec zadań, jakie miała ona do spełnienia w systemie opieki zdrowotnej, jak i w kontekście jej roli kulturotwórczej dla naszego regionu.

W zakończeniu pragnę raz jeszcze podziękować wszystkim, których spotkałem na swojej drodze, także tym niewymienionym z nazwiska. Jeżeli nie znaleźli się oni w tym wspomnieniu, to wyłącznie z powodu ułomności ludzkiej pamięci, bo nie źródła pisane stanowiły podstawę dla tych wspomnień, ale właśnie moje osobiste, utrwalone w pamięci przeżycia.

Z bólem konstatuje, że wiele z osób tutaj przywołanych już nie przeczyta swojego nazwiska. Niech jednak pamięć o nich zostanie wśród nas. ■

PROF. ZBIGNIEW NOWICKI

aktualizacja wersji online: 8.04. 2025 r.
fot. archiwa prywatne

BG wspomina pionierów Uczelni (3): prof. Jakub Penson i prof. Joanna Muszkowska-Penson

Drodzy Czytelnicy! Szanowne łamy „Gazety” zamieszczały już nieraz materiały wspomnieniowe o pierwszych pracownikach naszej Uczelni. Wyłania się z nich obraz ludzi po ciężkich przejściach w czasie wojny i okupacji, niosących pomoc medyczną w warunkach skrajnych, prowadzących tajne nauczanie medycyny lub uczących się na tajnych kompletach. Po roku 1945 każdy z przybyłych do ALG miał cel nadrzędny: ukończyć uczelnię medyczną, znaleźć dla siebie miejsce w systemie służby zdrowia, rozpocząć prace naukową, nawiązać kontakt z międzynarodowymi organizacjami medycznymi. Różnice światopoglądowe okazywały się drugorzędne – z „przewodnią siłą narodu” wiązano się czasem ze względów ideowych, czasem praktycznych, a całe życie poświęcano Uczelni. Często też nie wspomniano w rodzinach o co straszniejszych przeżyciach z czasu wojny – zapiski z getta warszawskiego prof. Jakuba Pensona zostały odnalezione pośmiertnie przez małżonkę Profesora porządkującą szuflady...

W marcu zespół Biblioteki wspominał w mediach społecznościowych sylwetki prof. Jakuba Pensona (1899-1971) oraz prof. Joanny Muszkowskiej-Penson (1921-2023). Prof. Penson był

rektorem naszej Uczelni w latach 1953-1956 (z ministerialnego mianowania) i 1962-1968 (w wyniku wolnych wyborów Senatu AMG). Zawdzięczamy mu Bibliotekę przy ul. Dębinki 1, otwartą uroczystie z początkiem roku akademickiego 1968/1969. Za czasów rektora Pensona rozbudowywano też kliniki, powstały domy studenckie, położono kamień węgielny



Prof. Joanna Muszkowska-Penson i prof. Bolesław Rutkowski podczas promocji książki pani Profesor w Bibliotece Głównej
źródło – nandi.pl

pod budynek zakładów teoretycznych (obecne Collegium Biomedicum).

Urodzony w Płocku, Jakub Penson ukończył tamtejsze gimnazjum zwane Jagiellonką, następnie złożył dokumenty na Uniwersytet Warszawski, gdzie studiował po zakończeniu wojny polsko-bolszewickiej, w której brał udział. Od 1927 r. pracował w Szpitalu Starozakonnych na Czystem, który w czasie okupacji został przeniesiony do getta warszawskiego. Przyszły rektor AMG oddał się tam całkowicie pracy, także naukowej, zajmując się pacjentami umierającymi na tyfus plamisty, gruźlicę i z głodu. Opuścił getto w 1942 r., po wojnie przybył do Łodzi, a po obronie pracy habilitacyjnej przeniósł się do Gdańska, gdzie ostatecznie objął kierownictwo II Kliniki Chorób Wewnętrznych i z czasem zmienił jej profil na nefrologiczny (tu działała pierwsza w Polsce północnej sztuczna nerka). W 1954 r. ożenił się z zatrudnioną w Klinice asystentką, Joanną Muszkowską, która przybyła do Gdańska z nakazem pracy pod koniec 1949 r. Jak miało się okazać – stała się jedną z najwybitniejszych gdańszczanek.

Prof. Joanna Muszkowska-Penson urodziła się w Warszawie. Zdała maturę w 1939 r., ale czas przeznaczony na studia spędziła na Pawiaku i w obozie Ravensbrück. Po wojnie skończyła studia w Łodzi, gdzie odnalazła rodziców. Prof. Jan Muszkowski był wybitnym bibliologiem, kontynuatorem dzieła Karola Estreichera, po wojnie organizował w Łodzi uniwersytet. Gdański rozdział życia prof. Muszkowska-Penson opisuje w wywiadzie rzece udzielonym Remigiuszowi Grzeli pt. *Było, więc minęło. Joanna Penson – dziewczyna z Ravensbrück, kobieta „Solidarności”, lekarka Wałęsy*. Nasza Biblioteka miała zaszczyt gościć autorkę wspomnień na spotkaniu promującym książkę w 2013 r.

Tablica upamiętniająca prof. Jakuba Pensona znajduje się w budynku dawnego Instytutu Chorób Wewnętrznych AMG; wmurowano ją przy okazji uroczystości poświęconej pamięci prof. Pensona 3 marca 1978 r. Z kolei w setną rocznicę urodzin prof. Muszkowskiej-Penson miasto ufundowało tablicę pamiątkową swej Honorowej Obywatelce (i jej małżonkowi) na ogrodzeniu posesji przy ul. Tuwima 29.

Pełne biogramy prof. Jakuba Pensona i prof. Joanny Muszkowskiej-Penson oraz bibliografię ich prac znajdują Państwo w Polskiej Platformie Medycznej i w księgozbiorze Biblioteki.

BEATA GRUNWALD

Biblioteka Główna GUMed

aktualizacja wersji online: 8.04. 2025 r.

Bibliografia

1. *Jakub Penson (1899–1971). Od szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku*, pod red. W. Makarewicza i B. Rutkowskiego, Gdańsk 2005 [zawiera też: pamiątnik z getta warszawskiego, omówienie postępów nefrologii, bibliografię prac prof. Pensona].
2. M. Małecka, *Prof. dr med. Jakub Penson (1899–1971). Życie, działalność i dokonania*, Gdańsk 2008 (rozprawa doktorska) [zawiera też: pamiątnik z getta warszawskiego i rozprawę habilitacyjną napisaną na podstawie badań w czasie epidemii duru plamistego].
3. *Było, więc minęło. Joanna Penson – dziewczyna z Ravensbrück, kobieta „Solidarności”, lekarka Wałęsy* [wywiad przeprowadził] R. Grzela, Warszawa 2013.
4. *Zwyciężyły wartości. Wspomnienia z Ravensbrück*, oprac. U. Wińska, Gdańsk 1985.

Kiedyś upust krwi, dzisiaj flebotomia – okiem historyka i medyka



DR N. HUM. PIOTR PALUCHOWSKI

Zakład Historii
i Filozofii Nauk Medycznych



Współcześnie propagatorzy różnych terapii niemających oparcia w badaniach naukowych, aby podbudować swoją reputację, zwykli określać je mianem „tradycyjnych”, „historycznie uznanych”, „praktykowanych od stuleci”. Gdyby chcieć wskazać terapeutyczną

metodę wszechczasów, to prawdopodobnie tytuł ten przypadłby w udziale osławionym upustom krwi, które współczesna medycyna zna pod nazwą flebotomii. Choć świat nienaukowych terapii rozwija się w najlepsze, co rusz promując przeróżne remedia i panacea dobre na wszystko, to jednak upusty krwi nie stały się przedmiotem jakiegos szczególnego zainteresowania. Przyczyn tego jest zapewne kilka. Wśród nich można wskazać zbytnią inwazyjność oraz bezpośrednie wyrządzenie szkody pacjentowi.

Sięgając do historii, należałoby zadać pytanie: skąd właściwie pomysł na pozbywanie się krwi, w wielu kulturach uznawanej przecież za życiodajną substancję? Dlaczego zabieg wyrządzający tak duże szkody uznano za coś dobrego? Początków takiego



myślenia należy doszukiwać się co najmniej w starożytnej Grecji, gdyż jednym ze zwolenników upustów krwi był sam Hippokrates. Tak się zatem złożyło, że lekarz i myśliciel, który położył podwaliny pod etyczne podstawy medycyny, jednocześnie zapoczątkował ideę, która z etycznym postępowaniem okazała się nie mieć wiele wspólnego. Według patologii humoralnej, której klasyczną wersję dał właśnie Hippokrates, w ciele człowieka istniały cztery substancje (zwane też humorami): krew, śluz, żółć i czarna żółć. Gdy ich proporcje były jednakowe, człowiek znajdował się w stanie eukrazji (prawidłowej równowagi) i zdrowia. Gdy jednak któraś z substancji przeważała, skutkowało to dyskrazją (nierównowagą) i chorobą.



Grafika z Psalterza Luttrella; ok. 1340 r.

źródło – [wikimedia commons](#)

Choć dziś już nikt nie propaguje teorii humoralnej, docenia się jej historyczne znaczenie jako kamienia milowego w dziejach medycyny. Była to bowiem pierwsza teoria dotycząca ludzkiego ciała, która nie odnosiła się do działania sił nadprzyrodzonych. Można ją również uznać za medyczną ideę wszechczasów, gdyż Hippokrates żył w V/IV w. p.n.e., a jego myśl wprawdzie ewoluowała, ale przetrwała w świecie naukowym do XVII/XVIII w.

Według teorii humoralnej chory organizm mógł w pewnym stopniu sam się uleczyć. Możemy się domyślać, że w ten sposób tłumaczono działanie układu immunologicznego, samoistne znikanie obtarć skóry, małych zranień, infekcji itd. W cięższych przypadkach potrzebna była jednak interwencja lekarza. Mówiąc w skrócie – miał on za zadanie wytypować substancję zalegającą w ciele i doprowadzić do zmniejszenia jej poziomu. Jedną z metod było upuszczanie krwi.

Warto zaznaczyć, że teoria humoralna nie była jedyną ideą, na podstawie której stosowano upusty krwi. Metodę tę znano także w starożytnej Mezopotamii, Egipcie oraz w kulturze Azteków. Część antycznych lekarzy była przekonana, że krew po pewnym czasie zużywa się, zatem jej części należy się pozbyć. Wielkim zwolennikiem upuszczania krwi był rzymski lekarz Galen. Często podkreśla się, że to nie Hippokrates, a właśnie on przyczynił się do rozpropagowania tego zabiegu, który wykonywano powszechnie w średniowiecznej i nowożytnej Europie. Rzeczywiście, w czasach Hippokratesa upuszczanie krwi było popularne, ale bardziej niż to polecał on stosowanie odpowiedniej diety. Galen stworzył liczne zasady dotyczące tego, jaką ilość krwi należy upuścić, biorąc pod uwagę między innymi wiek pacjenta, budowę jego ciała, pogodę, a nawet miesiąc, w którym wykonuje się zabieg. Później, bo w okresie średniowiecza, dodano do tego idee astrologiczne. Upusty polecano szczególnie w przypadkach bólu głowy i gorączki, bowiem krew charakteryzowano jako substancję gorącą. Zasady Galena określały również to, w jakich wypadkach pozbywać się

krwi żyłnej, a w jakich tętniczej. Ważne było ponadto miejsce na ciele, które nacinano, by upuścić krew, ponieważ poszczególne naczynia krwionośne miały odpowiadać konkretnym organom. I nie zawsze chodziło o ich bliskość pod względem anatomicznym. Galen wierzył, że żyła prawej ręki powiązana jest z wątrową, a żyła ręki lewej – ze śledzioną. Dzisiaj ze zgrozą czytamy, że im ostrzejszy był przebieg choroby, tym więcej krwi upuszczano. Musimy jednak przyznać, że na pewnym etapie rozwoju wiedzy medycznej wydawać się to mogło logicznym postępowaniem. Choć oczywiście nie dawało zbyt wielkich szans na wyleczenie.

Nie trzeba tłumaczyć, że upusty krwi nie mogły przynieść ulgi chorym – przynajmniej w tak szerokim zakresie, w jakim były stosowane. Dlaczego zatem zabieg ten był popularny przez tak wiele stuleci? Jako odpowiedź można wskazać

ówczesne paradygmaty zakładające niepodważalność autorytetów. Skoro skuteczność upustów krwi deklarował Hippokrates, a za nim Galen, to musiało tak być. Na tym często kończyła się dyskusja. Poza tym każdy przejaw rzekomego wyleczenia poprzez upust podkreślano, próby nieudane zaś marginalizowano. Te ostatnie tłumaczono najczęściej zbyt późnym zastosowaniem terapii, gdy namnożonej krwi miało być już za dużo.

Czy upusty krwi mogły komukolwiek pomóc? W wyjątkowych sytuacjach tak. Na przykład w niektórych przypadkach nadciśnienia, którego w dawnych czasach nie potrafiono inaczej leczyć. Większość tych zabiegów była jednak wykonywana z innych powodów. Dawnych lekarzy nie należy oczywiście odsądzać od czci. Byłoby to myślenie jednostronne, gdyż zawsze przyświecał im cel, aby leczyć zgodnie z najlepszą aktualną wiedzą medyczną. Ta zaś zaczęła się radykalnie zmieniać, poczynawszy od XVII w., a w kolejnych stuleciach powszechnie zarzucono ustalenia teorii humoralnej oraz wykonywanie upustów krwi.

O flebotomii z prof. Janem Maciejem Zauchą, kierownikiem Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantologii, rozmawia dr Piotr Paluchowski



Panie Profesorze, jedną z najbardziej popularnych terapii w historii medycyny było upuszczanie krwi. Co powiedziałby na ten temat współczesny medyk?

Kiedyś rzeczywiście uważano, że upust krwi może być skuteczny w leczeniu szeregu schorzeń, co oczywiście dzisiaj



uznajemy za błąd. Myślę, że była to idea atrakcyjna pod względem psychologicznym. Wyprowadzanie krwi z organizmu pojmowano jako próbę wyprowadzenia choroby. Tym bardziej jeśli nie znano innych form leczenia.

Dziś upust krwi nazywamy mianem flebotomii. Czy ten zabieg jest obecnie wykonywany?

Tak. Są właściwie trzy główne wskazania do przeprowadzenia flebotomii. Pierwszym jest zdiagnozowana nadkrwistość, pierwotna lub wtórna. Ta pierwsza jest chorobą układu krwiotwórczego i nazywana jest też czerwienicą prawdziwą. Przy tej diagnozie często stwierdzamy bardzo wysokie stężenie hemoglobiny. Innymi słowy, możemy powiedzieć, że pacjent ma bardzo „gęstą” krew, co powoduje spore ryzyko powikłań. Dlatego w tym wypadku upust krwi jest często zabiegiem może nie ratującym życie, ale mogącym zapobiec wystąpieniu ciężkich powikłań, głównie zakrzepowych. Wskazaniem do flebotomii, choć znacznie rzadszym, jest również nadkrwistość wtórna. Najczęściej zdarza się ona u pacjentów z przewlekłą chorobą obturacyjną płuc. Wówczas również dochodzi do wzrostu stężenia hemoglobiny.

W jakich jeszcze przypadkach pomaga flebotomia?

Drugim wskazaniem jest hemochromatoza, czyli choroba polegająca na tym, że wskutek zaburzeń genetycznych organizm nadmiernie gromadzi żelazo. Zbyt duża ilość tego pierwiastka jest dla człowieka toksyczna, prowadzi do uszkodzenia wątroby, trzustki i serca. Nieleczona hemochromatoza jest ciężką chorobą. Aby obniżyć stężenie żelaza, wykonujemy flebotomię, choć dzisiaj ta metoda często zastępowana jest lekami. No i wreszcie trzecie wskazanie do flebotomii, nie lecznicze, ale bardzo ważne, to dawstwo krwi.

W jaki sposób przeprowadza się flebotomię wspólnie?



źródło – [pixabay](#)

Upusty krwi wykonujemy na przykład na oddziale dziennym Kliniki Hematologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Jest to rodzaj zabiegu, który może wykonać właściwie każda izba przyjęć. Wystarczy do jednego z ramion podłączyć zestaw kroplówkowy, poprzez który upuszczamy krew pod wpływem grawitacji. Jednocześnie do drugiej ręki podajemy sól fizjologiczną. Zabiegi wykonujemy dużo częściej w przypadku nadkrwistości pierwotnej niż wtórnej. Zazwyczaj są one stosowane u chorych, którzy są terapeutycznie zaniedbani bądź nieprawidłowo leczeni.

Czy w Klinice Hematologii można też oddać krew?

W Klinice nie pobieramy krwi od dawców, ale korzystamy z tego daru. Dzięki donacjom krwi jesteśmy w stanie bezpiecznie leczyć na przykład chorych na choroby rozrostowe układu krwiotwórczego. Oczywiście krew jest potrzebna również w wielu innych wskazaniach, gdyż póki co nikt jeszcze nie wymyślił sztucznej krwi. Prawdziwej krwi nie można zastąpić żadnym innym preparatem.

Czy upuszczana krew jest w jakiś sposób wykorzystywana?

Nie, zasady bardzo rygorystycznie się temu sprzeciwiają, choć często jest to krew pełnowartościowa. Fakt, że się jej nie wykorzystuje, wynika z założenia, że dawca krwi powinien być zdrowy. Choć krwinki czerwone osób, którym wykonywana jest flebotomia, pochodzą z klonu nowotworowego, to są one w pełni sprawne i spełniają wszystkie swoje funkcje. Nikt jednak nie pozwoliłby na to, aby materiał pochodzący z klonu nowotworowego został przetoczony zdrowemu człowiekowi. Zawsze istnieje ryzyko, że mogłaby się w nim znaleźć jakaś komórka nowotworowa i doszłoby na przykład do przerzutu lub zaszczepienia nowotworu.

Na zakończenie naszej rozmowy chciałbym jeszcze zapytać o to, w jaki sposób można zadbać o krew.

Powiedziałbym, że zadbać o krew znaczy tyle, co zadbać o prawidłowy styl życia. Zdrowy człowiek nie ma powodu, by przyjmować suplementy diety. Wystarczy dobre odżywianie, aktywność fizyczna oraz odpowiednia profilaktyka chorób nowotworowych, zwłaszcza okresowe badania. Szczególnie ważne jest wykonywanie co pewien czas morfologii krwi, szczególnie gdy pojawiają się jakieś dolegliwości. Oczywiście niektóre ze wspomnianych przeze mnie chorób mają podłoże genetyczne, więc ich rozwój nie jest zależny od trybu życia.

Dziękuję za rozmowę. ■

„Termobotanika” (cz. 2): polowanie na gorące rośliny



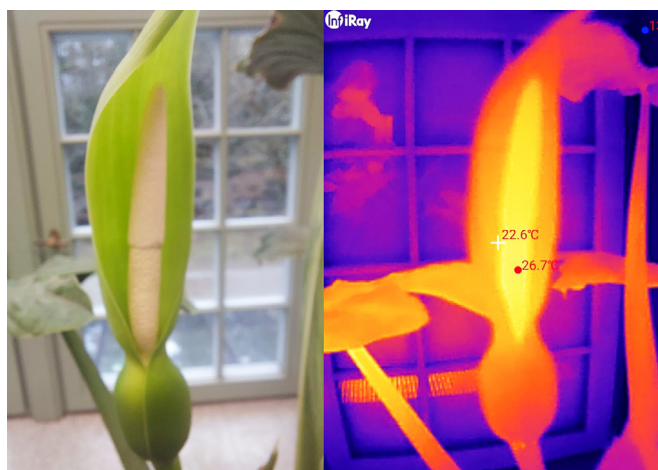
DR PIOTR MADANECKI
Katedra i Zakład Biologii
i Botaniki Farmaceutycznej

Cóż to za straszliwy smród?! – pomyślałem, budząc się w środku nocy w moim małym mieszkanku w Kowalach pod Gdańskiem. Okropny odór przypominał aromat dawno niesprzątej dworcowej toalety z jakąś ostrą „chemiczną” nutą. Chwilę trwało, zanim udało mi się zidentyfikować źródło tego okropnego fetoru. Okazało się, że właśnie tej nocy zakwitła difenbachia. Ta powszechnie znana roślina doniczkowa słynie przede wszystkim z dużych dekoracyjnych liści pokrytych ozdobnymi plamkami. Od czasu do czasu zdarza się jednak, że difenbachia zakwita. Jej kwiatostan jest niepozorny. Przypomina kolbę pokrytą masą drobnych białawych kwiatków. Całość owinięta jest zielonym listkiem, co sprawia, że jej kwiatostanu można nie zauważyć nawet w pełni kwitnienia. Inaczej jest jednak z zapachem. Smród w moim mieszkaniu był tak intensywny, że w środku nocy wyrwał mnie ze snu. Moje największe zdziwienie wzbudził jednak fakt, że w przypadku mojej difenbachii wspomniany zielony listek okrywał kwiatostan bardzo szczelnie – jedynie na szczycie dostrzegłem małe otworki. Jak roślina przez tę małą szczelinę potrafiła zasmrodzić mi całe mieszkanie?!

Odpowiedź na to pytanie poznałem przypadkowo dopiero po kilku latach, kiedy przygotowywałem zajęcia na temat

skomplikowanych relacji roślin i owadów. Okazuje się, że pewne gatunki roślin potrafią podgrzewać swoje kwiaty, aby intensywniej pachniały (bądź śmierdziały). Wszystko po to, aby efektywniej wabić zapylaczy. Ma to szczególne znaczenie w przypadku gatunków pachnących nieprzyjemnie, gdyż substancje, jakie wydzielają, są zwykle mniej lotne, a więc trudniej parują. Jest to bardzo stara umiejętność, choć obecnie chyba „zapomniana” przez rośliny. Wykazują ją stosunkowo nieliczne gatunki, jak choćby prehistorycznie wyglądające sagowce, lotosy czy właśnie difenbachie oraz trochę innych roślin.

Dlaczego rośliny zrezygnowały z tego rozwiązania? Otóż okazuje się, iż podgrzewanie to proces bardzo kosztowny energetycznie, więc z czasem rośliny wynalazły inne sposoby wabienia zapylaczy. Badania nad roślinami podgrzewającymi kwiaty wciąż jednak trwają. Naukowcy zaobserwowali na przykład, że podgrzewanie kwiatów nie tylko wabi owady zapylające – którymi w przypadku gatunków nieprzyjemnie pachnących są muchy lub chrząszcze normalnie żerujące na odchodach lub padlinie – ale że wewnątrz kwiatu tworzy się też zaciszne i ciepłe środowisko, w którym owady spędzają więcej czasu niż jest im potrzebne do najedzenia się. Co ciekawe, owady wykorzystują to ciepłe miejsce choćby do randkowania. Rośliny są z tego zwykle zadowolone, bo im dłużej owad przebywa w kwiecie, tym więcej pyłku może przyczepić się do jego ciała. Gościnność roślin ma jednak swoje granice i gdy rozleniwione owady zbyt długo zwlekają z odlotem, niektóre gatunki roślin potrafią podgrzać kwiat tak, że nawet dla ciepłolubnych owadów robi się już za gorąco. Lecą wtedy do innych kwiatów i dalej roznoszą pyłek.



Kwitnąca w palmiarni w parku Oliwskim alokazja dopiero oglądana przez kamerę termowizyjną ujawnia swoje drugie oblicze.

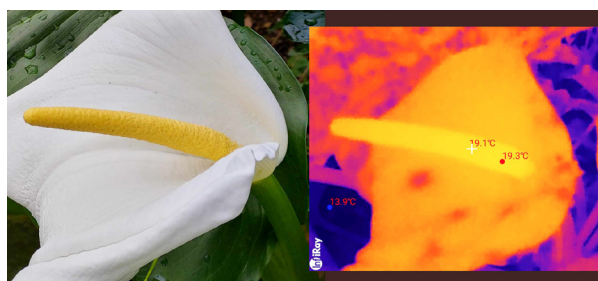
Jak już wspomniałem, ogrzewanie kwiatów wymaga wytworzenia dużych ilości energii. Sprytni naukowcy policzyli, że kwiaty lotosu zużywają na to równoważność energetyczną jednowatowej żarówki, kwiaty wiktorii amazońskiej – 1,4 W, a sagowca – 3,6 W. Niektóre rośliny próbują oszczędzać energię. Kwiaty lotosu na przykład zachowują się jak stałocielne zwierzęta – gdy jest gorąco, nie grzeją tak intensywnie, lecz tylko na tyle, by utrzymać stały poziom temperatury wewnątrz kwiatu. Inne rośliny grzeją z taką samą intensywnością niezależnie od temperatury zewnętrznej.

Oto dzisiaj nadszedł wielki dzień ☺. Zamierzam wypróbować mój najnowszy dydaktyczny gadżet – miniaturę kamerę termowizyjną. Wkraczam do palmiarni w parku Oliwskim i od razu zaczynam obserwację otoczenia. Przez chwilę, zafascynowany, obserwuję żarzące



się intensywną czerwienią okolicy wylotu systemu wentylacyjno-grzewczego. Następnie zaczynam przyglądać się kwiatom: kanna – zimne, anturium – zimne, alokazja – *wow!*, coś niesamowitego! Nie mogę się napatrzeć! Kolbowaty kwiatostan alokazji wygląda w kamerze termowizyjnej niczym rozgrzany metalowy pręt. Prawdziwy cud natury – intensywna żółć aż kłuje w oczy! Tak naprawdę wcale nie jest gorący, ale znacznie różni się temperaturą od otoczenia. Powietrze ma ok. 19 °C, a temperatura kwiatostanu niemal 27 °C!

Od tej pory w wolnych chwilach oddaję się nowemu, oryginalnemu hobby – obserwuję świat przyrody okiem kamery termowizyjnej i poluję na „gorące” kwiaty. Kamera jest tak mała, że mogę ją wszędzie zabrać, aby po podłączeniu do telefonu komórkowego poznawać nowy, nieodkryty świat. Widzę ogromny naukowy i dydaktyczny potencjał tego miniaturowego cudu techniki. Ostatnio nie omieszkałem użyć jej podczas krótkiej wizyty w szklarniach Królewskich Ogrodów Botanicznych w Kew w Londynie. Mimo zimowej pory i stosunkowo niewielkiej liczby kwitnących roślin udało się ☺. Małownicze kwiaty obficie kwitnącej kalii etiopskiej (*Zantedeschia*



Kwiatostan kalii etiopskiej w szklarni Królewskich Ogrodów Botanicznych w Kew i jego obraz w kamerze termowizyjnej

W piśmie „*Wszechświat*” 2022, nr 4-6 można znaleźć artykuł naukowców z Uniwersytetu Jagiellońskiego przybliżający zjawisko termogenezy, czyli generowania ciepła przez rośliny.

aethiopica) w obiektywie kamery termowizyjnej ukazały mi swoje drugie, ukryte oblicze. Wysłałem zdjęcie do tamtejszych naukowców/edukatorów. Ceny kamer termowizyjnych znacznie ostatnio spadły, co sprawia, że mogą one znaleźć szerokie zastosowanie w dydaktyce – choćby w nauczaniu botaniki. Sam już planuję nowe atrakcje na nadchodzące dni otwarte Uczelni, piknik Fahrenheita czy botaniczne spacerunki po Hevelianum, a pomysły na nowe zastosowania dydaktyczne tego urządzenia zamierzam przedstawić na najbliższej konferencji ogrodów botanicznych i arboretów ☺.

Z niecierpliwością czekam już na wiosnę i lato, by z pomocą tych urządzeń przyjrzeć się na przykład kwiatom magnolii (podobno niektóre gatunki tej rośliny potrafią je podgrzewać). Wiele też obiecuję sobie po obserwacji naszego miasta. Jak bardzo rosnące w naszym otoczeniu rośliny wpływają na warunki naszego życia, obniżając temperaturę poprzez wytwarzanie cienia? Jakie gatunki są w tym najlepsze? Wreszcie można to zaobserwować na żywo w terenie podczas zajęć dydaktycznych i wykonać dokładne pomiary ☺. Tymczasem życzę wszystkim Czytelnikom i Czytelniczkom jak najwięcej ciepła w najbliższych dniach, bo bardzo już za nim tęsknię i myślę, że Wy również ☺. ■

DR PIOTR MADANECKI

fot. Piotr Madanecki

Dlaczego żądła żądła?

Dzicyzapylacze.pl

Zapraszamy na bloga dzicyzapylacze.pl



JOANNA ROCZYŃSKA
Zakład Ratownictwa Medycznego,
członek Polskiego Towarzystwa
Entomologicznego i Zespołu ds.
Owadów Zapyłających przy Ministerstwie
Klimatu i Środowiska

Nadeszła wiosna, a w świecie owadów, po okresie zimowego uśpienia, nastąpił intensywny ruch. Czasem, z przerażeniem spojrzaniem, obserwujemy owady o ciałach ubarwionych żółto-czarnymi pasami, które swoim charakterystycznym wzorem komunikują: *Uważaj, bo nasze spotkanie może skończyć się boleśnie!*

Kto ma żądło?

Warto jednak zaznaczyć, że nie wszystkie owady nazywane żądłówkami posiadają funkcjonalne żądło. Istnieją na przykład pszczoły bezżądłowe (z plemienia *Meliponini*), a także mrówki, które nie posiadają tego aparatu lub jest on u nich zredukowany. W związku z tym ich obrona opiera się na innych mechanizmach, na przykład wydzielaniu kwasu.

Owady zwane żądłówkami (*Aculeata*) wyposażone są w niesamowicie zaawansowany aparat, dzięki któremu tłoczony jest jad. To narzędzie występuje wyłącznie u samic, gdyż niegdyś – zanim droga ewolucji skierowała je w inną stronę – funkcjonowało jako pokładelko, czyli część ciała niektórych owadów,



za pomocą której samice składały jaja. U wielu gatunków, takich jak rośliniarki czy pasikoniki, pokładełko nadal występuje, a jego budowa (długość, giętkość, grubość) zależy od miejsca (martwe drewno, gleba), w którym dany owad składa jaja.

Do żądłówek, według podziału Józefa Razowskiego, należą: wysmugi (*Sapygoidea*), złotolotki (*Chrysidoidea*), smukwy (*Scolioidea*), żronki (*Mutillioidea*), osy (*Vespoidea*), nasteczniki (*Pompiloidea*), mrówki (*Formicoidea*), grzebaczce (*Sphecoidea*) i pszczoły (*Apoidea*).

Żądła służą – w zależności od gatunku owada – do obrony, ataku lub paraliżowania ofiar, a skład jadu różni się u poszczególnych gatunków żądłówek.

U śwędosza pajęczarza (*Anoplius viaticus*), należącego do rodziny nastecznikowatych, żądło wykorzystywane jest do paraliżowania ofiar – pajaków. Sparaliżowanego pajaka śwędosz transportuje następnie do gniazda, gdzie spoczywa on unieruchomiony, lecz wciąż żywy. Samica owada składa jaja w jego ciele, które stanowi odtąd „świeżą” strawę dla larw śwędosza.

Szerszenie europejskie (*Vespa crabro*) używają swoich żądła do unieruchamiania i zabijania ofiary. Kolejnym etapem ich działań jest pozbawienie ofiary głowy i odnóży, po czym pożywny korpus zostaje umieszczony w gnieździe, gdzie spożywają go larwy. Kiedyś miałam okazję obserwować osę dachową (*Vespula germanica*), która pobierała sok ze sfermentowanych owoców. Nagle pojawił się szerszeń, który podjął atak. Heroiczna próba obrony przy użyciu żądła nie okazała się skuteczna – za chwilę głowa osy smutno się potoczyła, a potężne żuwaczki szerszenia kontynuowały „przygotowywanie” osy do transportu. Po chwili szerszeń odleciał, unosząc najbardziej pożywną część owada.

Żądłówki vs człowiek

Nasza wiedza o żądłówkach często jest niewystarczająca, co potęguje strach. Lęk ten przenosi się także na owady, które nie chcą lub często nawet nie mogą nam wyrządzić krzywdy. W dobie masowego wymierania owadów warto je raczej wspierać, a nie uśmiercać. Wiele owadów należących do żądłówek – mimo posiadania żądła – nie jest w stanie przebić ludzkiej skóry; dotyczy to między innymi wielu spośród blisko 500 gatunków pszczoł żyjących w naszym kraju [zob. artykuły



Samiec trzmieła kamiennika | fot. Joanna Roczyńska



Klecaniki pospolite | fot. Joanna Roczyńska

autorki na ich temat w numerach z [marca](#) i [kwietnia](#) 2024 r. – przyp. red.]. Statystyki wskazują, że najczęściej żądła nas osy i pszczoły. Spośród os są to zazwyczaj: osy dachowe, osy pospolite (*Vespula vulgaris*), szerszenie europejskie, klecaniki polne (*Polistes nimpha*) i klecaniki rdzaworożne (*Polistes dominula*), natomiast spośród pszczoł – pszczoły miodne (*Apis mellifera*) i trzmiele (*Bombus*). Wszystkie wymienione gatunki mają jedną wspólną cechę – są owadami społecznymi, co oznacza, że ochrona gniazda jest wpisana w ich naturę i warunkuje ich zachowania. Zbyt bliska obecność człowieka, manipulowanie w pobliżu gniazda lub próby jego usunięcia mogą być przez te owady interpretowane jako zagrożenie i prowadzić do ataku oraz użądlenia. Owady używają też żądła w sytuacji, gdy zostają schwytane, ściśnięte lub przygniecione – wtedy działa ono jak mechanizm obronny. Jeżeli uda się uniknąć wymienionych sytuacji, ryzyko użądlenia znacząco maleje. Wiele spośród gatunków os i pszczoł to tzw. samotnice, które nie żyją w rodzinach, przez co nie posiadają instynktu ochrony gniazda. Takie owady można obserwować z bliska, gdyż są zazwyczaj łagodne i nie zwracają uwagi na człowieka, a gdy są zmuszone do konfrontacji, najczęściej uciekają.

Moje osobiste doświadczenia z pszczołami i innymi owadami żądłącymi trwają już wiele lat. W tym czasie nigdy nie zostałam użądlna, zawsze staram się nie przekraczać granicy, poza którą owady czują się zagrożone i zmotywowane do obrony. Czasami same dają mi sygnał, że jestem zbyt blisko gniazda. Strażniczki klecanek zaczynają na przykład baczniej mnie obserwować, jasno sygnalizując, że nie są skłonne do spoufalania się. Oddalam się i rozstajemy się w zgodzie.



CZY WIESZ, ŻE...

Większość krajowych mrówek nie ma żądła i do obrony używa żuwaczek. Na świecie znane są jednak mrówki *Paraponera clavata* wyposażone w żądło, które służy do wstrzykiwania niezwykle bolesnego jadu zawierającego neurotoksynę powodującą intensywny, długotrwały ból. Jest on tak silny, że często porównuje się go do bólu postrzałowego.

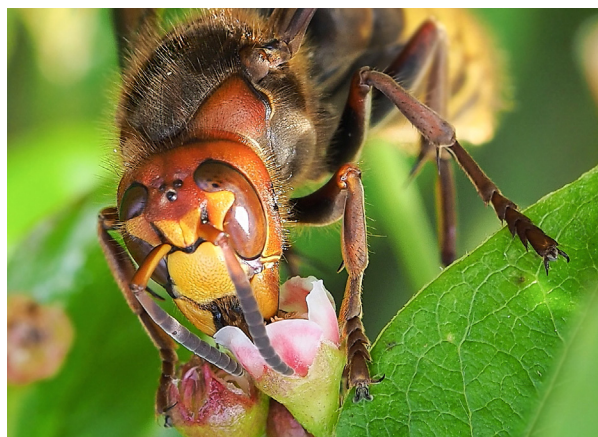
Gdy obserwuję społeczne żądłówki poza gniazdem, na przykład podczas żerowania na kwiatach i picia nektaru, często podchodzę bardzo blisko. Pewnej wiosny ze zranionego dębu sączył się sok, który zwabił kilkanaście szerszeni. Termin obserwacji podpowiadał, że mogły to być wyłącznie królowe – okazało się i tak pochłonięte spijaniem smakołyku, że zbliżyłam się do nich na mniej niż metr, a one dalej nie zwracały na mnie uwagi. Oczywiście nie zalecam tak bliskiego obcowania z szerszeniami, gdyż reakcja poszczególnych osobników zawsze może być nieco odmienna. W przypadku szerszeni dystans jest wskazany.

Żądło – ewolucyjny majstersztyk

Czy owad umiera po użyciu żądła? To pytanie często powraca, a wiele osób jest przekonanych, że pszczoły i osy giną po tym, jak użyją swojego żądła. Okazuje się jednak, że śmierć następuje tylko u pszczoł miodnych, co jest ściśle związane z budową ich żądła.

Gdy przyjrzymy się pod mikroskopem temu niesamowitemu aparatowi, dostrzeżemy, że ma on charakterystyczne zadziory, które uniemożliwiają pszczole miodnej wyrwanie go. U innych gatunków pszczoł i os żądło jest gładkie, co sprawia, że owad może używać go wielokrotnie, a potem swobodnie odlecieć.

Dlatego więc ewolucja okazała się tak bezlitosna w przypadku pszczoł miodnych? Warto sobie przypomnieć, że jedna pszczoła rodzina może liczyć nawet 80 tys. osobników. Oznacza to, że życie pojedynczej pszczoły nie ma dla funkcjonowania ula większego znaczenia. Dla dobra pszczelej rodziny bardziej wartościowe wydaje się coś innego – wydłużenie czasu aplikacji jadu. Pszczoła miodna po użądleniu próbuje odlecieć, co sprawia, że wyrwa sobie część wnętrza, włącznie ze zwojem nerwowym. Nawet poza ciałem pszczoły ów zwój wciąż pracuje, co zwiększa ilość zaaplikowanego jadu. Obserwując żądło wbite w rękę, można dostrzec, że pulsuje ono dalej, tłocząc do rany jad przez naruszony naskórek. Życie jednej pszczelej robotnicy okazuje się więc warte poświęcenia, jednak inaczej jest z królowymi, których życie jest zdecydowanie bardziej cenne. W ich żądłach zadziórów jest mniej – jedynie trzy. Sprawia to,



Szerszeń europejski | fot. Jan Dąbrowski

CZY WIESZ, ŻE...

Rodzime osy i pszczoły nie są aktywne nocą, jednak wyjątek stanowią szerszenie europejskie. Przyciąga je światło, dlatego można je spotkać w pobliżu lamp ulicznych czy okien domów po zmroku.

że mogą one bez uszczerbku dla siebie wyciągnąć żądło z ciała ofiary.

Żądłówki – sojusznicy, nie wrogowie

Regulacja populacji owadów

Ryś, wilk, myszołów czy lis to drapieżniki, które pełnią w przyrodzie bardzo ważne role – głównie regulujące i wspomagające równowagę ekologiczną. Takie same role w mniejszej, owadziej skali pełnią żądłówki, które też są drapieżnikami. To one biorą udział w regulacji populacji owadów. Szerszenie, osy, nasteczniki, grzebacze polują na inne owady, w tym muchy, komary, gąsienice i chrząszcze. Dzięki temu ograniczają liczebność potencjalnych szkodników, które mogłyby wyrządzać szkody w rolnictwie, ogrodnictwie i lasach.

Zachowanie równowagi ekologicznej

Drapieżne owady wpływają na liczebność populacji w ekosystemach, zapobiegając nadmiernemu rozmnażaniu się niektórych gatunków. Ich obecność stabilizuje różnorodność biologiczną.

Zapylacze

Nie można też zapomnieć, że żądłówki mogą pełnić dumną rolę zapylaczy. Choć szerszenie i osy są przede wszystkim drapieżnikami, które gromadzą białko zwierzęce dla potomstwa, to ich dorosłe osobniki często żywią się także nektarem kwiatów. Podczas żerowania mimowolnie przenoszą pyłek, przyczyniając się do zapylania roślin. Ich udział w tym procesie jest zdecydowanie niedoceniany.

Usuwanie martwych owadów

Szerszenie i niektóre osy żywią się padliną oraz osłabionymi owadami, pełniąc funkcję naturalnych „czyścicieli” ekosystemu. Dzięki temu zmniejszają ryzyko rozprzestrzeniania się chorób wśród owadów.

Pożywienie dla innych zwierząt

Mimo że same są drapieżnikami, żądłówki bywają również ofiarami i stanowią źródło pożywienia dla ptaków, ssaków i innych owadów. Nie tylko one, ale owady w ogóle stanowią często podstawę wszelkich łańcuchów troficznych. Tę rolę należy nieustannie podkreślać, a owadom tworzyć przyjazne warunki do gniazdowania. ■

JOANNA ROCZYŃSKA

Pierwsza pomoc w użądleniach przez pszczołę miodną



ANETA MISZEWSKA
Zakład Ratownictwa Medycznego

Po okresie zimowania pszczół w ulu w formie kłądu pierwsza ich aktywność następuje, gdy temperatura powietrza wzrasta powyżej 10 °C. Bywa, że pszczoły odbywają swoje loty po pokarm już w marcu, jeśli warunki atmosferyczne na to pozwalają, i wówczas dochodzić może do pierwszych użądleń.

Użądlenie przez pszczołę miodną (*Apis mellifera*) jest dość częstym zdarzeniem, które zwykle nie wiąże się z poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, jednak w przypadku reakcji alergicznych może prowadzić do wstrząsu anafilaktycznego. Pszczoła po wbiciu żądła w skórę wprowadza do organizmu jad zawierający m.in. melitynę, która jest odpowiedzialna za miejscowe reakcje zapalne, takie jak ból, obrzęk czy zaczerwienienie. Warto dodać, że inne żądłowki, takie jak osy, szerszenie czy trzmiele, mają odmienny skład jadu. Oznacza to, że można być uczulonym na przykład na jad osowatych, a jednocześnie nie wykazywać oznak alergicznych po użądleniu przez przedstawiciela pszczołowatych.

Postępowanie w przypadku użądlenia przez pszczołę:

1. Zgodnie z zaleceniami kluczowym krokiem w postępowaniu po użądleniu przez pszczołę jest szybkie usunięcie żądła, co zapobiega dalszemu uwalnianiu jadu. W badaniach Juster et al. (2019) wykazano, że im szybciej zostaje



Pszczoła miodna | fot. Joanna Rocznińska

ono usunięte, tym mniej intensywna jest reakcja zapalna. Należy unikać chwytania żądła palcami, ponieważ działa ono niczym strzykawka, więc spowodowałoby to uwolnienie dodatkowej ilości jadu. Optymalnym rozwiązaniem jest delikatne „zdrapanie” żądła za pomocą paznokci lub karty kredytowej.

2. Warto zdjąć biżuterię znajdującą się w okolicy użądlenia.
3. Po usunięciu żądła miejsce użądlenia powinno zostać dokładnie przemyte wodą z mydłem. Badania Fattahi et al. (2020) wskazują, że używanie drażniących substancji, takich jak alkohol, nie jest zalecane, ponieważ może nasilić stan zapalny. Oczyszczenie rany ma na celu zmniejszenie ryzyka infekcji.
4. Zastosowanie zimnych okładów na miejsce użądlenia jest jednym z najbardziej efektywnych sposobów łagodzenia bólu i obrzęku. Badania przeprowadzone przez Barrett et al. (2018) potwierdzają, że stosowanie chłodnych kompresów w pierwszych godzinach po użądleniu skutecznie redukuje lokalne objawy zapalne.
5. W przypadku łagodnych reakcji alergicznych, takich jak swędzenie czy obrzęk, zastosowanie leków przeciwhistaminowych może znacząco poprawić komfort pacjenta. Według Kaufmana et al. (2017) leki te są skuteczne w uśmierzaniu łagodnych objawów reakcji alergicznych.
6. Niesteroidowe leki przeciwzapalne mogą być stosowane w celu zmniejszenia bólu oraz obrzęku w miejscu użądlenia.

U osób uczulonych na jad pszczół może wystąpić reakcja anafilaktyczna, która stanowi zagrożenie życia i wymaga natychmiastowej interwencji medycznej. Świadczą o tym objawy, takie jak trudności w oddychaniu, obrzęk twarzy i gardła, zawroty głowy oraz spadek ciśnienia. W takim przypadku należy:

1. Jak najszybciej podać adrenalinę z ampułkostrzykawki (Epipen) w przednio-boczną część uda. Jeśli stan pacjenta nie ulegnie poprawie, domięśniową dawkę adrenaliny należy podać ponownie po około 5 min. Autostrzykawki z adrenaliną powinny być w posiadaniu osoby z potwierdzoną alergią na jad pszczół.
2. Wezwać pomoc – po podaniu adrenaliny pacjent powinien zostać niezwłocznie przetransportowany do placówki medycznej, gdzie możliwa będzie dalsza kontrola stanu zdrowia. Nawet jeśli poczuje się on lepiej, konieczne jest dalsze monitorowanie jego stanu, ponieważ reakcja może wystąpić ponownie.
3. Ułożyć osobę poszkodowaną w pozycji leżącej. Należy unikać gwałtownych prób posadzenia lub postawienia pacjenta.



Osoby z alergią na jad pszczoł miodnych powinny unikać miejsc, gdzie pszczoły mogą występować, a także zawsze mieć przy sobie autostrzykawkę z adrenaliną. Ponadto ważne jest wczesne rozpoznanie alergii i przeprowadzenie odpowiednich testów diagnostycznych, aby ustalić stopień uczulenia oraz strategię leczenia. ■

ANETA MISZEWSKA

Bibliografia

1. Barrett, R. L., M. J. McAuliffe, & S. A. Peterson. (2018). Cold compress therapy for the treatment of local pain and swelling following insect stings. *Journal of Pain Management*, 9(2), 88-94.
2. Fattahi, S., S. S. Kumar, P. G. Sriram, & R. T. Ayub. (2020). Management of bee stings: A systematic review of the best practices. *American Journal of Clinical Dermatology*, 21(3), 267-275.
3. Juster, H. R., D. S. Hanson, A. L. Kwon, & J. D. Black. (2019). Rapid removal of bee stinger in the treatment of Hymenoptera stings. *Journal of Emergency Medicine*, 56(5), 487-490.
4. Kaufman, M., J. M. Adolph, & C. P. Steele. (2017). Over-the-counter antihistamines for insect sting reactions: A randomized clinical trial. *Allergy and Clinical Immunology*, 120(4), 1-7.
5. Shaw, D. E., M. R. Winston, & G. K. Thompson. (2020). NSAIDs in pain and inflammation management post-insect stings: A review of clinical trials. *Pain and Inflammation*, 12(3), 215-220.
6. Simons, F. E. R., S. M. Schatz, R. A. Kagan, & D. E. N. Devlin. (2018). Adrenaline in the management of anaphylaxis after bee sting: A consensus statement. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 121(4), 516-522.
7. Wytyczne Europejskie Rady Resuscytacji 2021.

Uczniowie Wielkiego Stefana w szponach hazardu

W pierwszych 10 latach po powstaniu Zakładu Biochemii Klinicznej dużą rolę w rozwijaniu i stabilizacji głównych kierunków badań naukowych odgrywały popołudniowe dyskusje interdyscyplinarne. Odbywały się one często, acz nieregularnie i zwykle *ad hoc* po „upolowaniu” przez Stefana Angielskiego lub jego asystentów jakiegoś rewelacyjnego doniesienia naukowego. Było to zwykle 9-12 miesięcy po jego złożeniu w redakcji, tyle bowiem trwał wówczas proces wydawniczy, opóźniany dodatkowo przez aktywność Głównego Urzędu Kontroli Prasy, Publikacji i Widowisk, czyli cenzurę. Tak więc wiedza docierająca do nas z Zachodu już w tym momencie była mocno spóźniona. U Stefana liczyły się tylko osiągnięcia – mogły być drobne, ale musiały być po raz pierwszy (lub niemal pierwszy) opisane w literaturze światowej. Między innymi dlatego młodzież z naszego zakładu aktywnie i chętnie uczestniczyła w tych „eventach”, które dawały sporą dawkę naukowych nowości, jak i uczyły aktywnej, a czasem też ostrej, i merytorycznej dyskusji.

Młodzieżowa kadra zakładu dość regularnie uczestniczyła również w sobotnich spotkaniach przy kartach (brydż i poker) u Piotra G. Tydzień pracy trwał wtedy 6 dni. Piotr wynajmował spory lokal na poddaszu willi przy ul. Tuwima, dwie posesje od domu przy ul. Hoene-Wrońskiego, w którym mieszkał doc. Angielski z liczną rodziną i psem. Podstawowym sprzętem na stacji była zwisająca pośrodku lampa z zielonym kloszem, pod którą stał duży okrągły stół. Z boku znajdował się kwadratowy stolik do brydża. Było to przytulne miejsce do rozpoczęcia krótkiego weekendu. Wkrótce do koleżeństwa z naszego zakładu dołączyli zaprzyjaźnieni biochemicy i medycy sądowi z baraku nr 30.

W październiku roku akademickiego 1969/1970 Szefer wyjechał na parotygodniową delegację zagraniczną, co spowodowało

nico wcześniejsze rozpoczęcie sobotniego turnieju. Po przegrany robroze wyszliśmy we dwójkę z Czesławem po parę butelek z czerwoną kartką i herbatniki. W drodze powrotnej na rogu obu ulic trafiliśmy wprost na Stefana, który wrócił nieco wcześniej. Na szczęście butelki były ukryte w rękawach jesionek. Na życiwe zapytanie, co robimy poza zakładem o tak wczesnej porze, odpowiedzieliśmy, że idziemy do Piotra pogadać o mechanizmach generacji jonów wodorowych w nerce (temat mógł być inny, chociaż podobny).

O tak! To idziemy. Nie było odwrotu. Po otwarciu drzwi, do których wiodły ciemne schody, buchnęło kłębam dymu i zapachem piwa. Przy stolikach siedziało około 10 skupionych młodych naukowców czytających karty i naklejki na butelkach. Stefan szybko przeprosił i zapewne poszedł do domu. Tłumaczyliśmy się, że sytuacja musiała ulec zmianie podczas naszego wyjścia po prowiant. Sklep był przy ul. Traugutta, więc *round trip* musiała zająć przynajmniej 20 minut. Na całe szczęście nasz ukochany Szefer nie wracał do rozmowy na temat powyższej sytuacji, która pasowała jak ulał do starego przysłowia, że „gdy nie ma kota, myszy harcują”.

Na zakończenie trzeba dopowiedzieć, że wypijany przy brydżu alkohol miał niewątpliwie wpływ na generację jonów wodorowych przez nerkę. Ale, jak widać, nie zaszkodziło to specjalnie „hazardzistom”, bo sześciu z nich zostało profesorami. ■



Prof. Stefan Angielski

grafika – Małgorzata
Omilian-Mucharska

PROF. ANDRZEJ SZUTOWICZ
Emerytowany kierownik Katedry Biochemii Klinicznej

NIEZDROWE WIERSZE

wiersz na kwiecień

Jarosław Marek Rymkiewicz

Choć ma grypę

Choć ma grypę to pracuje wśród korzeni
Choć ma raka jeszcze nie chce się odmienić

Choć to gruźlik ale wciąż się wierci w grobie
Może zawał ale chciałby postać sobie

Chociaż umarł bo miał w nocy drugi wylew
Spać nie może gdy ma jeszcze pracy tyle

Spać powinien ale nie śpi i nie zaśnie
Bo go boli a to trzeci zawał właśnie

Bo go boli a to rak się wyżej wspina
Bądź przeklęty w imię Ojca Ducha Syna

Bo to Łazarz co w otwartym grobie leży
W imię Ojca Syna Ducha w nic nie wierzy

Bo to zawał bo to grypa bo się boi
Bo to Łazarz co z łopatą w grobie stoi

Kiedy ty go wreszcie uśpisz dobry Boże
To mu zawał ani wylew nie pomoże

Sila niektórych utworów tkwi w ich poetyckiej przebiegłości; zawarcia w nieprzystającej do stosowności tematu formie ważkich treści. Przykładem takiej „poetyki zaskoczenia” jest powyższy wiersz Jarosława Marka Rymkiewicza (1935-2022). Korzystając z (wydawałoby się) prostej konstrukcji rymowanej wylizanki, utwór portretuje pacjentów w nieustępliwości ich bólu, strachu, zmęczenia i, wreszcie, rezygnacji. Widzimy ich szamoczących się w niewygodzie łóżka-grobu, między zbyt bolesnym „tu” chorowania a przerażającym „tam” śmierci. Czy są walczącymi – z rakiem, zawałem, gruźlicą, gripą, ze śmiercią – żywymi? Czy raczej, podobnie jak przywołany dwukrotnie w utworze biblijny Łazarz, są już martwi, lecz wciąż czekają, jakby siłą rozpędu, pomocy uzdrowiciela? Gdzieś na granicy bytu i niebytu nawet litościwy sen (sen wiekuisty?) nie chce przynieść im ulgi; w swoim cierpieniu są samotni i anonimowi.

zastonięte. Co takiego odsłania nam powyższy wiersz Rymkiewicza? Może to, co nasza kultura, przesiąknięta kultem młodości i rozrywki, tak skwapliwie pragnie uczynić niewidocznym? Może nie chcemy patrzeć na strach i zjadłość chorowania, wolimy pozostawić ten „problem” wykwalifikowanemu personelowi medycznemu: lekarzom, pielęgniarkom, ratownikom? A może wiersz odsłania jeszcze coś innego? Może naszą bezradność, do której nie lubimy się przyznawać w tak nowoczesnym i sprawczym świecie? Bo przecież pomimo wszystkich niezaprzeczalnych osiągnięć medycyny wciąż jesteśmy bezsilni wobec tajemniczego „co potem”? I czy cokolwiek?

J. Trawińska

źródło wiersza: J.M. Rymkiewicz, *Thema Regium*, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 1978, s. 20 (przedruk za zgodą Ewy i Wawrzyńca Rymkiewiczów)

Poezja musi czasem mówić nam rzeczy nieprzyjemne; jak wyraził to sam autor w jednym z wywiadów – odsłaniać to, co

Etyczny wolontariat medyczny



DANIEL KASPROWICZ

Student I roku kierunku lekarskiego,
absolwent pielęgniarstwa i dietetyki,
prezes Fundacji dla Madagaskaru

W głębokiej czarnej Afryce, gdzie dzieją się głęboko czarne rzeczy, głęboka czerń spadła na młode czarne dzieci i jedyne, co może rozrzedzić ten mrok, to zaświecona nad nią lśniąca jasnością biel – te słowa nigeryjskiego dziennikarza Dipo Faloyina przemawiają do mnie aż za bardzo, a jednocześnie przypominają mi o spotkaniu, w którym miałem przyjemność brać udział kilka tygodni temu.

11 grudnia 2024 r. zostałem zaproszony jako specjalista do panelu dyskusyjnego *Dobre chęci nie wystarczą – jak odróżnić etyczny wolontariat zagraniczny od wolonturystyki?*. Spotkanie zorganizował Narodowy Fundusz Wolności, a współuczestnikami debaty byli także: Alicja Kosińska, prezeska Fundacji Go'n'Act, Anna Huminiak, reprezentantka Europejskiego Korpusu Wolontariatu, oraz Tomasz Michniewicz, reportażysta i podróżnik. Każdy z nas miał za zadanie z jednej strony skrytykować wolonturystykę, dzieląc się osobistymi doświadczeniami w tym temacie, a z drugiej – zgodnie z oczekiwaniami organizatorów – nie skreślać całkowicie idei wolontariatu i wskazać ścieżkę dla tych, którzy chcieliby spróbować swoich sił, wyjeżdżając co najmniej do kraju Globalnego Południa. Konkluzja ze spotkania była niestety dość przygnębiająca: etyczny wolontariat zagraniczny nie istnieje. Choć sam osobiście dodałbym, że zorganizowanie takiego wolontariatu jest niezwykle trudne.

Od niespełna piętnastu lat jestem związany z Madagaskarem, gdzie na co dzień zarządzam Centrum Klinicznym im. Jana Beyzyma w Manerinerine, a od dwóch lat staram się prowadzić Fundację dla Madagaskaru. I właśnie jako prezes tej organizacji



Budowa szpitala w Manerinerinie | fot. archiwum prywatne

zostałem zaproszony do dyskusji o etycznym wolontariacie medycznym. Kiedy opowiadałem o swoich działaniach, często słyszę od pracowników ochrony zdrowia słowa, które wprawiają mnie w zakłopotanie. Wiele osób, bez głębszego zastanowienia, deklaruje chęć wyjazdu na misję humanitarną, udziału w akcji medycznej czy wręcz rzucenia wszystkiego i wylotu do Afryki – bo tam ich praca wreszcie zostanie doceniona. Pewnego dnia otrzymałem maila od pani diabetolog z wieloletnim doświadczeniem i imponującym dorobkiem zawodowym, która z entuzjazmem wyraziła gotowość wyjazdu do naszego szpitala – bo przecież tak bardzo potrzebna jest nam pomoc medyczna. Pospieszenie odpisałem, że w naszym skromnym wiejskim szpitalu każda para rąk do pracy jest mile widziana, ale misja medyczna musi być dobrze zorganizowana, a to wiąże się z dużymi kosztami. Przedstawiłem szacunkowe wydatki i poprosiłem o zebranie funduszy na leczenie pacjentów, których chciałaby przyjąć. Po kilku dniach otrzymałem odpowiedź: *Przecież bez sensu byłoby ustawiać tych pacjentów na lekach*. Pani doktor argumentowała, że skoro jej działania byłyby krótkoterminowe, to woląaby skupić się na edukacji pacjentów, promowaniu dietoterapii i zmianie stylu życia. Odpowiedziałem wprost: *Na co dzień zajmuję się pacjentami z cukrzycą typu 2 jako dietetyk i edukuję ich w języku malgaskim. Przygotowaliśmy dla nich ulotki dostosowane do lokalnych realiów, a osoby szczególnie biedne wspieramy również zakupem leków, w tym metforminy. W jakim języku chciałaby Pani edukować tych pacjentów?*. Nie doczekałem się odpowiedzi.

Podobnych sytuacji było wiele. Setki osób pytały mnie o możliwość wyjazdu na misję – w ramach wolontariatu, działań medycznych, a nawet wyjazdów naukowych, które miały podnieść ich CV do rangi co najmniej wybitnego. Wielokrotnie spotykałem się z przekonaniem, że taki wyjazd to trudne, ale szlachetne poświęcenie, a obecność danej osoby na miejscu jest wręcz niezbędna. Nie jestem w stanie zliczyć tych, których emocje rozpały się na widok głodujących dzieci – dzieci, które „trzeba” tu i teraz nakarmić, przytulić, a przy okazji zrobić sentymentalne zdjęcie na *social media*. Tyle że Madagaskar nie jest tłem do opowiadania osobistych historii o zbawianiu świata. A pomoc, która nie uwzględnia lokalnych realiów, często przynosi więcej szkody niż pożytku.

Jak wyjechać rozsądnie i etycznie? To niezwykle trudne, zwłaszcza dziś, gdy coraz więcej organizacji pozarządowych oferuje zorganizowane wyjazdy w ramach wolontariatu – do centrów rekuperacji żywieniowej, domów dziecka, szkół, a nawet sierotniców dla słoni. Im bardziej komercyjny charakter takiego wyjazdu, tym większe prawdopodobieństwo, że z etyką ma on niewiele wspólnego. Jeśli placówka „przepuszcza” jednego wolontariusza za drugim, warto zastanowić się, czy nie jest to po prostu biznes oparty na nieszczęściu drugiego człowieka. Warto również zwrócić uwagę na sposób, w jaki dana



organizacja komunikuje się w mediach społecznościowych. Czerwone flagi? Pesymistyczna wizja „czarnej Afryki”, która rzekomo pilnie potrzebuje twojej pomocy, bo sama jest nieporadna, a lokalne działania – bezradne i nieskuteczne. Niepokojący sygnał to także obrazowa narracja, w której bieda jest jedynym przekazem. Klatka po klatce pokazuje się wyłącznie skrajne ubóstwo – dzieci pozostawione same sobie na wysypiskach, hordy chorych, którym lokalny personel „nie jest w stanie pomóc”. Ale na szczęście jest ktoś, kto może: biała ręka zbawiciela, która nakarmi i ukoi cierpienie.

I choć może to, co napisałem, brzmi niepokojąco, to chciałbym zaproponować kilka rozwiązań. Na początek warto zadać sobie kilka pytań. Czy zdecydowałbyś się na misję humanitarną, gdyby nikt o tym nie wiedział i przez cały wyjazd nie mógłbyś zrobić ani jednego zdjęcia? Czy przeznaczyłbyś co najmniej dwukrotność kosztów swojego biletu i innych wydatków na leczenie pacjentów lub wsparcie lokalnego szpitala? Czy masz wystarczające kompetencje zawodowe, językowe i osobowościowe, by pracować w kraju o ograniczonym dostępie do nowoczesnej medycyny? Czy jesteś świadomy kulturowych różnic i gotowy je uszanować oraz dostosować się do nowego środowiska? Czy jesteś przygotowany na potencjalne zagrożenia zdrowotne? Przemyślenie tych kwestii pozwoli ci choć częściowo zweryfikować twoje pobudki, zmusi do autorefleksji i przede wszystkim pomoże podjąć bardziej świadomą decyzję.

Po drugie, warto dokładnie sprawdzić miejsce wyjazdu. Nie ma nic złego w zadaniu pytania, czy dana organizacja, szpital lub

placówka przyjmująca posiada odpowiednie certyfikaty i akredytacje. Zachęcam także do weryfikacji wynagrodzeń lokalnego personelu – to pozwoli ocenić warunki pracy i uniknąć sytuacji, w której wolontariusz wspiera nieetyczny zakład albo, co gorsza, odbiera etat miejscowemu pracownikowi. Warto również przyjrzeć się samej organizacji: czy rzeczywiście działa non-profit czy osoby chore, żyjące w ubóstwie, faktycznie otrzymują pomoc – bo to wcale nie jest takie oczywiste. Właśnie dlatego realizacja etycznego wolontariatu medycznego jest tak trudna.

Podsumowując, etyczny wolontariat medyczny to nie tylko kwestia dobrych intencji, ale także głębokiego zrozumienia lokalnych potrzeb i rzeczywistości. Aby móc skutecznie pomagać, musimy kierować się nie tylko chęcią niesienia pomocy, ale również odpowiedzialnością za nasze działania. Zanim zdecydujemy się na wyjazd, warto byśmy zastanowili się nad pytaniami, które mogą pomóc ocenić, czy nasze działania rzeczywiście przyniosą korzyści, a nie szkodę. Etyczny wolontariat wymaga bowiem nie tylko kompetencji i wiedzy, ale także pokory i gotowości do uczenia się od osób, którym chcemy pomóc. Współpraca z lokalnymi społecznościami, poszanowanie ich kultury i realiów oraz unikanie paternalistycznego podejścia to kluczowe elementy, które pozwolą stworzyć wolontariat oparty na szacunku i zrównoważonym rozwoju. Tylko w ten sposób możemy mieć pewność, że nasza pomoc rzeczywiście przyniesie pozytywny efekt i nie stanie się kolejną formą wyzysku. ■

DANIEL KASPROWICZ

Robot Paro w DPS w Sopocie – moje wrażenia z wizyty



MAJA CHLEBICZ

Studentka II roku pielęgniarstwa

Współczesny świat opieki zdrowotnej oraz pracy z osobami starszymi nie jest już tylko przestrzenią, w której dominują klasyczne metody terapeutyczne i pielęgniarские. Rozwój technologii pozwala na wprowadzenie innowacyjnych narzędzi, które wspomagają procesy leczenia, rehabilitacji oraz poprawy jakości życia pacjentów. Jednym z takich narzędzi jest robot terapeutyczny Paro – foka, która zdobyła ogromną popularność w krajach azjatyckich, a teraz zdobywa ją także w coraz większej liczbie placówek opiekuńczych na całym świecie.

Jako studentka II roku pielęgniarstwa miałam okazję wziąć udział w wyjątkowej wizycie w Domu Pomocy Społecznej w Sopocie, gdzie mogłam pracować z robotem Paro, który wspomaga terapię pacjentów tej placówki już od ponad dekady. Wizyta była dla mnie nie tylko okazją do praktycznego poznania tego narzędzia, ale także głębszego zrozumienia roli, jaką technologia może odgrywać w codziennej pracy pielęgniarki.

DPS w Sopocie to pierwsza placówka w Polsce, która zdecydowała się na implementację robota Paro w procesie opieki nad osobami starszymi, w szczególności tymi cierpiącymi na demencję, chorobę Alzheimera i inne zaburzenia poznawcze. Wprowadzając tak zaawansowaną technologię, sopocki DPS stawia na innowacyjne podejście do opieki nad seniorami, łącząc je z tradycyjną ludzką empatią i troską.



Paro to robot zaprojektowany przez prof. Takanoriego Shibate we współpracy z japońską firmą AIST (National Institute of Advanced Industrial Science and Technology). Z wyglądu przypomina małą fokę – jest puszysty i ma dużą, sympatyczną twarz. Waży niecałe 2 kg i ma ok. 63 cm długości. Mimo niepozornego wyglądu Paro to zaawansowana maszyna wyposażona w sztuczną inteligencję, sensory dotykowe, słuchowe i świetlne, dzięki którym reaguje na dźwięki, dotyk oraz ruchy. Foka może poruszać głowę, płetwami i wydawać odgłosy przypominające głos prawdziwego zwierzęcia. Ta interakcja, choć mechaniczna, jest wystarczająca, by wywołać reakcje emocjonalne u osób starszych, szczególnie tych zmagających się z demencją.



Autorka z robotem Paro

W Sopocie Paro stał się stałym elementem codziennych terapii. Jego zadaniem jest nie tylko rozbawienie, ale przede wszystkim wsparcie podopiecznych ośrodka w procesie rehabilitacji emocjonalnej. Foka pomaga pacjentom wyjść z izolacji, przełamuje bariery komunikacyjne i daje poczucie bezpieczeństwa, które jest nieocenione w terapii osób cierpiących na różne zaburzenia psychiczne i emocjonalne.

Kiedy przyjechałam do DPS-u, by uczestniczyć w sesji terapeutycznej, nie wiedziałam, czego dokładnie mogę się spodziewać. Miałam już pewne wyobrażenie o tym, jak działa robot, jednak spotkanie z Paro przerosło moje najśmielsze oczekiwania. W ośrodku spotkałam się z psychologiem, pielęgniarką oraz innymi pracownikami, którzy na co dzień zajmowali się pacjentami.

Kiedy przyniesiono Paro, zwróciłam uwagę na jego wygląd. Choć wiedziałam, że to robot, wrażenie zrobił na mnie jego uroczy wygląd. Miękkie futro, czarne oczy i delikatne ruchy sprawiały, że foka wyglądała jak prawdziwe zwierzę.

Sesje terapeutyczne w DPS-ie odbywają się indywidualnie, w pokojach pacjentów. To podejście jest kluczowe dla zapewnienia intymności, ponieważ osoby starsze, szczególnie te, które mają trudności z komunikowaniem się, mogą łatwiej otworzyć się na robota w atmosferze spokoju i prywatności. Przed rozpoczęciem sesji pacjenci zostają poinformowani o jej przebiegu i o tym, jak robot będzie reagował na ich gesty. To ważny element terapii, ponieważ dla wielu osób starszych nowe technologie mogą być początkowo niepokojące.

Najciekawszą częścią tego doświadczenia było obserwowanie pacjentów w trakcie sesji. Ich początkowe reakcje na Paro były różne. Część osób podchodziła do robota z zaciekawieniem, ale też z pewnym dystansem. Zaczynali głaskać fokę ostrożnie, w obawie, że może ona nie zareagować lub wręcz przeciwnie – wywołać u nich niepokój. Kiedy jednak Paro odpowiadała, poruszając głowę i wydając przyjemny dźwięk, twarze wielu

pacjentów rozświeślały się uśmiechami, a ciała rozluźniły, jakby z każdą minutą przybywało im sił do dalszej interakcji.

Jednym z pacjentów, z którym miałam okazję pracować, był starszy mężczyzna. Na początku był bardzo nieufny wobec Paro. *To jakieś dziwne urządzenie* – powiedział, oglądając robota z daleka. Po kilku minutach jednak zdecydował się go pogłaskać. Kiedy foka odpowiadała na jego dotyk, poruszając głowę i wydając delikatny dźwięk, uśmiechnął się szeroko i stwierdził: *No, to jest całkiem przyjemne!*. To był moment przełamania pierwszych lodów. Zupełnie inaczej zareagowała inna pacjentka, która od razu przyjęła Paro z entuzjazmem. Trzymała robota na kolanach, głaskała go i zaczęła opowia-

dać o swoim psie z młodości. Kontakt wywołał w niej falę pozytywnych wspomnień. Szczególnie wzruszającą reakcją zobaczyłam u pacjentki cierpiącej na zaawansowaną demencję, która zwykle unikała kontaktu wzrokowego z personelem. Podczas sesji z Paro zaczęła delikatnie głaskać robota i uśmiechnęła się, mówiąc: *To chyba mój nowy przyjaciel*. To właśnie takie chwile uświadomiły mi, jak potężny wpływ na emocje pacjentów może mieć prosty, mechaniczny kontakt z maszyną, która dzięki zaawansowanej technologii wywołuje reakcje przypominające interakcję z prawdziwym zwierzęciem.

Obserwując poszczególne sesje, zauważyłam, jak różnorodne mogą być reakcje osób starszych. Dla wielu z nich robot stał się swoistym „przyjacielem”, który dawał poczucie obecności, co było szczególnie ważne dla tych, którzy borykali się z samotnością, lękiem lub depresją. Dotyk robota, jego odpowiedzi i reakcje były czymś, co potrafiło wywołać uśmiech, a także złagodzić napięcie, które towarzyszyło wielu pacjentom na co dzień. Warto zauważyć, że technologia taka jak Paro, choć w pełni zautomatyzowana, odgrywa rolę emocjonalnego wsparcia, nie zastępuje jednak prawdziwego kontaktu międzyludzkiego, który wciąż jest podstawą każdej terapii.

Każda sesja z Paro była starannie dokumentowana. Zespół terapeutyczny zwracał szczególną uwagę na reakcje pacjentów, zarówno te werbalne, jak i niewerbalne. Notowano, jak długo pacjentka czy pacjent utrzymywali kontakt z robotem, jak reagowali na jego dźwięki i ruchy, a także jakie zmiany zauważono w ich postawie, mimice oraz interakcjach z personelem po zakończeniu terapii. Dzięki szczegółowej dokumentacji mogliśmy nie tylko ocenić efektywność terapii, ale także wyciągnąć wnioski dotyczące tego, jak najlepiej dostosować robotyczną terapię do indywidualnych potrzeb pacjentów. Często okazywało się, że krótka sesja z Paro przynosiła kilkugodzinną poprawę samopoczucia pacjenta.

Po zakończeniu sesji robot był przechowywany w specjalnej kołyszce, co nie tylko zapewniało mu odpowiednią ochronę,



ale także dopełniało estetykę całego urządzenia. Dzięki prostemu procesowi ładowania – za sprawą „smoczka” włożonego do portu w pyszczku robota – cała procedura była niezwykle przyjazna i dyskretna.

Paro, choć jest innowacyjną technologią, pełni ważną funkcję emocjonalnego wsparcia, pomagając seniorom poczuć bliskość i bezpieczeństwo. Nie zastępuje ludzkiej obecności, ale w połączeniu z empatią opiekunów staje się cennym elementem terapii. Moja wizyta w DPS w Sopocie utwierdziła mnie w przekonaniu, że pielęgniarstwo to nie tylko wiedza medyczna,

ale przede wszystkim wrażliwość na potrzeby pacjentów i otwartość na nowe rozwiązania w opiece.

Serdecznie dziękuję dyrekcji i personelowi Domu Pomocy Społecznej w Sopocie za ciepłe przyjęcie i możliwość obserwacji terapii z Paro. To inspirujące doświadczenie na długo pozostanie w mojej pamięci. ■

MAJA CHLEBICZ

fot. archiwum prywatne

Akcja edukacyjna w Forum Gdańsk

8 marca na całym świecie obchodzony jest Międzynarodowy Dzień Kobiet. Z tej okazji studenci kierunku lekarskiego należący do SKN Chirurgii Onkologicznej *OncoTeam*, pod opieką **dr. Kamila Drucisa**, specjalisty chirurgii ogólnej oraz chirurgii onkologicznej, zorganizowali akcję edukacyjną, której celem było zachęcenie do samobadania piersi oraz badań profilaktycznych. Akcja przeprowadzona została w galerii Forum Gdańsk i była skierowana w szczególności do kobiet.

Rak piersi to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet. Jedną z najważniejszych kwestii w walce z tą chorobą jest profilaktyka i wykrywanie nowotworów w jak najwcześniejszym stadium. W takim przypadku zdecydowana większość pacjentek ma szansę na całkowite wyleczenie oraz na mniej uciążliwą terapię, a co za tym idzie – lepszy komfort życia. Celem akcji było podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki raka sutka i zachęcanie do udziału w bezpłatnych badaniach profilaktycznych w ramach programu NFZ i Ministra Zdrowia.

Członkowie SKN zorganizowali stanowisko, przy którym – ubrani w koszulki z symboliczną różową wstążką – za pomocą fantomów uczyli osoby odwiedzające, jak prawidłowo wykonać samobadanie piersi oraz jakie symptomy powinny je zaniepokoić i skłonić do wizyty lekarskiej. Mimo że ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta po 50. roku życia, nauką samobadania piersi były zainteresowane kobiety w każdym wieku – od nastolatek, zachęconych przez rodziców, po seniorki. Osoby odwiedzające często pytały o czynniki ryzyka występowania nowotworów, pierwsze objawy, dostępne obecnie metody leczenia oraz o to, jak wyglądają badania obrazowe. Nie zabrakło również wzruszających rozmów z byłymi pacjentkami onkologicznymi, które z chęcią dzieliły się swoimi doświadczeniami, co dla studentów było ważnym doświadczeniem. Do odwiedzenia stanowiska zachęcała estetyczna oprawa, utrzymana w charakterystycznej różowej tonacji, a także słodkie (i nie tylko) upominki pozyskane dzięki uprzejmości Kliniki Chirurgii



Członkowie SKN *OncoTeam* przy stoisku w Forum Gdańsk

fot. archiwum prywatne

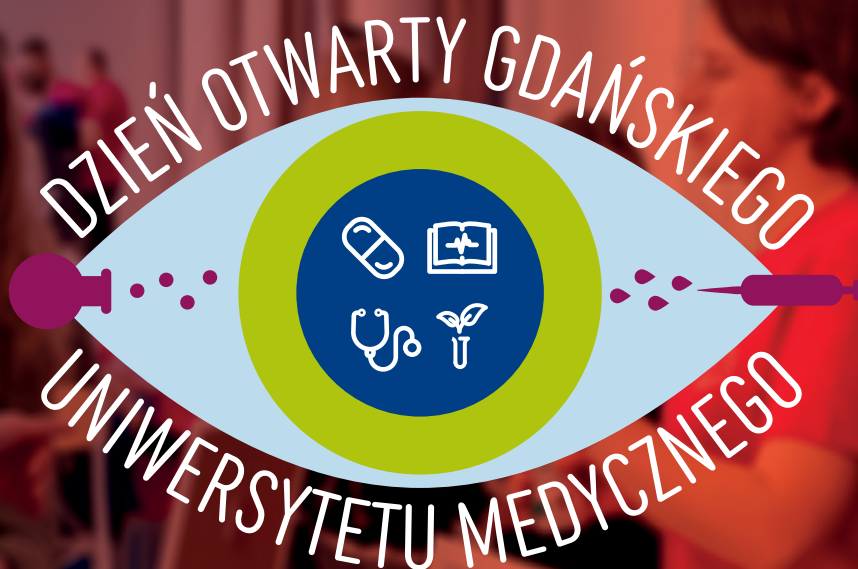
Onkologicznej, Transplantacyjnej i Ogólnej kierowanej przez **prof. Jarosława Kobiełę**.

Akcja cieszyła się pozytywnym odbiorem i ogromnym zainteresowaniem ze strony odwiedzających. Dla studentów była jednocześnie okazją do doskonalenia kompetencji miękkich oraz zwrócenia uwagi na problem, jakim jest wciąż niedostateczna świadomość społeczeństwa na temat roli samobadania piersi.

Całkowity nadzór nad przygotowaniem akcji sprawował opiekun SKN dr Kamil Drucis przy wsparciu **dr. Marcina Ekmana**, specjalisty chirurgii ogólnej. Studenci zrzeszeni w SKN *OncoTeam* już planują kolejne akcje edukacyjne w obszarze działalności Pododdziału Chirurgii Piersi, Mięsaków, Skóry i Czerniaka (Breast, Sarcoma, Skin and Melanoma Surgery Unit). ■

NATALIA FILCKOWSKA

Studentka IV roku kierunku lekarskiego,
członkini SKN *OncoTeam*



11 KWIETNIA 2025

WWW.DNIOTWARTE.GUMED.EDU.PL



WYKŁADY WARSZTATY STOISKA