



Dodatek do Gazety AMG

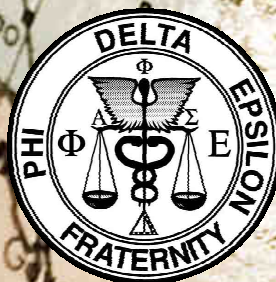
RemediumM



Twoje: studia, uczelnia, życie, przyszłość. Zawsze odważnie, konkretnie i na czas!



Świat jest niesamowity!



Amicus Studentis 2010/2011
wywiad z dr. hab. Tomaszem Wierzbą

Świat A.D. 2012

RemediumM

www.remEDIUM.gumed.edu.pl

Polub nas na



Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów niezamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów. Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko redakcji oraz Uczelnianego Samorządu Studenckiego.

W TYM NUMERZE:

Świat A.D. 2012 (Przemysław Waszak)	2
Poznaj świat z IFMSA (Karolina Garnicka, Maciej Pakuła, Tomasz Trojanowski)	3
Przyjaciół studentów (dr hab. Tomasz Wierzbą)	8
Postać z krwi i kości (Kryspin Kiedrowski)	11
Stetoskop (Zuzanna Lewicka)	12
Lepiej (Paulina Kalinowska)	13
Planeta Wikipedia (Łukasz Budyńko)	15
Philanthropy, deity, equity and education (Daniel Teszka)	16



Przemysław Waszak
redaktor
prowadzący

Nasz nowożytny świat obchodzi właśnie 2012 urodziny. Nigdy dotąd nie był światem tak otwartym i dostępnym dla wszystkich ludzi. Znikają podziały, maleją odległości, wszyscy możemy być bliżej i poznawać się lepiej niż kiedykolwiek. Podróżując i poznając nowe kraje, kultury, kontynenty i cywilizacje, dowiadujemy się coraz więcej o świecie i ludziach. Wracając na swoje podwórko, widzimy wszystko trochę ostrzej. Przekonujemy się na własnej skórze, że podróże kształcą.

Jaki jest dzisiaj nasz świat – Ziemia anno Domini 2012? Jest to przede wszystkim świat wielkich zmian. Eksplozja ekonomiczno-technologiczna zmieniła i nadal zmienia oblicze każdego kontynentu. W ciągu minionego wieku każdy kraj zrobił astronomiczny krok naprzód! Przyjrzymy się naszej Polsce i jej PKB na głowę mieszkańca. W 1980 roku wynosił on tyle samo ile obecnie na Malediwach, w 1970 – tyle, ile w dzisiejszych Chinach, w 1960 – był równy PKB w Bhutanie, a na początku XX wieku – Polska stała w jednym szeregu z obecnymi krajami Trzeciego Świata! Także i te kraje przeszły ogromną ścieżkę

rozwoju, ale nadal są dużo biedniejsze niż reszta globu. A dysproporcje te zdają się nawet od czasu do czasu pogłębiać.

Mówimy dziś o wielkim kryzysie finansowym. Słyszymy coś o „złych kredytach”, upadku banków, spadkach na giełdach, problemach Grecji, Portugalii, Irlandii, Hiszpanii i Włoch. Ale zapominamy, że ten kryzys (który nie wiadomo zresztą, ile jeszcze potrwa) już zepchnął 200 mln ludzi na margines skrajnego ubóstwa i o 40 mln zwiększył liczbę cierpiących głód. Najwyższy więc czas na wyciągnięcie wniosków!

Świat jednak nie jest już podzielony na bogatą Północ i biedne Południe. Co drugi samolot używany przez LOT jest wyprodukowany w Brazylii, a o budowę pierwszego odcinka ekspresowej kolei w Polsce walczą chińskie przedsiębiorstwa. Coraz więcej najbardziej zaawansowanych technologii IT pochodzi z Indii, zaś Anglia boleśnie przekonała się, że stworzenie finansowego City w Londynie nie przyniosło wcale większego dochodu niż zlikwidowany okręg przemysłu w Birmingham. Wszystko to sprawia, że na świecie coraz mniej jest dziś oczywistości.

A czy jest jeszcze dziś na świecie coś do odkrycia? Już dawno pozbyliśmy się białych plam na mapach kontynentów (istnieją one jeszcze tylko na dnach najgłębszych oceanów). A może jednak odkrycia wymaga człowiek? Nie tylko ten drugi, z początku wydający się obcym, a później stający się często przyjacielem, ale również i Ty sam.

Nasza Uczelnia już od wielu lat pomaga studentom poznawać świat. Jedną z możliwości jest udział w praktykach wakacyjnych IFMSA, o innych pisaliśmy dokładnie rok temu – w pierwszym numerze reaktywowanego RemediumM. Obchodząc więc dziś tę rocznicę, gorąco zapraszamy Was do lektury! Z dumą i radością informujemy wszystkich naszych Czytelników, że *RemediumM* zostało docenione przez społeczność akademicką i uhonorowane Nagrodą JM Rektora GUMed!

Redakcja: Paulina Kalinowska, Kryspin Kiedrowski, Małgorzata Krzeszowska, Zuzanna Lewicka (wicedyrektorka prowadząca), Weronika Ogorzałek, Dymitr Rychter, Damian Świeczkowski, Przemysław Waszak (redaktor prowadzący), Justyna Zubiel.
Korekta: mgr Katarzyna Dorocińska, mgr Jolanta Świerczyńska-Krok, dr Joanna Śliwińska
Pomoc techniczna: mgr Tadeusz Skowrya
Redaktor naczelny Gazety AMG: prof. dr hab. Wiesław Makarewicz

Poznaj świat z IFMSA!

Jak każdemu młodemu człowiekowi, na pewno i Tobie marzą się zagraniczne podróże. Czy potrafisz wyobrazić sobie sytuację, w której dzięki IFMSA-Poland możesz wybrać miejsce spośród kilkudziesięciu krajów na sześciu kontynentach, w które pojedziesz na wakacyjną praktykę, płacąc jedynie za przejazd? W *Remedium* rozmawiamy z tymi, którzy już wyjechali.



Karolina Garnicka,

IV rok, kierunek lekarski
prezydent Oddziału Gdańsk IFMSA-Poland

Jesteście członkami IFMSA-Poland, dzięki czemu mogliście zobaczyć jak wygląda studiowanie medycyny, służba zdrowia i życie zwykłych ludzi w różnych krajach. Co było dla Was największym zaskoczeniem?

Nazywam się Tomasz Trojanowski, jestem studentem IV roku Wydziału Lekarskiego. Przez cztery tygodnie przebywałem w Kuwejcie, w Kuwait City. Pierwszym, co najbardziej rzuciło mi w oczy (i nie tylko), była temperatura. Średnia dobową temperaturą w lipcu wynosi około 45°C. Kiedy tylko wyszedłem z samolotu, pomimo że była noc, uderzyła mnie fala gorąca. W południe, gdy wychodziłem ze szpitala, temperatura przekraczała 60°C i nawet chowanie się w cieniu niewiele pomagało. Kolejna rzecz, którą od razu zauważyłem, to duża ilość ekskluzywnych samochodów z dużymi silnikami – wszystkie marki Ferrari, Maserati. To zdecydowanie bogaty kraj! 95% jego zysku pochodzi z ropy. Jest to piąty, pod względem wielkości, światowy producent ropy. Biorąc pod uwagę, że jest to kraj 2,5-milionowy, na każdego mieszkańca przypada sporo pieniędzy...



Maciej Pakuła

III rok, kierunek lekarski,
IFMSA-Poland

A czym się różni opieka zdrowotna w Kuwejcie od tej w Polsce?

TT: Zaczniemy od tego, że w Kuwejcie jest o wiele większa liczba lekarzy. Na jednego przypada około 100-200 pacjentów, czyli bardzo mało. Było to dla nas szczególnie widoczne, kiedy byliśmy pod opieką tamtejszych lekarzy – mieli oni bardzo dużo czasu. Opiekował się nami niejaki doktor Fassal z Jordanii, prowadził nawet seminaria, dużo z nami rozmawiał, pokazał nam wiele przypadków. One również dość znacznie różnią się epidemiologią od tych spotykanych w Polsce. Jest mnóstwo przypadków astmy oskrzelowej – ze względu oczywiście na pył. Pojawia się również dość sporo rzadkich chorób genetycznych, z tego względu, że Kuwejtczyki to tak naprawdę siedem rodzin, które starają się ciągle między sobą mieszać, a to nieuchronnie prowadzi do wad genetycznych.

To, co jeszcze rzuca się w oczy, to duża liczba personelu medycznego i pomocy szpitalnej. Są tam np. ubrani na czerwono portierzy (Malezyjczycy), do obowiązków których należy obsługa wind i noszenie dokumentów.



Tomasz Trojanowski

IV rok, kierunek lekarski
Eating Disorders Awareness
Transnational Project Coordinator IFMSA



U nas od tego są stażyści i rezydenci :)

TT: To, co jeszcze zwróciło moją uwagę, to brak dyskryminacji ze względu na płeć w służbie medycznej, choć jest ona wyraźnie widoczna wszędzie indziej. Stanowi to jedną z przyczyn, dla której mężczyźni wybierają studia medyczne. Kontakt z kobietą na oddziale, w szpitalnej kawiarni jest na porządku dziennym, natomiast na ulicy czy na uniwersytecie – już niekoniecznie. Na uczelni widzieliśmy stoliki z napisami „tylko dla mężczyzn” i „tylko dla kobiet.” Sprawia to czasami trochę problemów. Kiedy byłem na pediatrii, nie mogłem pierwszy wejść do sali chorych. Pierwsza musiała wejść kobieta i zapytać matkę, czy życzy sobie obecności mężczyzny przy badaniu oraz dać jej czas, by mogła się przygotować. Kobieta musi założyć hidżab, czyli chus-

ty na głowę lub coś podobnego. Kobiety w Kuwejcie ubierają się różnorodnie, podobnie jak u nas, chociaż w innym stylu. Z moich obserwacji wynika, że 10-20% kobiet nie nosi nic na głowie. Koran mówi, że kobieta powinna zakrywać ciało, oprócz dłoni, stóp i głowy.

A czy kobiety mogą być badane tylko przez lekarki?

TT: Nie, to zależy. Zawsze trzeba pytać. Na ogół godzą się na udział mężczyzny w badaniu, bo w Koranie jest napisane, że czynności medyczne są zwolnione z płciowych obostrzeń. Mój kolega był na ginekologii. Mógł dokonywać zabiegów i w większości przypadków nie było z tym żadnych problemów.

Chciałbym jeszcze wspomnieć o jednej rzeczy: w Kuwejcie jest prohibicja i absolutnie nie można kupić żadnego alkoholu. Kary za łamanie tego zakazu są dość surowe. Alkohol można kupić jedynie w pięciogwiazdkowych hotelach, ambasadach lub w amerykańskiej bazie wojskowej. Kuwejt jest krajem dość konserwatywnym, choć nie tak jak np. Arabia Saudyjska, gdzie kobiety nie mogą nawet prowadzić pojazdów. Powiedziałbym, że jest to jeden z najbardziej konserwatywnych krajów w tym regionie.

Na pediatrii, nie mogłem pierwszy wejść do sali chorych. Pierwsza musiała wejść kobieta i zapytać matkę, czy życzy sobie obecności mężczyzny przy badaniu oraz dać jej czas, by mogła się przygotować. Kobieta musi założyć hidżab.

Czy te ogromne pieniądze zarabiane na ropie mają odzwierciedlenie w wyposażeniu szpitali?

TT: Mój kolega był na chirurgii i mówił, że wszystkie sale i oddziały są wspaniale wyposażone. A z moich obserwacji wynika, że oddziały są wyposażone normalnie. Co prawda w jednej sali chorych leży maksymalnie dwóch pacjentów i zawsze są oni oddzieleni porządnym parawanem. Tak jest w szpitalach publicznych, w których również bywałem. Na oddziałach zawsze rzuca się w oczy Koran leżący na każdej półce.

A jak jest w Serbii?

Maciej Pakuła, jestem studentem III roku. Byłem na wymianie naukowej z programu SCORA w Serbii, w Kragujevacu. Mój projekt był histologiczny – kultywowanie keratynocytów.

Pierwszym, co rzuciło mi się w oczy, to normalność. Kraj ten jest bardzo podobny do Polski. A druga rzecz to bieda. Byli ze mną ludzie z Meksyku i Hiszpanii, którzy spodziewali się, że zobaczą wszędzie pozostałości po wojnie. A jednak przekonali się, że to normalny kraj. Po ulicach jeździ jeszcze dużo maluchów, jest też sporo samochodów marki Zastawa, bo akurat w Kragujevacu mieściła się fabryka samochodów tej marki.

Uwagę zwraca również tamtejsza gościnność. Kiedy kogoś poznawałem, to na drugi dzień już mnie zapraszał do siebie – nie tylko mnie, ale i moich kolegów. Jeśli chodzi o służbę zdrowia, byłem jedynie na oddziale radiologii i mu-



szą powiedzieć, że sprzęt był tam dość kiepski. Stał stary aparat RTG oraz nowoczesny TK robiący zdjęcia w 3D, ale akurat nie działał... Na większości karettek jest napisane, że są darami Unii Europejskiej, Japonii etc. Widziałem też salę operacyjną, która wyglądała na przestarzałą. Zaskoczyło mnie także dość luźne podejście do zasad aseptyki.

Mój projekt naukowy był prowadzony przez profesora z Zakładu Histologii i polegał na hodowli kolonii ludzkich keratynocytów. Profesor był niezwykle życzliwy, rozmawiał z



nami na tematy nie tylko naukowe, pytał co planujemy robić w Serbii i co chcemy tutaj zobaczyć. Był ciekawy naszych planów na przyszłość. Mogłem bardzo dobrze poznać wszystkie zasady i metody hodowli komórkowych. Robiłem też własną próbę, którą się osobiście opiekowałem. To wszystko odbywało się na Uniwersytecie Medycznym w Kragujevacu. Zakład Histologii mieścił się przy szpitalu. Laboratorium było dobrze wyposażone i sprzęt również był dobry. Uczelnia wygląda podobnie jak nasz uniwersytet, ma taki sam budynek jak nasze CBM, w którym niedawno była przeprowadzona modernizacja i komputeryzacja.

Na tamtejszym Uniwersytecie Medycznym spotkałem bardzo życzliwych ludzi i wielu pomocnych lekarzy. Zawarłem wiele znajomości na radiologii. Bardzo spodobało mi się życie nocne! Wszyscy wieczorami się gdzieś spotykają. Młodzież na boisku gra w koszykówkę. Trochę starsi chodzą do miejsc zwanych KAWANA, czyli do tawern, gdzie się ucztuje, pije i śpiewa narodowe piosenki. Bardzo barwne miejsca. Widać tu wpływy okupacji tureckiej. Mimo że jest to kraj słowiański, tradycje tureckie dobrze się tu zakorzeniły.

Życie towarzyskie jest dużo bardziej urozmaicone niż u nas. Kragujevac jest czwartym co do wielkości miastem w Serbii, ma niecałe 180 tys. mieszkańców. Jest w nim bardzo dużo miejsc, gdzie można wyjść wieczorem. Każdego dnia tygodnia życie nocne kwitnie.

Jako ciekawostkę chciałbym dodać, że w Serbii na każdym kroku można usłyszeć „polako, polako”, ale nie ma to nic wspólnego z Polską – to po prostu znaczy „powoli, powoli, spokojnie”. Podejście do życia jest tam podobne jak w większości krajów śródziemnomorskich, nikt się nigdzie nie śpieszy. Ludzie odpowiedzialni za nas podczas pobytu w Kragujevac opiekowali się nami dobrze, ale spóźnienia były powszechne...

Czy są jakieś różnice między studiowaniem medycyny w Serbii i w Polsce? Jak wygląda nauka?

MP: Jest bardzo podobnie, chociaż w Serbii nie ma stażu ani czegoś takiego jak LEP. I jest bardzo trudno dostać się na specjalizację. W grę wchodzi niestety korupcja i znajomości. Zresztą te problemy widoczne są w każdym kraju.

Karolino, czas na Brazylię.

Karolina Garnicka, jestem studentką IV roku Wydziału Lekarskiego i spędziłam parę tygodni w Brazylii, w mieście Vitoria. Odbywałam tam praktyki na oddziałach: pediatrii, neonatologii i chorób wewnętrznych.

Miałam szczęście, w odróżnieniu od chłopaków, mieszkać w domu jednej ze studentek. W Brazylii nie istnieją akademiki. Larissa – dziewczyna, u której mieszkalam, była studentką II roku medycyny, dzięki temu mogłam poznać życie studenckie od podszewki! Mogę teraz śmiało powiedzieć, że mam brazylijską siostrę i brazylijską mamę! Zostałam niemal wchłonięta do tej rodziny. Brazylijczycy są niesamowicie rodzeni. Ja już pierwszego dnia zostałam przedstawiona całej wielopokoleniowej rodzinie. Wszyscy przyszli zobaczyć dziewczynę z Polski i spytać, gdzie Polska się znajduje. Zawsze mylił im się Polska z Holandią (Holland – Poland).

Życie codziennie nie zszokowało mnie bardzo. Vitoria to duże miasto, jest stolicą stanu Espírito Santo. Ma około 300 000 mieszkańców. Jest to miasto bardzo zurbanizowane, położone na brzegu Oceanu Atlantyckiego. Można tam było obserwować duży przekrój społeczny. Na ulicach widać poławiaczy i sprzedawców małży i żółwi, ale także mnóstwo wykształconych ludzi i biznesmenów.

Zabawną rzeczą jest to, że Brazylijczycy nie byli sobie w stanie wyobrazić śniegu. Dla nich jest to naprawdę pojęcie abstrakcyjne. Wypytywali nas o to jak śnieg pada. „Czy on tak spada na głowę? I czy to boli jak on spada? I czy jak już śnieg spadnie, to on się zapada tak mocno, czy da się normalnie po nim chodzić? Czy wsadzić rękę w śnieg to tak jak wsadzić rękę do lodówki?” Oni widzieli śnieg tylko na zdjęciach i na filmach. Opowieści o śniegu naprawdę nas bawiły.

Brazylijczycy byli bardzo zainteresowani kulturą i historią Polski, co bardzo mnie zdziwiło. Dużo osób, starszych lekarzy było bardzo zorientowanych w naszych dziejach najnowszej. Wiedzieli o II wojnie światowej, Lechu Wałęsie, Solidarności, Janie Pawle II i jego wkładzie w przemiany ustrojowe. Oczywiście pierwszym skojarzeniem z Polską zawsze jest wódka, ale później w trakcie rozmowy okazywało się, że wiedzą jednak sporo więcej. Byliśmy 10000 km od domu, więc to było dla nas szczególnie pozytywne doświadczenie – ktoś na drugim końcu świata o Polsce słyszał i to naprawdę dużo!

Jakie są Twoje wspomnienia z kontaktów z chorymi w Brazylii?

Duże znaczenie dla zrozumienia Brazylii ma uświadomienie sobie, że to jest naprawdę ogromny kraj, a podróżując po Brazylii trzeba pokonywać naprawdę duże odległości. W oddaleniu od stolicy stanu są małe wioseczki, w których mieszkają bardzo biedni ludzie. Uniwersytet Medyczny, na którym przebywałam, organizował „wyprawy dermatologiczne” do tych małych miejscowości. Od 20 lat istnieje program zapobiegania i walki z czerniakiem i chorobami skóry. Udało mi się odwiedzić Pancas. To miasteczko skolonizowane przez potomków europejskich kolonizatorów. Jadąc wysoko w góry, w las, wchodząc głębiej w kontynent spodziewaliśmy się spotkać innych ludzi, a zobaczyliśmy blondynów, jasnonokich, rudych, piegowatych. Zajmowali się oni przede wszystkim uprawą ziemi i lekarza nie widzieli od ładnych paru lat.

Studenci tej uczelni mieli pod swoją opieką mieszkańców czterech wiosek położonych w górach, w stanie Espírito

Santo. Jasna karnacja, góry, rolnictwo, słońce – te czynniki sprawiają, że jest tam wysoki poziom zachorowań na choroby skóry. Studenci raz w miesiącu wyjeżdżali do jednej z wiosek i przez weekend przyjmowali tam pacjentów z chorobami dermatologicznymi. Dwa autobusy studentów, oprócz nich także profesorem dermatologii i chirurgii plastycznej. Spaliśmy w przedszkolu na materacach, wszyscy jednakowo. W pobliskiej szkole zorganizowano przychodnię, gdzie już od godziny 5 rano ustawiała się kolejka. W ciągu jednego dnia przyszła cała wioska, około 300 osób. Najpierw studenci zbierali wywiad, oglądali wstępnie znamiona, a później profesor dermato-

Studenci wszystko robili sami! Oczywiście musieli wcześniej udowodnić, że można ich poprosić do stołu operacyjnego, ale robili wszystko, od A do Z sami, choć pod czujnym okiem profesorów. To byli ludzie w naszym wieku. Każdą czynność wykonywali dokładnie i z poświęceniem.

logii kwalifikowała chorych do zabiegów. Sprzedawano ludziom masę leków i maści, często zapas na cały rok, bo było wiadomo, że najprawdopodobniej lekarza przez ten czas nie zobaczą. Jeżeli jakaś zmiana kwalifikowała się do wycięcia, zabieg był wykonywany na miejscu. Utworzono prowizoryczną salę operacyjną, gdzie było siedem łóżek. Operowali studenci V i VI roku. Było dość gorąco, dlatego większość okien była otwarta. Latały muchy, przez okno wchodziły jaszczurki. Zasady aseptyki były zachowane tylko na tyle, ile było można. Co prawda lekarze uży-

wali jednorazowych rękawiczek i skalpeli, ale otoczenie nie było bezpieczne. Były wycinane czerniaki, nowotwory skóry z każdej lokalizacji.

To był tak naprawdę jedyny kontakt tych ludzi ze służbą zdrowia – oczywiście nie licząc szarlatanów czy znachorów, proponujących nalewki z ogona krowy na reumatyzm.

Byłam zszokowana, kiedy weszłam do sali operacyjnej, gdyż jednocześnie przeprowadzano tam siedem operacji i to takich, które w naszych warunkach wykonywane są z pełną hospitalizacją. Były wycinane nieraz ogromne płyty skóry czy części twarzy. Wyobraziłam sobie taką sytuację przeniesioną na grunt polski lub europejski – wszyscy wyładowaliby w więzieniu! Dla mnie – jako Europejki – było to nie do pojęcia! Ale chyliłam czoła przed tymi studentami.

Drugą rzeczą, która była dla mnie niesamowitym zaskoczeniem, to fakt, że studenci wszystko robili



sami! Oczywiście musieli wcześniej udowodnić, że można ich poprosić do stołu operacyjnego, ale robili wszystko od A do Z sami, choć pod czujnym okiem profesorów. To byli ludzie w naszym wieku. Każdą czynność wykonywali dokładnie i z poświęceniem. Mimo że przez zaimprovizowaną przychodnię przewinęła się ogromna liczba osób, to nie było mowy o żadnej masówce. To była dwustronna korzyść. Pacjent kładł się na stół przerażony nie myślą „o nie, jakiś student będzie mi tu coś robił!”, ale z ulgą: „dzięki Bogu, ktoś mnie od tego wreszcie uwolni!”.

Z drugiej strony, studenci byli świadomi wagi pracy, jaką wykonują – czasami było to np. usunięcie połowy skóry z podudzia i zaopatrzenie rany. Ja tylko asystowałam przy tych zabiegach. Studenci mogli się wiele nauczyć, nie bali się o nic pytać. Studenci poświęcali tam cały swój weekend. W kiepskich warunkach, jedynie za „dziękuję” pacjenta.

Dziękujemy Ci. Mam pytanie do Was wszystkich. Mówią, że podróże kształcą. Mogliście poznać odmienne kontynenty, odmienne systemy zdrowotne, nawet odmienne cywilizacje. Czy czegoś Was te egzotyczne praktyki nauczyły? Jeśli tak, to czego?

TT: Ja nauczyłem się tolerancji dla innych kultur i poglądów. To zostanie mi już na całe życie. Mimo że byłem z innego kręgu kulturowego i religijnego, to spotkałem się z życzliwością i zainteresowaniem. Wszyscy traktowali mnie naprawdę jak równego sobie. Ja też, choć widzę mnóstwo różnic, staram się nikogo i niczego nie oceniać, bo wiem, że wielu rzeczy po prostu nie jestem w stanie zrozumieć. Nie urodziłem się tam i dlatego staram się ich poznawać, a nie oceniać przez pryzmat swojej obyczajowości.

MP: Trudno powiedzieć, czego można się nauczyć w Serbii, bo to jednak kraj dość podobny do Polski. Muszę jednak dodać, że nauczyłem się robić bardzo dobrą kawę po serbsku. To podobna kawa do tej, którą się pije w Grecji czy krajach arabskich.

Tak, podróże ewidentnie kształcą. Wyjeżdżając do odmiennej kultury, przede wszystkim odkrywasz siebie. Konfrontując się z innymi sytuacjami, ludźmi i innym sposobem postrzegania rzeczywistości, poznajesz swoje granice i swoje zachowanie. Wiesz do czego jesteś zdolny i na ile jesteś otwarty na ludzi. To jest wielki rozwój osobisty!

KG: Dla mnie to była niesamowita podróż, bo trafiłam na zupełnie inny kontynent. Tak, podróż ewidentnie kształcą. Wyjeżdżając tak daleko, do odmiennej kultury, przede wszystkim odkrywasz siebie. Konfrontując się z innymi sytuacjami, ludźmi i innym sposobem postrzegania rzeczywistości, poznajesz swoje granice i swoje zachowanie. Wiesz do czego jesteś zdolny i na ile jesteś otwarty na ludzi. To jest wielki rozwój osobisty!

Co trzeba zrobić, żeby móc tak jak Wy pojechać na praktykę i zobaczyć kawałek świata? Jak się do tego zabrać?

KG: Po pierwsze trzeba zostać członkiem IFM-SA-Poland, wypełnić deklarację i opłacić składkę członkowską. Kontrakty między krajami są bilateralne. Ktoś do nas wyjeżdża i ktoś przyjeżdża. W tym roku mamy 17 miejsc na naszej gdańskiej liście (głównie Europa, ale jest też Brazylia). Istnieje poza tym lista ogólnopolska, niezależna od oddziału IFMSA-Poland i tam właśnie są kraje bardziej egzotyczne, np. Filipiny, Salwador, Ghana, Tajlandia. Cały świat jest objęty programem!

W okolicach grudnia odbywa się rekrutacja. Trzeba wykazać się przede wszystkim swoją działalnością w IFMSA. Wszystko się tu liczy. Pod uwagę brana jest również średnia ocen i znajomość języka oraz działalność w kołach naukowych. Głównym językiem jest angielski, czasami kraje proszą, by osoby wyjeżdżające znały podstawy jakiegoś innego języka. Po podliczeniu punktów ustalany jest ranking. Wybierać możemy z listy ogólnopolskiej, jak i lokalnej. Tuż po Nowym Roku są ogłaszane wyniki.

Później, w trakcie roku, zaczynamy być przydzielani do konkretnych miejsc. Możemy sobie wybierać miasto w danym kraju, dostajemy więcej informacji. Nawiązujemy bezpośredni kontakt z oddziałami, do których jedziemy, z osobami, z którymi jedziemy. Później przychodzą wakacje, wsiadamy w samolot i lecimy.

Warto też zapoznać się ze wszystkimi wymogami, które dany kraj publikuje. Są one dostępne na www.gdansk.ifmsa.pl. Trzeba zaznajomić się również z wymogami zdrowotnymi, bo czasami na lekarstwa i szczepienia (Afryka) trzeba naprawdę dużo wydać. Warto też podkreślić, że nigdy nie jesteśmy zostawieni sami sobie. Wszędzie i zawsze są ludzie, które się nami opiekują.

Dziękujemy Wam za rozmowę.

Rozmawiali: Małgorzata Krzeszowska, Dymitr Rychter, Przemysław Waszak

Remedium



Dołącz do redakcji RemediumM!

Lubisz pisać, rozmawiać z ciekawymi ludźmi, masz coś do zaprezentowania światu albo chciałbyś zajmować się grafiką? Interujesz się tym, co dzieje się na świecie i na Twojej Uczelni? RemediumM jest miejscem właśnie dla Ciebie! Dołącz do nas i twórzmy razem kolejne numery!

Wystarczy wysłać mail na nasz adres remedium@gumed.edu.pl

Przyjaciel studentów

Rozmowa z dr. hab. Tomaszem Wierzba, laureatem nagrody *Amicus Studentis* 2010/2011

Przed wszystkim chcielibyśmy serdecznie pogratulować Panu tytułu *Amicus Studentis* 2010/2011 nadanego przez Uczelniany Samorząd Studencki GUMed. Jak Pan Doktor odbiera to wyróżnienie?

Dr hab. n. med. Tomasz Wierzba: Odbieram je jako najważniejsze wyróżnienie w całej swojej karierze naukowo-dydaktycznej. Po pierwsze dlatego, że jest to wynik wyboru demokratycznego, po drugie — jest to docenienie tego, co do tej pory robiłem.



dr hab. Tomasz Wierzba

kierownik Katedry i Zakładu Fizjologii WL

Tytuł *Amicus Studentis* przyznawany jest nauczycielom cechującym się indywidualnym podejściem do studentów, troską o przekazanie jak najsolidniejszej wiedzy z danej dziedziny. Jak to się dzieje, że na Pana wykładach frekwencja jest tak wysoka?

Myślę, że ucząc fizjologii mam szansę szczerze zainteresować tym przedmiotem studentów II roku. Fizjologia człowieka odnosi się do zagadnień, które spontanicznie interesują większość studentów, więc jestem w stosunku do innych wykładowców uprzywilejowany, mogę powiedzieć, że *a priori* mam już pewien atut. Uwzględnam jednak, że wykłady, ćwiczenia czy seminaria nie powinny być wzorcową składnicą wiedzy, w której wykładowca pełni funkcję kustosa albo nawet skarbnika, ale powinny jedynie ułatwiać zdobywanie wiedzy i pobudzać zainteresowanie danym zagadnieniem. Pojawia się zatem pytanie, jakimi środkami można to osiągnąć. Najlepiej przypomnieć sobie wykłady, na które się uczęszczało samemu. Dlaczego jedne zajęcia były ciekawe, inne mniej. Można spróbować pójść tym torem.

Które wykłady spośród tych, których słuchał Pan jako student, wspomina Pan najlepiej?

Przypominam sobie wykłady z anatomii prowadzone przez śp. prof. Kubika, który bardzo barwnie opowiadał o anatomii dróg rodnych — to były bardzo spektakularne wykłady (*śmiech*). Gdy mieliśmy już zajęcia na klinikach, niezapomniane spektakle wykładowe tworzył dr Pikiel, wprowadzający nas w świat patomorfologii — z jednej strony precyzyjnie zdefiniowanej, a z drugiej — pełnej niespodzianek. Natomiast mistrzami prostoty w formie, jednoznaczności przekazu są dla mnie prof. Gryglewski z Krakowa i prof. Przybylski z Warszawy, wykładający odpowiednio: farmakologię i fizjologię.

Co według Pana jest najważniejsze w dobrym wykładzie?

Wykład musi mieć plan i rytm, najlepiej zmienny. Trzeba wiedzieć, co się chce powiedzieć i umieć zastosować w tym celu właściwe środki techniczne oraz dyscyplinę czasową. Inaczej mówiąc, w danym wymiarze czasowym i dla grupy, do której się mówi, wykład ma być komunikatywny. Przyczyną ewentualnych porażek nie jest to, że odbiorcy są nierozgarnięci tylko, że nie udało się ich zainteresować. Najważniejszy w wykładzie jest sposób przekazu, dostosowany do wybranych treści, ale także pewna elastyczność, pozwalające dostosować postać wykładu do odbiorcy. Niestety, prawie każdy wykładowca napotyka na problem: jest znacznie więcej wiadomości do przekazania niż dostępnego czasu. Trzeba zatem coś wybrać pamiętając, że konkretna wiedza znajduje się w podręcznikach. Czasem trzeba świadomie zrezygnować z przekazania części wiedzy na rzecz pewnych

Odbieram je jako najważniejsze wyróżnienie w całej swojej karierze naukowo-dydaktycznej. Po pierwsze dlatego, że jest to wynik wyboru demokratycznego, po drugie — jest to docenienie tego, co do tej pory robiłem.

szczegółów, zagadnień praktycznych – może marginalnych, ale interesujących. Czasem chodzi jedynie o wskazanie zjawiska, niekoniecznie jego wytłumaczenie, które może zajmować dużo czasu. Po 10, 15 minutach wykładu trzeba coś zrobić, jakiś happening, jakąś akcję (*śmiech*).

Żeby skupić uwagę...

Żeby studenci nie zasnęli, nie znużyli się... Niestety, nie zawsze się to udaje. Ja nie lubię materiałów wykładowych, w których jest dużo tekstu. Gdy popatrzymy na jeden z najstarszych przekazów – przekaz biblijny – to zobaczymy, że opiera się on na przypowieściach, nie na definicjach. W ten sposób można dotrzeć do odbiorcy.

Co uważa Pan za kluczowe w budowaniu relacji ze studentami?

Po pierwsze: rzetelność pozwalająca traktować studenta jak partnera, a nie jak „piąte koło u wozu” (niestety, czasami jest on tak postrzegany...) W naszym systemie pracy na działalność dydaktyczną mamy za mało czasu. Przypomina mi się motto mojego dawnego szefa z Bostonu, profesora Gavrasa, który mi wpajał: *You have to be proud of you've been doing*, czyli *masz być dumny z tego, co robisz*. W dzisiejszych realiach to motto czasem frustruje, ale trzeba robić swoje... Ponadto uważam, że bez względu na wszystko, trzeba mieć czas na to, by przynajmniej spróbować porozmawiać ze studentami. Musi powstać, mówiąc językiem fizjologicznym, sprzężenie zwrotne. Druga sprawa – możliwość odpowiedzi na pytania, czasami trudne. Studenci nierzadko zadają pytania, na które ja czy asystenci nie znamy w danej chwili odpowiedzi. Wtedy można COŚ powiedzieć, można zrobić unik, ale najlepiej jest po prostu odpowiedzieć później. Po trzecie: człowiek nie jest nieomylny. Zdarza nam się, że na sprawdzianach częściowych źle zakwalifikujemy pytania. Wtedy (bez entuzjazmu...) je poprawiamy.

Relacje między profesorami a studentami ciągle ewoluują. Jakie zmiany dostrzega Pan w porównaniu z czasem swoich studiów?

Warunki i klimat sprzyjają zmniejszeniu dystansu między nauczycielem a studentem. Jednak nie zawsze jest to, w moim odczuciu, potrzebne.

Właśnie, czy jest to konieczne, czy warto zmierzać do tego, by ten dystans znosić?

Ja bym tego nie definiował. Zależy to od osobowości nauczyciela i charakteru przedmiotu, którego naucza. Tam, gdzie mamy procedury, np. podczas zabiegów chirurgicznych, obowiązuje hierarchia. Jest ktoś, kto dowodzi i tak ma być, nie może być bałaganu. Jeżeli zostaje podjęta decyzja lecznicza, zwykle nie ma czasu na jej analizowanie. Dystans powinien być tu zachowany. Z drugiej strony znam przypadki, kiedy to student z profesorem siedzieli na trawniku i dyskutowali na różne tematy. Pamiętam to ze Stanów Zjednoczonych, z Bostonu. Profesor ten umiał jednak stworzyć sobie autorytet. Myślę, że decydują o tym cechy osobowości.

Nagrody *Amicus Studentis* rozdane!

Uczelniany Samorząd Studencki GUMed już od kilku lat wręcza nagrody *Amicus Studentis* dla najlepszych wykładowców. Pragniemy, choć w ten sposób, podziękować tym nauczycielom akademickim, którzy traktują swój zawód jako misję, dzięki czemu przekazują nam nie tylko wiedzę, ale i zarażają pasją. Jest to nagroda dla tych wykładowców, na których zajęciach nikt nie zasypia, a czas płynie dużo szybciej niż gdzie indziej.

W tym roku akademickim laureatami nagrody zostali:

Na Wydziale Lekarskim:

dr hab. Tomasz Wierzba

Katedra i Zakład Fizjologii

Na Wydziale Lekarskim ED:

dr Jacek Kaczmarek

Katedra i Zakład Fizjologii

Na Wydziale Farmaceutycznym:

dr hab. Tomasz Bączek, prof. nadzw.

Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu:

dr Tadeusz Wołowski

Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

Laureatom gratulujemy i jednocześnie dziękujemy za trud włożony w naszą edukację.

Informacje na temat laureatów z lat ubiegłych znaleźć można na stronie www.studenci.gumed.edu.pl w zakładce Nagrody USS GUMed.

Arkadiusz Szyрман.

przewodniczący Zarządu USS GUMed



dr hab. Tomasz Wierzba otrzymuje nagrodę *Amicus Studentis* z rąk przewodniczącego Zarządu USS Arkadiusza Szyrmiana, podczas dyplomatorium absolwentów Wydziału Lekarskiego (4.11.2011)

Co uważa Pan za ważniejsze w medycznym systemie nauczania: wychowanie czy kształcenie?

Nieco konserwatywny sposób naszego nauczania jest wypracowany przez pokolenia naszych poprzedników. Nadmiar studentów, w stosunku do kadry dydaktycznej, jest naszą bolączką. Na pierwszych dwóch latach studiów raczej przypatrujemy się studentom. Nie jestem przekonany czy naszym podstawowym zadaniem jest nauczanie całego katalogu wiedzy medycznej. Powinniśmy nauczyć procesu uczenia się i uświadomić studentom, że jest to proces nieustanny, wzbudzić w nich zainteresowanie. Jeżeli człowiek jest czymś zainteresowany, łatwiej mu się uczyć i dostosowywać do nowych trendów. Naszym zadaniem jest zatem obudzić w studentach pewnego rodzaju medyczną ciekawość.

Dlaczego zdecydował się Pan zostać lekarzem?

Miałem być inżynierem. W liceum skończyłem klasę matematyczną. Myślę, że nie wkładając w to aż tak dużego wysiłku, miałem szansę zdać egzaminy wstępne na politechnikę. Ale decyzja jeszcze nie była podjęta... Czytałem wówczas mnóstwo różnych książek, największy wpływ miały na mnie dzieła Alberta Camusa i Antoine'a de Saint-Exupéry'ego. Chłonałem najrozmaitsze idee i być może one właśnie popchnęły mnie w kierunku medycyny jako pewnego sposobu nadania świadomego sensu swojemu życiu. Dostałem się na medycynę, na studiach szło mi najpierw poprawnie, potem całkiem dobrze i tak to się toczy... (śmiech)

Uważam, że bez względu na wszystko, trzeba mieć czas na to, by przynajmniej spróbować porozmawiać ze studentami. Musi powstać, mówiąc językiem fizjologicznym, sprzężenie zwrotne. Studenci nierzadko zadają pytania, na które ja, czy asystenci nie znamy w danej chwili odpowiedzi. Wtedy można COŚ powiedzieć, można zrobić unik, ale najlepiej jest po prostu odpowiedzieć później.

Jakie są, obok medycyny, Pana zainteresowania i pasje ?

O części powiem, ale nie o wszystkich (śmiech). Bardzo lubię podróżować. Interesuję się historią, zwłaszcza naszego kraju oraz szeroko pojętą sztuką: malarstwem oraz architekturą. Nie mam jednak ulubionego malarza. To zależy od nastroju. Każdego dnia może to być ktoś inny. Ostatnio na nowo fascynuje mnie El Greco.

A kto z wielkich Polaków jest Panu najbliższy?

Nie patrząc daleko wstecz, marszałek Piłsudski, choć niektórych jego poglądów nie podzielam. Jest dla mnie jednak znakomitym przykładem skutecznego działania i sukcesu politycznego, ewidentnego sukcesu kraju i wytęsknionej przez lata zaborów wolnej Ojczyzny.

Wspomniał Pan o podróżach: gdyby miał Pan pięć tygodni urlopu i nieograniczone środki finansowe – dokąd by Pan pojechał?

Chętnie pojechałbym do Patagonii, do Nowej Zelandii, po raz kolejny do Stanów Zjednoczonych. Generalnie jestem miłośnikiem gór, zwłaszcza kiedy nie ma tam tłumów. Mam nadzieję, że w przyszłym roku wrócę na Kaukaz.

Na zakończenie proszę powiedzieć, jakie rady udzieliłby Pan**młodym lekarzom zaczynającym praktykę?**

Nie wiem czy to dobry pomysł, abym udzielał rad – dzisiejsze realia są zupełnie inne niż te, w których ja rozpocząłem praktykę. Chcę jednak powiedzieć, że jeżeli to tylko możliwe, należy zawsze podążać za swoimi zainteresowaniami. Jeżeli to niemożliwe, warto obudzić w sobie fascynację tym, co się robi. Każdy młody pracownik, młody lekarz zyskuje uznanie wtedy, kiedy jest naprawdę potrzebny. A jest potrzebny wtedy, kiedy wykonuje dla swojego otoczenia coś, co przynosi rzeczywistą wartość dodaną i ułatwia innym pracę. Chciałbym jeszcze uczulić lekarzy, by tych rozpoczynających dopiero pracę traktowali z życzliwością i ze zrozumieniem.

Dziękujemy za rozmowę.

Rozmawiali: Zuzanna Lewicka i Weronika Ogorzałek



Lioni zapraszają na praktyki lekarskie w Austrii

Austriackie Kluby Lions oferują **studentom 5 roku kierunku lekarskiego** w naszej Uczelni możliwość uzyskania stypendium na odbycie 4-tygodniowej bezpłatnej praktyki w Austrii w dniach 5-31 sierpnia 2012 r. w dużym, wielospecjalistycznym szpitalu w Wels-Grieskirchen (Klinikum Wels Grieskirchen) zatrudniającym 3 500 osób personelu, w tym ponad 500 lekarzy.

Austriackie Kluby Lions oferują studentom:

- ✦ bezpłatną 4-tygodniową praktykę szpitalną
- ✦ bezpłatne zakwaterowanie i wyżywienie
- ✦ kieszonkowe w kwocie 170 euro
- ✦ opiekę i program towarzysko-rekreacyjny

Warunkiem ubiegania się o stypendia są:

- ✦ dobre wyniki w nauce i aktywne uczestnictwo w życiu naukowym GUMed
- ✦ bardzo dobra znajomość języka niemieckiego
- ✦ gotowość do pokrycia we własnym zakresie kosztów ubezpieczenia i kosztów podróży

Kandydaci proszeni są o złożenie swojej aplikacji i podanie numeru telefonu kontaktowego do 13 lutego 2012 r. w Dziale Współpracy z Zagranicą (rektorat, mgr Ewa Kiszka). Rozmowa kwalifikacyjna odbędzie się 15 lutego 2012 r. o godz. 14.

Postać z krwi i kości

Minął rok Marii Skłodowskiej-Curie. Postać legendarna, uczą o niej już w szkołach podstawowych, każą dzieciom wymieniać odkryte przez nią pierwiastki. Każą pamiętać i wpajają: *Skłodowska wielką uczoną była*. A jak przekłada się to na rzeczywistość? Zachęcam do prześledzenia życiorysu Marii Salomei Curie, z domu Skłodowskiej.

Zajrzałem do jej biografii tuż przed wyjściem do opery. Z pomocą przyszła mi Wikipedia. Daty, odkrycia, rodzina, osobowości owych czasów, z którymi się zetknęła. Niby nic szczególnego, a jednak z rzeczy mało znanych (dotychczas również i mnie) warto wspomnieć młodzieńczą miłość Skłodowskiej do Kazimierza Żórawskiego, która została brutalnie stłumiona przez rodziców wybranka (bogaty panicz nie powinien się żenić z biedną szlachcianką) oraz dużo późniejszy romans z fizykiem Paulem Langevinem, który wywołał skandal i przysporzył noblistce sporych problemów.



Krystian Kiedrowski
I rok, kierunek lekarski

Te i inne fakty z jej życia dowodzą, że barwna osobowość i twardy charakter często idą w parze z geniuszem. O Skłodowskiej krążą legendy i anegdoty. Pamiętam jedną z nich, jak to przyszła noblistka zemdląła z przepracowania, a ocucona przyznała, że praca tak ją pochłonięła, że dobę przeżyła na pęczku rzodkiewek i garści wiśni. Ciekawym przedmiotem rozważań o Skłodowskiej może stać się także jej życie emigracyjne. Jako kobieta niebędąca rodowitą Francuzką, nie miała we Francji lekkiego życia – wmawiano jej nawet żydowskie korzenie (por. jej drugie imię). Nie należy również zapominać, że dyskryminowana była nie tylko jako Polka, ale również jako kobieta – nie dopuszczono jej do grona francuskich akademików.

Szczerze zachęcam do zgłębienia życiorysu kobiety, której nazwiskiem nazywają dziś ulice i szkoły w naszym kraju. Była to postać naprawdę interesująca i niebanalna, o silnej osobowości, którą niestety przykrywa się dziś zakurczonym kocym historii i przykleja etykietę: „noblistka – szanować”. Czy jednak nic poza tym? Nie zapominajmy, że naukowcy, oprócz zawodowego, posiadali również życie prywatne, niekiedy stokroć ciekawsze niż ich genialne odkrycia. Na koniec żarcik: co zrobiła Skłodowska po tym, jak otrzymała Nagrodę Nobla? Uradowała się!



STETOSKOP

Co słyhać w świecie nauki?

Przełom w diagnostyce prenatalnej

Czy możliwe jest wykrycie wad genetycznych płodu na podstawie analizy krwi matki? Naukowcy z Hong Kongu i Kalifornii udowodnili, że tak. Wykrycie trisomii chromosomu 21 w surowicy matki, w blisko 100% przypadków było zgodne z późniejszym rozpoznaniem zespołu Downa u dziecka. Okazuje się, że już 10-mililitrowa próbka krwi matki zawiera kompletny genom płodu. Dzięki rozwojowi genetyki (m.in. metody PCR oraz sekwencjonowania) możliwe jest analizowanie otrzymanego materiału genetycznego pod kątem konkretnych wad już w 9 tygodniu ciąży. Naukowcy podkreślają zalety metody, jako znakomitej alternatywy dla inwazyjnych badań prenatalnych. Podczas gdy ryzyko poronienia podczas amniocentezy wynosi 1%, nowa technika oparta na metodach molekularnych jest całkowicie bezpieczna zarówno dla matki, jak i dziecka. Do 2017 roku naukowcy mają nadzieję wprowadzić prenatalne testy krwi w Stanach Zjednoczonych. Należy sobie jednak zadać pytanie czy tak doskonałe narzędzie diagnostyki prenatalnej nie będzie sprzyjało bezpodstawnemu przerwaniu ciąży? Czy jesteśmy na nie gotowi?

discovermagazine.com

Pierwszy w Polsce przeszczep kości miednicy

22-letni pacjent cierpiał na nowotwór – na jego kości miednicy stwierdzono guz wielkości główki noworodka. Jediną szansą na normalne funkcjonowanie mężczyzny był przeszczep fragmentu kości od zmarłego dawcy, ponieważ w przypadku tak dużego ubytku proteza wytrzymałaby maksymalnie kilka lat. Operacji polegającej na wycięciu guza i rekonstrukcji miednicy wraz ze stawem biodrowym podjęli się lekarze z zespołu ortopedycznego Szpitala Klinicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Wykonali oni zabieg już rok temu, jednak czekali z publikacją tej wiadomości do czasu, gdy będą mieli pewność, że przeszczep się przyjął. Mężczyzna powrócił do zdrowia bardzo szybko. Po dwóch tygodniach od operacji wyszedł ze szpitala bez gipsu i zewnętrznych stabilizatorów, po ośmiu tygodniach odstawił kulę, zaś po pół roku nastąpił całkowity wzrost przeszczepionej kości i powrót do pełnej sprawności fizycznej.

naukawpolsce.pap.pl

Przeciwwirusowy lek przyszłości

W *Massachusetts Institute of Technology (MIT)* trwają badania nad nowym, przełomowym lekiem antywirusowym. Według ekspertów, jego wprowadzenie może być rewolucją porównywaną do odkrycia penicyliny. Nowy lek o nazwie DRACO (skrót od *Double-stranded RNA Activated Caspase Oligomerizer*) wykrywa wirusowe RNA w komórkach gospodarza i aktywuje je do wejścia na drogę apoptozy, przez co skutecznie hamuje replikację wirusa. Zdrowe, niezainfekowane komórki są niewrażliwe na działanie leku. W badaniach laboratoryjnych z użyciem ludzkich kultur tkankowych DRACO był skuteczny w walce z 15 wirusami, m.in. wirusem H1N1 wywołującym polio, gorączkę krwotoczną, gorączkę denga. Co ważne, w doświadczeniach przeprowadzonych na myszach nie zaobserwowano toksyczności leku czy też nabywania przez wirusy oporności. Obecnie trwają badania nad skutecznością DRACO w walce z innymi wirusami. W optymistycznym scenariuszu lek mógłby wejść na rynek najwcześniej za 10 lat.

healthland.time.com

Zapotrzebowanie na sen jest uwarunkowane genetycznie

Osiem godzin – zwykle taki czas snu uważany jest za optymalny dla większości ludzi. Natomiast badania przeprowadzone w grupie 10 000 Europejczyków m.in. z Niemiec, Włoch, Estonii, Holandii i Chorwacji dowodzą, że istnieje genetyczna skłonność do spania. Co ciekawe, może ona dotyczyć co piątego z nas. Naukowcy z Edynburga i Monachium zapytali badanych ile godzin śpią w dni wolne od pracy. Następnie dzięki analizie pobranego od nich DNA, wskazali potencjalny gen, którego specyficzna wersja odpowiada za zwiększoną potrzebę snu. „Nosiciele sennej sekwencji” potrzebowali średnio pół godziny snu więcej niż pozostałe osoby z badanej grupy. Zapotrzebowanie na sen może się osobniczo bardzo różnić i zależeć, oprócz genów, również od wieku, pory roku i szerokości geograficznej. Podobno Margaret Thatcher wystarczały zaledwie 4 godziny snu, podczas gdy Albert Einstein potrzebował ich aż 11.

naukawpolsce.pap.pl



Zuzanna Lewicka

wicedaktor prowadząca

III rok, kierunek lekarski

Lepiej

Co w dzisiejszych czasach znaczy być naprawdę dobrym lekarzem? Co jesteśmy winni innym, a co świat jest winien nam? Czy zawsze można jeszcze lepiej robić to, co robimy? Na te wszystkie pytania stara się odpowiedzieć amerykański chirurg hinduskiego pochodzenia – Atul Gawande, autor powieści *Lepiej*.



Paulina Kalinowska
III rok, kierunek lekarski

Jego pochodzenie oraz miejsce dorastania pozwalają mu niejednokrotnie na wiele spraw spojrzeć z boku. Z dystansem opowiada o medycynie, kulturze i codziennym życiu. Książka jego nie jest rozbudowana i napisana jest prostym językiem. Mimo to nie pozwala czytelnikowi bezrefleksyjnie podążać za nurtem opowieści – zmusza go do przemyśleń. Stwarza złudzenie kameralnej rozmowy z człowiekiem, który nie tyle stwarza świat fikcji, ile opowiada o świecie sobie doskonale znanym – o świecie medycyny.

Pierwszy rozdział powieści traktuje o dwóch pielęgniarkach stojących na straży szpitalnej higieny. Początkowo z lekkim uśmiechem czytałam perypetie par biegających po szpitalu ze środkami dezynfekcyjnymi, mydłami i naklejkami przypominającymi o myciu rąk. Postaci te miały wyraźny rys komediowy. Jednak już po kilku stronach okazało się, że spod tej śmieszności wзира jakiś autentyczny problem. Wiadomo, że czynność mycia rąk nie należy do pasjonujących, dlatego w większości wy-

padków podchodzi się do tego tematu dość obojętnie. Lekceważone przez wielu szkolenia czy podpisywanie klauzuli odpowiedzialności pozwalają jednak zrozumieć jak niebezpieczne są zakażenia szpitalne. Niestety, wszyscy wszystko wiedzą, wszyscy wszystko rozumieją i co wszyscy robią? – rąk nie myją! Nie pomagają dodatkowe dozowniki zamieszczone przy łóżkach pacjenta ani chusteczki nasączone środkiem dezynfekcyjnym. Każdy patrzy na to z pobłażaniem, bo przecież kto w dobie wielkich odkryć i rozwoju medycyny przejmowałby się taką prozaiczną rzeczą jak mycie rąk? Chyba tylko pielęgniarki pełne wiary w sens tego, co robią. Nie zniechęcają się porażkami i nieustannie starają się zmienić złe nawyki szpitalnego personelu. Nikt inny, jak tylko one są bohaterkami, bo to właśnie te kobiety walczą o los dwóch milionów Amerykanów ulegających corocznie zakażeniom szpitalnym, z powodu których umiera 90 tys. osób. Kiedy większość personelu nie przestrzega zasad higieny, to niezależnie od dynamiki rozwoju medycyny, przyjdzie dzień, kiedy trzeba będzie powrócić do podstaw.

Kiedy większość personelu nie przestrzega zasad higieny, to niezależnie od dynamiki rozwoju medycyny, przyjdzie dzień, kiedy trzeba będzie powrócić do podstaw.

Powyższy rozdział powieści nie bez powodu zatytułowany jest *Sumiennosc*, bo to właśnie ona, w ciągu jednego dnia, może zmienić zwykłego człowieka w bohatera. Prawdziwości tej tezy dowodzą Yoko i Marono oraz sztab ludzi zaangażowanych w akcje szczepień. Jest to sprawa trudna, akcja wymaga ogromnych przygotowań i niezwykłego zaangażowania ludzi, a mimo to i tak często kończy się niepowodzeniem. Do tej pory, pomimo wielu działań, jedyną chorobą, która została uznana za całkowicie wyeliminowaną jest ospa prawdziwa. Co jest przyczyną takiej trudności w zwalczaniu chorób zakaźnych? Praktycznie każde ogniwo z zaplanowanej sekwencji zdarzeń może zawieść. Wystarczy zła temperatura, niedopilnowanie jednego szczegółu, ale przede wszystkim brak sumiennosci w działaniu. W szczepieniu żywą szczepionką przeciw wirusowi polio wystarczy, aby któreś z dzieci z danego terenu zostało pominięte, a całe przedsięwzięcie nie zakończy się już stuprocentowym sukcesem. W wielu krajach dochodzą do tego także różnice kulturowe i niski poziom wiedzy medycznej. W wielu miejscach na świecie istnieje wiara, że medycyna naturalna i czary mają większą moc od szczepień. Dlatego konieczna jest tu niezwykła sumiennosc w zaplanowanych działaniach i wielokrotne często przekonywanie do szczepień rodzin im przeciwnych.

W drugim rozdziale swojej książki Atul Gawande zadaje prowokacyjne pytanie: „Co lekarze są winni?” Próbuje on wyjaśnić czym jest błąd lekarski, a co za taki uznanym być nie może. Pokazuje także sytuacje przeczące zdrowemu rozsądkowi, a mimo to często spotykane. Gawande przyznaje, że niezależnie od tego, czy istnieje wina lekarza, czy nie, pacjenci zawsze będą domagali się swoich praw. Autor przytacza historię ze swoich czasów studenckich. Kiedy stał na przystanku, o jego nogę potknęła się pewna starsza pani. Gawande poczuł się za nią odpowiedzialny. Mar-

Każdemu zapewne zdarzy się taki moment, kiedy nie będzie w stu procentach pewny swoich działań lub nie uświadomi sobie, że popełnił błąd. Lekarze nie są w stanie zagwarantować pacjentom nieomyślności. Medycyna daje nam dziś niesamowite możliwości i nie jest łatwo nauczyć się jak z nich korzystać. Jednak najtrudniejszym zadaniem jest zrozumienie jej ograniczenia.

twiać się o stan zdrowia kobiety, podał jej swój numer telefonu z nadzieją, że za parę dni zadzwoni i powie jak się czuje. Po kilku dniach telefon rzeczywiście zadzwonił, ale w słuchawce nie odezwał się głos owej starszej pani, ale jej prawnika, który chciał zaskarżyć Gawande za nieprawidłowo udzieloną pierwszą pomoc i brak właściwej diagnozy. Sytuacja to co najmniej dziwna! Wszystko jednak zakończyło się szczęśliwie, kiedy tylko prawnik uzmysłowił sobie, że studenci medycyny mają inne prawa i obowiązki niż lekarze. Takich sytuacji jest więcej. Gawande przywołuje również historię pacjentki operowanej z powodu zagrażającego jej życiu raka trzustki. Wiele osób było zaangażowanych w jej leczenie, wiele przyczyniło się do tego, że pacjentka wyzdrowiała. Kobieta natomiast wniosła pozew o odszkodowanie za chroniczny ból ramienia, spowodowany rzekomo przez podaną w trakcie hospitalizacji kroplówkę z potasem. Co takie sytuacje wnoszą w nasze życie? Przede wszystkim pokazują, że człowiek nie jest nieomyślny. Każdemu zapewne zdarzy się taki moment, kiedy nie będzie w stu procentach pewny swoich działań lub nie uświadomi sobie, że popełnił błąd. Gawande twierdzi, że lekarze nie są w stanie zagwarantować pacjentom nieomyślności. *Medycyna daje nam dziś niesamowite możliwości i nie jest łatwo nauczyć się jak z nich korzystać. Jednak najtrudniejszym zadaniem jest zrozumienie jej ograniczenia* – pisze autor powieści.

zowanych w jej leczenie, wiele przyczyniło się do tego, że pacjentka wyzdrowiała. Kobieta natomiast wniosła pozew o odszkodowanie za chroniczny ból ramienia, spowodowany rzekomo przez podaną w trakcie hospitalizacji kroplówkę z potasem. Co takie sytuacje wnoszą w nasze życie? Przede wszystkim pokazują, że człowiek nie jest nieomyślny. Każdemu zapewne zdarzy się taki moment, kiedy nie będzie w stu procentach pewny swoich działań lub nie uświadomi sobie, że popełnił błąd. Gawande twierdzi, że lekarze nie są w stanie zagwarantować pacjentom nieomyślności. *Medycyna daje nam dziś niesamowite możliwości i nie jest łatwo nauczyć się jak z nich korzystać. Jednak najtrudniejszym zadaniem jest zrozumienie jej ograniczenia* – pisze autor powieści.

Zawód lekarza daje wiele satysfakcji. Przede wszystkim pokazuje, że kilkuletnia nauka podczas studiów miała sens. Kiedyś nie było nowoczesnych technik, możliwości szybkiej diagnostyki, innowacyjnych leków. Walka z chorobą była zawsze albo wygrana, albo przegrana. Nie było innej możliwości. Dzisiaj możemy się spotkać z osobami wyleczonymi, zaleczonymi, w stanie remisji, w czasie wznowienia choroby itp. Opcji jest wiele, jednak czy zawsze więcej znaczy lepiej?

U 12-letniej Callie zdiagnozowano chłoniaka. Rokowanie było dobre. Prawdopodobieństwo wyleczenia szacowano na 80%. Zastosowano wyniszczającą chemioterapię. Po kilku miesiącach, ku zaskoczeniu wszystkich, chłoniak jednak się rozrósł. Powtórzone chemioterapię. Dziewczynka całkowicie opadła z sił. Była wychudzona, wycieńczona i obolała. Przed zastosowaniem kolejnej kuracji pojawiło się zatem pytanie: *jaką Callie ma szansę? Czy powinni ją wystawić na jeszcze więcej cierpienia?*

Najważniejsze i najtrudniejsze w życiu są wybory, przed którymi nie ma ucieczki. W pewnych sytuacjach należy walczyć do końca, w innych dodatkowe działania mogą przynieść więcej szkody niż pożytku. Co wtedy zrobić? Jaki znaleźć złoty środek? Autor mówi to stanowczym głosem: *W pewien sposób naszym zadaniem jest „zawsze walczyć”. Nasza walka jednak nie w każdej sytuacji polegać ma na tym, by robić więcej. Najważniejsze jest, by robić to, co dobre dla pacjenta, choć nie zawsze jest jasne, co w danej sytuacji jest dobre.* Warto działać, podejmować dodatkowe starania, próbować zmienić siebie, nasze otoczenie i przyszłość. Takiej konsekwencji i samozaparcia wszystkim Wam życzę.

Atul Gawande

Atul Gawande pracuje jako chirurg ogólny i endokrynolog w Brigham and Women's Hospital w Bristolu (jest to znakomity szpital związany z Uniwersytetem Harvarda) oraz w Dana Farber Cancer Institute. Ukończył studia pierwszego stopnia na Uniwersytecie Stanforda, magisterium z nauk politycznych, filozofii i ekonomii obronił na Oxford University, następnie przeniósł się do Harvard Medical School, gdzie uzyskał tytuł doktora nauk medycznych. Na harwardzkiej uczelni pracuje obecnie jako adiunkt.



Planeta Wikipedia

Każdy z nas niejednokrotnie miał do czynienia z Wikipedią, wolną encyklopedią internetową, która w ciągu dziesięciu lat swojego istnienia stała się jednym z najbardziej rozpoznawalnych symboli Internetu. W poniższym artykule, do którego napisania skłonił mnie niedawny okrągły jubileusz Wikipedii, chciałbym przedstawić kilka (nieznanych szerzej) aspektów związanych z jej funkcjonowaniem. Na odniesiony sukces składa się nie tylko praca tysięcy entuzjastów, ale również przemyślane działania grupy ludzi, którzy od początku zarządzali przedsięwzięciem i trafnie wytyczyli kierunki jego rozwoju.

Łukasz Budyńko

IV rok, kierunek lekarski

Na temat serwisu większość internautów posiada mocno ugruntowane poglądy. Łatwość w dostępie do tego źródła informacji stwarza złudzenie, że wiemy doskonale, jak ono funkcjonuje. Jest to błąd, ponieważ sam projekt podlega nieustannej ewolucji. Od momentu powołania go do życia przez dwójkę entuzjastów: Pawła Jochyma i Krzysztofa Jasiutowicza (notabene lekarza z Częstochowy) zmianie uległo prawie wszystko. Modyfikacje techniczne: m.in. przebudowa oprogramowania Wiki czy wprowadzenie *Wersji Przejrzanych Artykułów* pozwoliło sprawnie zarządzać ruchem 400.000 polskich czytelników na godzinę. Wzrost popularności wymusił większą odpowiedzialność za publikowane treści – nacisk położono na weryfikowalność (szczególnie po nagłośnionej wpadce z tożsamością Henryka Batuty) i status prawny (nowa licencja Creative Commons). Fundacja Wikimedia (właściciel serwisu) stopniowo stała się jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się organizacji pozarządowych na świecie. Partnerstwem z fundacją zainteresowani są giganci usług internetowych, tacy jak Google czy Microsoft. Powodów jest wiele: Wikipedia stanowi bezcenny słownik dla programów do tłumaczenia maszynowego, jest też poligonem testowym dla inteligentnych aplikacji, starających się zrozumieć treści poleceń użytkownika. Przede wszystkim jednak po prostu udostępnia informacje zgodne z oczekiwaniami użytkowników: 75% ruchu na witrynie to bezpośrednie przekierowania ze stron wyników wyszukiwarek internetowych.

Idea wirtualnej encyklopedii nie mogłaby zostać urzeczywistniona bez rozwoju solidnego systemu informatycznego. Nie ma tu miejsca, aby przedstawić konkretne rozwiązania techniczne. Wypada jednak wspomnieć chociażby o wpływie, jakie sama koncepcja *Wiki* wywarła na rozwój sieci. Pomysł – możliwie najłatwiejszy dostęp do edycji danego tekstu – opiera się na założeniu dobrej woli użytkowników (podobnie jak idea wolontariatu). Zamiast szczerze ochraniać zawartości witryny przed aktami wandalizmu, twórcy postanowili uczynić cały system jak najbardziej otwartym. Zmienić można wszystko, ale każda zmiana jest zapisywana osobno, każda odnotowana jest w historii edycji, każdą da się cofnąć jednym kliknięciem myszki. Okazuje się, że transparentność wystarcza do zachowania stabilności strony, pod warunkiem, że w projekt zaangażuje się pewna krytyczna liczba ludzi. W ostatnich latach wiele dużych korporacji zastosowało zbliżone rozwiązania do zarządzania treścią w ramach swoich ekstranetów. Posługują się nimi na co dzień firmy tej miary co IBM, Adobe Systems, Amazon.com czy Motorola.

Równie rewolucyjna – a wciąż niedoceniana – idea, która pozwala na twórczy rozwój portalu, to koncepcja wolnych licencji, regulująca kwestie własności intelektualnych. Prawa autorskie (również w Polsce) są restrykcyjne – dobrze chronią interesy finansowe producentów, ale nie pozwalają na swobodne propagowanie samej twórczości. Prowadzi to do trudnego do rozwiązania konfliktu interesów między autorami a odbiorcami, często maskowanego społeczną hipokryzją. Zwracam tu uwagę na to, że i środowisko medyczne nie jest wolne od tych problemów. Mała dostępność oraz wysoka cena podręczników i skryptów akademickich przyczynia się do ogromnej popularności usług ksero; niepewność profesorów co do przyszłych losów materiałów wykładowych ograniczała nieraz ich dostępność – choćby w naszym Extranecie. Jednym z możliwych rozwiązań jest udostępnianie owoców swojej pracy na warunkach tzw. *wolnych licencji*, na przykład w takiej formie, jaką proponuje stowarzyszenie Creative Commons. Wyrażamy wówczas zgodę na powielanie, sprzedaż, upublicznianie i modyfikację dzieła – ale z zastrzeżeniem podania pierwotnego autora oraz udostępniania dzieła innym na identycznych warunkach. Na powyższej klauzuli (CC-BY-SA 3.0) opiera się również Wikipedia. W praktyce oznacza to promocję treści, przyzwoleń na podejmowanie kreatywnych działań (również inicjatyw ekonomicznych), ale hamuje próby oszustwa i blokuje praktyki prowadzące do monopolizacji rynku odbiorców.

Przedstawiłem zaledwie trzy z wielu powodów, dla których Wikipedia (oraz inicjatywy oparte na zbliżonych założeniach) jawią się wielu osobom fascynującym fenomenem czy też rodzajem dostępnej dla każdego przygody intelektualnej. Chcąc uczciwie podsumować całość projektu, dochodzę do wniosku, że przyszłość tej sprawy nadal nie jest pewna, lecz koncepcje, które za nią stoją i tak zdołały już odcisnąć trwałe piętno na wielu sferach naszego życia.



Philanthropy, deity, equity and education

Philanthropy, deity, equity and education. These are the fundamental principles that guide Phi Delta Epsilon. It began in the USA in October 1904 and has since then grew into about 27 thousand members – mostly from Canada, Japan, Israel, the Caribbean and Mexico.

Daniel Teszka

5th year, English Division

Our chapter, Phi Delta Epsilon Theta here in Gdansk is the second chapter in all of Europe.

We had our inauguration at Gdańsk's Ratusz Miejski in May 2011 and consisted of 27 students at that time. Since accepting the challenge of becoming a chapter, we have accomplished the many goals set by our pioneering alpha class and begun work on many new projects for the future.

Our chapters members strive to become better in all aspects of our future profession. The value of empathy, knowledge, experience, ethics and teamwork. To achieve this we arranged various workshops i.e. suturing courses, injections courses, ethics discussion, a breast examination course, basic life support course and so on.

Since the inception of our chapter, we have been cooperating with Hospicjum dla Dzieci by volunteering in their events. Most recently we participated during an event in the Auchan shopping center, which brought great happiness to both our attending members and the children of the Hospicjum.

The motto of Phi Delta Epsilon is *facta non verba* – I deeds not words. With that in mind we established a surgery on-call phone to which departments call if they need a dedicated student to assist during a procedure.

We recently finished our first recruitment and welcomed 7 new members into Phi Delta Epsilon Theta. We are especially proud to note that many of the returning Alpha class, as well as new members, are from Wydział Lekarski. This shows our commitment to further solidifying the relationship between the English and Polish student bodies. They all represent our healthy future as a part of the Medical University and local community in Gdańsk.

