ROK 31 GRUDZIEŃ 2021 NR 12 (371) ISSN 2657-4640

GAZETA GUMed

MIESIĘCZNIK GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO kontynuacja Gazety AMG

Rok Komunikacji i Integracji Międzykulturowej Społeczności GUMed

Śp. prof. Stefan Raszeja – patriota i społecznik. Wspomnienie w 99. rocznicę urodzin 48

Hipotermia groźna dla życia 34

Gazeta GUMed

Miesięcznik Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

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

Adres redakcji
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
tel. 58 349 15 37
gazeta@gumed.edu.pl
www.gazeta.gumed.edu.pl

Redaktor naczelna
Małgorzata Omilian-Mucharska

Przewodniczący Rady Programowej
Bolesław Rutkowski

Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej
Wiesław Makarewicz

Rada Programowa
Barbara Kochańska
Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska
Antoni Nasal

Redakcja i korekta językowa
Joanna Śliwińska
Jolanta Świerczyńska-Krok

Skład i opracowanie graficzne
Izabela Szeibelis-Deskiewicz

Współpracownicy
Janusz Limon
Paweł Kabata
Marek Bukowski
Karolina Hecold (Dział Studencki)
Ewa Celebąk (Dział Studencki)
Paweł Sudara
Janusz Springer
Juliana Orrego Castellanos
Bartłomiej Siek
Gabrielę Hryniewicz
Jakub Winiewski
Magda Boguska

Druk
Bernardinum Sp. z o.o.
ul. Biskupa Dominika 11,
83-130 Pelplin

Nakład
620 egzemplarzy

Numer zamknięty 15.11.2021 r.

Warunki prenumeraty

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

Należność za prenumeratę należy wpłacać 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

Redakcja prowadzi nabór tekstów do połowy miesiąca poprzedzającego wydanie i zastrzega sobie prawo do niewykorzystania materiałów niezamówionych, a także prawo do skracania oraz adiustacji tekstów i zmiany ich tytułów.

Wskazówki dla autorów o liczbie znaków oraz pozyskiwaniu materiału zdjęciowego dostępne są na stronie https://tinyurl.com/wytyczne-dla-autorow.

Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko Redakcji oraz Władz Uczelni.

Rysunek na przedniej okładce
Patrycja K., klasa VII – praca powstała na zajęciach pozalekcyjnych w Klinice Neurologii Rozwojowej, prowadzonych przez Szkołę Podstawową nr 90 przy UCK w Gdańsku (nauczyciel – Anna Dykowska).

Grafika na okładce tylnej (na podstawie okładki płyty Chóru GUMed)
Zuzanna Zapisek, Sekcja Promocji

Józef Baran
Wigilia

jacy jesteśmy w tym dniu
do siebie podobni
jeden niesie karpia
drzewko i życzenia
za nim setny i milionowy
kolejne całki tego samego Człowieka
który rozprysnął się kiedyś na Ziemi
w ułamki tęskniące za jednością

a kiedy już jesteśmy
upodobnieni wigilijnie
przychylamy sobie opłatek nieba
z pierwszą Gwiazdką
która choć raz w roku
wschodzi wszystkim w Oku równocześnie
i wszyscy łamiemy się Słowem
Które Było Na Początku Wszystkiego

z tomu *115 wierszy*, 1994 r.

Wszystkim Czytelniczkom
i Czytelnikom *Gazety GUMed*

życzymy,

aby ten wyjątkowy
świąteczno-noworoczny czas
upływał w spokojnej, rodzinnej
lub przyjacielskiej atmosferze,
pozwalającej na refleksję
dotyczącą minionego czasu
i planów na kolejny rok
oraz na odpoczynek i regenerację sił
do zwalczania wszelkich trudności
w życiu prywatnym i zawodowym.

Zespół Redakcyjny *Gazety GUMed*

Spis treści

Z ŻYCIA UCZELNI

04 **Nagroda i Medal im. Romana Kaliszana dla prof. Marcina Kołaczkowskiego**
Michał Markuszewski

05 **Kolejny rok z nowymi wyzwaniami | cz. 2**
z Radosławem Owczukiem i Przemysławem Rutkowskim rozmawiała Joanna Śliwińska

06 **Debata uniwersytecka w ramach kampanii edukacyjno-informacyjnej *Kultura Szacunku / Culture of Respect***
Jacek Kaczmarek

11 **Senacka Komisja Etyki i Dobrych Obyczajów Akademickich**
Agnieszka Zimmermann, Dariusz Kozłowski, Jacek Kaczmarek, Joanna Śliwińska

13 ***Expanding on a center of excellence* – the evolution of HEART TEAMS MUG *Rozwój centrum doskonałości* – ewolucja HEART TEAMS GUMed**
Paul Gründeman

15 **Młode talenty kolejny raz w GUMed**
Agnieszka Anielska

19 **Dołącz do akcji *Przygarnij EDka w Święta* *Take the ED Student In* Christmas Initiative**
Marzena Kołtoniak

23 **Nowe zdroje wody pitnej w Uczelni**
Magdalena Rusakiewicz, Joanna Śliwińska

NAGRODY-SUKCESY-NOMINACJE

24 **Nagrodzeni przez Ministra Zdrowia**

24 **Badacze z naszego Uniwersytetu nagrodzeni przez PAN**

25 **Pracownicy Ochrony Zdrowia na medal**

26 **Uhonorowano prof. J. Muszkowską-Penson**
Jakub Winiewski

28 **Nasi naukowcy w Radzie Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego**

28 **Prodziekan Uczelni wiceprzewodniczącą KRASzPiP**

29 **Granty ABM na badania psychiatryczne i neurologiczne**
Jakub Winiewski

30 **Profesorowie GUMed w Zespole Rady Doskonałości Naukowej**

30 **Finansowanie NCBR dla projektu naszego naukowca**

31 **Certyfikat DPL dla Laboratorium Bioanalitycznego**

32 **Naukowcy z grantami NCN**

33 **Nagroda dla doktorantki**

33 **Znamy zwycięzców konkursu prac magisterskich**

34 **KADRY GUMed**

VARIA

35 **Hipotermia groźna dla życia**
Kamil Krzyżanowski
Daniel Ślęzak
Przemysław Żuratyński
Paulina Buca

38 **Kobieta jako lekarka domowa według stanu wiedzy sprzed 100 lat**
Ewa Makarewicz-Bilińska

PUBLIKACJE

41 **Publikacja upamiętniająca prof. Romana Kaliszana**

ROK KOMUNIKACJI I INTEGRACJI MIĘDZYKULTUROWEJ SPOŁECZNOŚCI GUMed

42 **Umiędzynarodowienie zewnętrzne a wewnętrzne**
Ewa Kiszka

KONFERENCJE

44 **Gdańsk ponownie stolicą polskiej transplantologii**
Andrzej Chamienia, Bolesław Rutkowski

44 **II Gdańskie Warsztaty Echokardiograficzne**

WIADOMOŚCI Z UCK

45 **Dyrektor UCK Menadżerem Rynku Zdrowia**
Jakub Winiewski

46 **50. przeszczep płuc w UCK**
Sylwia Mierzewska

47 **Leczenie złożonej wady serca bez konieczności rozcinania mostka**
Łukasz Wojtowicz

PRO MEMORIA

48 **Profesor Stefan Raszeja – patriota i społecznik. Wspomnienie w 99. rocznicę urodzin**
Jan Kulas

51 **Dr Halina Bulińska 3.11.1935-16.10.2021**
Czesław Stankiewicz, Bogusław Mikaszewski

51 **NEKROLOGI**

52 **NOWI DOKTORZY**

Z KART HISTORII

53 **Garść wspomnień o drodze do dyplomów i pracy w Klinice Chorób Zakaźnych. Cz. 1. | Studenckie życie 70 lat temu i pierwsze zawodowe kroki**
Teresa Skibińska-Radzikowska, Halina Lipińska-Imielińska

57 **Detaszowani**
Bartłomiej Siek

DZIAŁ STUDENCKI – *RemediuM*

58 **Trzy w jednym**
Gabriela Hryniewicz

59 **Psychiczne wytchnienie**
Magdalena Lorek

61 ***Breaking the stereotype – international edition.* Dundalk, Ireland**
Shirley John

Nagroda i Medal im. Romana Kaliszana dla prof. Marcina Kołaczkowskiego

Treść laudacji wygłoszonej przez prof. dr. hab. Michała Markuszewskiego podczas wręczenia 11 października 2021 r. Nagrody oraz Medalu im. Romana Kaliszana laureatowi pierwszej edycji tego lauru prof. dr. hab. Marcinowi Kołaczkowskiemu, kierownikowi Katedry Chemii Farmaceutycznej i Zakładu Chemii Leków Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Jego Magnificencjo Rektorze,
Wysoki Senacie,
Szanowny Panie Ministrze,
Dostojny Profesorze Honorowy,
Szanowni Państwo,

To prawdziwy zaszczyt i wyjątkowa chwila móc dziś przedstawić Państwu pierwszego laureata Nagrody i Medalu im. Romana Kaliszana, zmarłego dwa lata temu rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, światowej renomy naukowca. Zanim jednak przejdę do przedstawienia sylwetki dzisiejszego Laureata Nagrody, chciałbym przypomnieć Państwu okoliczności powołania tego wyróżnienia, jak również krótko sylwetkę śp. prof. Romana Kaliszana.

Naukowa Fundacja Polpharmy, Gdańskie Towarzystwo Naukowe i Gdański Uniwersytet Medyczny 7 października 2020 r. podpisały porozumienie powołujące do życia coroczne wyróżnienie za wybitne osiągnięcia naukowe z zakresu nauk biomedycznych, biofarmaceutycznych, otwierające nowe możliwości aplikacyjne w medycynie i farmacji, zwane Nagrodą i Medalem im. Romana Kaliszana. Fundatorem nagrody pieniężnej w wysokości 5000 euro jest Naukowa Fundacja Polpharmy. GTN wykonało medal z brązu zawierający na awersie podobiznę prof. Romana Kaliszana, a na rewersie napis *Exemplo Professoris Romani Kaliszan veritatem quaerenti*, czyli *Szukającemu prawdy wzorem prof. Romana Kaliszana*. Wykorzystano na ten cel środki finansowe własne oraz te, które zostały zebrane i przekazane Towarzystwu przez Rodzinę i Przyjaciół zmarłego Profesora. Chciałbym w tym miejscu szczególnie gorąco podziękować osobom, które przyczyniły się do powstania tego wyróżnienia – **prof. Jerzemu Błażejowskiemu**, prezesowi GTN, **dr. Wojciechowi Kuźmierkiewiczowi**, prezesowi zarządu Naukowej Fundacji Polpharmy oraz **prof. Marcinowi Gruchale**, rektorowi GUMed. Bez Ich zaangażowania i życzliwości nie byłoby to możliwe.

Prof. Roman Kaliszan był absolwentem farmacji Akademii Medycznej w Gdańsku z 1968 roku, jak również fizyki na Uniwersytecie Gdańskim z 1973 r. Uznanie międzynarodowe zyskał dzięki fundamentalnym pracom dotyczącym komputerowej analizy danych analitycznych. Jest twórcą oryginalnej metody badania ilościowych zależności struktura-retencja – *Quantitative Structure-Retention Relationships* (QSRR), które jako niezależny kierunek badawczy funkcjonują w literaturze światowej do dziś. Oddany sprawom nauki i ludziom stał się wyróżniającym uczonym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przyczyniającym się istotnie do wzrostu rangi i znaczenia pomorskiego ośrodka akademickiego (*nota bene* do dziś profesor Roman Kaliszan należy do trzech najczęściej cytowanych naukowców GUMed). W latach 1999-2005 pełnił funkcję prorektora ds. nauki, a następnie rektora ówczesnej Akademii Medycznej w Gdańsku. To wówczas powstały podwaliny nowoczesnego podejścia do parametryzacji badań naukowych prowadzonych w Uczelni, które dziś owocują w postaci wysokiej pozycji naukowej naszej *Alma Mater*. Jako rektor powołał Wydział Nauk o Zdrowiu i podniósł status Uczelni, zmieniając ją w uniwersytet medyczny. Za Jego kadencji udało się pozyskać środki finansowe na budowę nowoczesnego szpitala Centrum Medycyny Inwazyjnej, inwestycji,

Awers i rewers Medalu im. Romana Kaliszana

→

która zapoczątkowała wielkie zmiany strukturalne oraz jakościowe Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, z sukcesami rozwijane i realizowane przez kolejnych rektorów GUMed. Prof. Roman Kaliszan zajmuje poczesne miejsce w panteonie uczonych Pomorza. Jego cechy osobowe i postawa w relacjach międzyludzkich wkomponowują się znacząco w kreowanie etosu akademickiego. Może być wzorem do naśladowania dla współczesnych i przyszłych badaczy.

W 2021 r. Laureatem Nagrody i Medalu im. Romana Kaliszana za *opracowanie nowej generacji modulatorów receptorów typu GPCR w poszukiwaniu terapii chorób psychicznych i neurodegeneracyjnych* został **prof. Marcin Kołaczkowski** z Zakładu Chemii Leków Katedry Chemii Farmaceutycznej Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Osiągnięcia naukowe prof. Kołaczkowskiego dotyczą kompleksowych badań nad poszukiwaniem nowych substancji biologicznie aktywnych, jako kandydatów na leki. Są to badania o charakterze interdyscyplinarnym, obejmujące od modelowania molekularnego celów biologicznych i komputerowo-wspomaganego projektowania ich ligandów, po badania farmakologiczne. Do najważniejszych osiągnięć naukowych prof. Kołaczkowskiego należą zidentyfikowanie molekularnego mechanizmu behawioralnych i psychologicznych objawów otępienia (ang. *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*, BPSD), opracowanie kompleksowej strategii poszukiwania innowacyjnych kandydatów na leki przeciw objawom otępienia (BPSD), od identyfikacji celów biologicznych poprzez projektowanie innowacyjnych związków do ich farmakologicznej selekcji *in vitro* i *in vivo* oraz rozpoczęcie badań przedklinicznych w tym zakresie. Badania te prowadzone są we współpracy naukowo-przemysłowej i do tej pory zaowocowały opracowaniem kilku serii innowacyjnych ligandów multimodalnych o wysokim potencjale terapeutycznym. Prof. M. Kołaczkowski jest autorem około 90 publikacji oraz 8 patentów udzielonych m.in. w US, EU, JP, AU, EA, a także kolejnych 6 międzynarodowych zgłoszeń patentowych. ■

PROF. DR HAB. MICHAŁ MARKUSZEWSKI

Kolejny rok z nowymi wyzwaniami | cz. 2

Wraz z rozpoczęciem nowego roku akademickiego Joanna Śliwińska, rzecznik prasowa GUMed pyta Dziekanów wszystkich Wydziałów ak minął im pierwszy rok pracy na nowych stanowiskach, a także o plany rozwoju jednostek w kolejnych latach kadencji.

Pracę na stanowisku dziekana Wydziału rozpoczął Pan w niełatwym czasie pandemii. Co było największą trudnością dla Pana w mijającym roku akademickim, a co można uznać za największy sukces?

PROF. RADOSŁAW OWCZUK

Dziekan Wydziału Lekarskiego

Pandemia COVID-19 zaburzyła funkcjonowanie wielu obszarów życia, w tym kształcenie na uczelniach medycznych. Środki zwiększające bezpieczeństwo studentów oraz nauczycieli obejmowały również przekształcenie części zajęć w zajęcia w trybie zdalnym i rodziła się obawa o zapewnienie ich odpowiedniej jakości. Spośród sukcesów wymieniłbym dwa – bezpieczne przeprowadzenie zajęć (z małą liczbą zachorowań wśród studentów), jak również budującą postawę studentów, którzy szeroko włączyli się w działania związane z epidemią, w tym w proces leczenia chorych z COVID-19 w podmiotach leczniczych oraz działania zapobiegawcze.

→

PROF. PRZEMYSŁAW RUTKOWSKI

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

Szczęśliwie miałem już doświadczenie w pracy jako prodziekan. Dodatkowo otrzymałem duże wsparcie ze strony Rady Wydziału i Dziekanatu. Największym wyzwaniem była organizacja pracy w pandemii, zachowując jakość kształcenia, maksymalizując bezpieczeństwo studentów i wykładowców. Największym sukcesem było niewątpliwie przeprowadzenie obron dyplomowych 500 studentów w formule online. Dzięki wspólnemu działaniu udało się to bez żadnych zgrzytów. Przejście w krótkim czasie z nauczania w pełnym kontakcie na nauczanie online to również sukces Wydziału.

→

Jakie najważniejsze wyzwania stoją przed Wydziałem w rozpoczynającym się roku akademickim?

Rozpoczęty rok prawdopodobnie nadal będzie zdominowany przez pandemię COVID-19, zapewnienie bezpieczeństwa kadrze dydaktycznej i studentom będzie priorytetem. Tym bardziej, że umożliwi to bezproblemową realizację zajęć dydaktycznych w kontakcie bezpośrednim. Pilnej analizy wymagają wyniki ostatnich dwóch sesji LEK-u, a wtórnie trzeba będzie podjąć działania, które te wyniki poprawią.

W nowy rok akademicki weszliśmy z kolejną falą pandemii. Wyzwania to: koordynacja szczepień, aby było możliwe dla wszystkich studentów i pracowników, organizacja zajęć w sposób bezpieczny, spełniający wymogi ustawowe dla kierunków regulowanych, przygotowanie Wydziału do nadchodzącej ewaluacji. Nie zapominamy o poprawie bazy lokalowej dla studentów i pracowników, szczególnie mając na uwadze wykorzystanie przestrzeni w IMMiT.

W perspektywie długofalowej, liczonej do końca kadencji, jaka jest strategia rozwoju Wydziału, na czym chce Pan skupić się w szczególności?

Rozwój Wydziału jako jednostki głównie dydaktycznej musi opierać się długofalowo na dostosowaniu treści i sposobu nauczania do tego, co się dzieje we współczesnej medycynie, ale i w otaczającej rzeczywistości. Konieczne jest określenie podstawowego zasobu wiedzy i umiejętności, który niezbędny jest do uzyskania tytułu zawodowego oraz dostosowanie do tego treści kształcenia i sposobu weryfikacji jego efektów. Dobrze byłoby doprowadzić do sytuacji, w której nauczanie w określonych obszarach wiedzy będzie budowane na pewnej ciągłości treści w porozumieniu pomiędzy kierownikami przedmiotów. Grono Prodziekanów, z którymi mam zaszczyt współpracować, prowadzi w tej chwili takie prace w odniesieniu do obszaru schorzeń układu krążenia. ■

Kontynuujemy założenia rozwoju Wydziału opracowane przez pierwszego dziekana Wydziału śp. prof. Piotra Lassa. W kolejnych latach nasza praca skupiać się będzie na poprawie warunków lokalowych i sprzętowych, tak aby studenci czuli się u nas dobrze, a pracownicy mieli warunki do nauczania i pracy naukowej. Dużym wyzwaniem jest zwiększenie liczby kierunków nauczanych w języku angielskim, dzięki czemu wpłyniemy na rozwój umiędzynarodowienia na naszym Wydziale. W perspektywie długofalowej liczymy na zwiększenie kadry osiągającej samodzielne stanowiska, stopnie i tytuły naukowe. Aby to było możliwe, konieczne jest spełnienie poprzednich punktów. Mamy nadzieję, że pomimo tego, że SARS-CoV-2 pozostanie z nami na zawsze, to przestanie stanowić problem epidemiczny, czego wszystkim życzę. ■

Debata uniwersytecka w ramach kampanii edukacyjno-informacyjnej *Kultura Szacunku / Culture of Respect*

KULTURA SZACUNKU

CULTURE OF RESPECT

DR JACEK KACZMAREK
Stanowisko ds. Relacji
z Absolwentami Zagranicznymi

Debata uniwersytecka wieńcząca Kampanię edukacyjno-informacyjną pt. *Kultura Szacunku / Culture of Respect* odbyła się 18 października 2021 r. w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

W debacie o szacunku wzięli udział:

- **prof. dr hab. Jacek Bigda** – prorektor GUMed ds. rozwoju i organizacji kształcenia;
- **redaktor Dariusz Bugalski** – autor podcastu *K3. O dobrym życiu*, wykładowca akademicki w dziedzinie skutecznej komunikacji; moderator dyskusji;
- **prof. dr hab. Wiesław Łukaszewski** – autorytet w dziedzinie psychologii, badacz zagadnień m.in. z zakresu psychologii społecznej, wykładowca i popularyzator psychologii;
- **ksiądz dr Krzysztof Niedałtowski** – teolog i religioznawca, rektor kościoła św. Jana w Gdańsku, duszpasterz środowisk twórczych, członek Gdańskiej Rady ds. Równego Traktowania II kadencji (2021-2025);
- **mgr Marta Siciarek** – koordynatorka regionalnej polityki migracyjnej z Kancelarii Marszałka województwa pomorskiego, członkini zespołu ds. praw człowieka przy Agencji

➜

Prof. Wiesław Łukaszewski

Ewa Maria Sokolewicz

Dariusz Bugalski

Prof. Jacek Bigda

Praw Podstawowych UE, współtwórczyni i była prezeska Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek w Gdańsku;

- **Ewa Maria Sokolewicz** – studentka VI roku English Division Wydziału Lekarskiego GUMed, przewodnicząca Studenckiego Koła Naukowego Dermatologii ED, współautorka i współorganizatorka corocznych edycji konferencji *Shameless*.

RUNDA 1: STATUS PRAESENS – SZACUNEK W ŻYCIU JEDNOSTKI I SPOŁECZNOŚCI – WIELE PERSPEKTYW

Według prof. Wiesława Łukaszewskiego szacunek, w najbardziej zwięzłym ujęciu, to otwartość na odmienność, czyli umiejętność liczenia się z cudzymi przekonaniami, nie ulegania im, ale liczenia się z nimi i nie tyle uznanie, że kto inny ma rację, ale że może ją mieć. Prof. Łukaszewski podkreślił, że filarami szacunku jest wolność osobista oraz zdolność tolerowania różnorodności. Szacunek jest aktem wyboru, aktem dobrowolności. Nikogo nie można do szacunku zmusić.

Marta Siciarek przedstawiła szacunek jako systemową umiejętność liczenia się z cudzymi wartościami i uznania ich praw i potrzeb, wyrażoną w działających sprawnie procedurach wsparcia, pomocy i włączenia społecznego. Podkreśliła konieczność kreowania takich instytucjonalnych mechanizmów służących integracji uchodźców i migrantów, które sprawiają, że pomoc i wsparcie stają się częścią systemu społecznego i są realizowane tak automatycznie, że stają się oczywiste i na swój sposób niewidoczne.

Ks. dr Krzysztof Niedałtowski przedstawił szacunek w relacjach między ludźmi jako postawę, w której priorytetem nie jest ustalenie kto ma rację albo tym bardziej narzucenie drugiej osobie lub grupie swojego punktu widzenia, swoich wartości i obyczajów jako jedynie słusznych, lecz dążenie do uzyskania dobra. To kwestia trudna etycznie, wymagająca wysiłku intelektualnego, samodyscypliny i pewnej pokory. Jednak ten priorytet dobra może pomóc zachować otwartość i wrażliwość na poglądy, wartości i emocje drugiego człowieka i zapobiegać krzywdzącej dominacji lub wręcz wykluczeniu innych z pełni życia społecznego.

Ewa Maria Sokolewicz zwróciła uwagę na szacunek wobec siebie samego jako warunek konieczny szacunku wobec innych, a także na fakt, że w niektórych sytuacjach szacunek odsuwa na dalszy plan realizację niektórych innych ważnych wartości i praw, jak na przykład równouprawnienia.

W swojej wypowiedzi prof. Jacek Bigda podkreślił wagę i rolę szacunku dla zapewnienia wszystkim członkom społeczności akademickiej odpowiednich warunków dla nauczania i uczenia się w warunkach postępującej internacjonalizacji i ekspozycji na odmienność kulturową, religijną i obyczajową. Zwrócił też uwagę na to, że w kontekście uczelni medycznej trzeba zauważyć, że po pierwsze, praca medyków obejmuje kontakt z osobami chorymi i cierpiącymi, co wymaga szczególnej postawy szacunku wobec pacjentów i przez relację nauczyciel – student przenosi wzorce pożądanych zachowań na młodsze pokolenie, a po drugie, w zawodach medycznych niezbędna jest harmonijna praca w zespole ludzi, którzy nie tylko posiadają odpowiednią wiedzę i umiejętności, ale również traktują się nawzajem z szacunkiem, zaufaniem i życzliwością.

RUNDA 2: DIAGNOZA: DEFICYT SZACUNKU – ŹRÓDŁA I KONSEKWENCJE PROBLEMU

Rundę poświęconą diagnozie stanu deficytu szacunku, jego źródeł i konsekwencji, red. Dariusz Bugalski rozpoczął od stwierdzenia, że w rzeczywistości polskiej często w relacjach międzyludzkich przeważa zmaganie o status, walka o prymat, dążenie do dominacji. Można mówić o tym jako o konsekwencji swego rodzaju narcyzmu, który przekonanie o własnej wyjątkowości łączy z nieustanną potrzebą pochwały, doceniania, jakby w celu kompensacji pewnych braków i wad.

Prof. Łukaszewski, który źródeł deficytu szacunku w naszym życiu społecznym poszukiwał od wielu lat w swojej działalności badawczej stwierdził, że na niedostatek szacunku w warunkach polskich składa się kilka istotnych czynników: 1) tryb socjalizacji oparty na uległości i posłuszeństwie; 2) przywiązywanie przesadnej wagi do lubienia jako warunku współpracy, a także szacunku; 3) przesadna skłonność do skupiania się na różnicach indywidualnych oraz do wartościowania; 4) narcyzm indywidualny, jak i kolektywny; 5) język przemocy – w życiu codziennym, także w mediach i w debacie publicznej obecne są liczne przykłady słów dominacji i pogardy zamiast wolnych od przemocy określeń bardziej precyzyjnych, opisujących sytuację zwycięstwa argumentacji, przewagi kompetencji, etc.; 6) rywalizacja jako fundamental-

→

ny sposób organizowania życia społecznego – tam, gdzie jest rywalizacja jeden wygrywa, a reszta przegrywa – wygrywających się nie lubi, a przegrywających się nie szanuje.

Z kolei Marta Siciarek podkreśliła, że aspekt rywalizacji i dominacji jest bardzo istotny i stanowi wyzwanie w kontekście relacji większość-mniejszość, np. gospodarze-migranci/uchodźcy. Zwróciła też uwagę na konieczność postrzegania każdego człowieka, a w kontekście Jej doświadczeń szczególnie uchodźców i migrantów, jako posiadających niezbywalne prawa ludzkie. Patrząc z tej pozycji, wszelkie działania na rzecz pomocy i integracji przedstawicieli mniejszości nie mogą jawić się jako opcjonalne akty miłosierdzia, lecz jako naturalne kroki gwarantujące ludziom równym w godności pełne korzystanie z przysługujących im praw – przesunięcie paradygmatu od pomocy do praw.

Mówiąc o źródłach deficytu szacunku ks. dr Krzysztof Niedałtowski zwrócił uwagę na istotne znaczenie etyki w kształtowaniu postaw i zachowań opartych na szacunku. Wskazał na kluczową różnicę między etyką uniwersalną a etyką etnocentryczną (plemienną), której stosowanie w społeczności prowadzi do faworyzowania swoich oraz do dyskryminacji obcych lub odmiennych i pogardzania nimi. Ks. Niedałtowski odniósł się także krytycznie do rozpowszechnionej w polskim społeczeństwie (w tym także w Kościele katolickim w Polsce) skłonności do dzielenia się na wzajemnie zwalczające się stronnictwa, a także do rzeczywistej, zbyt często negatywnej roli polskiego Kościoła katolickiego w kształtowaniu postaw i zachowań znacznej części społeczeństwa polskiego, z uwzględnieniem m.in. kwestii edukacji religijnej, która aktualnie nie sprzyja znajomości innych wyznań niż katolicyzm i otwartości na inne religie, kultury i obyczaje, mimo ewidentnie uniwersalnego przekazu ewangelicznego.

W tej rundzie Ewa Maria Sokolewicz poruszyła dwie istotne kwestie: 1) okazywanie przez niektórych studentów braku szacunku wobec swoich rówieśników, wyrażone głównie w warstwie słownej z użyciem określeń pogardliwych; 2) powszechny brak reakcji ze strony świadków takich zachowań. Tu powstają dwa pytania: dlaczego przedstawiciele większości przyjmują prezentują zachowania dyskryminujące i upokarzające oraz dlaczego tak niewiele osób decyduje się wyrazić sprzeciw wobec niewłaściwego postępowania swoich kolegów?

Prof. Jacek Bigda wyraził przekonanie, że deficyt szacunku obserwowany obecnie w społeczeństwie polskim ogólnie i w rozmaitych społecznościach, jest konsekwencją niedoboru wzorców, a także jest częściowo uwarunkowany historycznie, ponieważ w zhierarchizowanym społeczeństwie jakim było na przestrzeni wieków społeczeństwo polskie zawsze byli jacyś „oni" jako źródło prawa, norm i zasad, a oddziaływanie tych „onych" kształtowało priorytety, wartości, zachowania i sposoby postępowania. Kształtowaniu postaw opartych na wzajemnym szacunku nie do końca służy również obowiązujący u nas nowy system edukacyjny, w którym dominuje nie współpraca, lecz rywalizacja. Tymczasem, np. w środowisku medycznym to właśnie współpraca jest warunkiem koniecznym skutecznego działania.

RUNDA 3: ROKOWANIE: SZANSE ORAZ ZAGROŻENIA, POSIADANE ZASOBY I WARUNKI ZMIANY NA LEPSZE

W części poświęconej możliwym środkom zaradczym i rokowaniu na przyszłość moderator, red. Dariusz Bugalski określił brak szacunku jako wskazujący na pewne „nadęcie", pewną pozę, która *de facto* ma przykrywać kompleksy i braki tych osób, które nie szanują innych. Prof. Łukaszewski tłumaczy to „nadęcie" procesem chamienia społeczeństwa. Proces ten postępuje, ponieważ okazuje się skuteczny. Brutalność, chamstwo, pycha i przemoc okazują się skuteczne. Oczywiście nie w rozwiązywaniu jakichkolwiek istotnych problemów uniwersalnych, ale w rozwiązywaniu doraźnych problemów grupowych. Prof. Łukaszewski przytoczył też wyniki badań dotyczących poczucia skrzywdzenia wśród Polaków. Okazuje się, że 51% badanych czuło się skrzywdzonymi przez tych, którzy… mają więcej. Kolejna kwestia, to zaufanie. Dramatyczne wyniki badań światowych pokazują, że poziom zaufania społecznego w Polsce jest najniższy na świecie i 20-krotnie niższy niż w Danii. Jako „remedium" na ów brak zaufania ludzie przyjmują postawę kontrolera egzekwującego posłuszeństwo, z czym wiąże się przekonanie o potrzebie wzbudzania w innych lęku lub co najmniej respektu. Marta Siciarek, na przekór wynikom badań, przedstawiła optymistyczny punkt widzenia, wskazując, że jest wiele osób i organizacji skutecznie zaangażowanych w działania na rzecz wsparcia i integracji mniejszości i przybyszów, jest wiele pomysłów i realizowanych projektów, które skutkują pożądanymi zmianami zarówno w funkcjonowaniu systemu, jak i w rozwijaniu świadomości i korzystnych postaw ludzi wobec tych kwestii. Najlepszą receptą na „nadęcie" jest równość, czyli partnerskie podejście do innych ludzi, a także edukacja kształtująca postawy inkluzywne i świadomość praw wszystkich ludzi. Istotnym zasobem i źródłem nadziei jest coś, co bardzo wielu ludzi ma – poczucie przyzwoitości w relacjach z innymi, wrażliwość na prawa i potrzeby innych. Z kolei prof. Łukaszewski przywołał wyniki badań dotyczących percepcji wśród respondentów podobieństw i różnic między ludźmi i podkreślił potrzebę aktywnego kształtowania skłonności do postrzegania podobieństw między ludźmi. Z takiego skupienia się na podobieństwach płyną ważne korzyści: 1) zwiększa się gotowość do udzielania pomocy innym; 2) rośnie skłonność do empatii; 3) nasila się sympatia wobec innych; 4) pojawia się zdolność pohamowania agresji nawet wtedy, gdy już został wzbudzony gniew. Uświadamianie ludziom ich podobieństw do innych ludzi radykalnie zmniejsza poziom uprzedzeń wobec obcych. Problem polega na tym, że różnice postrzegamy szybko i automatycznie, zaś spostrzeżenie i uświadomienie sobie podobieństw wymaga refleksji, zastanowienia, a więc wysiłku intelektualnego, który nie jest impulsem, lecz działaniem świadomym. Pewnej nadziei można upatrywać w takim świadomym, celowym i długofalowym kształtowaniu procedur edukacyjnych, socjalizacyjnych i nawet okoliczności towarzyskich, aby wzmacniały one w ludziach na każdym etapie rozwoju świadomość naszego wiel-

→

Dr Jacek Kaczmarek

Mgr Marta Siciarek i ks. dr Krzysztof Niedałtowski

kiego podobieństwa i skłonność do zauważania podobieństw, ze wszystkimi płynącymi z tego korzystnymi konsekwencjami.

Ks. Niedałtowski przedstawił swoje doświadczenia z nauczania religioznawstwa w seminarium duchownym, w tym występujące niekiedy głębokie uprzedzenia wobec innych wyznań i religii, szczególnie wobec islamu. Pożywką dla fanatycznych wręcz postaw są najczęściej stereotypy budowane na gruncie szczątkowej wiedzy, generalizowania spostrzeżeń oraz skłonności do idealizowania własnego wyznania, które przy zastosowaniu podobnych kryteriów oceny też mogłoby jawić się jako nośnik przemocy i agresji. W takich warunkach wzbudzenie świadomości podobieństw z przedstawicielami innej religii mogłoby bardzo pomóc rozbroić ładunek niechęci, a niekiedy wręcz pogardy dla innych. Źródłem optymizmu, zdaniem ks. dr. Niedałtowskiego, byłoby przyjęcie nowej perspektywy i zamiana lekcji religii na lekcje religioznawstwa. Pomogłoby to otworzyć oczy i umysły ludzi, nie tylko dzieci i młodzieży, na różnorodność religijną i kulturową świata, który podlega ciągłym zmianom, w tym procesom migracyjnym.

Ewa Sokolewicz podkreśliła konieczność wsparcia edukacyjnego i terapeutycznego dzieci i młodzieży, którzy coraz częściej cierpią z powodu braku samoakceptacji, samotności i depresji, co wpływa także na ich relacje z innymi.

W swojej wypowiedzi dotyczącej ewentualnych dróg ku lepszej przyszłości prof. Jacek Bigda wskazał na istotną rolę systemu władzy, ponieważ władza dysponuje wieloma środkami, które mogą wpływać na zachowania i postawy społeczne, a przykład – jak zawsze – idzie z góry. W tym kontekście jako zasób należy postrzegać potencjał wyborczy i zdolność ludzi do dokonywania mądrych wyborów, służących ochronie wartości, które są dla nas ważne, w tym przede wszystkim zachowaniu prymatu godności indywidualnej człowieka nad godnością takich czy innych zbiorów jednostek skupionych wokół ideologii. Jako drugi zasób, prof. Bigda wskazał system edukacji wszystkich szczebli, który – niezależnie od rozmaitych utrzymujących się niedostatków i wad – po transformacji ustrojowej dużo zyskał i bardzo się rozwinął. Trzecim ważnym zasobem jest wciąż znaczny w naszym kraju udział i rola Kościoła katolickiego, którego przekaz regularnie dociera do znacznej części naszego społeczeństwa, a więc – realizując właściwie swoje posłannictwo – Kościół ma możliwość kształtowania zarówno postaw szacunku dla wszystkich, jak i szacunku dla pracy, uczciwości oraz mądrego, etycznego postępowania. W ten sposób Kościół mógłby pomóc w budowaniu szacunku i zaufania, których tak bardzo brakuje. Czwartym elementem, który można traktować zarówno jako potencjalne zagrożenie jak i pewną wymuszoną szansę, jest koincydencja kryzysu demograficznego w Polsce (i jego konsekwencji ekonomicznych) oraz nasilających się od pewnego czasu zjawisk migracyjnych, z których nieuchronnie wynikać będzie konieczność większego otwarcia się na uchodźców i migrantów, a także konieczność zmian w naszej mentalności, w naszych szkołach, w naszym nastawieniu do „obcych".

Moderator red. Dariusz Bugalski jako zasób i źródło nadziei wskazał istnienie szacunku i życzliwości między ludźmi nawet w czasach znacznie trudniejszych niż obecne, zaznaczając, że nasza historia i czasy obecne, to nie tylko opowieści o heroicznych czynach uczestników aktów zbrojnych, ale również historie szlachetnych, dobrych ludzi, którzy z empatią i szacunkiem dla bliźniego ratują, pomagają i wspierają innych. O takich przykładach należy mówić, pisać i upowszechniać je. Prof. Łukaszewski potwierdził duże znaczenie rodzaju narracji społecznej, lecz zwrócił uwagę na to, że ta droga, jest bardzo powolna, a zatem konieczna jest konsekwencja i cierpliwość. Należy pamiętać, że sam czas nie wystarczy, a zmiany takie są wynikiem pewnej polityki społecznej, kampanii społecznych, propagowania wzorców zachowań pożądanych i kształtowania dezaprobaty dla zachowań i postaw niewłaściwych i społecznie niekorzystnych. Na koniec swojej wypowiedzi prof. Łukaszewski podkreślił znaczenie i moc pewnej oczywistej konstatacji, która często umyka nam w różnych okolicznościach życia codziennego. To zdanie brzmi *Przecież on/ona też jest człowiekiem, tak jak ja*. Przypominanie sobie tej oczywistości w kontakcie z każdą osobą, prowadzi do pewnej dobrej zmiany w myśleniu i postępowaniu wobec innych. Marta Siciarek dodała, że wyrazem szacunku dla ludzi jest dostępność usług publicznych, wysoka jakość obsługi przez instytucje i poczucie włączenia w życie społeczne, a także analiza wpływu społecznego, analogiczna do analizy wpływu na zmiany klimatu, dostarczająca informacji w jaki sposób podejmowane działania przekładają się na dobrostan beneficjentów, kim są ci beneficjenci i co można zrobić lepiej. A człowiek traktowany z szacunkiem z pewnością jest mniej skłonny do „nadęcia", wrogości i uprzedzeń. Głos zabrali rów-

→

nież widzowie uczestniczący w wydarzeniu na żywo. Lek. wet. Grażyna Peszyńska-Sularz, dyrektor Trójmiejskiej Akademickiej Zwierzętarni Doświadczalnej wyraziła opinię, że choć w budowaniu relacji opartych na szacunku ważną rolę mogą i powinny odgrywać edukacja, media, organy władzy różnych szczebli oraz Kościół i organizacje pozarządowe, to jednak kluczowe jest zaangażowanie jednostek, każdego człowieka w traktowanie innych (*notabene* nie tylko ludzi) z szacunkiem, generowanie jakiegoś dobra, dawanie innym przykładu etycznego postępowania oraz dzielenie się z innymi wiedzą, którą sami pozyskali, a która może być pomocna w kreowaniu lepszej rzeczywistości. Ewa Sokolewicz podzieliła się refleksją o tym, że istotnym elementem łączącym wszystkich ludzi są ich trudne doświadczenia, ich traumy i blizny i dlatego zaproponowała wpisanie na listę nieistniejącego słowa „blizność" oznaczającego bliskość wobec bliźniego, który przecież tak jak my doświadcza w życiu trudów i cierpienia, i tak jak my potrzebuje szacunku, zrozumienia i akceptacji.

RUNDA 4: TERAPIA: PROPOZYCJE KLUCZOWYCH DZIAŁAŃ

Na liście „terapii" znalazł się postulat odwagi bycia pionierem, propagatorem takich postaw wrażliwości i szacunku, nawet jeżeli otoczenie odbierałoby zachowanie i postępowanie takiej osoby jako „dziwne", czy odbiegające od powszechnie obowiązującej średniej. Jako kluczowy element terapii prof. Łukaszewski wybrał wspomniane wcześniej większe skupienie się – zarówno w relacjach indywidualnych, jak i w edukacji i życiu publicznym – na podkreślaniu podobieństw między ludźmi, zaś Marta Siciarek zaakcentowała znaczenie nauki, wdrażania rekomendacji, budowania systemu i rozwijania procedur dotyczących równości i integracji społecznej.

Ksiądz dr Krzysztof Niedałtowski zaproponował ciekawość jako element terapii. Ciekawość, która oznacza aktywną otwartość na to co nowe i inne oraz prowadzi do głębszego poznania świata, ludzi, ich obyczajów, a przez to ułatwia dostrzeżenie podobieństw między ludźmi, łagodzi obawy i lęki oraz wzmaga szacunek i zaufanie. Prof. Jacek Bigda na listę „terapii" zaproponował 3 elementy: 1) indywidualną otwartość na odmienność; 2) wzorce zachowania i postępowania propagowane społecznie; oraz 3) prawo – adekwatne, mądre i konsekwentnie stosowane w celu zapewnienia solidnego fundamentu i ram pożądanych postaw, koniecznie bez tolerancji dla jego niestosowania, która aktualnie jest problemem.

Moderator debaty red. Dariusz Bugalski zaproponował dopisanie do listy „terapii" hasła *To jest możliwe*, które nie tylko ma być wyrazem wiary czy przekonania, że starania o szacunek między ludźmi i szerzej w życiu społecznym mogą przynieść pożądany rezultat, ale także ma stwierdzać fakt, że dobre interakcje między ludźmi oparte na szacunku, równości, życzliwości i zrozumieniu, a także harmonijna współpraca na rzecz wspólnego dobra istniały w przeszłości, istnieją obecnie oraz – o ile o to zadbamy – będą istnieć również w przyszłości.

Redaktor Bugalski podsumował debatę cytatem z *Małego Przeglądu* Janusza Korczaka, w którym jedno pojednanie, zażegnanie gniewu między dwójką chłopców, jest postrzegane nie tylko jako ich prywatna sprawa, ale jako zmniejszenie liczby wszystkich waśni w tej szkole, w Warszawie, w Polsce, w Europie, w całym świecie. A więc, dzięki pojednaniu między dwiema osobami w świecie jest teraz mniej złości, a więcej pokoju, zgody i szacunku. Obyśmy umieli podążać skutecznie taką drogą.

Na zakończenie w imieniu organizatorów Debaaty uniwersyteckiej głos zabrał dr Jacek Kaczmarek, który podziękował wszystkim uczestnikom, a także jej współorganizatorom. Oprócz słów podziękowania dyskutanci otrzymali pakiety okolicznościowe z upominkami z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, które wręczył prof. Jacek Bigda.

Debata uniwersytecka o szacunku była pierwszą z cyklu debat uniwersyteckich planowanych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, które mają zawsze dotyczyć tematów ważnych dla społeczności GUMed, a także dla ogółu społeczeństwa.

Wersja anglojęzyczna artykułu jest dostępna na https://cultureofrespect.mug.edu.pl/

This article is also available in English at https://cultureofrespect.mug.edu.pl ■

DR JACEK KACZMAREK

Organizatorzy i uczestnicy debaty

Senacka Komisja Etyki i Dobrych Obyczajów Akademickich

Uniwersytety od wieków obdarzone są autorytetem. W sposób szczególny mają urzeczywistniać etos pracy intelektualnej, tworząc przestrzeń, w której rozwija się nauka i kształtują postawy moralne. To wyjątkowa wspólnota pracowników, studentów i doktorantów, której praca, pasja, wiedza i zaangażowanie ma służyć rozwojowi nauki i społeczeństwa. Kwestia etyki i dobrych obyczajów w ich funkcjonowaniu jest zatem kluczowa dla realizacji tych zadań i kształtowania właściwych relacji. W dynamicznie zmieniającym się świecie nie tylko warto przypomnieć podstawowe wartości i powinności, na których opierają się ogólne zasady funkcjonowania naszej Uczelni. Należy dokonać ich weryfikacji pod względem aktualności i przystawalności do wymogów współczesności.

INTERDYSCYPLINARNY ZESPÓŁ

Takie ambitne zadania Rektor i Senat Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego postawili przed nowo utworzoną Komisją Etyki i Dobrych Obyczajów Akademickich. W skład zespołu powołanego Uchwałą nr 46/2021 z 28 czerwca br. weszli przedstawiciele wszystkich grup uniwersyteckiej społeczności. Z grona pracowników są to:

- prof. dr hab. Jędrzej Antosiewicz,
- prof. dr hab. Wiesław Cubała,
- dr hab. Michał Hoffmann,
- dr hab. Barbara Kochańska, prof. uczelni,
- prof. dr hab. Dariusz Kozłowski,
- prof. dr hab. Janusz Limon,
- prof. dr hab. Alicja Siemińska,
- dr hab. Mariusz Wiglusz,
- dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. uczelni,
- dr Jacek Kaczmarek,
- dr Marta Krzyżanowska,
- lek. Janusz Springer,
- Małgorzata Sokołowska,
- dr Joanna Śliwińska,
- Paweł Tatarczuk.

Na przedstawicieli USS zostali wybrani studenci:

- Jakub Deleżuch,
- Julia Landowska,
- Sonia Sciebura,
- Aleksandra Ziółkowska.

Samorząd Doktorantów reprezentować będzie lek. Alicja Weiszewska.

Pracom zespołu przewodniczyć będzie **prof. Agnieszka Zimmermann**, prodziekan ds. jakości kształcenia i praktyk studenckich Wydziału Nauk o Zdrowiu, pełnomocnik Rektora ds. jakości kształcenia wraz z zastępcami, na których powołano **prof. Dariusza Kozłowskiego** z Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca, redaktora naczelnego naukowego pisma GUMed – *European Journal of Translational and Clinical Medicine* oraz **dr. Jacka Kaczmarka**, nauczyciela akademickiego, specjalistę ds. relacji z absolwentami zagranicznymi, jednego z inicjatorów oraz koordynatorów kampanii *Kultura Szacunku*. Od strony administracyjnej prace Komisji wspiera mgr Natalia Zabadała z Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych.

GŁÓWNE ZADANIA

Zadaniem Komisji jest przede wszystkim opiniowanie, inicjowanie i analizowanie działań z zakresu etyki i dobrych obyczajów akademickich w różnych obszarach aktywności naszego Uniwersytetu. Celem jest wdrożenie standardu zachowań, które z założenia mają ułatwić pracę pracownikom dydaktycznym, badawczo-dydaktycznym, badawczym, administracyjnym, jak również poprawnie wpłynąć na kontakty interpersonalne na każdym szczeblu. Dobre praktyki i zasady w zakresie współ-

→

pracy dotyczyć mają relacji odbywających się na linii przełożony a podwładny, nauczyciel akademicki a student i doktorant, a także budowanych pomiędzy pracownikami, studentami, doktorantami, nie zapominając o nieodłącznych w funkcjonowaniu uczelni medycznej kontaktach z pacjentami.

W pierwszym etapie prac Senacka Komisja ds. Etyki i Obyczajów Akademickich zamierza dokonać rozpoznania najistotniejszych, najczęściej występujących i najbardziej istotnych problemów w tej dziedzinie oraz przeanalizować dotychczas obowiązujące w GUMed zapisy i regulacje pod kątem ich aktualności, wskazując obszary wymagające zmiany bądź uzupełnienia. **Co do zasady, do kompetencji Komisji nie należy rozstrzyganie indywidualnych spraw osobowych, które leżą w gestii innych uczelnianych organów.**

RZECZ O GODNOŚCI ZAWODU

Obecnie Gdański Uniwersytet Medyczny nie posiada oficjalnie opublikowanego, wewnętrznego dokumentu, stanowiącego katalog dobrych obyczajów lub zbiór rekomendacji w tej dziedzinie, a funkcjonuje w oparciu m.in. o Kodeks Etyki, wewnętrzne regulaminy i zapisy Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce.

Do godnego postępowania i zachowania nauczyciel akademicki jest zobowiązany również prawnie. W ustawie z 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce nie zdefiniowano jednak dokładnie pojęcia *czynu uchybiającego obowiązkom nauczyciela akademickiego lub godności zawodu nauczyciela akademickiego*, pozostawiając to praktyce, regulacjom etycznym i ogólnie przyjętym normom zwyczajowym.

Zgodnie z art. 275 ust. 1 ustawy z 20 lipca 2018 r. *nauczyciel akademicki podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za przewinienie dyscyplinarne stanowiące czyn uchybiający obowiązkom nauczyciela akademickiego lub godności zawodu nauczyciela akademickiego.* W ustawie nie zdefiniowano jednak pojęcia *czynu uchybiającego godności zawodu*. Analizując dorobek doktryny i orzecznictwa należy wskazać, że są to czyny przynoszące ujmę randze zawodu i funkcji sprawowanej w społeczeństwie. Standard postępowania nauczyciela akademickiego powinien stanowić wzór dla innych i powinien wzbudzać szacunek. Nauczyciel akademicki ma obowiązek głoszenia prawdy, działania z zachowaniem zasady krytycyzmu poznawczego, niezależności myślenia i działania. Zachowania (czyny) składające się na ten standard odnoszą się zarówno do bezpośredniego wykonywania zawodu, jak i do publicznej działalności pozazawodowej. Nauczyciel akademicki powinien dbać o godność zawodu w każdej aktywności życiowej, wystrzegając się zachowań, które mogą ją naruszyć.

Pojęcie *czynu uchybiającego godności zawodu* wiąże się z wzorcem postępowania, który wynika zarówno z przepisów prawa, norm etyki, jak i norm moralnych. Przepisy prawne wyznaczają reguły i *de facto* ramy postępowania, stanowiąc tym samym punkt wyjścia do oceny postępowania. Funkcjonują jednak uzupełnione o normy pozaprawne, m.in. o normy etyki, spisane w kodeksie etyki, będącym wyrazem samoregulacji. Kodeks Etyki GUMed powstał w 2008 r. i bez wątpienia wymaga modyfikacji związanych ze zmianami otoczenia prawnego i społecznego. Źródłem wartości wchodzących w skład „godności zawodowej" są także reguły spisane w postaci dobrych praktyk i dobrych obyczajów. Te ostatnie to zespół norm etyczno-moralnych, które są wypracowane w określonej dziedzinie. Są one tworzone w formie dokumentów i stawiają sobie za cel określenie standardów postępowania. Stanowią zatem uzupełnienie przepisów prawa i kodeksu etyki.

CZYNY UCHYBIAJĄCE GODNOŚCI STUDENTA I DOKTORANTA

Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce odwołuje się także do godnego zachowania się doktoranta i studenta. Podobnie jak w przypadku nauczycieli akademickich, pojęcie „godności studenta" i „godności doktoranta" są pojęciami niedookreślonymi, wymagającymi odwołania się do ocen.

Oceniając popełniony czyn w kategoriach uchybienia godności studenta czy doktoranta należy wziąć pod uwagę również treść ślubowania oraz regulaminu studiów. Sformułowane w nich treści zobowiązują m.in. do godnego zachowania i dbałości o dobre imię Uczelni; przestrzegania zasad etyki, deontologii i tolerancji, a także przestrzegania zasad współżycia społecznego, tak by swoim zachowaniem nie manifestować własnych poglądów w sposób obraźliwy dla pacjentów, nauczycieli akademickich i innych studentów.

W dokonywanej ocenie należy także odnieść się do przesłanek pozaprawnych, sformalizowanych w zapisach kodeksów etyki. W GUMed funkcjonują: Kodeks Etyki Studenta oraz Kodeks Etyki Doktoranta. Liczne zmiany regulacji prawnych, które miały miejsce w ostatnim czasie, a także szybka ewolucja warunków pracy i życia (w tym silny wpływ na nie postępu technologicznego i technik informatycznych), wymuszają jednak zrewidowanie ich zapisów. Jeżeli zaś chodzi o dobre obyczaje akademickie, to żaden dokument o charakterze rekomendacji w tej dziedzinie w naszej Uczelni nie funkcjonuje.

Chcielibyśmy, aby zaproponowane przez nas rozwiązania nie były narzuconymi regulacjami, ale praktykami rzeczywiście pomocnymi i przez Państwa wdrażanymi. Zachęcamy społeczność naszego Uniwersytetu do podzielenia się swoimi oczekiwaniami lub sugestiami, pisząc na adres komisja.etyki@gumed.edu.pl. ■

DR HAB. AGNIESZKA ZIMMERMANN, PROF. UCZELNI;
PROF. DR HAB. DARIUSZ KOZŁOWSKI;
DR JACEK KACZMAREK;
DR JOANNA ŚLIWIŃSKA

fot. Agata Pijagin-Piątkiewicz / GUMed

Expanding on a center of excellence – the evolution of HEART TEAMS MUG

PROF. PAUL GRÜNDEMAN
MUG Visiting Professor
Cardiovascular Surgery,
Center of Translational Medicine

Mission statement of HEART TEAMS

A patient with cardiovascular disease healed through integrated multidisciplinary care, science and education

The purpose of the creating the HEART TEAMS is to expand on excellence in the care for the ever more complex patients with cardiovascular diseases in the Pomerania region. These are challenging times for Medical University of Gdańsk but with the challenges come great opportunities for the prepared collective mind. With the new HEART TEAMS as the working relation between all health care workers we aim to be ready to provide most excellent care. In the end, all our effort must be given to heal the cardiovascular patients.

In the last decades, clinical care in UCC became intensified with high technical capabilities that caused the borders between medical specialties to blur. The successful leap into the future mandates us to re-structure the cooperation between health care professionals, scientists and teachers.

In the early days of open-heart surgery in the MUG, surgeon Prof. Mirosława Narkiewicz designed the concept of having a HEART TEAMS *avant la lettre*. The creation of it was based on the experience and collaboration with the Dutch team led by Prof. Anton Gründeman. The multi-disciplinary HEART TEAMS meetings were attended by cardiologists, radiologist, surgeons and anesthesiologist to select candidates for open-heart surgery. Milestones in the history of cardiovascular care in Gdańsk were the first open-heart operations using the heart-lung machine that originated in Amsterdam. The historical first operation (closure of ASD II, atrial septal defect) was performed on 29th April 1975. The first artificial heart valve was implanted by Prof. Anton Gründe-

→

Rozwój centrum doskonałości – ewolucja HEART TEAMS GUMed

PROF. PAUL GRÜNDEMAN
Profesor wizytujący GUMed,
chirurgia sercowo-naczyniowa,
Centrum Medycyny Translacyjnej

Misja HEART TEAMS

Pacjent z chorobą sercowo-naczyniową wyleczony dzięki zintegrowanej wielodyscyplinarnej opiece, nauce i edukacji

Celem utworzenia HEART TEAMS jest doskonalenie opieki nad pacjentami z coraz bardziej złożonymi chorobami układu krążenia na Pomorzu. Gdański Uniwersytet Medyczny stoi przed szeregiem wyzwań, ale wraz z nimi pojawiają się liczne możliwości dla wspólnie przygotowanej inicjatywy – HEART TEAMS. Dzięki udoskonalonej formie współpracy między specjalistami różnych dziedzin medycznych ochrony zdrowia, dążymy do zapewnienia pacjentom kardiologicznym opiekę na jak najwyższym poziomie. W istocie cały nasz wysiłek musi być skupiony na wyleczeniu pacjenta z chorobą sercowo-naczyniową.

W ostatnich dziesięcioleciach opieka kliniczna w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku została zintensyfikowana dzięki ogromnym możliwościom technicznym, które spowodowały zatarcie granic między specjalizacjami medycznymi. Aby wykonać kolejny udany krok w przyszłość, jesteśmy zobligowani do ulepszenia współpracy między pracownikami ochrony zdrowia, naukowcami i nauczycielami akademickimi.

W początkowych latach chirurgii na otwartym sercu w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym prof. Mirosława Narkiewicz (chirurg) zaprojektowała koncepcję utworzenia HEART TEAMS *avant la lettre*. Powstała ona na bazie doświadczeń i współpracy z holenderskim zespołem pod kierownictwem prof. Antona Gründemana. W wielodyscyplinarnych spotkaniach HEART TEAMS uczestniczyli specjaliści z zakresu kardiologii, radiologii, chirurgii oraz anestezjologii, aby wspólnie kwalifikować pacjentów do przeprowadzenia operacji na otwartym sercu. Kamieniem milowym w historii gdańskiej opieki sercowo-naczyniowej były pierwsze operacje na otwartym sercu z użyciem aparatury do krążenia pozaustrojowego, która pochodziła z Amsterdamu. Pierwsza historyczna operacja (zamknięcie ASD II, przezskórne zamknięcie ubytku przegro-

→

man on 30th November 1976. It is clear that the current practice of cardiovascular care found its origin in the pioneering achievements of the giants that teach us the merit of protocollized medicine.

It is the vision of all leaders of the cardiovascular specialties at the UCC and the MUG that the full integration of clinical care with its relevant science and teaching will lead to a strong strategic position of the MUG nationally and internationally. In other words, there is no artificial separation between activities of UCC and University. Full integration in the HEART TEAMS is only successful when having the nurses, (research) technicians, perfusionists and physiotherapists being the closest bedside experts recognized. The UCC HEART TEAMS website, in part accessible for the public, serves as the unique information channel for all professionals in the HEART TEAMS, in steps to be implemented.

The HEART TEAMS aim to expand on clinical decision making through daily and weekly webinar-based HEART TEAMS meetings (nicknamed "kominki"), regularly-scheduled research meetings and complication meetings. Cardiovascular Task Force initiatives will include designing strategies for the future, executing clinical relevant trials through planned clinical research & grant applications. Also the current teaching of future generation of doctors and nurses will be boosted by open and transparent way of working.

With great respect I witnessed the development of cardiovascular care in MUG from the beginnings of open-heart surgery in the 70-ties as I had the privilege to be part of the Dutch heart team performing pioneering series of open-heart operations in Gdańsk. Now, and in the future, I hope to further contribute to the excellence in care of the cardiovascular patients in the University Clinical Centre. ■

dy międzyprzedsionkowej) została wykonana 29 kwietnia 1975 r. Pierwsza sztuczna zastawka serca została wszczepiona przez prof. Anton Gründeman 30 listopada 1976 r. Nie ulega wątpliwości, że obecna praktyka opieki sercowo-naczyniowej znalazła swoje źródło w pionierskich osiągnięciach prekursorów, którzy chcą nam przekazać korzyści płynące z uprawiania medycyny opartej na protokołach.

Wizją wszystkich liderów specjalności kardiologicznych UCK i Uczelni jest pełna integracja opieki klinicznej z odpowiednią nauką i dydaktyką, która doprowadzi do silnej pozycji strategicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w kraju i za granicą. Innymi słowy, sztuczny podział pomiędzy działalnością UCK a Uczelni nie istnieje. Pełna integracja HEART TEAMS jest skuteczna tylko wtedy, gdy pielęgniarki, technicy (badacze), fizjoterapeuci oraz perfuzjoniści są docenionymi ekspertami przy łóżku chorego. Strona internetowa UCK HEART TEAMS, częściowo już publicznie dostępna, służy jako unikalny kanał informacyjny dla wszystkich specjalistów z poszczególnych zespołów, z zaplanowanymi kolejnymi etapami do wdrożenia.

HEART TEAMS dążą do do modyfikacji podejmowania decyzji klinicznych także poprzez codzienne i cotygodniowe spotkania członków zespołów opartych na webinarach (tzw. kominki), regularnie zaplanowanych spotkaniach badawczych i dotyczących powikłań. Inicjatywy Cardiovascular Task Force będą opracowywać strategie działania na przyszłość, przeprowadzać istotne próby klinicznie poprzez planowane badania naukowe i wnioski o granty. Otwarty i przejrzysty sposób pracy przyczyni się również do rozwoju nauczania przyszłych pokoleń lekarzy i pielęgniarek.

Z wielkim szacunkiem obserwuję rozwój opieki kardiologicznej w GUMed od początków chirurgii na otwartym sercu w latach 70., kiedy to miałem zaszczyt być częścią holenderskiego zespołu wykonującego serię pionierskich operacji serca w Gdańsku. Mam nadzieję, że przyczynię się do dalszego doskonalenia opieki nad pacjentem z chorobami sercowo-naczyniowymi w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym, szpitalu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. ■

PROF. PAUL GRÜNDEMAN

HEART TEAMS *avant la lettre* qualifying patients for cardiac surgery procedures. The Library of the Surgery Institute of the MUG, Gdańsk 1982. Photograph from the archive of the Cardiac and Vascular Surgery Clinic of the Medical University of Gdańsk, published in *Dutch roots in the foundation of open-heart surgery in Gdańsk* (Authors: ANNA PAPROCKA-LIPIŃSKA & PAUL GRÜNDEMAN)

Młode talenty kolejny raz w GUMed

DR N. SPOŁ. AGNIESZKA ANIELSKA
Koordynatorka projektu *Nauka to ludzie,* Sekcja Promocji

Czy aby zostać dobrym lekarzem wystarczy sama wiedza? Jak wygląda koronarografia, procedura implantacji stentu, transplantacja serca? Na czym polegają niekomercyjne badania kliniczne? W jaki sposób w kardiologii wykorzystywany jest druk 3D? Czym wyróżnia się nowoczesna dydaktyka prowadzona w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym? Na te i wiele innych pytań odpowiadali uczniom szkół średnich nasi wykładowcy w ramach zajęć *From Research to Clinical Practice in Cardiovascular Medicine*. Program drugiego spotkania w ramach projektu *Nauka to ludzie* przygotował prof. Miłosz Jaguszewski.

BLISKIE SPOTKANIE Z KARDIOLOGIĄ

W naszym programie rozwojowym uczestniczy trzydzieścioro utalentowanych uczniów z różnych zakątków Polski. Przez pół roku będziemy im towarzyszyć w rozwijaniu ich pasji, pokazując m.in. szerokie spektrum badań naukowych realizowanych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Blok zajęć poświęconych schorzeniom sercowo-naczyniowym przygotowali eksperci z kilku uniwersyteckich klinik. W kompleksowy sposób przedstawili uczestnikom najciekawsze zagadnienia dotyczące codziennej pracy z pacjentami, realizowanych badań klinicznych, a także nowoczesnych rozwiązań w zakresie dydaktyki przyszłych lekarzy.

Uczniowie zapoznali się przede wszystkim z wyzwaniami, z jakimi klinicyści mają do czynienia w codziennej pracy. **Lek. Maciej Duda** z Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej, koordynator Poltransplantu, przybliżył prowadzony już od kilkunastu lat przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku program transplantacji serca. Szczegółowo wyjaśnił proces przygotowań i sam przebieg tej ratującej najciężej chorych operacji oraz różne formy mechanicznego wspomagania krążenia u osób oczekujących na przeszczep serca. Uczestników zaprosiliśmy również na zajęcia warsztatowe w Centrum Symulacji Sercowo-Naczyniowej, gdzie mieli możliwość zapoznania się z możliwościami nowoczesnej pracowni fantomowej, w której doświadczeni lekarze kształcą się m.in. w wykonywaniu przezklatkowej i przezprzełykowej echokardiografii. Co więcej, sami uczniowie mieli szansę wykonania swojego pierwszego badania echokardiograficznego. Zajęcia przeprowadził **prof. dr hab. Marcin Fijałkowski**, koordynator Centrum i **dr Radosław Nowak** z II Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca. Z kolei **prof. dr hab. Miłosz Jaguszewski** z I Katedry i Kliniki Kardiologii pokazał i szczegółowo omówił kliniczną procedurę implantacji stentu do naczyń wieńcowych.

W trakcie weekendowego spotkania nie mogło zabraknąć części poświęconej realizowanym badaniom klinicznym. **Profesorowie Bartosz Karaszewski** i **Miłosz Jaguszewski** zapoznali uczestników z celami, specyfiką i procesem realizacji niekomercyjnych badań klinicznych na przykładzie kierowanych przez nich badań dotyczących nowych terapii w udarach mózgu oraz nowych strategii leczenia u chorych z ostrym zespołem wieńcowym. **Lek. Magdalena Bazgier**, doktorantka Katedry i Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca, opowiedziała o badaniach nad nową terapią w dystrofii mięśniowej Duchenne'a, jednej z rzadkich chorób kardiologicznych.

Lek. Maciej Duda poprowadził wykład na temat transplantacji serca

Prof. Miłosz Jaguszewski podczas spotkania z uczniami

Prof. Marcin Fijałkowski poprowadził warsztaty z uczniami

Warsztaty w Centrum Symulacji Sercowo-Naczyniowej

Prof. dr hab. Bartosz Karaszewski, kierownik Katedry Neurologii i Kliniki Neurologii Dorosłych, wspólnie z uczestnikami zastanawiał się nad przyszłością medycyny i wyjaśnił dlaczego sama wiedza nie wystarczy do tego, aby być dobrym lekarzem i naukowcem. Zwrócił uwagę m.in. na rolę kompetencji społecznych w pracy z pacjentami i znaczenie kreatywności w pracy naukowej. **Dr Jarosław Meyer-Szary** z Katedry i Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca opowiedział o zastosowaniu modeli 3D w dydaktyce kardiologii. Na kilkudziesięciu modelach pokazał, w jaki sposób mogą być one wykorzystywane zarówno podczas zajęć ze studentami, jak i planowania czy symulacji zabiegów. **Prof. Miłosz Jaguszewski**, pomysłodawca realizowanego w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym *Young Sciencist Program* wskazał, na jakie możliwości i wsparcie mogą liczyć nasi studenci zainteresowani rozwojem naukowym.

BRZMI INTENSYWNIE?

– *Z pewnością były to dwa dni wypełnione dużą dawką wiedzy* – podsumowuje prof. Miłosz Jaguszewski, pomysłodawca i koordynator programu. – *Schorzenia sercowo-naczyniowe to rozległy i niezwykle ciekawy obszar. Z jednej strony staraliśmy się pokazać uczestnikom wachlarz naszych działań terapeutycznych, aby przybliżyć im codzienną pracę z pacjentami, a z drugiej – specyfikę badań klinicznych, których celem jest stopniowe udoskonalanie obowiązujących procedur. Duże wrażenie zrobiły na nich możliwości, jakie mamy dzięki nowoczesnemu zapleczu klinicznemu, pracowniom symulacji i druku 3D. To naprawdę unikatowe warunki kształcenia kolejnych pokoleń lekarzy.*

– *Choć procedury, których uczymy w Centrum Symulacji Sercowo-Naczyniowej, są wysokospecjalistyczne, to bywają tu również nasi studenci* – dodaje prof. Marcin Fijałkowski, koordynator Centrum. – *Pod naszą opieką, w ramach zajęć na kardiologii, studenci piątego roku mogą wykonywać badania przezklatkowe. Cieszę się, że możliwości, jakimi dysponujemy, mogliśmy pokazać również zdolnym kandydatom.*

A jak spotkanie zapamiętali uczniowie?

*Od początku do końca było niesamowicie. Wszyscy prowadzący byli bardzo otwarci i przez cały weekend miałam poczucie, że starają się, abyśmy zobaczyli i dowiedzieli się najwięcej jak się da. Do tego wszyscy są bardzo pozytywnie i ciepło nastawieni do tego, co robią. Aż szkoda, że te dwa dni tak szybko minęły. Już nie mogę się doczekać następnych zajęć :) **

*Wszystkie zajęcia były bardzo inspirujące. Bardzo się cieszę, że mogłam zobaczyć Klinikę Neurologii, zabieg "na żywo" i spróbować sił w Centrum Symulacji Sercowo-Naczyniowej. Wydruki 3D pomogły mi wyobrazić sobie rzeczywiste wielkości serc dzieci, dorosłych czy aorty. Poszerzyłam też moją wiedzę na temat transplantacji serca – wykład był świetnie przygotowany, z licznymi przykładami i zdjęciami. **

NAUCZYCIELE W KRAINIE ANATOMII

W naszym programie uczestniczą również nauczyciele klas o profilu biologiczno-chemicznym oraz medycznym. Tym razem **dr hab. Sławomir Wójcik** z Zakładu Anatomii i Neurobiologii, pełniący również funkcję kierownika Działu Rekrutacji GUMed, przygotował dla nich ciekawe zajęcia warsztatowe w pracowniach anatomicznych. Zaproponował tam pracę z klasycznymi preparatami, zaprezentował też nowe możliwości, jakie daje interaktywny stół anatomiczny wykorzystywany w trakcie zajęć ze studentami. Druga część spotkania, poświęcona ofercie edukacyjnej i procesowi rekrutacji, zawierała wiele informacji przydatnych i nauczycielom, i ich uczniom.

→

Dr Jarosław Meyer-Szary prezentuje model 3D

– *Możliwość spotkania się z pedagogami, którzy przygotowują naszych przyszłych studentów wydała mi się bardzo interesująca i bardzo chętnie skorzystałem z tej propozycji* – mówi dr hab. Sławomir Wójcik. *Same zajęcia przerosły moje oczekiwania – w pozytywnym oczywiście znaczeniu – bardzo wysoki poziom dyskusji merytorycznej, porównanie podejścia do zagadnień kardio- i neuroanatomicznych w różnych szkołach oraz omówienie procesu rekrutacji na nasze kierunki studiów wypełniło czas tak szczelnie, że sobotnie przedpołudnie przemknęło niemal niezauważenie.*

Na kolejny dzień zaplanowaliśmy warsztat, do przeprowadzenia którego zaprosiliśmy cenioną ekspertkę, **Oktawię Gorzeńską** – twórczynię i pierwszą dyrektorkę Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 8 w Gdyni, trenerkę i autorkę poradników poświęconych zdalnej edukacji oraz innowacjom w edukacji. Celem warsztatu było pogłębienie wiedzy na temat metod i form pracy angażujących uczniów, w tym efektywnych praktyk nauczania i uczenia. Uczestniczki zastanawiały się, jak planować pracę z uczniami w taki sposób, aby efektywnie łączyć treści podstawy programowej z rozwijaniem ich umiejętności.

Punktem wyjścia do praktycznej części spotkania była dyskusja na temat zmieniającej się roli edukacji, zorientowanej coraz bardziej na rozwijanie kompetencji uczniów, np. krytycznego myślenia, kreatywności, rozwiązywania problemów czy efektywnej współpracy w zespole. W tym kontekście konieczne wydaje się zredefiniowanie dotychczasowych ról – i nauczyciela, i ucznia. Ten pierwszy staje się przewodnikiem, inspiratorem, facylitatorem procesów, ten drugi zaś – aktywnym, nastawionym na współpracę poszukiwaczem i odkrywcą.

– *Myślę, że projekt Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wytycza ważny kierunek – uczenie się poprzez angażowanie, badanie, odkrywanie, rozwijanie kompetencji* – mówi Oktawia Gorzeńska. – *Autorytet Uczelni wzmacnia w pewnym sensie przekaz, że procesy edukacyjne warto postrzegać szerzej niż tylko zdobywanie wiedzy, lecz również rozwijanie umiejętności oraz kształtowanie postaw młodych ludzi – ich zaciekawienia, chęci rozwiązywania problemów czy stawiania pytań.*

Efektem zajęć, na których uczestniczki mogły zaplanować lekcje rozwijające kompetencje i przygotować zadania problemowe, był

→

DR N. SPOŁ. AGNIESZKA ANIELSKA

Koordynatorka programu edukacyjnego realizowanego w ramach projektu *Nauka to ludzie*

Kolejne spotkania pokazują nam, że dla młodego człowieka, stojącego u progu wyboru dalszej ścieżki edukacyjnej i zawodowej, spotkanie z osobami, które osiągnęły tak wiele na niwie naukowej i klinicznej, może być bardzo inspirujące. Stworzenie przestrzeni spotkania osób, które dzieli wprawdzie różnica wieku, posiadana wiedza i doświadczenie, ale łączy ciągłe zadawanie pytań i medyczna pasja, stanowi o wartości tego przedsięwzięcia.

DR RADOSŁAW NOWAK

Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca

Naszym celem było przybliżenie młodym ludziom naszej profesji, choć w trakcie spotkania nie poruszaliśmy wyłącznie tematów stricte medycznych. Na zdobywanie wiedzy przyjdzie czas już za chwilę, gdy przekroczą progi Uczelni i zasiądą w studenckich ławach. To była rozmowa o celach, jakie przyświecają każdemu lekarzowi i o cechach, które każdy z nich powinien posiadać. Opowiedzieliśmy maturzystom o poświęceniach, jakie czasem wiążą się z tym zawodem, ale też o wielkiej satysfakcji, jaką on nam daje. W ten sposób chcemy im pomóc w świadomym podjęciu najważniejszej decyzji dotyczącej ich życia zawodowego.

szereg inspiracji gotowych do wykorzystania w codziennej pracy z uczniami, przy zastosowaniu m.in. takich metod pracy jak: odwrócona lekcja, praca projektowa, gamifikacja, debata czy symulacja.

Jak nauczyciele oceniają minione zajęcia?

*Świetny dobór treści oraz prowadzących, atmosfera partnerstwa między uczestnikami zajęć i prowadzącymi, poczucie wspólnoty celów, apetyt na więcej! **

*Kolejny super czas spędzony w GUMed, naładowane baterie i pełno inspiracji do pracy z uczniami, rewelacja! **

*Dr hab. Sławomir Wójcik to niesamowity wykładowca, można go słuchać godzinami, ma niezwykły dar przekazywania wiedzy! **

O kolejnych spotkaniach będziemy informować na łamach następnych numerów. Zapraszamy również na stronę projektu www.naukatoludzie.gumed.edu.pl ■

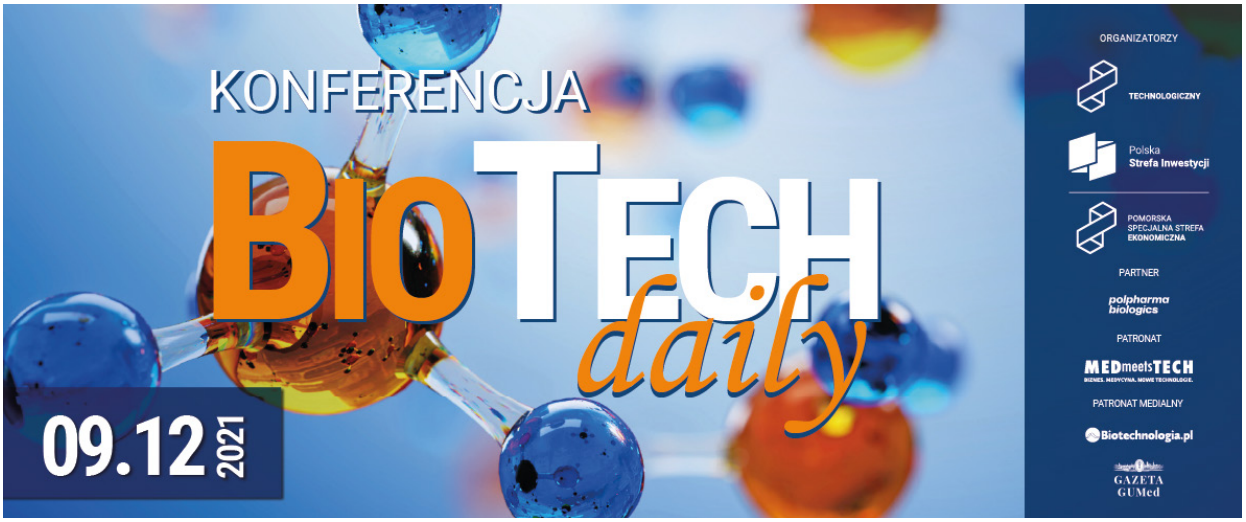
* na podstawie anonimowych ankiet przeprowadzonych wśród uczestników

fot. Paweł Paszko **DR N. SPOŁ. AGNIESZKA ANIELSKA**

Projekt *Nauka to ludzie. Promocja osiągnięć naukowych oraz kariery naukowej na przykładzie pracowników GUMed* został sfinansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki w ramach programu Społeczna odpowiedzialność nauki.

Dr hab. Sławomir Wójcik podczas warsztatów zaprezentował stół anatomiczny

Prof. Bartosz Karaszewski podczas dyskusji z uczniami



Dołącz do akcji *Przygarnij EDka w Święta*

Take the ED Student In Christmas Initiative

MARZENA KOŁTONIAK
Centrum Wsparcia
Studentów Zagranicznych

MARZENA KOŁTONIAK
Welcome Point

Welcome Point w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym istnieje od 2019 r. To przestrzeń, w której zagraniczni studenci i goście uzyskują niezbędną pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z życiem w Polsce, Gdańsku i rozpoczęciem studiów w naszej Uczelni. Jednym z priorytetów Welcome Point jest prowadzenie centrum informacyjno-doradczego, które wspiera zagraniczną część naszej społeczności w sprawach legalizacji pobytu, załatwianiu niezbędnych spraw urzędowych, które mogą być dla nich trudne. Trzeba pamiętać jednak, że jednym z priorytetów Welcome Point jest pomoc studentom z zagranicy w zaaklimatyzowaniu się w Polsce, stąd też organizacja imprez integracyjnych zarówno dla studentów polskich, jak i zagranicznych oraz aktywne wspieranie inicjatyw studenckich, które pomagają naszej Uczelni w budowaniu silnych relacji z kandydatami, studentami, a wreszcie absolwentami.

Jednym z takich wydarzeń była akcja *Przygarnij EDka w Święta*, zorganizowana po raz pierwszy w historii naszego Uniwersytetu w 2019 r. Wielu zagranicznych studentów w okresie Świąt Bożego Narodzenia nie wraca do swoich rodzinnych domów ze względu na odległość czy koszty. Spędzają ten czas w Polsce, najczęściej w samotności, niewiele wiedząc o naszych tradycjach i obyczajach.

Celem akcji *Przygarnij EDka w Święta* jest integracja środowiska uniwersyteckiego. Dzięki Welcome Point znalazło się wielu studentów i pracowników GUMed, którzy chętnie zaprosili do siebie na Wigilię gościa z Indii, Afryki, Bliskiego lub Dalekiego Wschodu. Wydarzenie odbiło się szerokim i pozytywnym echem w całej społeczności uniwersyteckiej. Okazało się, że bardzo chętnie przełamujemy bariery językowe i kulturowe, jednocześnie odbudowując prawdziwy i międzyludzki charakter Świąt Bożego Narodzenia. W świecie barier i różnic, a czasem także zwy-

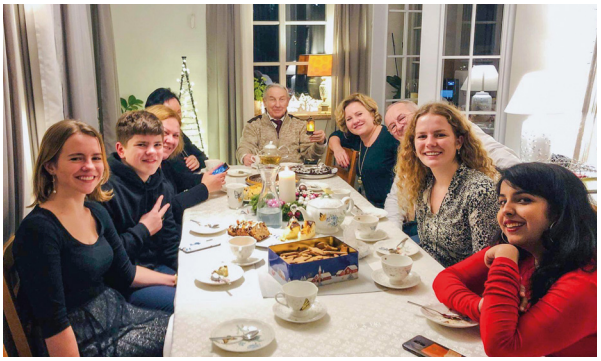
→

Welcome Point has been in operation at the Medical University of Gdańsk since 2019. It is where foreign students can get all the help they need in solving various issues related to their stay in Poland, Gdańsk and entering our university. The chief purpose of the Welcome Point is to serve as an information and advisory centre to support the foreign part of our community in terms of legalization of residence and handling necessary administrative matters that may be too hard to handle on one's own. However, it is worth keeping in mind that one of the priorities of our Welcome Point is to help students from abroad feel at home by organising orientation parties for both Polish and foreign students as well as actively support student initiatives that help our university build and maintain strong relationships with candidates, students and graduates.

One of such events was the *Take the ED Student In* Christmas Initiative hosted for the first time in 2019. At Christmas time, many foreign students do not return home because of excessive distance or costs. They are stuck in Poland, unaware of all the traditions and customs going on around them. This very special time is often spent in the solitude of their dorms or rented flats.

The purpose of the *Take the ED Student In* Christmas Initiative is to prevent such sad scenarios and encourage integration among our academic community. Welcome Point helped bring together many MUG students and lecturers willing to invite a guest to their Christmas table, whether it be from India, Africa, the Middle or Far East. The event has been warmly received by the entire academic community. We turned out to be very eager to break the language and cultural barriers and rebuild the real and very human aspect of Christmas. In the world full of barriers, differences and daily struggle, we often forget about the people who are near. However, the experiences of the participants of the

→



Uczestnicy akcji *Przygarnij EDka*; Boże Narodzenie 2019

kłego zabiegania, często zapominamy o człowieku obok. Jak pokazują jednak relacje uczestników pierwszej edycji Akcji, bardzo łatwo wyjść poza ten negatywny schemat. Wystarczy rozejrzeć się i zobaczyć, że obok nas wciąż są inni ludzie, ludzie ciekawi i warci poznania. Właśnie takie próby integracji stają się okazją do łamania stereotypów, przezwyciężania lęków kulturowych i wzbogacają nasze postrzeganie świata.

Niestety w roku 2020 *Przygarnięcie EDka na Święta* było niemożliwe ze względu na obowiązujące obostrzenia oraz stan pandemii. Mamy jednak nadzieję, że o nas i naszej akcji nie zapomnieliście. Dlatego w tym roku organizujemy drugą edycję. ■

Participants of the *Take the ED Student In*; Christmas 2019

first edition demonstrate how easy it is to abandon these harmful routines. Sometimes it helps just to stop, look around you and notice that there are other people near who are interesting and worth knowing. Attempts for integration like this become an opportunity to break stereotypes, overcome cultural prejudice and expand our worldview.

Unfortunately, given the restrictions in the pandemic era, we could not take the ED student in for Christmas in 2020. We did not forget all the good emotions from two years ago and we hope that neither did you. That is why we are launching the second edition this year. ■

MARIA STOLARCZYK
Absolwentka kier. lekarskiego

Gościłam u siebie dwie studentki z I roku ED – Kesar i Gursimran. Myślę, że było to doświadczenie ożywcze zarówno dla nich, jak i dla naszej rodziny. Dziewczyny pochodzą z Indii, więc cała symbolika Świąt Bożego Narodzenia nie była im dotąd szczególnie znana – my zaś, tłumacząc znaczenie poszczególnych zwyczajów, mogliśmy na nowo odkryć głębię i piękno tego rodzinnego święta. Ciekawie było też dowiedzieć się czegoś o ich kraju: dziewczyny opowiadały o swoich świętach, ale też o systemie szkolnictwa i życiu codziennym. I nawet jeśli babcia nie do końca nadążała za konwersacją w języku angielskim, to i tak była zadowolona, bo dziewczyny z radością próbowały po raz pierwszy prawdziwej, domowej polskiej kuchni. Myślę, że było to ciekawe i rozwijające doświadczenie dla obu stron.

ARYAN KUMAR
Pre-Medical Batch

The Christmas visit was wonderful! It was even better than I imagined. I got to learn the Polish traditions while dining with the family. Michal and his parents were very good hosts. They made me feel very comfortable and warm. It was a beautiful sight to see as the food was brought to the table. I had never seen such a variety! From the garlic bread to the famous pierogi, everything was delicious. I tried my best to communicate in Polish while trying to converse. It was a very fruitful experience for me. I felt very grateful and hope to do this every year!

AROOJ BHATTI
ED medicine student, IV year

I was warmly welcomed by the Landowski family as if I was a cousin that lived far away and had come over for Christmas! Especially by their enthusiastic dogs. We started off the evening by introducing ourselves to each other which went swimmingly due to Zuzia and her sister Julia 's translational aide, followed by some prayers with oplatek at the dining table before we broke bread together. We commenced the dinner with some polish borscht with mushroom dumplings and soon after the glorious 12 dish main course came before our eyes! Luckily for me, as someone who can not eat meat, the dinner was comprised of vegetarian or various types of fish dishes. Moving forward we got to the highlight and most touching part of the night: the gifts! Later on we returned to the table for some Christmas tea and polish desserts that were the "cherry on top " to this heartfelt evening. To finish off the night we had a competitive game of Dixie: the game of perception and chance. To summarize, I can not describe it any better than a stupendous night spent with your family and some delicious home cooked food! Not to forget an invigorating way to recharge and kick off a new year filled with a lot of studying!

ALEKSANDER GOLL
Student VI r. kier. lekarskiego

Anto był u nas od wigilijnego popołudnia do wieczora pierwszego dnia Świąt. Obawiałem się nieco, czy bariera językowa nie wpłynie niezręcznie na jego pobyt, bo w najbliższej rodzinie tylko ja płynnie mówię po angielsku, ale ostatecznie nie stanowiło to żadnego problemu. Anto był główną atrakcją tych Świąt, każdy chciał się dopytać o to, jak tam się u niego żyje więc prowadziliśmy nieustanną konferencje prasową. Babcia była oczarowana tym „miłym, grzecznym chłopcem". Anto był z kolei pod wrażeniem koncertu kolęd, jaki daliśmy po kolacji, wszystko nagrywał i robił masę zdjęć. Zazwyczaj stroni od objadania się, bo profesjonalnie ćwiczy kulturystykę, ale u nas nie mógł się powstrzymać i chyba przekonaliśmy go do polskich klasyków. Pierwszego dnia Świąt, po śniadaniu, objechaliśmy okoliczne Kaszuby, pokazałem mu Kartuzy i kilka atrakcji we wioskach nieopodal, najbardziej podobał mu się opuszczony zamek w Łapalicach. Na obiedzie pierwszego dnia wyjątkowo zaprzyjaźnił się z moją nieco ponad roczną kuzynką, która sama pierwsza do niego przybiegła. Wieczorem tego dnia odstawiłem Anto do Gdańska. Cała rodzina bardzo go polubiła, mam nadzieję, że z wzajemnością. Dziękuję za przeprowadzenie takiej akcji, to było zdecydowanie wartościowe doświadczenie.

ARON JAMES DSOUZA
Pre-Medical Batch

I celebrated my first Christmas in Poland with Alexander and his family. It was a fun experience. Alex was very friendly, and so was his family. Although it was my first Christmas without my parents, I did not feel lonely, as his family treated me as their own. Thank you for providing me an opportunity to make friends in the Polish Division, and for giving me a chance to experience Polish culture.

JULIA LANDOWSKA
Studentka IV r. kier lekarskiego

Razem z moją siostrą Zuzią gościłyśmy u nas w domu na Wigilii 2 dziewczyny – Ishaane i Arooj. Dzięki ich obecności nasze Święta były bardzo radosne. Ishaana przyszła do mnie kilka dni wcześniej na robienie wieńców, żeby poznać część rodziny przed Wigilią. Podczas kolacji bardzo dobrze się dogadywaliśmy, razem z siostrą tłumaczyłyśmy rozmowę w obie strony – między dziewczynami, a naszymi dziadkami, którzy nie mówią po angielsku, co potem i tak okazało się zbędne, bo dobrze się dogadywali trochę na migi, a trochę dziewczyny rozumiały po polsku. Po kolacji wymieniliśmy się prezentami, każdy dostał mały upominek, graliśmy w planszówki. Uważam, że było to wspaniale doświadczenie i razem z całą rodziną chcemy zaprosić kogoś na kolejne Święta. Dziękuje bardzo za zorganizowanie tego wydarzenia, naprawdę super inicjatywa.

MARTYNA WIELEWSKA-BAKA
Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny,
Katedra Teorii Literatury i Krytyki Artystycznej

Myślę, że Państwa akcja ze Świętami to świetny pomysł – studenci niestudiujący razem z polskimi rocznikami wydają się bardzo osamotnieni, trzymają się w swoich grupach i niewiele się integrują. Po krótkiej rozmowie stwierdziłam, że wezmę i Elham, i Ansha na Wigilię, bo widać, jak bardzo byli spragnieni zobaczenia, jak wyglądają polskie święta Bożego Narodzenia. Wizyta była wspaniała, dlatego że goście z Iranu i Indii byli prawdziwi, ciepli, a domownicy byli przede wszystkim otwarci. Pojechaliśmy na wieś na Żuławy, więc Ansh i Elham mieli okazję zobaczyć żuławską architekturę niektórych budynków. Oczywiście próbowanie wszystkich potraw, podsuwanie prezentów pod choinkę, rozdawanie upominków, kolędy – angażowałam ich w to wszystko. Najzabawniejsza chyba była próba opisania potraw po angielsku (wszyscy szperaliśmy w słownikach w poszukiwaniu tłumaczenia "karpia", "maku", "daktyli", itd.), a także zachrypnięte gardło po kilkugodzinnych rozmowach (aż pod sam dom studencki!), próby rozmów po polsku, zabawa z 3-latkiem... I długie rozmowy o medycynie, o ich planach na przyszłość... To, że mogłam gościć dwójkę studentów z różnych krajów pozwoliło nam na prawdziwe zderzenie kultur, a rozmowy o podobieństwach i różnicach wręcz nie miały końca. To było wielokulturowe spotkanie, istna burza wymiany zdań, ciekawości, entuzjazmu. Dziękuję za możliwość wzięcia udziału w przedsięwzięciu!

PRZYGARNIJ EDKA W ŚWIĘTA

Wszystkich chętnych serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w tym przedsięwzięciu, ponieważ to doskonała okazja nie tylko do zaprezentowania naszej kultury, ale także do poznania tradycji i obyczajów innych narodów.

Zgłoszenia przyjmujemy do 17 grudnia.

TAKE THE ED STUDENT IN CHRISTMAS

If you feel like participating, please sign up now. Not only is it a great opportunity to present our culture, but also to learn about the tradition and customs of other nations.

Deadline for applications – 17th December.

KONTAKT | CONTACT

Centrum Wsparcia Studentów Zagranicznych / Welcome Point
Marzena Kołtoniak
marzena.koltoniak@gumed.edu.pl
welcome@gumed.edu.pl
(+48 58) 349 1787
Dębinki 7, budynek nr 13, 80-211 Gdańsk

Nowe zdroje wody pitnej

20 kolejnych zdrojów do picia wody przekazał Saur Neptun Gdańsk gdańskim uczelniom wyższym. 10 urządzeń trafiło już na Politechnikę Gdańską, 5 na Uniwersytet Gdański. Wkrótce rozpocznie się montaż 5 urządzeń w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Po instalacji zdrojów jeszcze więcej żaków i pracowników będzie miało bezpośredni dostęp do wody z kranu. W 2020 r., w ramach pilotażu, pierwsze zdroje trafiły na UG i GUMed.

W sumie na gdańskich uczelniach wyższych jest już 27 zdrojów. Szkoły wyższe otrzymują od SNG dwa rodzaje poidełek: dystrybutory wewnętrzne do napełniania butelek, bidonów czy kubków oraz dystrybutory wody tzw. funkcyjne. Pierwsze z urządzeń wyposażone jest w czujnik uruchamiający wypływ wody, posiada także wbudowany licznik butelek o pojemności 1 litra. Z kolei dystrybutory funkcyjne oferują wodę ciepłą i zimną. Montowane są w strefach rektoratów.

– *Pilotażowy projekt dostępu do wody z kranu na uczelniach wyższych wdrożony pod koniec 2020 r. przyniósł spodziewany efekt. Okazało się, że studenci chętnie korzystają ze zdrojów, dlatego w tym roku postanowiliśmy zamontować kolejne* – podkreśla **Jacek Kieloch,** wiceprezes SNG.

W Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, pierwszej uczelni Pomorza, w której zamontowano poidełka SNG przeznaczone do picia wody z kranu, zainteresowanie studentów, doktorantów i pracowników jest ogromne. Potwierdzają to liczniki urządzeń zlokalizowanych w Collegium Biomedicum oraz na Wydziale Farmaceutycznym GUMed.

– *W naszej Uczelni przywiązujemy dużą wagę do kształtowania postaw proekologicznych, jak również troski o środowisko naturalne. Dzięki tej cennej i ważnej inicjatywie ponad 5 000 litrowych butelek nie trafiło na śmieci* – mówi **prof. Marcin Gruchała**, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – *Jestem ogromnie wdzięczny spółce Saur Neptun Gdańsk za dotychczasową udaną współpracę i okazywane nam wsparcie w różnej formie.*

Projekt montażu zdrojów w placówkach oświatowych SNG realizuje sukcesywnie od 2013 r. Najpierw zdroje trafiały do szkół, a następnie do przedszkoli. Jest ich w sumie 183, a dzięki nim dostęp do świeżej wody z kranu ma 57 tys. dzieci i młodzieży. Saur Neptun Gdańsk finansuje zakup poidełek, ich montaż, a także laboratoryjne badania wody wykonane po zamontowaniu zdroju.

– *Woda w Gdańsku jest smaczna i w 100% bezpieczna, dlatego przekonujemy, że warto ją pić – w szkole, przedszkolu, na uczelni, czy w pracy* – podkreśla Jacek Kieloch. – *Badania pokazują, że wodę z kranu pije już 50% gdańszczan.* ■

MAGDALENA RUSAKIEWICZ
Rzecznik prasowa SNG,
DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA
Rzecznik prasowa GUMed

GDZIE STUDENCI NAPIJĄ SIĘ WODY Z NOWYCH DYSTRYBUTORÓW?

Gdański Uniwersytet Medyczny
- Budynek nr 1
- Budynek nr 15
- Centrum Rozwoju Kompetencji, Zintegrowanej Opieki i e-Zdrowia
- Centrum Sportu
- Centrum Symulacji Medycznej

Uniwersytet Gdański
- Wydział Biologii
- Wydział Prawa i Administracji
- Wydział Nauk Społecznych (2 dystrybutory)
- Instytut Biotechnologii

Politechnika Gdańska
- Gmach Główny (5 dystrybutorów, w tym jeden w sekretariacie rektora)
- Audytorium Novum
- Gmach B (3 dystrybutory)
- Centrum Sportu Akademickiego

grafika – Zuzanna Zapisek, Sekcja Promocji

Nagrodzeni przez Ministra Zdrowia

Naukowcy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego otrzymali nagrody dla nauczycieli akademickich 2021 r. przyznawane przez Ministra Zdrowia. Wyniki ogłoszono 2 listopada br.

Prof. dr hab. Jolanta Wierzba z Zakładu Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego została doceniona za całokształt dorobku naukowego. Prof. Wierzba jest specjalistą pediatrii, pediatrii metabolicznej i genetyki klinicznej, od września br. pełni także funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii metabolicznej. W jej dorobku znajduje się wiele badań i publikacji dotyczących zagadnień takich jak: poradnictwo genetyczne, wady wrodzone i rozwojowe oraz choroby rzadkie u dzieci. Profesor opisała m.in. analizę kliniczną fenotypu w zespole Cornelii de Lange, jest również autorką licznych rozdziałów w monografiach, a także wielu artykułów publikowanych w czołowych czasopismach. Łączny *Impact Factor* publikacji prof. J. Wierzby wynosi 205,956, a sumaryczna punktacja MNiSW to 2 592 punkty. Dorobek naukowy Profesor został opisany na stronie Polskiej Platformy Medycznej.

Prof. Jolanta Wierzba

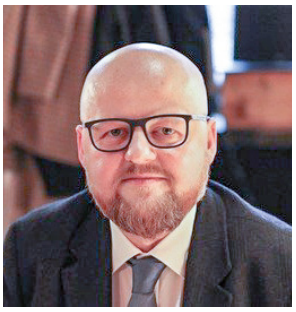
Nagrodę zespołową w zakresie działalności naukowej otrzymali: **dr hab. Marcin Sebastian Okrój, prof. uczelni** oraz **dr Grzegorz Stasiłojć** z Zakładu Biologii Komórki i Immunologii GUMed oraz **mgr Anna Felberg-Miętka** i **mgr Aleksandra Urban**, doktorantki z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed. Eksperci zostali wyróżnieni za cykl prac pt. *Strategia potęgowania aktywności immunoterapeutyków poprzez zwiększenie ich zdolności do aktywacji kaskady dopełniacza, monitorowania aktywacji dopełniacza podczas immunoterapii oraz roli białek kaskady dopełniacza w patogenezie niektórych chorób autoimmunizacyjnych.*

Od lewej: mgr Anna Felberg-Miętka, dr Grzegorz Stasiłojć, mgr Aleksandra Urban, dr hab. Marcin Sebastian Okrój, prof. uczelni

Informacja na temat artykułów składających się na cykl prac znajduje się na https://gumed.edu.pl/65570.html ■

Badacze z naszego Uniwersytetu nagrodzeni przez PAN

Naukowcy z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego: **prof. dr hab. Radosław Owczuk**, kierownik Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz **dr hab. Tomasz Smiatacz**, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych otrzymali 15 października 2021 r. najwyższe wyróżnienie przyznawane przez Polską Akademię Nauk – Medale im. Mikołaja Kopernika. W ten sposób Profesorowie zostali uhonorowani za udział w pracach interdyscyplinarnego zespołu doradczego ds. COVID-19 przy Prezesie PAN, opracowaniu kompendium wiedzy o wirusie SARS-CoV-2 i chorobie COVID-19 oraz w przygotowaniu 21 stanowisk dotyczących różnych aspektów epidemii COVID-19.



Prof. Radosław Owczuk

Dr hab. Tomasz Smiatacz

Laureaci Medalu zasiadają w Zespole od czerwca 2020 r., pełniąc jednocześnie funkcję konsultantów w swoich dziedzinach medycyny: **prof. Radosław Owczuk** krajowego konsultanta ds. anestezjologii i intensywnej terapii, a **dr hab. Tomasz Smiatacz** – wojewódzkiego konsultanta ds. chorób zakaźnych. Eksperci

➜

brali udział w posiedzeniach Zespołu, uczestnicząc w przygotowaniu szeregu stanowisk prezentowanych podczas najważniejszych wydarzeń związanych z walką z COVID-19. *Stanowisko 13.*, jako jedyny polski dokument zostało przedstawione w raporcie Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczącym zrównoważonego rozwoju oraz do podjęcia działań koniecznych w celu wyjścia z pandemii. Specjaliści z GUMed są również współautorami publikacji pt. *Zrozumieć COVID-19. Opracowanie zespołu ds. COVID-19 przy Prezesie PAN*, która ukazała się we wrześniu 2020 r. Dokument prezentuje przyczyny oraz potencjalne skutki omawianej choroby, zarówno medyczne, jak i ekonomiczne oraz społeczne.

Przewodniczącym zespołu jest prezes PAN **prof. Jerzy Duszyński**, a w skład grupy ekspertów – oprócz naukowców GUMed – wchodzą również: prof. Krzysztof Pyrć, dr hab. Magdalena Rosińska, dr Aneta Afelt, dr hab. Anna Ochab-Marcinek, dr Wojciech Paczos oraz dr Anna Plater-Zyberk.

Medal PAN im. Mikołaja Kopernika

Medal PAN im. Mikołaja Kopernika to odznaczenie nadawane przez Prezydium instytucji od 1969 r. badaczom zasłużonym dla polskiego środowiska naukowego niebędącymi krajowymi członkami Polskiej Akademii Nauk. ■

fot. dr hab. Tomasz Smiatacz / GUMed, prof. M. Kossowska / UJ

Pracownicy Ochrony Zdrowia na medal

Pracownicy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej: **dr hab. Wojciech Wołyniec** (Klinika Chorób Zawodowych, Metabolicznych i Wewnętrznych), **dr Małgorzata Sulima** (Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych) oraz **piel. Ewa Pasek** znaleźli się w gronie 30 medyków uhonorowanych Nagrodą Prezydenta Miasta Gdyni dla Pracowników Ochrony Zdrowia. Wyróżnienia wręczono tradycyjnie 18 października 2021 r., w dniu św. Łukasza, patrona pracowników ochrony zdrowia.

– *Dziś będziemy nagradzać 30 osób związanych z zawodami medycznymi. To lekarz, pielęgniarki, położone, ale także inne zawody medyczne. Osoby, które w sposób szczególny w minionym roku wsławiły się właśnie w dbanie o zdrowie mieszkańców naszego miasta. Tym osobom będziemy wręczać właśnie nagrody Prezydenta. Gdynia jest jednym z nielicznych miast, w których prezydent przyznaje takie nagrody pracownikom ochrony zdrowia. Nie mam najmniejszych wątpliwości że dziś będziemy mieli okazję spotkać się z tymi osobami, które w sposób niezwykle szczególny zaangażowały się w te wszystkie działania, które dzisiaj pozwoliły nam się czuć zdrowymi* – mówił podczas uroczystości Bartosz Bartoszewicz, wiceprezydent Gdyni ds. jakości życia.

Gdyńscy medycy nagradzani są od 1998 r. W ciągu ponad 20 lat wyróżniono blisko 500 osób zaangażowanych w tamtejszą ochronę zdrowia, w tym 13 lekarzy, 13 pielęgniarek i położnych oraz 4 osoby wykonujące inny zawód medyczny.

Relacja filmowa z wydarzenia oraz pełna lista laureatów dostępna jest na stronie Urzędu Miasta Gdyni. ■

Oprac. na podstawie relacji z gdynia.pl

fot. gdynia.pl

Uhonorowano prof. J. Muszkowską-Penson

W domu przy ul. Tuwima 29 w Gdańsku mieszkała w przeszłości **prof. dr hab. Joanna Muszkowska-Penson**, emerytowana profesor Akademii Medycznej w Gdańsku (dziś GUMed) wraz z mężem **prof. dr. hab. Jakubem Pensonem**, dwukrotnym rektorem Uczelni. W celu upamiętnienia zasług związanych z działalnością opozycyjną oraz z okazji stulecia urodzin prof. J. Muszkowskiej-Penson 26 października 2021 r. na budynku odsłonięto pamiątkową tablicę. Podczas uroczystości GUMed reprezentowali: **prof. dr hab. Edyta Szurowska**, prorektor ds. klinicznych, **prof. dr hab. Przemysław Rutkowski**, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, **prof. dr hab. Maria Alicja Dębska-Ślizień**, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, **prof. dr hab. Bolesław Rutkowski**, Profesor Honorowy GUMed oraz **dr Joanna Śliwińska**, rzecznik prasowa. W wydarzeniu udział wzięli również: **prof. dr hab. Anna Dominiczak**, absolwentka Uczelni i córka państwa Penson, Aleksandra Dulkiewicz, prezydent Gdańska, a także przedstawiciele Rady Miasta i Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego.

– *Dziękuję za wszystkie lata aktywności zawodowej i zaangażowanej pracy na rzecz naszej* Alma Mater. *Dla młodych adeptów nauk medycznych niezmiennie jest Pani Profesor niekwestionowanym autorytetem lekarza kierującego się prawdziwym poczuciem misji, pełnego empatii, oddania i poświęcenia w służbie drugiemu człowiekowi. Natomiast dla wszystkich pokoleń Polaków osoba Pani Profesor jest wzorem niezłomnej wierności swoim ideałom, bez względu na sytuację społeczną, historyczną i polityczną* – mówiła **prof. Edyta Szurowska**.

– *Chciałabym wszystkim bardzo podziękować za pamięć o mamie z okazji jej setnych urodzin oraz za tę tablicę* – mówiła **prof. Anna Dominiczak**. – *W tym domu przeżyłam bardzo szczęśliwe dzieciństwo i młodość, a najbardziej pamiętam obiady i kolacje. Wtedy zawsze mówiło się o pacjentach i o trudnych przypadkach medycznych. To właśnie ukształtowało moją przyszłość, bo sama zostałam lekarką. Moja mama zawsze robiła to, co robi najlepiej – pomagała ludziom. Zostało to upamiętnione w postaci wyjątkowej tablicy.*

Odsłonięcie pamiątkowej tablicy

Jak podkreśliła prezydent Aleksandra Dulkiewicz, bez zaangażowania Profesor i ks. Eugeniusza Dutkiewicza ruch hospicyjny w Gdańsku nie wyglądałby tak samo.

– *Los pani profesor Joanny Muszkowskiej-Penson to dużo więcej niż los lekarza* – dodawała **Aleksandra Dulkiewicz**. – *To los dobrego, cierpliwego człowieka, a do tego odważnego. A odwaga to cecha, której czasami nam brakuje. Tutaj spotykamy mądrą odwagę. Cieszę się bardzo, że Pani Profesor pokazała nam inną Polskę. Prezentowała odwagę z okresu II wojny światowej, na której wielu opozycjonistów mogło się wzorować. To odwaga bez patosu, zwykła, ludzka, skupiająca się na pomocy drugiemu człowiekowi. Pani Profesor wsparła i rozwinęła także ruch hospicyjny. To coś bardzo ważnego, co wydaje się dzisiaj codziennością w naszym mieście.*

– *Znam Panią Profesor z perspektywy sąsiedzkiej i wiem, że walczyła zarówno o Solidarność przez „S", jak i o solidarność pisaną małą literą. Ta solidarność była w domu przy ul. Tuwima bardzo żywa, a sąsiedzi mogli zawsze liczyć na gościnność gospodarzy. Pani Profe-*

→

Prezydent Gdańska Aleksandra Dulkiewicz

Na pierwszym planie (od lewej): prof. Anna Dominiczak i prof. Edyta Szurowska

Uczestnicy uroczystości

sor razem z mężem walczyła o człowieka i jego godne życie. Była gotowa pomóc wszystkim potrzebującym, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej, nie patrząc na barwy polityczne. Mam nadzieję, że ta tablica będzie inspirowała mieszkańców dzielnicy i przechodniów właśnie do tego typu solidarności – mówiła radna **Anna Golędzinowska**, inicjatorka stworzenia tablicy.

Jak napisał w liście gratulacyjnym **Mieczysław Struk**, marszałek województwa pomorskiego, z takich bohaterek jak Pani Profesor, czerpać mogą wzór kolejne pokolenia młodych Polaków. *– Mało kto może się pochwalić tak ciekawym, twórczym i emocjonującym życiem. Zawsze wspierała Pani potrzebujących, często ratując ich życie – czy to podczas zawirowań wojennych, czy również w ciężkich czasach po wojnie. Serdeczne ciepło, empatia oraz ogromne poczucie patriotyzmu wzbudzają największy szacunek* – napisał Marszałek. ■

fot. Paweł Sudara / GUMed

Oprac. **JAKUB WINIEWSKI**
Sekcja ds. Komunikacji

Prof. Joanna Muszkowska-Penson urodziła się 25 października 1921 r. Jest przedstawicielką pokolenia nazywanego Kolumbami, pierwszego po zaborach pokolenia wychowanego w niepodległej Polsce. Była członkiem Związku Walki Zbrojnej, łączniczką w Komendzie Głównej ZWZ. W marcu 1941 r. została aresztowana przez gestapo i osadzona na Pawiaku. We wrześniu 1941 r. przewieziono ją do niemieckiego obozu koncentracyjnego Ravensbrück. Za drutami, gdzie szalały choroby i śmierć – a ona sama szczęśliwie pokonała dur plamisty i ciężką żółtaczkę – postanowiła, że jeśli przeżyje, zostanie lekarzem. Doczekała wyzwolenia w kwietniu 1945 r. Po powrocie do Polski odnalazła rodziców i zamieszkała w Łodzi, gdzie jej ojciec organizował uniwersytet. Ukończyła studia medyczne i otrzymała nakaz pracy w Gdańsku. W latach 1950-1970 pracowała w II Klinice Chorób Wewnętrznych, a od 1970-1980 w Klinice Chorób Nerek AMG. W 1961 r. została doktorem, w 1971 r. doktorem habilitowanym, w 1976 r. profesorem tytularnym. Specjalizowała się w chorobach wewnętrznych, zajmowała się naukowo chorobami nerek. Wysoko ceniono ją też jako wykładowcę szkolącego przyszłych lekarzy. W wyniku konkursu została w 1981 r. ordynatorem oddziału internistycznego Szpitala Wojewódzkiego. Pracowała na tym stanowisku do 1991 r., będąc jednocześnie wykładowcą akademickim. W sierpniu 1980 r. personel Szpitala służył pomocą medyczną na terenie strajkującej stoczni. Profesor znalazła się w otoczeniu Lecha Wałęsy, a niebawem została jego osobistym lekarzem. Często pełniła rolę tłumacza przy jego rozmowach z gośćmi zagranicznymi. Od 1982 r. pracowała społecznie w punkcie charytatywnym przy kościele św. Brygidy przy rozdzielaniu lekarstw i sprzętu medycznego z zagranicy. W tym czasie wspierała też księdza Eugeniusza Dutkiewicza, organizującego pierwsze w Polsce domowe Hospicjum Pallotinum. 14 czerwca 1984 r. została aresztowana pod zarzutem kolportażu nielegalnych wydawnictw i na kilka dni osadzona w areszcie śledczym na ul. Kurkowej, co wywołało protesty i interwencje środowiska medycznego. W maju i sierpniu 1988 r. pracowała jako lekarz przy strajkach w Stoczni Gdańskiej i w Porcie Gdańskim. W tym samym roku była tłumaczem podczas gdańskich spotkań Margaret Thatcher i François Mitteranda z Lechem Wałęsą. Od roku 1991 przebywa na emeryturze, początkowo wyjechała do córki mieszkającej w Glasgow, ale w 2006 r. wróciła do Gdańska, by podjąć pracę w biurze Lecha Wałęsy. W tym samym roku została odznaczona Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski. W 2018 r. otrzymała tytuł Honorowego Obywatela Miasta Gdańska.

Nasi naukowcy w Radzie Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Prof. dr hab. Tomasz Bączek, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Farmaceutycznej oraz **prof. dr hab. Krzysztof Narkiewicz**, kierownik Katedry i Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii zostali wybrani do składu Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego na kadencję 2022-2025. Prof. K. Narkiewicz został wskazany jako kandydat Polskiej Akademii Nauk, natomiast prof. T. Bączka nominowało Prezydium i Zgromadzenie Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich (KRASP) podczas wyborów, które odbyły się w dniach 21-23 października br. na Uniwersytecie Morskim w Gdyni. W obradach udział wziął **prof. dr hab. Marcin Gruchała**, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w kadencji 2020-2024.

Prof. T. Bączek jest pełnomocnikiem Rektora ds. programu *Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia Badawcza*, natomiast prof. K. Narkiewicz jest liderem Priorytetowego Obszaru Badawczego 2: Kardiologia i medycyna sercowo-naczyniowa oraz pełni funkcję przewodniczącego Rady Naukowej Centrum Medycyny Translacyjnej GUMed. Ekspertów naszej Uczelni zaliczono do prestiżowego grona 2% najlepszych naukowców na świecie według rankingu przygotowanego przez Uniwersytet Stanforda.

Rada Główna Nauki i Szkolnictwa Wyższego jest organem przedstawicielskim nauki i szkolnictwa wyższego, który zajmuje się szeroko pojętą współpracą z organami władzy publicznej w zakresie polityki naukowej państwa. Do zadań jednostki należy również ocena aktów prawnych przygotowanych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki czy wyrażanie opinii w sprawach działania i kierunków rozwoju systemu szkolnictwa oraz zarządzania uczelniami.

Więcej o Radzie i jej zadaniach znajduje się na stronie www.rgnisw.nauka.gov.pl. ■

Uczestnicy Zgromadzenia Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich (KRASP) | fot. KRASP

Prof. Tomasz Bączek
fot. Paweł Paszko

Prof. Krzysztof Narkiewicz
fot. Paweł Sudara / GUMed

Prodziekan Uczelni wiceprzewodniczącą KRASzPiP

Dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska, prodziekan ds. promocji i rozwoju Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierująca Instytutem Pielęgniarstwa i Położnictwa oraz Zakładem Zarządzania w Pielęgniarstwie GUMed została wiceprzewodniczącą Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASzPiP) na kadencję 2021-2025. Wybory odbyły się 27 października br. w siedzibie Ministerstwa Zdrowia. W skład Krajowej Rady wchodzi do 12 osób, które powołuje i odwołuje Minister Zdrowia. Członkowie reprezentują uczelnie wyższe w Polsce oraz organizacje i stowarzyszenia zawodowe.

Każda uczelnia, która chce prowadzić studia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, musi uzyskać akredytację Ministra Zdrowia, który podejmuje odpowiednią decyzję na podstawie rekomendacji Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych.

Dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska
fot. Paweł Sudara / GUMed

Do zadań Rady należy m.in.:

- ocena czy uczelnia starająca się o akredytację dla kierunków pielęgniarstwo lub położnictwo spełnia standardy kształcenia określone w przepisach,
- wizytacja placówki i sprawdzanie wyników nauczania w celu potwierdzenia spełnianych standardów kształcenia,
- składanie wniosków do Ministra Zdrowia o wydanie akredytacji lub jej cofnięcie, jeśli placówka nie spełnia wytycznych.

Więcej o Radzie i jej zadaniach znajduje się na stronie KRASzPiP. ■

Granty ABM na badania psychiatryczne i neurologiczne

Prof. Paweł Zagożdżon

Prof. Bartosz Karaszewski

Zespoły badawcze pod kierownictwem specjalistów z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego: **prof. dr. hab. Bartosza Karaszewskiego**, kierownika Katedry Neurologii oraz **prof. dr. hab. Pawła Zagożdżona**, kierownika Zakładu Higieny i Epidemiologii uzyskały granty na projekty badawcze w ramach konkursu na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze psychiatrii i neurologii organizowanego przez Agencję Badań Medycznych.

Badanie, które koordynuje **prof. Bartosz Karaszewski** nosi tytuł *Leczenie ostrych udarów niedokrwiennych mózgu spowodowanych okluzją dużego naczynia metodą trombektomii mechanicznej u pacjentów o nieznanym czasie zachorowania albo niespełniających kryteriów kwalifikacji TK (ASPECTS < 6) na podstawie kryteriów MRI (DWI-FLAIR mismatch). Akronim: WAKE-IN (WAKE-up stroke for INvasive treatment)*. Zostaną do niego zakwalifikowani pacjenci z ostrym udarem niedokrwiennym mózgu (UNM) spowodowanym chorobą dużych naczyń domózgowych i/lub mózgowych (ang. large vessel occlusion, LVO), którzy nie spełnią kryterium zdefiniowanego czasu od pierwszych objawów do leczenia endowaskularnego oraz u których występuje niedopasowanie DWI-FLAIR.

Naukowcy zakładają, że wydolność krążenia obocznego będzie jednym z zasadniczych czynników wpływających na wielkość niedopasowania DWI-FLAIR (wydolność krążenia obocznego będzie się w znaczącym stopniu zawierać w proponowanym parametrze, istotnie korelując z niedopasowaniem DWI-FLAIR), z kolei z drugiej strony będzie ona uwzględnić także inne zmienne wpływające na rokowanie tkankowe w przypadku skutecznej reperfuzji. Celem badania jest wskazanie grupy pacjentów, którzy mogą być skutecznie leczeni metodą trombektomii mechanicznej spośród chorych niespełniających obecnych kryteriów kwalifikacji do tej terapii. Współcześnie metodą tą leczy się ok. 3% pacjentów z UNM.

Badanie realizowane jest przez konsorcjum złożone z GUMed oraz Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Z ramienia naszej Uczelni w skład zespołu wchodzą: **prof. Bartosz Karaszewski, dr hab. Dariusz Gąsecki, dr Sebastian Szczyrba, lek. Bartosz Jabłoński; mgr inż. Adam Wyszomirski, lek. Karol Budzeń** oraz **lek. Kamil Kowalczyk** z Kliniki Neurologii Dorosłych. ABM dofinansowała projekt kwotą 9 995 731,70 zł.

Naukowcy z zespołu **prof. Pawła Zagożdżona** realizują projekt pt. *Efekt sertraliny na objawy depresyjno-lękowe, dysfunkcję śródbłonka oraz biomarkery u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową*. W ramach badania chcą ocenić wpływ sertraliny stosowanej przez 48 tygodni na postępy w leczeniu zaburzeń depresyjno-lękowych u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową (ang. *heart failure with preserved ejection fraction*, HFpEF) oraz na szeroko pojęty stan tych chorych. Zamierzają w tym celu badać próbki krwi pacjentów, oznaczając różnego rodzaju parametry, np. stężenia biomarkerów czy funkcję śródbłonka.

Jak wyjaśniają specjaliści, w związku z rosnącym odsetkiem osób chorych na depresję szacuje się, że do 2030 r. globalna sprzedaż anksjolityków i antydepresantów wzrośnie o 37%. Główne czynniki ryzyka zaburzeń depresyjno-lękowych to wiek, niski status socjoekonomiczny oraz obecność chorób przewlekłych, w tym chorób serca. Dlatego grupą szczególnie narażoną na zaburzenia depresyjno-lękowe są pacjenci z niewydolnością serca.

Badanie realizowane jest przez GUMed we współpracy ze specjalistami z innych ośrodków medycznych. W skład zespołu badawczego z ramienia naszej Uczelni wchodzą: **prof. Paweł Zagożdżon, prof. Leszek Kalinowski, dr Tomasz Borkowski** oraz inni pracownicy Zakładu Medycznej Diagnostyki Laboratoryjnej. Ponadto w badaniu planuje się także udział kolejnych ośrodków naszej Uczelni, w tym kierowanych przez **prof. Marcina Hellmanna** (Zakład Diagnostyki Chorób Serca), **prof. Marka Kozińskiego** (Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych) oraz **dr Edytę Dąbrowską** (Centrum Medycyny Translacyjnej). ABM dofinansowała projekt kwotą 9 944 017,55 zł. ■

JAKUB WINIEWSKI
Sekcja ds. Komunikacji

fot. Paweł Sudara / GUMed

Profesorowie GUMed w Zespole Rady Doskonałości Naukowej

Prof. Wiesław Sawicki

Prof. Jędrzej Antosiewicz

Prof. dr hab. Wiesław Sawicki, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej, przewodniczący Rady Nauk Farmaceutycznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego objął stanowisko zastępcy przewodniczącego Zespołu III Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Rady Doskonałości Naukowej (RDN). Wybory odbyły się 2 listopada 2021 r. podczas comiesięcznego posiedzenia. Członkiem Zespołu jest również **prof. dr hab. Jędrzej Antosiewicz**, kierownik Zakładu Bioenergetyki i Fizjologii Wysiłku Fizycznego GUMed.

Do zadań Zespołu III RDN należy m.in. procedowanie postępowań habilitacyjnych i nadawanie tytułu profesora w dziedzinie nauk medycznych oraz nauk o zdrowiu. Składa się on z 12 ekspertów reprezentujących 4 dziedziny: nauki medyczne, nauki farmaceutyczne (z prof. W. Sawickim), nauki o zdrowiu oraz nauki o kulturze fizycznej (z prof. J.Antosiewiczem). Zespół III Nauk o Zdrowiu jest jednym z 8 wchodzących w skład Rady.

RDN została utworzona na mocy Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Jej członkowie wybierani są podczas głosowania, w którym mogą brać udział wszyscy polscy profesorowie i doktorzy habilitowani. Członkowie poszczególnych zespołów wybierają ich władze podczas odrębnych wyborów.

Szczegółowe informacje o Zespole III dostępne są na stronie RDN. ■

Finansowanie NCBR dla projektu naszego naukowca

Dr Magdalena Koczkowska z Katedry i Zakładu Biologii i Botaniki Farmaceutycznej GUMed oraz Międzynarodowej Agendy Badawczej Laboratorium Medycyny 3P otrzymała finansowanie w wysokości 1 499 000 zł w ramach programu LIDER XII Narodowego Centrum Badań i Rozwoju na projekt pt. *Opracowanie narzędzia diagnostycznego z wykorzystaniem techniki wysokoprzepustowego sekwencjonowania nowej generacji do kompleksowej diagnostyki molekularnej wybranych fakomatoz, ze szczególnym uwzględnieniem neurofibromatozy typu 1.*

Celem projektu jest opracowanie narzędzia diagnostycznego z wykorzystaniem sekwencjonowania nowej generacji dedykowanego do kompleksowej diagnostyki molekularnej pacjentów z podejrzeniem neurofibromatozy typu 1 (NF1) lub schorzeń pokrewnych. Wysoka czułość testu umożliwi również wykrywanie somatycznych wariantów patogennych oraz zmian mozaikowych na niskim poziomie wykrywalności, co będzie mieć zastosowanie aplikacyjne do diagnostyki postaci mozaikowych. Ze względu na wysokie ryzyko zachorowania na nowotwory oraz liczne powikłania wieloukładowe wczesne postawienie rozpoznania jest kluczowe w przypadku pacjentów z podejrzeniem fakomatoz, gdyż umożliwia im to uzyskanie dostępu do ukierunkowanej skoordynowanej opieki specjalistów, w tym wczesnej profilaktyki przeciwnowotworowej.

Dr Magdalena Koczkowska
fot. Paweł Sudara / GUMed

Celem konkursu jest poszerzenie kompetencji młodych naukowców podczas realizacji własnych projektów naukowych. Ponadto program LIDER ma zachęcać do współpracy naukowców z przedsiębiorstwami, poprzez umożliwienie realizacji badań komercyjnych. Finansowanie na łączną kwotę 80 670 706,14 zł przyznano 56 projektom. Projekt dr M. Koczkowskiej otrzymał wysoką szóstą pozycję rankingową (92/100 pkt).

Więcej informacji o konkursie dostępnych jest na stronie NCBR. ■

Certyfikat DPL dla Laboratorium Bioanalitycznego

Zespół Laboratorium Bioanalitycznego GUMed; od lewej: mgr inż. Paweł Olszewski, dr Bartłomiej Łukasz, dr inż. Agata Mechlińska, mgr Katarzyna Smug, mgr inż. Natalia Literska, prof. Ryszard Tomasz Smoleński | fot. Paweł Sudara / GUMed

Laboratorium Bioanalityczne przy Katedrze i Zakładzie Biochemii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – jednostka powołana w ramach programu *Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia Badawcza* otrzymała 12 października 2021 r. Certyfikat Dobrej Praktyki Laboratoryjnej (ang. *Good Laboratory Practice*). Decyzja została wydana na podstawie kontroli przeprowadzonej 2 września 2021 r. przez inspektorów z Biura ds. Substancji Chemicznych.

Otrzymanie certyfikatu było poprzedzone kilkumiesięczną intensywną pracą zespołu, który tworzą: **prof. dr hab. Ryszard Tomasz Smoleński**, kierownik Katedry i Zakładu Biochemii GUMed, **mgr inż. Paweł Olszewski**, specjalista ds. zarządzania laboratorium, **dr inż. Agata Mechlińska**, specjalista ds. zarządzania jakością, **mgr Katarzyna Smug,** specjalista ds. analityki, **dr Bartłomiej Łukasz**, specjalista ds. analityki oraz **mgr inż. Natalia Literska**, kierownik techniczny.

Do profilu działalności Laboratorium Bioanalitycznego należy jakościowe i ilościowe oznaczanie związków i ich metabolitów w próbkach biologicznych pochodzenia ludzkiego lub zwierzęcego z wykorzystaniem wysokosprawnej chromatografii cieczowej sprzężonej z tandemową spektrometrią mas (LC-MS/MS) oraz testów immunologicznych (ELISA).

Zgodnie z decyzją Biura ds. Substancji Chemicznych, Laboratorium spełnia zasady DPL w zakresie badań bioanalitycznych, farmakokinetycznych oraz chemicznych. Jest to pierwszy w Polsce certyfikat otrzymany przez jednostkę uczelnianą dla wymienionego obszaru badań. Do tej pory na liście certyfikowanych jednostek badawczych znajdowało się 5 uniwersytetów z całej Polski, przy czym obecnie tylko w jednej placówce uczelnianej (poza GUMed) system jakości wciąż funkcjonuje (przy ogólnej liczbie 46 jednostek ujętych w wykazie, głównie z obszaru prywatnego).

Certyfikat DPL jest potwierdzeniem wysokiego poziomu jakości i wiarygodności prowadzonych badań, ponadto uprawnia Laboratorium do wykonywania badań przedklinicznych i klinicznych, które muszą być prowadzone w standardzie DPL. Posiadanie tego rodzaju certyfikatu to prestiż dla Uczelni oraz możliwość pozyskiwania nowych partnerów do współpracy i zleceniodawców badań komercyjnych. ■

MGR INŻ. NATALIA LITERSKA
Katedra i Zakład Biochemii

DR INŻ. AGATA MECHLIŃSKA
Katedra i Zakład Biochemii

APLIKUJ O WSPARCIE DLA PROJEKTÓW WDROŻENIOWYCH

Pracowników GUMed, uczestników stacjonarnych studiów doktoranckich i Pierwszej Szkoły Doktorskiej GUMed, którzy prowadzą badania naukowe
zapraszamy
do składania wniosków w ramach działania **Inkubatora GUMed** o wsparcie w wysokości **do 150 tys. zł** (na jeden projekt) na: wydatki na zakup materiałów i surowców, przygotowanie prototypów, usługi badawcze, ekspertyzy, pokrycie kosztów prac laboratoryjnych, kosztów ochrony patentowej i innych wydatków.
Termin zgłoszeń upływa **22 grudnia 2021 r.**

Zespoły Projektowe mogą skorzystać również z pomocy zewnętrznego **Mentora**, który zapewni przygotowanie modelu biznesowego i wstępnej strategii komercjalizacji dla danego projektu.

Formularz zgłoszeniowy wraz z dokumentacją znajdują się w zakładce **Innowacje Medyczne > Inkubator GUMed**.

Szczegółowych informacji udziela Marcin Stolarek z Centrum Transferu Technologii, tel. 58 349 10 09, e-mail **marcin.stolarek@gumed.edu.pl**

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

CENTRUM TRANSFERU TECHNOLOGII

Naukowcy z grantami NCN

Badacze z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego otrzymali granty od Narodowego Centrum Nauki w ramach konkursu MINIATURA 5. Do finansowania zakwalifikowano ogółem 130 projektów, w tym 4 złożone przez specjalistów z naszej Uczelni.

Prof. Miłosz Jaguszewski
fot. Paweł Sudara / GUMed

Prof. Miłosz Jaguszewski z I Katedry i Kliniki Kardiologii otrzymał 49 500 zł finansowania na realizację projektu pt. *MPO i PON1 w predykcji ryzyka wystąpienia miażdżycy naczyń wieńcowych ocenianej w tomografii komputerowej.*

Choroby sercowo-naczyniowe spowodowane miażdżycą naczyń krwionośnych są obecnie najczęstszą przyczyną zgonów na świecie. Z powodu CVD, według danych American Heart Association, każdego dnia w USA ginie ponad 2 tys. osób, co oznacza 1 zgon co 40 sekund. Niekwestionowaną rolę w powstawaniu zmian miażdżycowych pełni proces zapalny jako konsekwencja nasilonego stresu oksydacyjnego w naczyniach krwionośnych, co może prowadzić do patologicznych procesów, takich jak zaburzenie metabolizmu, uszkodzenie komponentów komórkowych oraz utleniania LDL.

Mając na uwadze kluczowe znaczenie roli stresu oksydacyjnego w rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych, zostały zaplanowane badania, które mają pomóc określić rolę czynników molekularnych, zarówno biochemicznych, jak i genetycznych, związanych ze stresem oksydacyjnym, mających potencjalne znaczenie w predykcji ryzyka wystąpienia miażdżycy w naczyniach wieńcowych, a także z niekorzystnymi incydentami sercowo-naczyniowymi oraz śmiertelnością z przyczyn sercowo-naczyniowych. Celem badań wstępnych zaplanowanych w obecnym projekcie jest określenie roli, jaką pełnią mieloperoksydaza (MPO) oraz paraoksonaza 1 (PON1) w predykcji ryzyka wystąpienia miażdżycy w naczyniach wieńcowych, ocenianym w tomografii komputerowej a opisanej parametrem CAC score, czyli stopniem nasilenia zwapnień.

Dr Anna Piotrowska

Dr Anna Piotrowska z Katedry i Zakładu Histologii otrzymała 49 973 zł na realizację projektu pt. *Wpływ witaminy D na działanie leków ukierunkowanych molekularnie na modelu ludzkiego czerniaka.*

W blisko 60% przypadków czerniaka, który odpowiada za zdecydowaną większość zgonów w grupie nowotworów skóry, obserwuje się mutację genów kodujących kinazy aktywowane mitogenami szlaku MAPK, BRAF lub MEK. Pomimo niezwykle obiecującej odpowiedzi na terapię ukierunkowaną molekularnie inhibitorami szlaku MAPK u wielu pacjentów cierpiących na czerniaka obserwuje się rozwój oporności na leczenie, której mechanizm nie został jak dotąd w pełni wyjaśniony. Podczas realizacji zadania badawczego komórki czerniaka będą izolowane z wtórnych zmian nowotworowych pacjentów wyrażających zgodę na udział w badaniu. Następnie będą one preinkubowane z 1,25(OH)2D3 i w kolejnym etapie poddawane działaniu inhibitorów BRAF/MEK (Vemurafenib, Cobimetinib). Analizowana będzie żywotność komórek czerniaka, tempo ich proliferacji, a także ich mobilność.

Dzięki monitorowaniu komórek w czasie rzeczywistym w mikroskopie Olympus cellVivo IX83 oceniona zostanie zmiana potencjału błony mitochondrialnej, zaś parametry oddychania mitochondrialnego przy wykorzystaniu urządzenia SeaHorse. Proponowane badania pozwolą określić czy zastosowanie 1,25(OH)2D3 z inhibitorami BRAF/MEK korzystnie wpływa na zahamowanie wzrostu komórek czerniaka izolowanych od pacjentów i wstępnie odpowiedzieć na pytanie, jaki wpływ ma optymalny poziom witaminy D w surowicy pacjentów na wynik terapii lekami ukierunkowanymi.

Dr Szymon Kowalski
fot. dr Anna Piotrowska

Dr Szymon Kowalski z Katedry i Zakładu Patofizjologii Farmaceutycznej otrzymał finansowanie w ramach konkursu w kwocie 49 940 zł na projekt pt. *Rola sygnalizacji zależnej od neuroprzekaźników w regulacji procesu autofagii w komórkach nowotworowych trzustki w kontekście farmakoterapii.*

Planowane działanie naukowe pozwoli zweryfikować tezę badawczą zakładającą wpływ agonistów receptorów nikotynowych, muskarynowych, adrenergicznych i receptorów GABA na poziom autofagii w komórkach nowotworowych trzustki i powiązanie tego wpływu ze skutecznością obecnie stosowanych chemioterapeutyków w terapii nowotworu trzustki. Rola autofagii w komórkach raka trzustki pozostaje niejasna a dalsze badania ukierunkowane na endogenne czynniki regulujące ten proces mogą zwiększyć skuteczność istniejącego leczenia bądź zapewnić nowe podejście terapeutyczne. Badania prowadzone będą na liniach komórkowych nowotworu trzustki wywodzących się z przewodu trzustkowego z zastosowaniem testu cytotoksyczności MTT i metody Western blot w celu określenia specyficznych białek związanych z regulacją proce-

→

su autofagii. Ponadto komórki nowotworowe trzustki zostaną poddane modyfikacji genetycznej w celu określenia realnej aktywności autofagii w komórkach.

Projekt pt. *Peptydy przeciwdrobnoustrojowe – wstępna ocena przydatności w terapii bakteryjnej waginozy* **dr Katarzyny Greber** z Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej dofinansowano w wysokości 49 500 zł.

Bakteryjna waginoza (BV) jest schorzeniem dotykającym najczęściej kobiety w wieku rozrodczym i aktywne seksualnie. Szacuje się, że w zależności od cech rasowych, warunków klimatycznych i zagęszczenia populacji zapadalność na BV może sięgać 70%. Schorzenie związane jest z zachwianiem równowagi w mikroflorze bakteryjnej pochwy. Obserwowany jest spadek liczebności pałeczek kwasu mlekowego przy jednoczesnym wzroście liczebności patogennych bakterii beztlenowych. Leczenie BV opiera się głównie na doustnym lub miejscowym stosowaniu metronidazolu lub klindamycyny. Skuteczność tej terapii sięga 90%, lecz w przeciągu roku od jej zakończenia 80% pacjentek ma nawrót BV. Jedną z przyczyn nawrotu BV jest oporność patogennych beztlenowców na antybiotyki stosowane w leczeniu.

Wobec problemu rosnącej oporności bakterii na konwencjonalne antybiotyki postanowiono zbadać czy wybrane krótkie peptydy kationowe mogłyby być efektywnymi środkami przeciwdrobnoustrojowymi w terapii bakteryjnej waginozy. Celem projektu jest wstępna ocena aktywności przeciwdrobnoustrojowej krótkich peptydów wobec patogenów związanych z BV (*Gardnerella vaginalis*, *Gardnerella leopoldii*, *Gardnerella piotii* i *Gardnerella swidsinskii*). Ponadto zbadana zostanie toksyczność nowo otrzymanych związków peptydowych wobec pałeczek kwasu mlekowego (*L. crispatus*, *L. iners*, *L. gasseri*, *L. jensenii* i *L. vaginalis*).

Pełna lista projektów zakwalifikowanych do finansowania dostępna jest na stronie Narodowego Centrum Nauki. ■

DR PAULINA PÓŁROLNICZAK
Dział Projektów Badawczych,
JAKUB WINIEWSKI
Sekcja ds. Komunikacji

Nagroda dla doktorantki

Justyna Urbańska-Grosz
fot. z archiwum Gdańskiego Centrum Zdrowia

Mgr Justyna Urbańska-Grosz, doktorantka z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego WNoZ z IMMIT zajęła II miejsce w konkursie na najlepszy poster podczas **IV Krajowej Konferencji Psychologii Klinicznej** – *Psychologia Kliniczna w teorii i praktyce oddziaływań psychologicznych* za pracę pt. *Ocena funkcjonowania rodzin nastolatków z zaburzeniami depresyjnymi z perspektywy nastoletnich pacjentów i ich matek.* Wydarzenie zostało zorganizowane przez Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Justyna Urbańska-Grosz jest specjalistą psychologii klinicznej i specjalistą psychoterapii dzieci i młodzieży. Przygotowuje rozprawę doktorską pt. *Zaburzenia depresyjne u młodzieży w kontekście oceny neuropsychologicznej oraz funkcjonowania rodziny* pod opieką merytoryczną dr hab. Emilii Sitek (Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego) i dr. n. med. Macieja Walkiewicza (Zakład Badań nad Jakością Życia). ■

Dyplom mgr Urbańskiej-Grosz

Znamy zwycięzców konkursu prac magisterskich

Finał tegorocznego konkursu prac magisterskich wykonanych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym na kierunku analityka medyczna odbył się 22 października 2021 r. w formie *online*. Uczestników i publiczność powitał prorektor ds. nauki GUMed **prof. dr hab. Michał Markuszewski,** dziekan Wydziału Farmaceutycznego **prof. dr hab. Wojciech Kamysz** oraz wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych **dr hab. Małgorzata Rusak**. Wśród zebranych gości obecny był również **prof. dr hab. Andrzej Szutowicz**, konsultant wojewódzki ds. diagnostyki laboratoryjnej.

Tegoroczną edycję konkursu wygrała **Katarzyna Wojciechowska,** która otrzymała również nagrodę publiczności. Zwycięska praca pt. *Identyfikacja rearanżacji MECOM u pacjentów z zespołem mielodysplastycznym oraz AML* powstała w Katedrze i Zakładzie Biologii i Genetyki Medycznej pod kierownictwem **prof. dr. hab. Bartosza Wasąga**.

Drugie miejsce zajęła **Karolina Wojciechowicz** za pracę pt. *Efekty działania ludzkich komórek macierzystych tkanki tłuszczowej na fibroblasty skórne w warunkach hodowli* in vitro wykonaną w Zakładzie Embriologii pod kierownictwem **prof. dr. hab. Michała Pikuły.**

Trzecie miejsce przyznano **Aleksandrze Krzesińskiej** za pracę pt. *Charakterystyka wybranych szczepów bakterii wyizolowanych z mikrobiomu jadalnych cyanobakterii Arthrospira i określenie ich potencjału probiotycznego* przygotowaną w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Farmaceutycznej pod kierownictwem **dr. hab. Krzysztofa Walerona**.

Do konkursu zgłoszono 7 prac, które zostały ocenione przez komisję konkursową w składzie: prodziekan Wydziału Farmaceutycznego **dr hab. Magdalena Prokopowicz** (przewodnicząca), kierownik kierunku analityka medyczna **dr hab. Agnieszka Ćwiklińska**, przedstawiciele Rady Wydziału Farmaceutycznego: **prof. dr hab. Iwona Inkielewicz-Stępniak, dr hab. Anna Halmann** i **dr hab. Bartosz Wielgomas**, przewodnicząca gdańskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej **dr hab. Agnieszka Jankowska-Kulawy** oraz przedstawiciel studentów **Monika Muszak** (analityka medyczna, IV r.). ■

DR HAB. MAGDALENA PROKOPOWICZ
Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego

Kadry GUMed

STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO
OTRZYMAŁA

dr hab. n. farm. Ewelina Dziurkowska

NA STANOWISKU ADIUNKTA
ZATRUDNIONO

dr. n. med. Adama Gorczyńskiego

JUBILEUSZ DŁUGOLETNIEJ PRACY
OBCHODZĄ:

20 lat
dr hab. Adam Kosiński
dr Katarzyna Kunicka
dr Andrzej Marciniak

25 lat
dr hab. Dariusz Gąsecki
dr Piotr Madanecki
dr Wojciech Makarewicz
dr Piotr Popowski

30 lat
Anna Kreft
Wiesław Sosnowski
mgr biol. Beata Szpiech
dr hab. Renata Zaucha

35 lat
dr Jarosław Dębniak
dr hab. Aida Kusiak
prof. Jan Rogowski

40 lat
mgr Danuta Gazda
dr Jerzy Nowak

PRACĘ W UCZELNI
ZAKOŃCZYLI:

mgr Hanna Gąsior
Gabriela Grabińska
Hanna Kapica
Bogusława Karczewska
Grażyna Książek
mgr Marzena Ławniczak
mgr Alina Mieczkowska
lek. wet. Beata Muszyńska
lek. med. Monika Nowalińska
dr n. chem. Marzena Paluch-Skowrońska
dr hab. Dorota Raczyńska

Hipotermia groźna dla życia

Proces termoregulacji jest jednym z elementów umożliwiających człowiekowi utrzymanie homeostazy. Przy ekspozycji na niekorzystne warunki środowiska, gdzie organizm nie jest w stanie zrekompensować ubytku energii, a temperatura głęboka obniża się do 35°C, obserwuje się zjawisko hipotermii [1]. Problem wyziębienia dotyczy poszkodowanych w każdym miejscu na Ziemi, o każdej porze roku [2].

Hipotermię można podzielić na:

- postać ostrą – spowodowaną gwałtownym narażeniem na niską temperaturę, np. zanurzenie w lodowatej wodzie,
- postać podostrą – powstaje w wyniku wyczerpania, przy dłuższym okresie wychładzania bez dostarczania do organizmu dodatkowej energii; ubytek rezerw w ustroju skutkuje ograniczeniem, a krańcowo utratą zdolności wytwarzania ciepła,
- postać przewlekłą – rozwija się przy długotrwałej ekspozycji na obniżoną temperaturę (dni, tygodnie). Towarzyszy osobom przebywającym w niedostatecznie izolowanych pomieszczeniach, dotyka najczęściej osób niepełnosprawnych, starszych, upośledzonych, wykluczonych społecznie [3-4].

DROGI UTRATY CIEPŁA

Wytworzone podczas procesów metabolicznych ciepło, opuszcza organizm poprzez kondukcję, konwekcję, promieniowanie podczerwone oraz parowanie [10]. Pierwszy z mechanizmów obserwuje się w przypadku utraty temperatury np. wskutek przebywania w zimnej wodzie bądź ogrzewania mokrej odzieży. Konwekcja zajdzie podczas ekspozycji na ruch powietrza. Parowanie, czyli inaczej ewaporacja, to zjawisko zachodzące podczas oddychania lub przy podwyższonej aktywności fizycznej. Ostatnią drogą utraty ciepła jest promieniowanie podczerwone. Istotny problem obserwuje się w tym przypadku przy temperaturach otoczenia spadających poniżej -30°C. Nie istnieje technika pozwalająca całkowicie wyeliminować problem promieniowania. Rodzaj użytego materiału izolującego wpłynie jedynie na tempo utraty ciepła [2, 9, 11-12].

KLASYFIKACJA HIPOTERMII

Dotychczas nie wskazano konkretnej, optymalnej metody oceny stopnia wychłodzenia. Jedną z najbardziej popularnych i najczęściej wykorzystywanych skal jest Swiss Staging System. Została ona zbudowana w oparciu o ocenę objawów klinicznych:

- TH1 35-32°C temp. centralnej – obserwowana termogeneza drżeniowa, brak ubytków świadomości,
- TH2 32-28°C temp. centralnej – brak termogenezy drżeniowej, ospałość, apatia,
- TH3 28-24°C temp. centralnej – zwolnienie oddechu i tętna, zaburzenia świadomości do jej utraty włącznie,
- TH4 poniżej 24°C temp. centralnej – całkowita utrata świadomości, możliwe zatrzymanie krążenia,
- TH5 – nieodwracalne wyziębienie, śmierć [2, 5, 13].

OBJAWY HIPOTERMII

Obserwowane zmiany parametrów życiowych zachodzą stopniowo, zależnie od szybkości utraty ciepła. Pierwotnie zauważalne pobudzenie i próba uruchomienia naturalnych mechanizmów obronnych, bez właściwej izolacji oraz ogrzewania przechodzą w fazę dekompensacji, spowolnienia i ostatecznie zatrzymania funkcji życiowych [2].

Układ oddechowy

Pierwszym obserwowanym objawem jest przyspieszenie akcji oddechowej. Poszkodowany produkuje ciepło za pomocą

→

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA WYCHŁODZENIE [5-9]

- Ekspozycja na zimno.
- Zanurzenie ciała w zimnej wodzie/cieczy – znacznie szybsza utrata temperatury w przypadku zanurzenia w wodzie w stosunku do przebywania w otoczeniu suchym o porównywalnej temperaturze.
- Wiatr, wilgoć – ubytek temperatury zwiększa się wraz ze wzrostem siły wiatru i podwyższaniem wilgotności otoczenia.
- Wiek – u dzieci obserwowany niekorzystny stosunek masy do powierzchni skóry oraz brak należycie rozwiniętego ośrodka termoregulacji; osobom starszym towarzyszy zmniejszona produkcja ciepła.
- Współistniejące choroby – np. obciążenia neurologiczne, endokrynologiczne, upośledzona termogeneza, hipoglikemia, rozległe oparzenia, mnogie obrażenia ciała, unieruchomienie, wyniszczenie w przebiegu choroby nowotworowej, wstrząsy.
- Używki, leki – np. etanol, opiaty, benzodiazepiny, neuroleptyki; wpływają m.in. na zdolność do samodzielnej ewakuacji z nieprzyjaznego otoczenia.
- Sen – zmniejszenie produkcji ciepła o około 9%.

drżeń mięśniowych. *Tachypnoe* (przyspieszony oddech) jest w tym przypadku naturalną reakcją zwiększenia zapotrzebowania mięśni szkieletowych na tlen [14]. Przy dalszym, nieprzerwanym wychładzaniu, obserwuje się ograniczenie metabolizmu oraz spadek ciśnienia parcianego CO_2, a co za tym idzie spowolnienie akcji oddechowej – *bradypnoe* [15]. Wyziębienie wpływa negatywnie na dysocjację utlenowanej hemoglobiny, rozwija się niedotlenienie tkankowe oraz kwasica oddechowa i metaboliczna [15]. W ostatniej fazie hipotermii dochodzi do zatrzymania akcji oddechowej.

Układ krążenia

W związku z wyrzutem amin katecholowych, w pierwszym etapie dochodzi do tachykardii oraz wzrostu ciśnienia tętniczego. W kolejnych stadiach hipotermii serce zwalnia, pojawią się zaburzenia rytmu takiej jak: bloki, migotanie przedsionków, zaburzenia komorowe. Przy temperaturze głębokiej rzędu 28°C należy obawiać się zatrzymania akcji serca w mechanizmie migotania komór [12, 16-17,]. Wartości około 20°C doprowadzają do asystolii, czyli braku mechanicznej oraz elektrycznej aktywności mięśnia sercowego [12].

Układ nerwowy

Wraz z obniżaniem temperatury ciała, dochodzi do stopniowego ograniczania świadomości. Możliwe jest pierwotne pobudzenie poszkodowanego z późniejszą apatią przechodzącą w całkowitą utratę świadomości. Niejednokrotnie u osób wychłodzonych obserwowano zachowania nieadekwatne do sytuacji, zdejmowanie ubrań pomimo przebywania na mrozie, czy brak ucieczki z miejsca zagrożenia [15]. Przy temperaturze głębokiej około 26°C zanikają odruchy korowe, poszkodowany przestaje reagować na bodźce zewnętrzne. 20°C sprawia, iż czynność elektryczna mózgu zostaje praktycznie zahamowana [2, 9, 14-15].

IZOLACJA I OGRZEWANIE

Podczas wdrażania czynności medycznych należy maksymalnie ograniczyć przemieszczanie poszkodowanego. Ruch ciała może prowadzić do powstania niebezpiecznych zaburzeń krążenia. Powodem problemu jest zjawisko mieszania się schłodzonej krwi obwodowej z tkankami umieszczonymi centralnie (*afterdrop*) [11, 14]. Najważniejszym elementem medycznych czynności ratunkowych, zaraz po ocenie funkcji życiowych i potwierdzeniu zachowania krążenia jest ogrzewanie poszkodowanego. Dostarczanie ciepła może przebiegać w sposób czynny lub bierny. Ogrzewanie czynne dostarcza ciepło z zewnątrz, natomiast metody bierne wykorzystują izolację oraz wewnętrzne mechanizmy termogenezy [18].

Bierne dostarczanie ciepła

Jeśli to możliwe należy maksymalnie szybko ewakuować poszkodowanego w miejsce bezpieczne oraz ogrzewane. Bardzo

źródło zdjęcia – pxhere

istotnym elementem będzie także izolacja ciała ograniczająca dalszą utratę temperatury. Najpopularniejszym sposobem protekcji jest wykorzystanie metalizowanych arkuszy folii (tzw. folia NRC). Zaznaczyć w tym miejscu należy, iż wykorzystanie jednej folii, nie przynosi pożądanego efektu terapeutycznego [2]. W celu uzyskania należytej protekcji konieczne jest wykorzystanie kilku warstw materiału izolującego z naciskiem na szczelne okrycie oraz ograniczenie styku ciała z podłożem. Cechy optymalnej techniki izolacji:

- warstwa zewnętrzna ograniczająca wpływ warunków środowiska,
- suche warstwy materiału izolującego,
- zachowane niewielkie przestrzenie powietrza pomiędzy warstwami izolującymi,
- unikanie materiałów hydrofilowych,
- stosowanie materiałów hydrofobowych [2].

Ocenia się, iż najlepsze efekty izolacji oraz protekcji zapewniają śpiwory stosowane w wojsku lub profesjonalnych jednostkach ratownictwa. Osoby nieprezentujące objawów ograniczenia świadomości, można aktywizować. W łagodnych stadiach hipotermii, wysiłek fizyczny jest bardziej efektywny niż termogeneza drżeniowa [13]. Pozostałe grupy poszkodowanych należy ewakuować unieruchomione, zwracając szczególną uwagę na szczelną izolację ciała od sprzętu wykorzystywanego do przenoszenia [14].

Czynne dostarczanie ciepła

Stan poszkodowanego, pomiar i monitorowanie parametrów życiowych wskazują wybór metody ogrzewania [19]. Osoba przytomna z zachowanym logicznym kontaktem, może przyjąć ciepłe, bogate w cukry płyny. Pozwoli to dostarczyć ciepło, a także zrekompensować wydatek energetyczny niezbędny do zasilenia obciążonych termogenezą drżeniową mięśni [20]. Przy rozpoznaniu cięższych postaci wychłodzenia, gdzie metody bierne nie przynoszą pożądanych efektów, zaleca się stosowanie kocy elektrycznych, pakietów chemicznych, kocy konwekcyjnych, termoforów [2]. Metody te bazują na dostarczaniu energii za pośrednictwem kontaktu ciepłego czynnika

→

z powierzchnią skóry [14]. Istotnym jest, aby zwrócić uwagę na kolejność i rozpocząć ogrzewanie od tułowia, przechodząc w dalszym etapie do kończyn. Ma to na celu ograniczenie efektu wtórnego obniżenia temperatury centralnej [20]. Podczas dostarczania energii należy stale obserwować skórę. Przy wychłodzeniu jest ona niezmiernie podatna na uszkodzenia, istnieje wysokie ryzyko poparzenia poszkodowanego [11, 19, 21]. Skrajne przypadki hipotermii, w przypadku których obserwuje się niestabilność układu krążenia, wymagają wdrożenia metod inwazyjnych. Opierają się one na dostarczaniu ciepła bezpośrednio do jam ciała oraz organów wewnętrznych [22]. Część z nich można zainicjować już na etapie przedszpitalnym, jednak w tym przypadku konieczny jest szybki transport bezpośrednio do jednostek umożliwiających zastosowanie zaawansowanych technik ogrzewania, w tym ECMO. Do technik inwazyjnych zaliczyć należy: podanie do oddychania ogrzanych mieszanek gazowych, infuzja ciepłych płynów, płukanie ciepłymi roztworami pęcherza moczowego, żołądka, jamy otrzewnej [2]. Wszystkie metody inwazyjne wymagają ścisłego nadzoru parametrów życiowych, w tym temperatury głębokiej. Tempo ogrzewania nie powinno być szybsze niż 1-2°C/h [16]. Pozwala to uniknąć groźnych powikłań oraz zjawiska *afterdrop* [22]. Oczywistym jest, że wybór jednej z technik ogrzewania nie eliminuje pozostałych. Można, a wręcz zaleca się, by korzystać z kombinacji kilku technik izolacji oraz dostarczania energii jednoczasowo. ■

DR KAMIL KRZYŻANOWSKI,
DR DANIEL ŚLĘZAK,
DR PRZEMYSŁAW ŻURATYŃSKI
Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej GUMed

MGR PAULINA BUCA
Klinika Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego – Krajowy Ośrodek Medycyny Hiperbarycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej GUMed

PIŚMIENNICTWO

1. Willmore R. Cardiac Arrest Secondary to Accidental Hypothermia: Rewarming Strategies in the Field. *Air Medical Journal* 2020; 39: 64-67.
2. Kosiński S., Darocha T., Sadowski J., Drwiła R. Hipotermia. Kliniczne aspekty wychłodzenia organizmu. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016; 9-147.
3. Guly H. History of accidental hypothermia. Resuscitation 2011; 82 (1): 122-125.
4. Kosiński S., Górka A. Specyfika i czynniki ryzyka miejskiej postaci hipotermii. *Anest. Ratow.* 2010; 4: 468-481.
5. Stawiarz L. Przypadkowa hipotermia u 41-letniego mężczyzny z temperaturą ciała 25°C. *Na Ratunek* 2015; 5: 15-16.
6. Podsiadło P., Kosiński S., Darocha T. Diagnosis and treatment of post-traumatic hypothermia in hospitals-a pilot study. *Pol. Przegl. Chir.* 2019; 91 (2): 25-29.
7. Korzeniewski K. Dziecko w podróży. *Forum med. Rodz.* 2014; 8 (4): 174-180.

źródło zdjęcia – pixabay

8. Koch J., Iskrzycki Ł. Stany nagłe u dzieci. Kleszczyński J. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018; 357.
9. Hasij J. Hipotermia i odmrożenia – podstawowe zasady postępowania ratunkowego. *Na Ratunek* 2018; 2: 28-32.
10. Kłosiewicz T., Zalewski R. Hipotermia pourazowa jako wyzwanie dla personelu zespołów ratownictwa medycznego. Pomeran. *J. of Life Sci.* 2018; 64 (4): 30-35.
11. Dow J., Giesbrecht G. G., Danzl D. F. i wsp. Wilderness Medical Society Clinical Practice Guidelines for the Out–of-Hospital Evaluation and Treatment of Accidental Hypothermia: 2019 Update. *Wild. Environ. Med.* 2019; 30 (4S): S47-S69.
12. Jankowski Z. Śmierć z ochłodzenia. Część I. Podstawy fizjologii termoregulacji oraz patofizjologia i mechanizmy śmierci z ochłodzenia. *Arch. Med. Sąd. Kryminol.* 2002; 52 (4): 313-322.
13. Truhlar A., Deakin C. D., Soar J. i wsp. Zatrzymanie krążenia – postępowanie w sytuacjach szczególnych. Wytyczne resuscytacji 2015. Anders J. (red.) FALL, Kraków 2016; 194-197.
14. Kosiński S., Podsiadło P. Hipotermia. Ostre stany zagrożenia życia w obrażeniach ciała. Wydanie I. Sosada K. (red.), Żurawiński W. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018; 1027-1045.
15. Zawadzki A., Jureczko R. Postępowanie ratunkowe w zagrożeniach środowiskowych. Medycyna ratunkowa i katastrof. Zawadzki A. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Łódź 2003; 90-96.
16. Sosnowski P., Mikrut K., Krauss H. Hipotermia - mechanizm działania i patofizjologiczne zmiany w organizmie człowieka. *Postepy Hig Med Dosw* 2015; 69: 69-79.
17. Silbernagl S., Lang F. Atlas patofizjologii. MedPharm Polska, Białystok 2011; 28 – 29
18. Podsiadło P. Hipotermia – dylematy postępowania przedszpitalnego. *Anest. Ratow.* 2011; 5: 102-108.
19. https://www.uptodate.com/contents/accidental-hypothermia-in-adults/print, z dnia 18.10.2021.
20. Zafren K. Out-of hospital evaluation and treatment of accidental hypothermia. Emerg. Med. Clin. N. Am. 2017; 35 (2): 261-279.
21. Mulcahy A., Watts M.R. Accidental hypothermia: an evidence-based approach. *Emerg. Med. Pract.* 2009; 11: 1-23.
22. Dow J., Giesbrecht G. G., Danzl D. F. i wsp. Wilderness Medical Society Clinical Practice Guidelines for the Out–of-Hospital Evaluation and Treatment of Accidental Hypothermia: 2019 Update. *Wild. Environ. Med.* 2019; 30 (4S): S47-S69.

Kobieta jako lekarka domowa według stanu wiedzy sprzed 100 lat

EWA MAKAREWICZ-BILIŃSKA
Tłumaczka z norweskiego,
m.in. twórczości Herbjørg Wassmo

Od mojego Ojca, profesora Wiesława Makarewicza otrzymałam w prezencie dwie niezwykle cenne książki. Pierwsza to *Lekarka domowa* autorstwa niemieckiej lekarki, dr Jenny Springer, wydana ok. 1928 roku nakładem wydawnictwa Księgarnia Wydawnicza Polska w Wieleniu. Autor przekładu na język polski nie został w niej podany. Druga – o podobnej tematyce – *Kobieta lekarką domową* została napisana przez austriacką specjalistkę chorób kobiecych, dr Annę Fischer-Dückelmann i wydana w 1908 r. nakładem wydawnictwa Karola Miarki w Mikołowie-Warszawie. Na język polski przełożyła ją Teresa Jaroszewska przy współudziale dr. A. Czarnowskiego. Obie pozycje traktują o roli kobiety jako osoby udzielającej pomocy rodzinie w codziennych przypadłościach oraz pielęgnującej przewlekle chorych. Stanowią swoiste podręczniki higieny, zgodne z dostępną w tamtym czasie wiedzą i przekonaniami.

Książki z racji swego wieku były w bardzo złym stanie, a ich przywróceniem do stanu świetności z imponującym rezultatem były uprzejme zająć się panie **Janina Wąsicka** i **Jolanta Marchlewicz** z Pracowni Introligatorskiej Biblioteki Głównej GUMed. Udało im się zachować większość starych, kunsztownie wykonanych rycin, fragmenty oryginalnych okładek, wykonały nawet odręczne zszywanie całości. Za Ich trud i starania składam gorące podziękowania.

Treść obu podręczników rzuca ciekawe światło na dawne sposoby leczenia najczęstszych dolegliwości w warunkach domowych, ale też pokazuje ówczesne całościowe spojrzenie na człowieka oraz istotę zdrowia.

Książka *Lekarka domowa* (Springer, 1928) ma formę leksykonu i podzielona jest na rozdziały, omawiające kolejno: anatomię człowieka, patologię, higienę, następnie znajduje się obszerny dział „nauka o chorobach" z pogrupowaniem dolegliwości według układów i narządów. Najwięcej miejsca Autorka poświęciła zdrowiu kobiety i opiece nad dzieckiem. Publikację zamykają dwa rozdziały traktujące o pielęgnacji chorych i pierwszej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach oraz omówienie ziół leczniczych.

Lekarka domowa

Złota Księga Kobieca
ku oświeceniu i pouczaniu dla zdrowych i chorych o najważniejszych kwestjach nauki zdrowia i lecznictwa

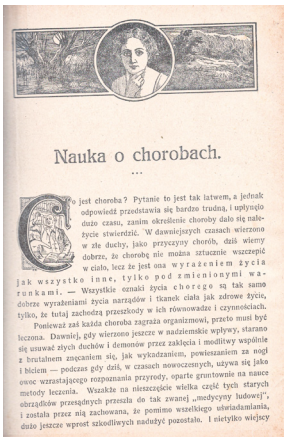
przez

Dr. med. J. Springer
praktyczną lekarkę
aprobowaną w Szwajcarji i Niemczech

Z 936 ilustracjami oryginalnemi, 62 tablicami i dodatk. kolorowemi.

16.—23. Tysiąc.

Księgarnia Wydawnicza Polska w Wieleniu (Pozn.)


Nauka o chorobach.

Co jest choroba? Pytanie to jest tak łatwem, a jednak odpowiedź przedstawia się bardzo trudną, upłynęło dużo czasu, zanim określenie choroby dało się należycie stwierdzić. W dawniejszych czasach wierzono w złe duchy, jako przyczyny chorób, dziś wiemy dobrze, że chorobę nie można sztucznie wszczepić w ciało, lecz że jest ona wyrażeniem życia jak wszystko inne, tylko pod zmienionymi warunkami. — Wszystkie oznaki życia chorego są tak samo dobrze wyrażeniami życia narządów i tkanek ciała jak zdrowe życie, tylko, że tutaj zachodzą przeszkody w ich równowadze i czynnościach.

Ponieważ zaś każda choroba zagraża organizmowi, przeto musi być leczona. Dawniej, gdy wierzono jeszcze w nadziemskie wpływy, starano się unikać złych duchów i demonów przez zaklęcia i modlitwy wspólnie z brutalnem znęcaniem się, jak wykadzaniem, powieszaniem za nogi i biciem — podczas gdy dziś, w czasach nowoczesnych, używa się jako owoc wzrastającego rozpoznania przyrody, opartę gruntownie na nauce metody leczenia. Wszakże na nieszczęście wielka część tych starych obrządków przesądnych przeszła do tak zwanej „medycyny ludowej", i została przez nią zachowana, że pomimo wszelkiego uświadamiania, dużo jeszcze wprost szkodliwych nadużyć pozostało. I nietylko wiejscy

J. Springer: *Lekarka domowa* – strona tytułowa i strona tytułowa działu Nauka o chorobach

Jeśli chodzi o ówczesne poglądy na leczenie, to oprócz wielu kuriozalnych na dziś propozycji można napotkać i takie przekonania, które zdumiewają swoją aktualnością. Zajrzyjmy do rozdziału *Nasze odżywianie*, a w nim do hasła *Środki używające* (wszystkie cytaty przytoczono z zachowaniem oryginalnej pisowni):

Napoje nalewające: kawa, herbata, kakao.

Na całej kuli ziemskiej narody cywilizowane jak i niecywilizowane uczuwają potrzebę, obok potraw służących jako środki spożywcze, przyrządzania napojów, któreby wywierały pewną ponętę na organizm. Z naturalnego stanowiska winien każdy prawie środek podniecający być zarzuconem, gdyż uczucie znużenia jest najlepszym wskazicielem, kiedy organizm ludzki potrzebuje spoczynku. Zaś zwalczanie znużenia zapomocą środków podniecających, rychlej czy później mści się na zdrowiu człowieka.

Składnik, znajdujący się w napojach podniecających należy do grupy materji, które oznaczamy jako alkaloidy. Pod niemi rozumiemy zachodzące w roślinach związki węglików, zawierające azot. Tworzą one przeważnie fizjologiczny składnik roślin i są przeważnie silnemi truciznami. W kawie, herbacie i kakao jest również jeden alkaloid, przedstawiający się jako środek kofeina, w kakao zaś teobromin, przez które to materje napoje cieszą się tak wielkiem ulubieniem.

J. Springer: *Lekarka domowa*, s. 85

→

Z rozdziału *Choroby mózgu*, podrozdział Newrozy:

Neurastenja czyli wyczerpanie nerwowe. Pod neurastenją pojmujemy chorobliwą drażliwość systemu nerwowego, połączoną z silnem wyczerpaniem i osłabieniem tegoż. Choroba ta jest pod ogólnem mianem nerwowości od dłuższego czasu znaną i może najczęstszem jako i najwięcej rozpowszechnionem cierpieniem ludzkości nowoczesnej. Rozwój stosunków życiowych doprowadził w najnowszych czasach do takiego nadwerężenia i pośpiechu w wszelkich dziedzinach czynności ludzkiej, że walka o byt przyjęła wprost formy niszczące, zaś ludzi zmusiła do napięcia wszystkich sił. Jest przeto zrozumiałem, że nerwy ludzkie przez ów pośpiech i gonitwę ponoszą ciężką szkodę, jako też ulegają drażliwości i łatwemu wyczerpaniu.

J. Springer: *Lekarka domowa*, s. 306

Z rozdziału *Leczenie chorób* za pomocą środków domowych:

Parchy, jest to zapalenie skóry z tworzeniem się ropiastych pęcherzyków, spowodowanych przez mólik czyli kleszczyk parchowy. Parchy sprawiają straszną i długotrwałą świerzbiączkę, przez co następują przedrażnienia nerwów, bezsenność, stany nerwowe. Wyleczenie parchów, które są bardzo zaraźliwe, nie następuje nigdy samo przez się! – Leczenie: 3-4 dni odwar gałązek chojenkowych (gotuje się 20-25 minut), następnie omydlenie całego ciała i zmycie. Najpewniejszą jednakże kuracyą jest leczenie za pomocą nasmarowania ciała maścią siarkową przez 3 dni z rzędu, dziennie dwa razy, poczem ciepła kąpiel; bieliznę zmienić! Najpewniej udać się natychmiast do lekarza.

J. Springer: *Lekarka domowa*, s. 797

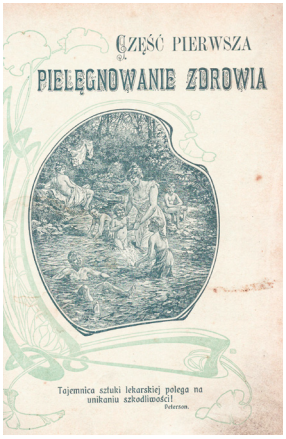
Druga książka, czyli *Kobieta lekarką domową* (Fischer-Dückelmann, 1908) składa się z trzech części zatytułowanych: Pielęgnowanie, Lecznictwo, Dziecię i poświęcona jest głównie zagadnieniom związanym z pielęgnacją ciała i szeroko rozumianym zdrowiem kobiety oraz dziecka. Również z niej przytaczam garść interesujących cytatów:

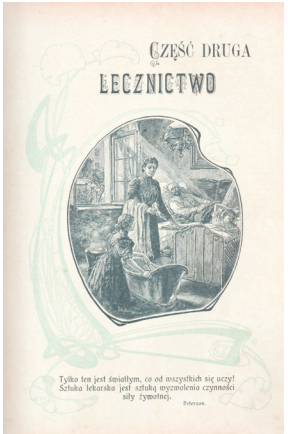
Bakterye. Są to małe żyjątka, należące do świata roślinnego, które niewidoczne gołemu oku, są dość znacznie rozpowszechnione. Rozumieją przez nie głównie grzybki rozszczepkowe, które wywołują gnicie i zakażenie, a z któremi właściwie ciągle walczymy. Naukę o istocie i działaniu bakterii zowiemy „bakteryologią". Poświęcono jej w ostatnich latach nadzwyczaj wiele badań. Nazwiska: Pasteur i Koch stały się ogólnie znane, gdyż obaj ci uczeni nową tę naukę znacznie posunęli naprzód. Przypuszczenie, że przy „zakażeniu" spółdziała jakiś czynnik przenośny, zostało potwierdzone – odkryciem bakteryi.

A. Fischer-Dückelmann: *Kobieta lekarką domową*, s. 269

Nowotwory, narośla, guzy maciczne. […] Medycyna nie zna dotąd bezpośredniego powodu tworzenia się tych wybujałości, teorye są pod tym względem bardzo różne. Dla nas wystarczy przekonanie, że narośla takie nie tworzą się nigdy u ludzi, mających zdrowe soki i dokładną przemianę materyi. Kto utrzymuje zewnątrz i wewnątrz ciało w czystości, kto nie ma brzydkich, szkodliwych nawyknień, jak używanie alkoholu, manii picia dużo i mocnej kawy, zjadania wielkich porcyi mięsa, unikania świeżego powietrza, kto się nie oddaje lenistwu, nie nosi ciasnego, nieprzepuszczalnego odzienia, ten może patrzeć spokojnie w przyszłość, nie obawiając się o raka itp.

A. Fischer-Dückelmann: *Kobieta lekarką domową*, s. 445





A. Fischer-Dückelmann: *Kobieta lekarką domową* – strony tytułowe działów i chorobliwe twarze kobiece

I ostatni cytat, pochodzący z rozdziału pod tytułem *Nerwowość naszych dzieci*:

> *Na zakończenie zwracamy się raz jeszcze w kilku słowach do ojców i matek. <<Trzeba być ostrożnym w wyborze swych rodziców>>, mówi niemieckie przysłowie i ma zupełną słuszność. Każde nowonarodzone dziecko miałoby prawo zapytać się swych życiodawców: <<Czy w i e c i e, że jesteście twórcami mego duchowego i cielesnego szczęścia? Czyście się zapytali sami siebie, dlaczegom przyszło na świat tak niezdolne do opierania się złemu, tak „nerwowe"? Nie, o to rodzice się po części nie pytali – a jeśli się wreszcie zapytali – było już za późno, już się stało – dziecko było – spartaczone. Lecz my wiemy o tem! Mówimy wam ojcowie i matki: Wasze dziecko jest nerwowe, gdyż używaliście od młodości aż nadto obficie nieraz alkoholu, gdyż prowadziliście życie nieczyste, osłabialiście się przez płciowe wysiłki, gdyż nie umieliście pielęgnować waszego zdrowia, przez co grzechy waszych ojców działały w was dalej niczem nie wyrugowane, ostatecznie, nie pracowaliście nad sobą duchowo. Gdybyście byli lepsi i duchem, i ciałem, wasze dzieci byłyby także inne, lepsze. Jest to smutna prawda, smutne rozpoznanie, lecz zbawienne. Oby przywiodło wszystkie myślące matki do czytania niniejszej książki z przejęciem, oby słuchały rad, w niej udzielonych.*
>
> A. Fischer-Dückelmann: *Kobieta lekarką domową*, s. 790

Lektura tych książek nasuwa wrażenie, że chociaż medycyna bardzo szybko podąża naprzód, jeśli chodzi o wiedzę oraz możliwości techniczne i diagnostyczne, to podstawowe założenia dotyczące utrzymania zdrowia pozostają takie same: przede wszystkim nie szkodzić, sobie również i skupić się na dostępnej profilaktyce. Podręczniki te stanowią ciekawe pozycje dla osób zainteresowanych historią medycyny i z czasem być może znajdą swoje miejsce na półkach kolejnych pokoleń lekarzy.

Obie pozycje książkowe dostępne są w domenie publicznej w bibliotekach cyfrowych:

Anna Fischer-Dückelmann: *Kobieta lekarką domową: podręcznik lekarski do pielęgnowania zdrowia i lecznictwa w rodzinie z szczególnem uwzględnieniem chorób kobiecych i dziecięcych, położnictwa i pielęgnowania dzieci*; wydanie z 1912 r.

Jenny Springer: *Lekarka domowa: złota księga kobieca ku oświecaniu i pouczaniu dla zdrowych i chorych o najważniejszych kwestjach nauki zdrowia i lecznictwa*; wydanie z 1900 r. ■

EWA MAKAREWICZ-BILIŃSKA

A. Fischer-Dückelmann: *Kobieta lekarką domową* – okładka

J. Springer: *Lekarka domowa* – rycina

Publikacja upamiętniająca prof. Romana Kaliszana

Od lewej: dr hab. Danuta Siluk, prof. uczelni, prof. Michał Markuszewski, prof. Tomasz Bączek

W czasopiśmie *TrAC – Trends in Analytical Chemistry* (IF – 12,296) opublikowano specjalny zeszyt pt. *Chromatography in Bioanalysis – a tribute to Prof. Roman Kaliszan,* poświęcony pamięci **prof. dr. hab. Romana Kaliszana**, rektora AMG w latach 2005-2008, wybitnego naukowca, twórcy oryginalnego w skali światowej kierunku badawczego określanego jako ilościowe zależności struktura – retencja (*Quantitative Structure-Retention Relationships*, QSRR). Uznanie międzynarodowe, oprócz wprowadzenia do światowego piśmiennictwa koncepcji QSRR, przyniosła prof. Romanowi Kaliszanowi także aktywność w obszarze analizy farmaceutycznej, bioanalityki oraz zastosowań zaawansowanych metod obliczeniowych podczas analizy danych biologicznych i analitycznych.

Redaktorami specjalnego zeszytu *TrAC – Trends in Analytical Chemistry* są naukowcy z GUMed: **dr hab. Danuta Siluk, prof. uczelni** kierująca Katedrą Biofarmacji i Farmakodynamiki, **prof. Michał Markuszewski** – kierownik Zakładu Biofarmacji i Farmakokinetyki oraz **prof. Tomasz Bączek** – kierownik Katedry i Zakładu Chemii Farmaceutycznej. Wydanie obejmuje 15 artykułów przeglądowych autorstwa badaczy z całego świata, m.in. z Kanady, Brazylii, Holandii, Belgii, Francji, Włoch, Japonii, Chin, Gruzji i Polski. Autorzy przedstawili najnowsze osiągnięcia w obszarach badawczych dotyczących analizy danych biologicznych i fizykochemicznych z wykorzystaniem chromatograficznych technik rozdzielczych; dziedzinach związanych z naukową pasją prof. Romana Kaliszana.

Prof. Roman Kaliszan

Zaprezentowane zostały najnowsze osiągnięcia dotyczące nowatorskich platform do testowania biomolekuł, zastosowań materiałów na bazie grafenu, boranów oraz materiałów drukowanych w technologii 3D jako nowych sorbentów w analizach śladowych. Przedstawiono również koncepcję *White Analytical Chemistry,* mówiącą o tym, jak pogodzić zasady „zielonej chemii analitycznej" z jej rutynowym zastosowaniem. Szczególne miejsce w numerze specjalnym zajmują rozważania na temat dalszych perspektyw badań opartych na ilościowych zależnościach struktura-retencja chromatograficzna.

Zaprezentowano także aktualne metody oznaczania aminokwasów rozdzielanych chiralnie oraz innych substancji endogennych (np. kwasów żółciowych) w różnych matrycach biologicznych rozpatrywanych jako potencjalne narzędzia wspomagające tradycyjne badania diagnostyczne. Rozdzielenia enancjomerów, monitorowanie reakcji przebiegających w nowo projektowanych bioreaktorach oraz nowoczesna spektrometria mas w kontekście zaawansowanej analizy metabolomicznej, bioanalityki i analizy leków były ostatecznie przedmiotem szerokich i szczegółowych rozważań. Miesięcznik *TrAC – Trends in Analytical Chemistry* jest najwyżej punktowanym periodykiem naukowym w dziedzinie nauk chemicznych, należącym do kwartyla Q1 (w najwyższym decylu D1 według JCR 2020). Redaktorem naukowym czasopisma jest prof. Janusz Pawliszyn z Uniwersytetu w Waterloo w Kanadzie. ■

fot. Paweł Sudara / GUMed, Paweł Paszko

Umiędzynarodowienie zewnętrzne a wewnętrzne

Rok Komunikacji
i Integracji
Międzykulturowej
Społeczności GUMed

MGR EWA KISZKA
Kierownik Działu ds.
Umiędzynarodowienia Uczelni

Strategia rozwoju naszej Uczelni, przyznanie statusu uczelni badawczej i realizacja wielu kluczowych dla Uczelni projektów wskazuje na konieczność intensyfikowania działań w kierunku „otwarcia na świat", podnoszenia kompetencji naszej społeczności i dostosowania się „wewnętrznie" do realizacji postawionych sobie ambitnych celów. Jednym z kluczowych elementów w dążeniu do rozwijania międzynarodowej współpracy naukowej i dydaktycznej oraz w przyciąganiu „talentów" jest profesjonalne wsparcie i integrowanie ze społecznością akademicką międzynarodowych studentów, gości, naukowców, profesorów wizytujących, nauczycieli, doktorantów, stażystów. Zagranicznej części naszej społeczności trzeba zaoferować jak najszersze wsparcie w procesie odnalezienia się w nowym środowisku uniwersyteckim i kraju, które pozwoli im skupić się na zdobywaniu/dzieleniu się wiedzą naukową i rozwojem zawodowym oraz będzie spełnieniem międzynarodowych standardów w tym zakresie.

UMIĘDZYNARODOWIENIE WEWNĘTRZNE

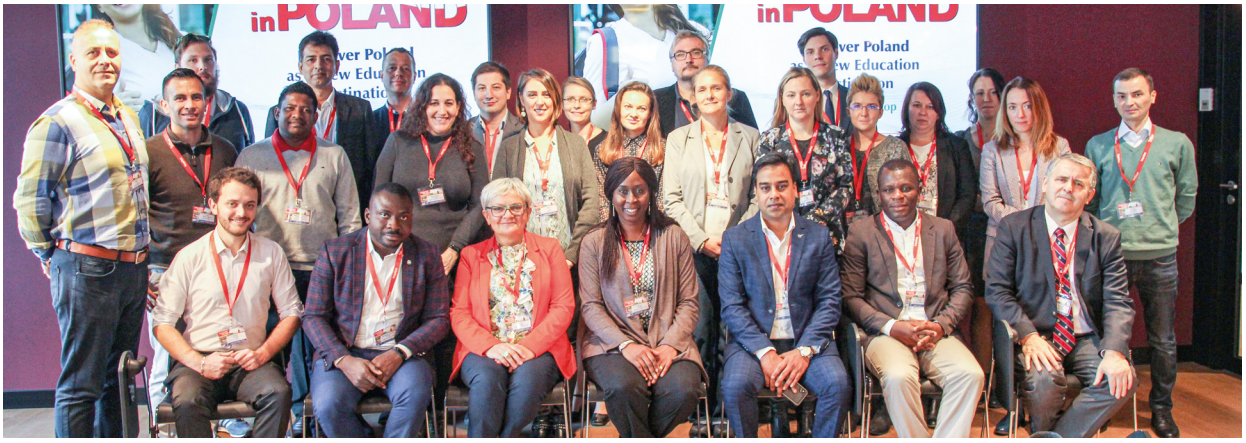
Zewnętrzne sukcesy w umiędzynarodowieniu Uczelni powinny korespondować z przygotowaniem pracowników i studentów do współpracy międzynarodowej wewnątrz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W związku z tym konieczne są działania wzmacniające przygotowania Uczelni do współpracy międzynarodowej naszej społeczności na poziomie wewnętrznym:

- międzynarodowa oferta dydaktyczna,
- opracowanie procedur zatrudniania cudzoziemców,
- sposobów aklimatyzacji i integracji studentów i pracowników zagranicznych,
- szkolenia z różnic kulturowych i poszerzanie kompetencji kulturowych,
- kursy z języka polskiego/angielskiego,
- równy dostęp do informacji (w tym strony wydarzenia i media społecznościowe prowadzone po angielsku).

UMIĘDZYNARODOWIENIE ZEWNĘTRZNE

Inicjatywy z obszaru umiędzynarodowienia zewnętrznego uczelni to m.in.:

- mobilność,
- pozyskiwanie nowych partnerów współpracy,
- zwiększanie liczby studentów i pracowników zagranicznych,
- współpraca w ramach projektów (dydaktycznych, naukowych), z firmami rekruterskimi,
- promocja zewnętrzna, w tym udział w targach edukacyjnych.



Spotkanie z firmami rekruterskimi

Celem każdej uczelni o ambicjach uczelni umiędzynarodowionej z mocnym wizerunkiem i pozycją na światowym rynku szkolnictwa wyższego powinno być dążenie do zapewnienia równowagi pomiędzy umiędzynarodowieniem zewnętrznym i wewnętrznym czyli *internationalization abroad vs. internationalization at home.*

POZIOMY UMIĘDZYNARODOWIENIA

Aby właściwie planować i realizować działania strategiczne, istotne jest uświadomienie sobie, na którym poziomie umiędzynarodowienia jest dana uczelnia.

Wyróżniamy 4 poziomy umiędzynarodowienia wewnętrznego. Pierwszym z nich jest poziom najniższy, czyli „preumiędzynarodowienie", charakteryzujące się tym, że środowisko uczelni jest homogeniczne, używa się jednego języka, dominuje jedna kultura. Kolejnym poziomem jest umiędzynarodowienie „na poziomie struktury", kiedy w uczelni są już studenci i pracownicy zagraniczni, ale nie ma między nimi interakcji i integracji. Trzeci poziom to uczelnia umiędzynarodowiona „na poziomie społecznym", w której są studenci i pracownicy zagraniczni i występuje między nimi interakcja i integracja. Czwarty i ostatni poziom to „poziom kompetencji". W takiej uczelni pracownicy mają kompetencje do współpracy z partnerami zagranicznymi a studenci integrują się/współdziałają ze studentami zagranicznymi i czują się z tym komfortowo.

W ramach wzmacniania naszej Uczelni w zakresie tzw. umiędzynarodowienia w domu oraz dlatego, że uważamy, że GUMed to uczelnia otwarta na świat i ludzi (studiują u nas przedstawiciele blisko 70 krajów), a także biorąc pod uwagę społeczną odpowiedzialność w kształtowaniu oraz umacnianiu odpowiednich wartości w społeczności Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i otoczenia, dbałość o naszą uczelnianą społeczność oraz pozycję w kraju i za granicą, zaplanowaliśmy *Rok Komunikacji i Integracji Międzykulturowej Społeczności GUMed.* Chcemy poświęcić ten czas wzmocnieniu komunikacji i integracji naszego środowiska akademickiego.

Staff Week

Koordynatorem tego projektu jest Dział ds. Umiędzynarodowienia Uczelni, a większość działań zostanie zrealizowana ze środków pozyskanych w ramach konkursu Welcome to Poland Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej.

Zapraszamy do śledzenia informacji i udziału w organizowanych wydarzeniach:

PL – You are welcome: Zaproszenie (gumed.edu.pl)
EN – You are welcome: Invitation (mug.edu.pl)
Welcome Point – International Student Office – Welcome Point: Welcome (mug.edu.pl)

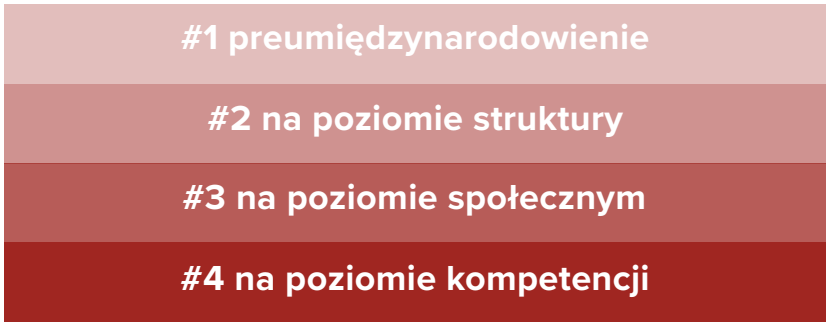
Organizatorzy:

- Dział ds. Umiędzynarodowienia Uczelni (koordynator),
- Biblioteka Główna,
- Centrum Sportu,
- *Gazeta GUMed*,
- Muzeum GUMed,
- Organizacje studenckie,
- Sekcja ds. Komunikacji,
- Sekcja Promocji,
- Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych

Serdecznie zapraszamy! ■

MGR EWA KISZKA

POZIOMY UMIĘDZYNARODOWIENIA UCZELNI



Gdańsk ponownie stolicą polskiej transplantologii

XV jubileuszowy Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego odbył się w dniach 14-16 października br. w Jachrance koło Warszawy. Po dwuletniej przerwie spowodowanej pandemią COVID-19, profesjonaliści związani z przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów mogli na żywo zapoznać się z licznymi wykładami, przedyskutować ważne problemy i wymienić doświadczenia. W Kongresie wzięło udział ponad 400 uczestników. Liczną grupę stanowili lekarze, pielęgniarki i koordynatorzy z Gdańska. W Konferencji uczestniczyły zespoły związane z przeszczepianiem nerek, serca, płuc i wątroby. Specjaliści z naszego ośrodka wygłosili 8 wykładów, przewodniczyli 4 sesjom naukowym, a także zaprezentowali trzy prace oryginalne. Ponad 25 prac, których autorami lub współautorami byli pracownicy naszej Uczelni zostało przyjętych do prezentacji w formie plakatów. Dwie ze zgłoszonych na Kongres prac zostały nagrodzone wśród najlepszych trzech wybranych prac oryginalnych.

Prof. Alicja Dębska-Ślizień

Podczas Kongresu odbyło się Walne Zgromadzenie członków Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, podczas którego potwierdzono wybór **prof. dr hab. Alicji Dębskiej-Ślizień**, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, na stanowisko prezesa Zarządu Głównego w kadencji 2021-2023. **Dr hab. Andrzej Chamienia** z Zakładu Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego GUMed został sekretarzem, a **dr Joanna Konopa** z Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych GUMed skarbnikiem Zarządu Głównego na nadchodzącą kadencję.

W trakcie uroczystej Gali **prof. dr hab. Jan Rogowski**, kierownik Katedry i Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej GUMed został uhonorowany tytułem członka honorowego Towarzystwa. Na sesji kończącej Kongres nastąpiło przekazanie władzy nowej prezes prof. Alicji Dębskiej-Ślizień przez ustępującego prezesa Towarzystwa prof. dr. hab. Romana Danielewicza. Tym sposobem polska stolica transplantologii wróciła ponownie do Gdańska. ■

DR HAB. ANDRZEJ CHAMIENIA
Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego

PROF. DR HAB. BOLESŁAW RUTKOWSKI
Emerytowany kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych

II Gdańskie Warsztaty Echokardiograficzne

II Gdańskie Warsztaty Echokardiograficzne Tętniczego Nadciśnienia Płucnego pod kierunkiem **prof. dr hab. Alicji Dąbrowskiej-Kugackiej** oraz **prof. dr hab. Ewy Lewickiej** z Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca odbyły się 9 października 2021 r. Wykładowcami były również **dr Anna Faran** z Kliniki Kardiologii i Elektroterapii oraz **dr Marta Taszner** i **dr Bożena Zięba** z I Kliniki Kardiologii.

Podczas warsztatów omawiano rolę badań dodatkowych w diagnostyce różnicowej nadciśnienia płucnego. Na podkreślenie zasługuje zwłaszcza wykorzystanie wirtualnych stacji roboczych *EchoPac* w czasie rzeczywistym, z możliwością zdalnego przejęcia klawiatury oraz indywidualnej analizy badania echokardiograficznego przez uczestników warsztatów na własnym komputerze. Za rok planowana jest kolejna edycja warsztatów. Zapraszamy!

Więcej informacji na stronie www.echogdansk.pl ■

Dyrektor UCK Menadżerem Rynku Zdrowia

Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, szpitala klinicznego GUMed otrzymał Portret Polskiej Medycyny 2021 w kategorii Menedżer Rynku Zdrowia (placówki publiczne). Nagrody wręczono 19 października 2021 r. podczas gali towarzyszącej XVII Forum Rynku Zdrowia. W uroczystości wzięli udział rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego **prof. dr hab. Marcin Gruchała** oraz **prof. dr hab. Edyta Szurowska**, prorektor ds. klinicznych.

– *Nie spodziewałem się, że dostanę swój portret za życia. Bardzo za to dziękuję. W tym miejscu powinienem powiedzieć banalną rzecz, że to zasługa całego zespołu, ale tak właśnie jest. To jest zasługa całego zespołu, bo nie da się robić takich przedsięwzięć, jak prowadzenie tak dużego szpitala w pojedynkę. Dlatego dziękuję wszystkim swoim pracownikom* – mówił Jakub Kraszewski.

Dyrektor szpitala klinicznego GUMed jest z nim związany od 2009 r. Dzięki jego pracy UCK może obecnie pochwalić się statusem jednego z największych i najlepszych szpitali w Polsce (1160 łóżek, prawie 3,8 tys. pracowników i 2 miejsce w kraju w rankingu World's Best Hospitals 2021). Inwestycje placówki w infrastrukturę i specjalistów oraz efektywne wdrażanie wielu nowoczesnych rozwiązań pozwalają stale rozwijać szpital i powiększać jego możliwości, czego przykładem jest otwarte w tym roku Centrum Medycyny Nieinwazyjnej.

Portret Polskiej Medycyny to nagroda przeznaczona dla osób ze szczególnymi sukcesami i zasługami w obszarze ochrony zdrowia, rozwoju terapii czy zarządzania placówkami medycznymi, zarówno dla medyków, jak i menedżerów. Przyznawana jest w kilku kategoriach: Menedżer Rynku Zdrowia (placówki publiczne i niepubliczne), Lekarze Rynku Zdrowia, Osobowość Rynku Zdrowia oraz Lider Rynku Zdrowia (laur główny) przez dziennikarzy magazynu i portalu *Rynek Zdrowia*. ■

fot. Sylwia Mierzewska / UCK

Oprac. **JAKUB WINIEWSKI**
Sekcja ds. Komunikacji

50. przeszczep płuc w UCK

– *Niewiele ponad trzy lata temu, bo w lipcu 2018 r., ogłosiliśmy pierwszy udany przeszczep płuc w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku i zapowiedzieliśmy dynamiczny rozwój tego programu. Trzy lata później z radością możemy ogłosić, że przeszczepień wykonanych w UCK jest pięćdziesiąt. A to jest taka liczba, która w naszym kraju, może być powodem do świętowania* – mówi **dr hab. Jacek Wojarski** z Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej UCK, szpitala GUMed, koordynator programu transplantacji płuc w UCK.

Pacjentem, któremu przeszczepiono nowe płuca, jest 58-letni Pan Krzysztof, który chorował na rozedmę płuc, powodującą u niego krańcową niewydolność oddechową – stale odczuwał duszność, nawet w spoczynku. Sytuację dodatkowo komplikował fakt, że w przeszłości uległ wypadkowi, w wyniku którego musiał przejść ratujący życie zabieg – resekcję części jelit oraz nerki. Te czynniki zadecydowały, że specjaliści musieli zmienić strategię postępowania lekowego, immunosupresyjnego i podejść do leczenia bardzo indywidualnie.

Z anestezjologicznego punktu widzenia ten 50. zabieg również był dużym wyzwaniem. Jak tłumaczy **prof. dr. hab. Ro-**

ZESPÓŁ POBIERAJĄCY PŁUCA DLA 50. BIORCY

- **chirurdzy – dr Nikodem Ulatowski, dr hab. Maciej Brzeziński,**
- **anestezjolog – dr Wioletta Musiał,**
- **pielęgniarki instrumentariuszki – Wioletta Kajzer-Karwat, Ilona Rakowska,**
- **pielęgniarz anestezji – Patryk Serkowski.**

ZESPÓŁ WYKONUJĄCY OPERACJĘ PRZESZCZEPIENIA PŁUC

- **chirurdzy – dr hab. Jacek Wojarski, dr Wojciech Karolak, dr Nikodem Ulatowski,**
- **anestezjolog – lek. Aleksandra Biedrzycka,**
- **instrumentariuszki – Małgorzata Żyto, Iwona Bujak,**
- **pielęgniarka anestezji – Ewelina Cackowska,**
- **perfuzjonistka – Renata Łęcka,**
- **koordynator akcji przeszczepienia – dr Aleksandra Pałasz.**

50. przeszczep płuc

muald Lango – *Często przy przeszczepach płuc korzystamy z tzw. ECMO (czyli pozaustrojowej oksygenacji membranowej), natomiast w tym przypadku udało się przeprowadzić przeszczep bez zastosowania tej technologii. Jest to korzystniejsze dla pacjenta, ponieważ stanowi dla niego mniejszy uraz. Natomiast dla anestezjologa jest to szczególnie trudne, bowiem u pacjenta ze skrajnie niewydolnym układem oddechowym, trzeba przeprowadzić zabieg, prowadząc sztuczną wentylację z wykorzystaniem tylko jednego z dwóch wcześniej skrajnie niewydolnych płuc. Powoduje to dalsze pogorszenie już wcześniej bardzo słabej wymiany gazowej w płucach. Dodatkowy aspekt stanowi korygowanie związanych z operacją zaburzeń funkcji układu krążenia, wynikających w znacznej mierze z gwałtownego wzrostu obciążenia prawej komory serca. Poradzenie sobie z wymienionymi problemami wymaga od anestezjologa doświadczenia, postępowania w oparciu przygotowane wcześniej precyzyjne procedury i oczywiście znakomitej współpracy z chirurgami.*

Ważną rolę przy przeszczepieniu płuc odgrywa rehabilitacja. – *Kiedy chirurdzy skończą swoją pracę, wtedy wchodzimy my* – mówi **Maciej Majewski**, fizjoterapeuta z Samodzielnego Zespołu Fizjoterapeutów UCK. – *Rehabilitacja obejmuje, przede wszystkim, poprawę funkcji oddechowych u pacjenta, ponieważ ma w sobie nowe płuca. Trzeba go na nowo nauczyć podstawowych funkcji, oddychania, kaszlu i tego, co wcześniej było zaburzone. Rehabilitacja pacjenta zmierza do tego, aby jak najbardziej usamodzielnić pacjenta.*

Pan Krzysztof, któremu 27 września br. zostały przeszczepione 50. płuca, czuje się dobrze. Jest zadowolony z przebiegu leczenia. – *Przecudni lekarze i pielęgniarki się mną opiekują. Coś pięknego. Jestem rehabilitowany non stop, tylko z małymi przerwami na odpoczynek, a to wszystko, aby moje płuca uruchomić, by dobrze pracowały* – mówi Pacjent.

Dr hab. Jacek Wojarski, koordynator programu transplantacji płuc zaznacza, że zarówno przeszczepienie narządu, jak i opieka oraz całe zagadnienie związane z powikłaniami stanowi duże wyzwanie medyczne. Pomiędzy poszczególnymi przypadkami jest ogromne zróżnicowanie w skali trudności. Warto podkreślić, że zabiegi nigdy nie trwają tyle samo – od 5h do aż 14h. – *Natomiast w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym odnosimy dziś sukces i cieszymy się z 50. przeszczepienia. To wszystko*

→

stało się możliwe dzięki znakomitej współpracy w ramach Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej UCK, ze wspaniałą współpracą z anestezjologami, lekarzami intensywnej terapii, zespołem pielęgniarskim i doskonale rozwiniętym, na światowym poziomie, procesem fizjoterapii – mówi dr hab. Wojarski.

We wrześniu br. Oddział Transplantacji Płuc przeniósł się do nowego, dedykowanego dla programu przeszczepu płuc, dużego i nowoczesnego miejsca w budynku Centrum Medycyny Nieinwazyjnej. Jak podkreśla dr hab. Jacek Wojarski Oddział posiada odpowiednią liczbę łóżek, co pozwoli swobodnie zwiększyć liczbę wykonywanych kwalifikacji do zabiegu przeszczepienia płuc. – *Bardzo nas to cieszy, ponieważ w związku dobrymi wynikami leczenia w naszym programie oraz renomą ośrodka, duża liczba pacjentów kierowanych z całego kraju powodowała niepokojące wydłużanie się czasu oczekiwania na kwalifikację* – tłumaczy dr hab. Jacek Wojarski. – *Zapowiadamy dalszy, jeszcze intensywniejszy rozwój naszego programu przeszczepowego. Widać, że jest zapotrzebowanie, które zostało niestety pogłębione przez pandemię COVID-19. Nasz Szpital odpowiada na to zapotrzebowanie i planujemy nawet potrojenie liczby kwalifikacji.* ■

Oprac. i fot. **SYLWIA MIERZEWSKA**
Zespół ds. Promocji i PR UCK

Leczenie złożonej wady serca bez konieczności rozcinania mostka

Zespół specjalistów z Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, szpitala GUMed jako pierwszy w Polsce w trakcie jednego zabiegu, stosując tzw. małą torakotomię, wymienił pacjentce dwie wadliwe zastawki – aortalną i mitralną. – *To nowość, która daje możliwość zoperowania złożonej wady serca bez rozcinania mostka* – tłumaczy dr Andrzej Klapkowski z Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej UCK.

Pacjentką, u której przeprowadzono zabieg, była 74-latka ze złożoną wadą serca w postaci zwężenia i niedomykalności zastawki mitralnej oraz ciężkiego zwężenia zastawki aortalnej. Do tej pory takie złożone wady leczono otwierając klatkę piersiową. Lekarze z gdańskiego szpitala zoperowali od razu dwie zastawki wykonując tzw. małą torakotomię, czyli małe cięcie pod piersią.

– *Zastawkę mitralną z takiego dostępu operuje się powszechnie, z kolei zastawkę aortalną operuje się z troszeczkę innego dostępu. Natomiast połączenie wymiany tych dwóch zastawek podczas jednego, mało inwazyjnego zabiegu to nowość. Daje ona możliwość zoperowania złożonej wady bez rozcinania mostka* – mówi dr Andrzej Klapkowski, kardiochirurg z Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej UCK.

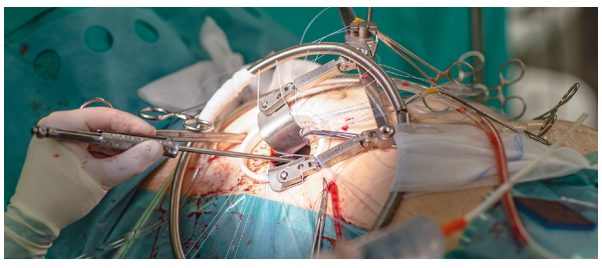
Jak podkreślają specjaliści z UCK, głównymi zaletami zabiegu są szybsza rehabilitacja oraz lepsza „kosmetyka". Pacjenci odczuwają też mniejszy ból i większy komfort. – *Jeżeli ktoś jest kierowcą ciężarówki i chciałby wrócić do pracy po czterech tygodniach, po cięciu mostka będzie to niemożliwe. Tutaj jest inaczej, ponieważ mostek jest cały. Z łóżka można podnosić się obiema rękami, można też spać na boku. Występuje także mniejsza utrata krwi oraz lepsza „kosmetyka". W przypadku np. młodszej kobiety ten ostatni element ma istotne znaczenie, ponieważ zabieg nie pozostawia dużej blizny* – zaznacza dr A. Klapkowski.

Zabieg wymiany zastawki mitralnej i aortalnej dedykowany jest w zasadzie każdemu pacjentowi, który spełnia określone warunki. Nie może być przeprowadzony m.in. u osób z zaawansowaną miażdżycą obwodową.

Kobieta, u której wymieniono zastawki czuje się dobrze, jak mówią lekarze, rokowania są pomyślne. Zabieg przeprowadził zespół specjalistów z kierowanej przez **prof. Jana Andrzeja Rogowskiego** Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej UCK w składzie: **dr Andrzej Klapkowski, lek. Maciej Duda, lek. Barbara Brzeska, dr Wiktor Szymanowicz, Ilona Rakowska** (pielęgniarka instrumentariuszka), **Grażyna Tyborowska** (perfuzjonistka), **Patryk Serkowski** (pielęgniarz anestezjologiczny), **Irena Gałęzowska** (pielęgniarka instrumentariuszka). ■

fot. Sylwia Mierzewska / UCK

ŁUKASZ WOJTOWICZ
Zespół ds. Promocji i PR UCK



Lekarze z gdańskiego szpitala zoperowali od razu dwie zastawki wykonując tzw. małą torakotomię

Profesor Stefan Raszeja – patriota i społecznik

Wspomnienie w 99. rocznicę urodzin

Profesor Stefan Raszeja (1922-2021), kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (1963-1993), dziekan (1966-1969) i rektor AMG (1972-1975) dbał nie tylko o nauczanie, rozwój nauki i medycyny. Przypadający w grudniu jubileusz Jego urodzin jest dobrą okazją, by przybliżyć społeczności Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego także zasługi patriotyczne i dokonania społeczne Profesora.

Miałem okazję prof. Stefana Raszeję poznać bliżej i gościć w Jego domu przy ul. Grunwaldzkiej w Gdańsku-Wrzeszczu. Profesor był otwarty na ludzi i nowe zainteresowania. Po zakończeniu pracy w Uczelni, mimo nadal utrzymywanej aktywności zawodowej, znajdował czas na realizację pasji i zainteresowań społecznych. A mało kto spodziewałby się, że w tym wybitnie zasłużonym naukowcu, krył się bogaty życiorys społeczno-patriotyczny. I to tak daleko posunięty, że w latach 1943-1946 gotów był zaryzykować życiem i zdrowiem dla Ojczyzny. Niespełna rok temu w rozmowie z Profesorem ustaliliśmy, że był wówczas najprawdopodobniej ostatnim żyjącym żołnierzem TOW „Gryf Pomorski". Ale po kolei.

RODEM Z KOCIEWIA

Stefan Raszeja urodził się 24 grudnia 1922 r. w Starogardzie Gdańskim (stolicy Kociewia), w wielodzietnej rodzinie nauczyciela Bolesława i Antoniny z domu Richter. Wyjaśnijmy, że do 1950 r. obowiązywała przez wieki nazwa Starogard (wtedy jako Starigrod lub Stargarde). Nasz zasłużony Profesor z czasem stał się aktywnym ambasadorem nie tylko nazwy Starogard Gdański, ale przede wszystkim przechowania i promowania tradycji oraz dziedzictwa kociewskiego w Trójmieście czy nawet szerzej – na Pomorzu. Podkreślmy wyraźniej, że dla prof. Raszei Starogard Gdański jako miejsce urodzenia, wychowania, czasu szkoły średniej i matury (18.09.1945 r.) – znaczył bardzo wiele. Szczególnie po przejściu na emeryturę, promocja Kociewia i polskiego dziedzictwa na wielokulturowym Pomorzu, stały się dla Profesora wielką sprawą i pasją realizowaną przez ponad ćwierć wieku. I tak było aż do blisko połowy 99. roku życia.

Stefan Raszeja w wieku szkolnym; 1934 r.

Rodzina Raszejów; najmłodszy syn Stefan pomiędzy rodzicami

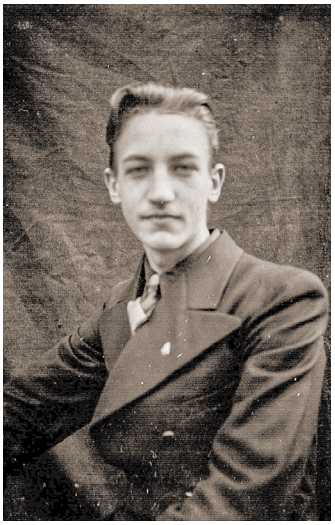
Starogard Gdański – wojna i okupacja (1939-1945) – Poznań (1946-1963), wreszcie Gdańsk (1964). Niewątpliwie, na pytanie o korzenie, czyli kim był?, najprawdopodobniej S. Raszeja odpowiedziałby: gdańszczaninem, Kociewiakiem i Pomorzaninem. Może też dodałby Europejczykiem!? Wszędzie, gdzie mieszkał często odwoływał się do pomorskich i kociewskich korzeni; spotykał przyjaciół z Pomorza, a nawet ze Starogardu Gdańskiego (dr Edmund Chróścielewski).

W Gdańsku mieszkał łącznie 57 lat (od 1964 r.). I znowu wyjaśnijmy, iż po dramatycznym okresie Wolnego Miasta Gdańska (1920-1939), gdzie Polacy stanowili zdecydowaną mniejszość narodową (7-10%, mówiono wtedy „mniejszość polska w Gdańsku"), po 1945 r. rozpoczął się wyraźny i niezwykle dynamiczny okres polskiego rozwoju w dziejach Gdańska. I nazwijmy rzeczy po imieniu – S. Raszeja był uczestnikiem tych przemian – reprezentował pierwsze pokolenie powojennej polskiej inteligencji. Jak się wydaje, właśnie jego pokolenie budowało podstawy nowoczesnego Gdańska, z wizją oraz spojrzeniem w XXI w. I miał Pan Stefan to szczęście, że po 1989 r., w wolnej i demokratycznej Polsce, dane mu było przeżyć ponad 30 lat. To był niezwykły dar i z niego korzystał.

→

ŻOŁNIERZ „GRYFA POMORSKIEGO" ORAZ AK

Byłem zaskoczony, gdy dobre 3 lata temu w jednej z gdańskich szkół (chyba w ostatniej klasie gimnazjum), czcigodny emeryt, prof. dr hab., z licznymi wyróżnieniami krajowymi i zagranicznymi, S. Raszeja opowiadał młodzieży o Pomorzu, Kociewiu, o zagładzie polskiej inteligencji na Pomorzu. Mówił o okresie 1939-1940 („Pomorski Katyń"), o bohaterskiej walce „Gryfa Pomorskiego" i żołnierzy Armii Krajowej (AK) na Pomorzu, prześladowaniach polskich bohaterów ze strony wkraczających od wschodu w 1945 r. żołnierzy radzieckich na czele z haniebnymi i nierzadko okrutnymi zachowaniami NKWD. W latach 1945-1947 prześladowania radzieckie i wywózki na wschód objęły blisko 20 tysięcy Pomorzan. Mówił prosto, jasno i konkretnie, wyjaśniał w kapitalny sposób wszystkie zawiłości stosunków polsko-niemieckich i polsko-radzieckich. Także nieszczęsny okres wspomnianego Wolnego Miasta Gdańska. Opowiadał też o wolnej Polsce i już polskim, przyjaznym Gdańsku. A gdańska młodzież gimnazjalna słuchała z najwyższym skupieniem i zainteresowaniem – doskonale rozumiała, że historię opowiada im autentyczny uczestnik tych wydarzeń.



Stefan Raszeja; 1939 r.

Gdy wybuchła wojna obronna 1939 r., Stefan Raszeja miał niespełna 17 lat. Jego rodzinna o patriotycznym wizerunku, znalazła się na liście podejrzanych i represjonowanych. Nastał czas przymusowych robót. W pierwszym okresie okupacji młody Stefan pracował jako robotnik w tartaku, a następnie w składnicy żelaza. Ale w 1942 r. nastał obowiązkowy czas tzw. listy narodowościowej (22.02.1942 r.). Ci, młodzi ludzie, którzy do niej przystąpili, często za kilka miesięcy trafiali na front. Wówczas S. Raszeja zszedł do podziemia. Przystąpił do Tajnej Organizacji Wojskowej „Gryf Pomorski" (7 lipca 2021 r. minęła 80. rocznica jej powstania). Złożył 8 czerwca 1943 r. przysięgę wierności przed por. rez. Józefem Szmultą, w jego mieszkaniu w Kasparusie. Od połowy 1943 r. do końca wojny, walczył w oddziale Alfonsa Kwiczora ps. „Czarny"; otrzymał pseudonimy „Jaguar", a potem „Major" (od wczesnej młodości wyróżniał się posturą i inteligencją). Jego oddział przebywał głównie na terenie Kociewia i Kaszub, ale także w Borach Tucholskich. Walki polegały m.in. na zdobywania broni, żywności, karaniu nadgorliwych żandarmów i agentów, rekwizycji sprzętu wśród władz okupacyjnych, zdobywaniu sprzętu do przemieszczania się, budowy bunkrów. Był wtedy Stefan rówieśnikiem warszawskich Kolumbów.

Czasy partyzantki; ok. 1943 r.

Po rozmowach zjednoczeniowych z Komendą Główną AK, jak wszystko wskazuje, 22-23 letni Stefan przystąpił do dalszej walki partyzanckiej po stronie AK. Do końca wojny wypełniał swój żołnierski obowiązek. Bardzo trudne i ryzykowne przejście linii frontu miało miejsce 21.02.1945 r., między Szlachtą a Lipową Tucholską, na terenach Kociewia. Już w marcu 1945 r. rozpoczęły się aresztowania żołnierzy „Gryfa Pomorskiego" i AK przez NKWD – szczęśliwie wówczas uniknął aresztowania. W związku z rozkazem Komendy Głównej "Gryfa", wstąpił na kilka miesięcy w szeregi milicji, po czym się zwolnił i kontynuował naukę w starogardzkim Liceum Humanistycznym. Z czasem, po wojnie, w wolnej Polsce doczekał się awansu oficerskiego, do stopnia majora włącznie.

Szybko uczył się życia. Mógł, i tak zrobił – poszedł na studia do Poznania! I tak uniknął być może, dramatycznej karty w swoim życiu. Tzw. władze bezpieczeństwa (UB) aresztowały go jednak na kilka tygodni w 1946 r. za udział w demonstracji studenckiej domagającej się zwolnienia kolegów z Krakowa, więzionych z powodu uczestnictwa w manifestacji 3-majowej. Przez kilka tygodni przebywał w Wojewódzkim Urzędzie Bezpieczeństwa w Poznaniu, a później wskutek nacisku opinii publicznej został zwolniony z aresztu i kontynuował studia medyczne. Dyplom lekarski uzyskał 20 czerwca 1951 r. W Poznaniu, gwoli sprawiedliwości, gdzie wielu Pomorzan spełniało swoje marzenia w XIX i pierwszej połowie XX w., dał się poznać jako utalentowany, zdolny, młody człowiek, niepospolity uczony i płodny badacz. Wielką karierę rozwinął jednak w Gdańsku, gdzie przeniósł się na stałe jesienią 1964 r., już ze stopniem doktora habilitowanego. To tutaj przeżył ponad pół wieku najbardziej twórczego i owocnego okresu życia, zarówno naukowego, jak też rodzinnego.

BIOGRAFIA I AKTYWNOŚCI PROSPOŁECZNE – WIELKĄ LEKCJĄ ŻYCIA

Oprócz wspomnianych na wstępie spotkań w szkołach, Profesor udzielał się w latach 2005-2021, ale szczególnie aktywnie w latach 2005-2018 w działalności Trójmiejskiego Klubu Kociewiaków (TKK). Niewątpliwie należał do jego współzałożycieli. Początkowo miała to

→

być Sekcja Towarzystwa Miłośników Ziemi Kociewskiej. To właśnie on był pomysłodawcą właściwej (jak dowiódł czas i doświadczenia) oraz oryginalnej nazwy – „Trójmiejski Klub Kociewiaków". Celem TKK było zagospodarowanie intelektualnego i społecznego potencjału Kociewiaków, zamieszkałych w Trójmieście. Prezesem Klubu został lek. med., powszechnie szanowany i lubiany Hubert Pobłocki, też ceniony popularyzator gwary kociewskiej. Od kilku lat rolę prezesa TKK pełni Przemysław Kilian. Pierwsze zebranie TKK odbyło się 10 grudnia 2005 r. w Sali Mieszczańskiej Ratusza Staromiejskiego w Gdańsku. Na spotkaniach Klubu Profesor wygłaszał referaty i wykłady, które publikowane były później na łamach *Kociewskiego Magazynu Regionalnego** – ich lektura pozwala odkryć jak imponująca była wiedza Profesora na tematy historyczne i geopolityczne oraz jak wytrwale zabiegał o pamięć o bohaterach i ofiarach II wojny światowej na Pomorzu.

Duże są również zasługi Stefana Raszei w działalności Okręgu Pomorskiego Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej. Wszystkie ważniejsze uroczystości patriotyczne oraz narodowe (w tym rocznicowe) odbywały się głównie z udziałem przewodniczącego Jerzego Grzywacza oraz Romana i Wojciecha Rakowskich, i do niedawna oczywiście S. Raszei. Niestety, coraz mniej bohaterów tamtych lat pozostaje wśród żywych. Podkreślmy wyraźnie, mjr S. Raszeja prawie do końca angażował się w inicjatywy Okręgu Pomorskiego Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej. Był tutaj, jak łatwo dało się zaobserwować – lubiany, szanowany i poważany.

Prof. Stefan Raszeja nie żałował też pieniędzy na cele *pro publico bono*. Nie jest tajemnicą, że od wielu lat wspierał finansowo wydawanie *Słownika biograficznego Kociewia* pod red. Ryszarda Szwocha. To niezwykle zasłużona inicjatywa, podkreślmy głównie jednego autora. Redaktorowi udało się zgromadzić i opracować ponad 2 tysiące biogramów. W roku 2005, „Roku Kociewskim" na Pomorzu (zgodnie z uchwałą Sejmiku Pomorskiego), ukazał się pierwszy tom *Słownika*, a obecnie oczekujemy na jego siódmą (już) część!

Profesor zmarł niespełna 9 miesięcy temu, 10 marca 2021 r. Do pełnych 100 lat zabrakło zaledwie, może dobrych, 22. miesięcy. Wydawało się nam, że to już bardzo bliski czas. Mieliśmy dużą nadzieję na to tradycyjne 100-lecie. Tym bardziej, że Profesor wydawał się być okazem zdrowia. I tak też to bywa, że niecałe 2 miesiące po Jego śmierci, odeszła również jego żona, dr Wanda Wojdon-Raszeja, również były pracownik Akademii Medycznej w Gdańsku.

Gdyby postawić prof. Stefanowi Raszei kilka pytań, o podstawowym znaczeniu, to wybrałbym w pierwszej kolejności trzy:

1. Jakie znaczenie w jego życiu miało wychowanie rodzinne i patriotyczne w szkole?
2. Jakie osobiście znajdował sposoby i metody na długotrwałe i zdrowe życie?

Stefan Raszeja miał także talent muzyczny – występował w okresie studiów z chórem rewelersów, grał też na różnych instrumentach; Chojnice 1947 r.

3. Jak doradzałby współczesnym rodakom, też politykom, żyć w zgodzie, odpowiedzialności i w poczuciu realizacji idei wspólnego dobra?

To by były bezcenne lekcje życia, poparte niemal 10 dekadami działań i doświadczeń. Jednego – wyjątkowego człowieka.

I może całkiem na sam koniec. Myślę, iż najbardziej czytelnymi i wymownymi słowami dla biografii Stefana Raszei są te z nekrologu rodziny i najbliższych, a mianowicie – *Był dla nas wzorem, wsparciem i autorytetem*. ■

JAN KULAS
Historyk, nauczyciel, poseł I kadencji (KP NSZZ „Solidarność") oraz III, VI i VII (z ramienia Klubu Parlamentarnego PO)

* *Kociewski Magazyn Regionalny* dostępny jest na stronie Tczewskiej Biblioteki Wirtualnej **skarbnica.tczew.pl**; referaty zostały opublikowane w zeszytach: 2002 nr 1, s. 3-4; 2002 nr 3-4, s. 34-36; 2004 nr 1, s 14-15; 2006 nr 3, s. 34-37; 2007 nr 2, s. 11-12.

Fotografie pochodzą z archiwum prywatnego dr Anny Raszei-Specht, córki Profesora.

Prof. Stefan Raszeja na spotkaniu Klubu Kociewiaków
źródło zdjęcia – netka.gda.pl

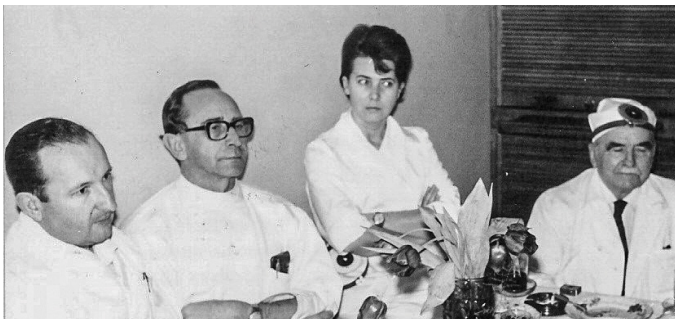
Dr Halina Bulińska

3.11.1935 – 16.10.2021

Dr Halina Bulińska, absolwentka Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni; studiowała w latach 1953-1958. Już w 1957 r. podjęła pracę w Przychodni Przyklinicznej PSK nr 1 jako stażysta. Równolegle specjalizowała się w organizacji ochrony zdrowia (specjalizacja w 1962 r.) i pracowała w strukturach administracyjnych służby zdrowia województwa gdańskiego. Na stanowisko młodszego asystenta w Klinice Otolaryngologii AMG została powołana 1 grudnia 1965 r. Przeszła wszystkie etapy rozwoju zawodowego (specjalizacja II stopnia z otolaryngologii) i naukowego (stanowisko adiunkta). W 1969 r. uzyskała stopień doktora medycyny na podstawie pracy *Analiza kliniczna usznopochodnych powikłań wewnątrzczaszkowych w materiale Kliniki Gdańskiej*. Jej promotorem był prof. Jarosław Iwaszkiewicz. Za dokonania naukowe i dydaktyczne została wyróżniona nagrodami Ministra Zdrowia (w 1980 r.) i II stopnia Rektora AMG (w 1998 r.). Na emeryturę przeszła 31 grudnia 1998 r.

Dr Halina Bulińska była wybitnym lekarzem, specjalistą cieszącym się uznaniem i zaufaniem pacjentów oraz szacunkiem współpracowników, będąc dla wielu młodszych kolegów nauczycielem zawodu. Posiadała rozległą wiedzę na temat jednego z najtrudniejszych problemów w naszej specjalności, jakim są powikłania zapalenia ucha środkowego, zwłaszcza u dzieci. Jeszcze 30-40 lat temu choroba ta spotykana była często, a spostrzeżenia dokonane przez dr Bulińską w rozprawie doktorskiej pozwoliły na wypracowanie optymalnych metod leczenia tych powikłań. Jako lekarz opiekujący się na co dzień małymi pacjentami była w regionie pomorskim prekursorem rozwoju podspecjalności – otolaryngologii dziecięcej. Osiągnęła status doświadczonego i rozważnego chirurga w naszej specjalności, w tym w dziedzinie otochirurgii, obejmującej najtrudniejsze operacje w regionie głowy i szyi. Wykazała się aktywnością naukowo-badawczą, jest autorem wielu opublikowanych prac, wygłosiła wiele referatów na konferencjach naukowych. Jej rozprawa doktorska jest cytowana do dziś. Pasjonowała Ją dydaktyka, była lubianym, choć wymagającym nauczycielem akademickim. Cieszyła się ogromnym autorytetem. Należała do grona asystentów skupionych wokół prof. Jarosława Iwaszkiewicza; zespół ten stworzył gdańską szkołę otolaryngologii.

Dr Halina Bulińska



Od lewej: prof. Józef Jordan, prof. Jan Ruszel, dr Halina Bulińska, prof. Jarosław Iwaszkiewicz

Żegnamy człowieka dobrego i zasłużonego, osobę życzliwą i otwartą, lekarza będącego wzorem postaw etycznych w naszym zawodzie. Żegnamy koleżankę, która trwale wpisała się w historię gdańskiej Kliniki Otolaryngologii.

Odeszła 16 października 2021 r., pochowana na cmentarzu parafialnym w Gdańsku Nowym Porcie. ■

PROF. DR HAB. CZESŁAW STANKIEWICZ
Emerytowany kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii,
DR HAB. BOGUSŁAW MIKASZEWSKI
Kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii

Z GŁĘBOKIM ŻALEM INFORMUJEMY, ŻE

19 PAŹDZIERNIKA 2021 R. ZMARŁA

BARBARA BANDELAK-MACKIEWICZ

Samodzielna referent ds. rent i emerytur, zatrudniona w Dziale Kadr i Płac w latach 1982-1988 i 1990-1998. ■

20 PAŹDZIERNIKA 2021 R. ZMARŁA

MGR BARBARA STUS

Asystent w Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych GUMed, zatrudniona w Uczelni w latach 1990-2020. ■

→

4 LISTOPADA 2021 R. ZMARŁ

DR N. MED. LEONARD PIKIEL

Specjalista patomorfologii, adiunkt w Zakładzie Patomorfologii AMG (dziś GUMed), zatrudniony w Uczelni w latach 1957-1985. Pierwszy przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy I, II i III kadencji, ceniony nauczyciel akademicki. ■

Nowi doktorzy

Uchwałą Rady Nauk Medycznych GUMed

Stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki o zdrowiu uzyskał

DR N. MED. ŁUKASZ LEWICKI

Kierownik; Pracownia Kardiologii Inwazyjnej; Oddział Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej w Wejherowie, Szpitale Pomorskie sp. z o.o., praca pt. *Ocena czynników zapalnych, prozakrzepowych oraz wskaźników hemodynamicznych u chorych z zawałem serca.*

Stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne uzyskały:

LEK. KATARZYNA JOANNA BANASZKIEWICZ

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Zakład Medycyny Tropikalnej i Epidemiologii Katedry Medycyny Tropikalnej i Parazytologii – Krajowy Ośrodek Medycyny Tropikalnej GUMed, praca pt. *Wybrane zaburzenia endokrynologiczne i ich wpływ na codzienne funkcjonowanie u chorych z hemochromatozą wrodzoną*; promotor – dr hab. Katarzyna Sikorska.

LEK. ANNA MARIA KALETA-DUSS

B. rezydentka UCK; Kliniczne Centrum Kardiologii Gdańsk, praca pt. *Analiza parametrów elektrokardiograficznych oraz wybranych parametrów biochemicznych i biomarkerów u sportowców amatorów*; promotor – prof. dr hab. Ewa Katarzyna Lewicka.

MGR ANNA KAMM

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Katedra i Zakład Chemii Medycznej GUMed, praca pt. *Nowe molekularne mechanizmy działania kwasu ferulowego w wybranych modelach komórek nowotworowych*; promotor – dr hab. Magdalena Joanna Górska-Ponikowska, prof. uczelni.

LEK. JOLANTA KLONOWSKA

Starsza asystent; Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie, praca pt. *Ocena wpływu polimorfizmów genów kodujących cytokiny: TSLP, IL-17, IL-19 na rozwój i przebieg atopowego zapalenia skóry*, promotor – dr hab. Magdalena Trzeciak, prof. uczelni.

LEK. MAŁGORZATA JOANNA MUSIORSKA

Specjalista chorób oczu; NZOZ Klinika MEDIQ Legionowo, praca pt. *Ocena wybranych parametrów narządu wzroku ze szczególnym uwzględnieniem zmian morfologii rogówki u pacjentów z zespołem Williamsa-Beurena*, promotor – prof. dr hab. Jolanta Wierzba.

LEK. MARTA ANNA PĘKSA

Asystent; Klinika Położnictwa; Katedra Perinatologii GUMed, praca pt. *Korelacja markerów immunohistochemicznych w łożysku u kobiet z PIH z wybranymi markerami klinicznymi, ultrasonograficznymi i biochemicznymi*; promotor – dr hab. Małgorzata Świątkowska-Freund, prof. uczelni.

Uchwałą Rady Nauk Farmaceutycznych GUMed

Stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki farmaceutyczne uzyskał

MGR KAMIL GARBERA

Doktorant; Katedra i Zakład Chemii Fizycznej GUMed, praca pt. *Zastosowanie techniki impregnacji na gorąco w otrzymywaniu tabletek z amorficznym ibuprofenem*; promotor – prof. dr hab. Wiesław Sawicki.

Garść wspomnień o drodze do dyplomów i pracy w Klinice Chorób Zakaźnych

Cz. 1. | Studenckie życie 70 lat temu i pierwsze zawodowe kroki

DR TERESA SKIBIŃSKA-RADZIKOWSKA (narratorka)

DR HALINA LIPIŃSKA-IMIELIŃSKA

Studentki ALG/AMG w latach 1948-1953, pracujące w Klinice Chorób Zakaźnych w latach 1953-1972

POCZĄTKI NA UCZELNI

Ola Smolec, Inka Lipińska i ja, czyli Teresa Skibińska, poznałyśmy się w 1948 r. w Domu Akademickim *Srebrzysko*, jako studentki pierwszego roku na Wydziale Lekarskim Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Oczywiście zdarzyło się to po uroczystej immatrykulacji, złożeniu przysięgi Hipokratesa i uzyskaniu indeksów. Inka była po rocznych studiach na biologii w Toruniu, a ja po roku na Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie. Obie z Olą przed rozpoczęciem studiów uczestniczyłyśmy w kursie przygotowawczym, organizowanym jeszcze przez *Bratniaka*, na którym głównie usiłowano nas przekonać do zalet ówczesnego ustroju politycznego. Gdańsk był wówczas doszczętnie zniszczony przez wojska sowieckie, a my jako studentki brałyśmy czynny udział w jego odgruzowywaniu. Mimo, że podczas naszej drogi na studiach lekarskich zmieniłyśmy miejsca zamieszkania oraz nazwiska, nadal przez długie lata, prócz studiów, łączyło nas wiele wspólnego – zainteresowania, grono przyjaciół i oczywiście Klinika.

Zabudowania Uczelni mieściły się przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie, natomiast budynek zwany Zakładami Teoretycznymi przy alei Zwycięstwa, dawniej Marszałka Rokossowskiego. Znajdowała się tam jedyna sala wykładowa – Zakład Anatomii Prawidłowej, sale do ćwiczeń z chemii i fizyki, a w piwnicy – prosektorium. Było to duże pomieszczenie ze stołami, na których leżały zwłoki do ćwiczeń i unosił się intensywny zapach formaliny. Moją parą do badań w I semestrze był Jurek Georgiades, a w II semestrze Czesław Radzikowski, mój przyszły mąż. Mieliśmy preparować górną kończynę młodego SS-manna z wytatuowanym numerem na lewym ramieniu. Tuż obok prosektorium mieściła się w baraku nieduża kaplica o. Pallotynów, gdzie wstępowało się przed egzaminami. Miejsce klinik znalazło się za murami pięknego budynku nr 1, w starym poniemieckim szpitalu.

Przez pierwsze dwa lata studiów zajęcia odbywały się w budynku Zakładów Teoretycznych. Obok znajdowały się stare zabudowania, w których mieścił się mały sklepik. Można tam było kupić na wzmocnienie „sznekę z glancem", czyli drożdżówkę z lukrem. Nieopodal było również słynne *Tivoli*, czyli nasza studencka stołówka, w której była sala z małą sceną oraz rozklekotanym pianinem. Czasami z okazji różnych naszych uroczystości, miejsce to zamieniało się w salę balową.

Nasz Dom Akademicki mieścił się w gdańskiej dzielnicy Brętowo, pomiędzy drzewami i krzewami w alejkach na terenie parku. Pośród zalesionych wzgórz znajdowały się liczne domki z ogródkami i mały kościołek. Podobnie pobliski cmentarz bardziej przypominał wówczas park, niż miejsce pochówku. Ola, Inka i ja mieszkałyśmy w budynku numer 3, a na naszej wizytówce na drzwiach widniał napis „trzy kaktusy". W naszym pokoju, na parterze, były trzy żelazne łóżka z burymi kocami i stół, w którego szufladach mieściła się nasza spiżarnia – tam trzymałyśmy chleb i smalec (dobrze, jeśli ze skwarkami, przysłany z domu). W naszym pokoju miałyśmy też kran z zimną wodą i wiecznie cieknącym zlewem, który nazwałyśmy indolik. Znajdowało się tam również duże okno, za którym piękne brzozy zmieniały się wraz z każdą porą roku. Towarzystwa dotrzymywał nam „biskup" – czarna czaszka, którą pewnego razu przyniósł nasz kolega – w spalonym i zburzonym Gdańsku o takie znalezisko nie było trudno. Mieszkałyśmy zatem dość daleko od Akademii. Część drogi pokonywałyśmy tramwajem, a następnie bardzo długo szłyśmy pieszo ul. Słowackiego. Kiedy wracałyśmy późną porą, po popołudniowych zajęciach, wstępowałyśmy do małej piekarni pana Szydłowskiego, by kupić pół bochenka chleba. Był tak pyszny, że po przyjściu do domu brakowało mu już skórki.

ZAJĘCIA W KLINIKACH

Na trzecim roku miałyśmy już zajęcia przy łóżkach pacjentów, zaczęłyśmy zatem poznawać kolejne kliniki, a przy tym topografię Trójmiasta. Zajęcia z chirurgii odbywały się w III Klinice przy ul. Łąkowej, w starym, poklasztornym budynku. Nasz Dom Akademicki został zlikwidowany i zamieszkałyśmy

→

z Inką w Sopocie. Dojazd na Akademię, to była prawdziwa podróż, którą zawsze rozpoczynałyśmy na pętli tramwajowej w Sopocie [czynnej do 1961 r; przyp. red.]. Jeździłyśmy tramwajem numer 7. Zajęcia rozpoczynały się o godzinie 7.30, a my nie miałyśmy w tamtych czasach budzika ani zegarków. W określeniu godziny pomagało nam radio, które znajdowało się w naszym pokoju, tylko dlatego, że byłam opiekunką świetlicy. O poranku towarzyszyły nam zatem robotnicze i narodowe pieśni, zagrzewające ludzi do pracy.

W III Klinice, gdzie mieliśmy większość zajęć praktycznych panowały prymitywne warunki, chociaż nie można było odmówić budynkowi uroku. Lubiliśmy zajęcia z prof. Zdzisławem Kieturakisem, którego później nazywaliśmy szwagrem, ponieważ został mężem naszej koleżanki Marysi Niemczyckiej, zwanej Myszką. Kiedyś, podczas wykładu, opowiadał nam, jak na początku swojej lekarskiej pracy, robiąc zastrzyk w pośladek, złamał igłę i jak później wyciągnął ją zębami. Jak tu nie pamiętać prof. Włodzimierza Mozołowskiego, kierownika Katedry i Zakładu Chemii Lekarskiej, który zapisywał nasze stopnie w swoim czarnym zeszycie, a następnie zgodnie ze swoim sumieniem, czasem je poprawiał. Albo prof. Stanisława Wszelakiego, mówiącego piękną polszczyzną oraz prof. Jakuba Pensona, po którego wykładach wszystko wydawało nam się tak zrozumiałe, że nie musiałyśmy już zaglądać do skryptów (książek nie było). Najbardziej pamiętam naszego ówczesnego rektora, prof. Wilhelma Czarnockiego, kierownika Katedry Anatomii Patologicznej. Kiedy stał przy katedrze w białym kitlu ubierałam go w myślach w kontusz i nic dziwnego, ponieważ na jednym z wykładów opowiadał nam, jak w czasie swojej młodości, omal nie popełnił *raptus puellae* [porwanie dziewicy w celu ożenku; przyp. red.]. Wszyscy pozostali, równie wspaniali, którzy najczęściej byli uprzednio kierownikami klinik i katedr na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie, zajętym wówczas przez sowietów, pozostali również w naszej wdzięcznej pamięci. Niektórzy uczyli nas w pierwszych latach studiów, jak ważna jest w pracy lekarza znajomość chemii, fizyki, biologii, mikrobiologii, a prof. Michał Reicher, kierownik Kliniki Anatomii Prawidłowej, odkrywał przed nami tajemnice ludzkiego ciała.

Od trzeciego roku zaczęły się ćwiczenia w kolejnych klinikach, gdzie zapoznaliśmy się z wielką niedolą ludzi chorych oraz pracą profesorów i asystentów. Najbardziej wstrząsające były zajęcia w Klinice Chorób Dziecięcych, której kierownikiem był prof. Henryk Brokman. Tam najczęściej nasuwało się to odwieczne pytanie „dlaczego"? Uczono nas poznawania i oswajania się z chorym i jego dolegliwościami, umiejętności badania palpacyjnego, zastosowania pomocniczych, wówczas dostępnych badań, np. radiologicznych, a następnie dopasowania odpowiedniego leczenia. Z tym nie zawsze było łatwo. Pamiętam mężczyznę w Klinice Chorób Wewnętrznych z bardzo wysokim nadciśnieniem tętniczym i niedługim wyrokiem. Leki moczopędne nie były jeszcze dostępne. Podobnie pamiętam chłopca z uremią, który chwalił się na obchodzie, że śniło mu się, że oddał parę kropli moczu. Bolesna

Teresa Skibińska, Ola Smolec, Inka Lipińska; Gdańsk 1948 r.

była nasza bezradność. Ale zdarzały się i weselsze sytuacje, jak ta, kiedy w Klinice Chorób Wewnętrznych w czasie obchodu prof. Pensona, rumiana staruszka, zapytała go czy może zjeść „kurynną gałeczkę". Od tej pory wszystkie nasze mięsne posiłki nazywałyśmy w ten sposób.

Zupełnie inaczej wyglądały ćwiczenia w Klinice Chorób Kobiecych przy ul. Klinicznej. Studentów zamykano na trzy dni, mieliśmy zapewnione miejsce do spania, jedzenie oraz nieustający dyżur. Nocami zamiast spać lubiliśmy siadać na kręconych schodach w budynku i rozmawiać do późna. Klinikę prowadził prof. Henryk Gromadzki; miałam okazję być na jego ostatnim przed śmiercią wykładzie. Następnie Klinikę przejął doc. Soszka, a potem prof. January Zubrzycki. Egzamin, który wspominam ze zgrozą, zdawałam u prof. Wojciecha Gromadzkiego, kierownika II Kliniki Ginekologiczno-Położniczej.

W tym czasie Ola, jako żona Tadeusza Dominiczaka (jednego z naszych kolegów z roku), zamieszkała w tak zwanym bocianim gnieździe, czyli pokoju na poddaszu wysokiego budynku nr 8 na Srebrzysku – w domu przeznaczonym dla małżeństw. Umówiłyśmy się, że pierwsza z nas, która wyjdzie za mąż dostanie nasze wspólne żelazko. Umowy dotrzymałyśmy. Kiedy Ola szykowała pieluszki, my z Inką zapisałyśmy się na gimnastykę przyrządową, a następnie na szermierkę, a

→

nasze obrączki ślubne musiały poczekać. Z resztą było dużo zajęć, ponieważ zbliżały się nasze końcowe egzaminy. Poza nauką, lubiliśmy spacery po morenach od Sopotu do Jaśkowej Dolny, uczyliśmy się na plaży, chodziliśmy na piątkowe koncerty do Filharmonii Bałtyckiej, mieliśmy bale studenckie oraz akademickie rekolekcje. Gdańskiego Żaka jeszcze nie było, zamiast tego były spotkania Związku Młodzieży Polskiej i od czasu do czasu koncerty w Tivoli. Pamiętam występy chóru rewelersów: Jurka Wojtynowskiego, Tadeusza Dominiczaka, Stefana Cejrowskiego i Stanisława Schramma. Odbywały się też potańcówki z zabronionym wówczas rock'n'rollem. Była tam także studencka biblioteczka beleterystyczna, którą prowadziła Danusia Ciesielska (po mężu Żołnierkiewicz). Do domów wracało się na święta, po fundusze, zawsze z walizką brudnej pościeli. Ewentualnie, dla podreperowania kasy, można było zostać lekarzem na koloniach. Starsi koledzy jeździli na „szczury", czyli deratyzację, co było podobno dość dobrze opłacane.

Przyszedł czas na końcowe egzaminy, z których dwa oblałam. Pierwszy u prof. Jarosława Iwaszkiewicza z laryngologii, ponieważ nie owinęłam papierkiem języka pacjenta, którego gardło miałam oglądać. Drugi u prof. Ignacego Abramowicza na okulistyce, gdyż pacjent, którego miałam badać, widząc przestraszoną studentkę, chciał mi coś podpowiedzieć. Profesor to zauważył i usłyszałam – *Niech idzie… niech idzie… niech idzie.* Przyjdzie za tydzień. Profesor bowiem zwykle zwracał się w trzecie osobie np. Po co przyszli? Po tygodniu, nikt mi już nie pomagał i zdałam.

Prof. Wiktor Bincer

Nadszedł dzień uroczystego absolutorium i po złożeniu przysięgi, otrzymaliśmy dyplomy lekarza. W zielonej koszuli z czerwonym krawatem przyszła tylko jedna osoba. Wieczorem odbył się bal absolwentów w Grand Hotelu w Sopocie. Ja dostałam pierwszą czarną sukienkę. Nad ranem, kiedy cześć osób już wyszła, stanęliśmy mała grupką na środku sali i zaśpiewaliśmy zakazane *Gaudeamus igitur,* czyli młodzi jesteśmy.

PIERWSZE ZAWODOWE KROKI

Jako lekarze byliśmy gotowi do pracy, ale gdzie? Pod koniec studiów wiele osób zadawało sobie to pytanie. Wtedy przy klinikach powstały „kółka" zapoznające z pracą w danej specjalizacji. Największym powodzeniem cieszyły się te przy Klinice Chirurgii oraz Chorób Wewnętrznych, natomiast przy Klinice Chorób Zakaźnych w „kółku" nikogo nie było. Właśnie tam zapisałyśmy się z Olą i zostałyśmy przyjęte. Następnie dołączyli do nas Inka Lipińska-Imielińska, a później Jurek Niedźwiedzki. W czasach, kiedy Komisja Partyjna dawała nakazy pracy (wiele naszych koleżanek i kolegów, musiało opuścić Gdańsk), my z Olą zostałyśmy przyjęte do Kliniki Chorób Zakaźnych prof. Wiktora Bincera w charakterze młodszych asystentek. Wkrótce dołączyła do nas Inka, która otrzymała stypendium Ministerstwa Zdrowia. Nasze pierwsze zetknięcie z Kliniką Chorób Zakaźnych, którą przedtem poznałyśmy tylko pobieżnie podczas ćwiczeń, było następujące: przyszłyśmy z Olą w godzinach popołudniowych do siostry oddziałowej, która niechętnie dała nam fartuchy i skierowała nas do karmienia dzieci. Dostałyśmy dwie miseczki i poszłyśmy na salę, gdzie w dużym łóżku po dwóch jego stronach siedziały sinoczerwone, kaszlące maluchy – miały koklusz. Rozpoczęłyśmy od pomagania pielęgniarkom, potem było już lepiej.

Klinika Chorób Zakaźnych mieściła się w tamtym czasie w północnej części terenu głównego szpitala Akademii Medycznej, w czterech, oddalonych od siebie parterowych budynkach. Z jednej strony była Klinika Chorób Płuc prof. Michała Telatyckiego, dalej Dermatologia prof. Tadeusza Pawlasa. Od północy był Zakład Medycyny Sądowej prof. Stanisława Manczarskiego oraz Biblioteka Akademicka. Od strony południowej były morenowe wzgórza porośnięte lasem. W budynku nr 19 mieściła się Izba Przyjęć, gdzie poza biurkiem do zbierania wywiadów i leżanką do badania była wielka, chyba cynowa wanna oraz duży zapas octu sabadylowego, skutecznego w leczeniu wszawicy, której przypadki, były wówczas na porządku dziennym. W owym budynku było również niewielkie laboratorium do badań podstawowych. Poza dyżurką pielęgniarek, był jeszcze pokój lekarza dyżurnego, z wyjściem na teras, który był bardzo przydatny w porze letniej. Kiedy słońce mocniej świeciło, w czasie dyżurów siadywało się tam i pisało dokumentację (zawsze byłyśmy najbardziej opalone). Sale były w większości jednoosobowe, był to bowiem oddział obserwacyjny.

W drugim pawilonie, czyli budynku nr 29, mieściła się apteka oraz sale chorych. Najczęściej tam kładziono pacjentów z durem brzusznym. Pamiętam, że początkowo pawilon nr 28 był odziałem jednoimiennym. Leżały tam głównie dzieci z płonicą, a jak szkarlatyna wygasła stał się oddziałem wirusowego zapalenia wątroby. Kiedy prof. Marian Górski oznajmił, zgodnie z doniesieniami z zagranicy, że przypadki chorób ludzi z żółtaczką mogą być na tle wirusowym, to przestano hospitalizować pacjentów na internie i utworzonono specjalny oddział. Później określono antygeny żółtaczki pokarmowej, wszczepiennej, a antygen typu C określono dopiero w 2020 r. Początkowo podczas diagnozy kierowano się tylko żółtym zabarwieniem oczu, powiększeniem wątroby oraz innymi objawami. Kiedy wprowadzono badanie aminotransferaz łatwiej było prognozować co do przebiegu choroby. Transferazy stały się tematem prac doktorskich mojej i Inki. Pawilon nr 27, mieścił poza salami chorych, sekretariat, gabinety adiunktów i pokój Profesora. Na końcu Oddziału był mały gabinet zabiegowy, gdzie często wykonywano zabieg tracheotomii w przypadkach

➜

krupu. Teren był zamknięty ogrodzeniem z portiernią.

Nieliczny, bo liczący 12 osób, zespół Kliniki, powoli nas zaakceptował. Jako młode asystentki, początkowo miałyśmy przywilej noszenia aparatu do mierzenia ciśnienia krwi przy obchodzie starszych koleżanek i kolegów. Przydzielono nam również inne obowiązki, takie jak: uczestniczenie w obchodach, czasem poprzedzone sprawozdaniem ze stanu chorych w gabinecie Profesora; prowadzenie dokumentacji, a więc wywiady; a potem badanie chorego; zlecenie dostępnych badań laboratoryjnych oraz wybór odpowiednich leków, których asortyment stopniowo się powiększał. Oczywiście przygotowywałyśmy wypisy oraz karty chorych, w których najczęściej pisano „wyleczony", a kiedy było inaczej to trzeba było iść do Zakładu Anatomii Patologicznej na sekcję zwłok, czego bardzo nie lubiłyśmy. Dodatkowo były jeszcze ćwiczenia ze studentami, dyżury oraz pisanie prac naukowych. Dużą część czasu zajmowało nam rękopisanie, wywiad, badanie chorego, przebieg choroby i na zakończenie epikryza. Nie zawsze udawało mi się wszystko na czas napisać. Pamiętam, jak kiedyś pojechałam w odwiedziny do siostry, wiozące nielegalnie pół walizki historii chorób pacjentów, aby napisać zaległe epikryzy.

Dr Teresa Skibińska-Radzikowska na tarasie przy pokoju lekarza dyżurującego

Chociaż Ola, Inka i ja byłyśmy na innych Oddziałach to świadomość, że mogłyśmy się spotkać na tradycyjnej herbacie po obchodach, sprawiała, że czułyśmy wzajemne wsparcie. W Klinice panował reżim sanitarny. Trzeba było przebierać się w fartuch lekarski, w którym każda, nawet najbardziej kształtna osoba traciła wdzięk. Zakładaliśmy również maski oraz czasami czepki, których bardzo nie lubiliśmy. Do stroju należała też granatowa peleryna, bardzo przydatna, kiedy trzeba było chodzić między pawilonami w porze jesienno-zimowej. Co chwilę trzeba było myć ręce oraz odkażać je chloraminą, której zapach unosił się wszędzie. Tak jak w kraju, tak i w Klinice wszystkiego brakowało. Słuchawki, termometry i niezawodne aparaty do mierzenia ciśnienia były z demobilu armii amerykańskiej. Pacjentów na prześwietlenie woziło się do Zakładu Radiologii, a niektóre badania trzeba było robić w Laboratorium Centralnym. Dobrze pamiętam, jak przysypiając na dyżurze słyszałam szum gotującej się wody w pojemnikach ze strzykawkami i drenami dochodzący z sąsiedniej dyżurki pielęgniarskiej. Na jednorazowe trzeba było jeszcze długo poczekać. W tamtym czasie panowała epidemia błonicy, ale nie wszystkie dzieci, mimo podania surowicy, zdrowiały. Niektóre z hypertoksyczną postacią choroby, z przeraźliwie bladym gardłem i znacznym powiększeniem migdałków podżuchwowych, tworzących „szyję Nerona", miały uszkodzenie mięśnia sercowego przez jad błoniczy. Nie mieliśmy aparatu EKG. Profesor zalecał nam, aby mieć „mikro ucho", by wysłuchać, kiedy tony serca staną się ciche i głuche – to wróżyło najgorsze. Potem dostaliśmy takie urządzenie, w którym przy pomocy korbki przesuwał się pasek jakiegoś tworzywa nad sercem, z którym trzeba było szybko udać się do Zakładu Radiologii, aby go wywołać i odczytać wynik. Dzięki powszechnym szczepieniom, dyfterytu później już nie było.

Ola, Inka i ja bardzo szybko zaprzyjaźniłyśmy się z całym zespołem, który tworzyły starsze koleżanki: dr Hanna Kozakiewicz, dr Elżbieta Zawistowska, dr Irena Stalewska, dr Marysia Chimiak, dr Barbara Wąsowska i dr Dzidka Zielińska, potem profesor i kierownik Kliniki. Były też: Jasia Ellert, Halina Chrostowska, Iza Tołwińska. Naszymi kolegami z Kliniki byli też: wspomniany Jurek Niedźwiedzki, później dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego oraz Staszek Winnicki. Po wyjeździe Jurka do Kenii, do pracy, dyrektorem szpitala została Ola Dominiczakowa, poprzednio będąca kierownikiem Szpitala Kwarantannowego w Nowym Porcie. We wczesnym okresie starszym kolegą był Bronek Trzaska, któremu zdarzało się wyjść na ulicę z maską pod brodą i w pelerynie; później, po habilitacji, organizował Klinikę Chorób Zakaźnych w Szczecinie. Andrzej Gajda witał nas zawsze serdecznie obejmując ramionami, stale pogodny i chętny do pomocy. Po Profesorze był następnym kierownikiem naszej Kliniki. Adiunkt Zygmunt Pisarski, sporo od nas starszy, w czasie wojny był we Włoszech. Znał pół Gdańska i potrafił wszystko załatwić. Przychodził do nas do dyżurki i pytał – *Dziewczyny, może chcecie sobie kupić dywan albo co innego z zaplecza jedynego naszego Domu Towarowego?* W czasie świąt żydowskich przynosił nam macę, która bardzo nam smakowała. Był bliski habilitacji, ale zawał był szybszy, a w tamtych czasach jeszcze nie wyprowadzano z zawału. Adiunkta Szymońskiego bardzo mało pamiętam, ale wiem, że objął kierownictwo kliniki w Zabrzu. Kiedy nastała era picia kawy, o którą wcale nie było łatwo (zwykle była to Robusta), Inka nieraz obwieszczała – *Mam wrzątek – oczekuję propozycji.* ■

DR TERESA SKIBIŃSKA-RADZIKOWSKA,
DR HALINA LIPIŃSKA-IMIELIŃSKA

Cz. 2 wspomnień pt. *Klinika profesora Bincera* zostanie opublikowana w *Gazecie GUMed 2022*, nr 1.

Detaszowani

DR N. HUM. BARTŁOMIEJ SIEK
Zakład Historii i Filozofii Medycyny

Od początku lat 70. Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku kierował przede wszystkim samodzielnych pracowników nauki do pracy poza strukturami akademickimi w szpitalach Trójmiasta. Oddelegowani, czyli detaszowani pracownicy, po objęciu funkcji ordynatorów zgodnie z wówczas obowiązującymi przepisami, w dalszym ciągu pozostawali pracownikami Uczelni. Realizowali zatem zajęcia dydaktyczne dla studentów AMG oraz prowadzili zajęcia w ramach kształcenia podyplomowego. Zmiany w prawie dodały do tych obowiązków także nadzór nad jednostkami lecznictwa otwartego. Splot wielu czynników (nastawienie kierownictwa szpitala, warunki lokalowe, możliwości finansowe) decydował o tym, jak potoczyły się losy jednostek kierowanych przez detaszowanych. Zdarzało się, że nie było możliwości pełnej realizacji zadań dydaktycznych. Bywało i tak, że oddział kierowany przez pracownika delegowanego z AMG stawał się jednostką Uczelni. Szpitale, do których trafiali detaszowani, to gdyński szpital miejski, szpital redłowski, szpital wojewódzki w Gdańsku oraz szpital psychiatryczny we Wrzeszczu*.

W czerwcu 1971 r. do Szpitala Miejskiego w Gdyni została detaszowana na stanowisko ordynatora oddziału dziecięcego **dr med. Halina Foltyn** (habilitacja w 1974 r.). Od 1 stycznia 1975 r. do tego samego Szpitala oddelegowani zostali dwaj kolejni pracownicy AMG – ordynatorem oddziału chirurgicznego został **dr hab. Zygmunt Jonas**, a ordynatorem oddziału laryngologicznego **dr hab. Józef Jordan**. W czerwcu 1976 r. do tej grupy detaszowanych w gdyńskim Szpitalu dołączyli **dr hab. Witold Tymiński** i **dr hab. Eugenia Częstochowska**, zajmując odpowiednio stanowiska ordynatora i zastępcy ordynatora oddziału wewnętrznego. Oddalenie od jednostek Uczelni sprawiło, że koniecznym stało się utworzenie na miejscu pracowni umożliwiających szybką diagnostykę oraz dostarczających danych do prowadzonych badań naukowych. Dzięki sprawnym działaniom organizacyjnym powstały pracownie: nieinwazyjnej diagnostyki kardiologicznej, gastroenterologiczna, izotopowa, koagulologiczna, immunologiczna, cytomorfologiczna. Na bazie oddziału wewnętrznego kierowanego przez prof. W. Tymińskiego powołano z dniem 1 stycznia 1985 r. IV Klinikę Chorób Wewnętrznych AMG. W prowadzeniu zajęć dydaktycznych w Klinice udział brali także lekarze zatrudnieni na etatach szpitalnych, a takie rozwiązanie umożliwiło wprowadzenie na zajęciach dla studentów V roku medycyny zasady „jeden student – jeden lekarz".

W listopadzie 1972 r. do szpitala redłowskiego detaszowano na stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego **dr. hab. Władysława Wermuta**, a cztery lata później na tych samych zasadach ordynatorem oddziału chirurgicznego został w tym szpitalu **dr hab. Oskar Jankau**.

W grudniu 1975 r. do Szpitala Wojewódzkiego o ddelegowano **dr hab. Marię Referowską**, która początkowo była zastępcą ordynatora, a od roku 1981 ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Fakt, że profesor M. Referowska była jedynym nauczycielem akademickim na tym oddziale oraz poważne problemy lokalowe sprawiły, że nie udało się zrealizować pierwotnych zamierzeń związanych z kształceniem studentów AMG. W 1980 r. do oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego detaszowano **prof. Joannę Muszkowską-Penson**. Do Specjalistycznego Psychiatryczno-Neurologicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej przy ulicy Srebrniki 1 w Gdańsku-Wrzeszczu w grudniu 1975 r. na stanowisko ordynatora oddziału dziecięcego została detaszowana **dr hab. Halina Sulestrowska**. Także w przypadku tego oddziału doszło do utworzenia z niego jednostki klinicznej AMG – w listopadzie 1984 r. powstała na Srebrzysku II Klinika Chorób Psychicznych. ■

Prof. H. Foltyn

Prof. Z. Jonas

Prof. W. Tymiński

Prof. E. Częstochowska

Prof. W. Wermut

Prof. O. Jankau

Prof. M. Referowska

Prof. J. Muszkowska-Penson

* Ze względu na zmiany oficjalnych nazw tych szpitali zdecydowano się nie podawać ich w pełnym brzmieniu.

fotografia dr. hab. Józefa Jordana znajduje się na s. 51

Trzy w jednym

GABRIELA HRYNIEWICZ
Studentka VI roku kier. lekarskiego

Kiedyś usłyszałam pytanie *czy w medycynie można być kreatywnym?* I od razu w tym pytaniu było czuć powątpiewanie. W końcu w naszym społeczeństwie pokutuje przekonanie, że medycyna to czysta matematyka. To pytanie długo mnie uwierało i mimo, że szybko zrozumiałam, że w pracy lekarza nie ma prostych rozwiązań, że tutaj 2+2 nie równa się 4, to trudno mi było wyobrazić sobie kreatywne spełnienie w medycynie. Przyznam, że do podjęcia jakiejkolwiek działalności naukowej podczas studiów zniechęcało mnie przekonanie, że jest to trudne, mozolne i głównie retrospektywne – odległe od codziennej praktyki lekarskiej. Popychana jednak ciekawością i pozytywnymi wspomnieniami z ćwiczeń w Katedrze Żywienia Klinicznego*, przyszłam na pierwsze spotkanie SKN Żywienia Klinicznego. To jedyne koło naukowe, które zrzesza studentów różnych kierunków medycznych – już samo to założenie jest intrygujące. W naszym przyszłym zawodzie będziemy pracować w grupie złożonej z różnych specjalistów, nasze relacje zawodowe nie będą hermetycznie ograniczone jedynie do lekarzy. Idea współpracy z osobami reprezentującymi różne gałęzie i kierunki medycyny wydała mi się bardzo postępowa. Praca w zespole interdyscyplinarnym – to jest założenie z rozmachem i przyszłością.

Już na pierwszym spotkaniu Koła uświadomiłam sobie, że w medycynie można, a nawet trzeba być kreatywnym. Pomyślałam, że nauka daje mi możliwość ukierunkowania mojej kreatywności i połączenia jej z zamiłowaniem do analizy. Ja aktywność naukową widzę tak: kreatywność pozwala na zadawanie nieoczywistych pytań, a dobrze przeprowadzone badanie pozwala wyciągać wnioski, z których mogą korzystać inni medycy. Taka praca pozwala zobaczyć konkretny i mierzalny efekt podejmowanych działań, a to jest ogromna gratyfikacja. Nie doszłabym do tych wniosków, gdyby nie pasja dr. Marcina Folwarskiego (chirurg ogólny, adiunkt w Katedrze Żywienia Klinicznego Zakładu Żywienia Klinicznego i Dietetyki), który pokazał nam wiele nowych, nieodkrytych dróg, którymi możemy podążać jako młodzi aspirujący naukowcy. Nieoczekiwanie zyskałam okno na naukę. Mam wrażenie, że opiekuna naszego Koła motywuje do działania silne pragnienie tworzenia nauki na światowym poziomie. Tutaj pod hasłem „nauka" kryje się znacznie więcej niż widok swojego nazwiska w wyszukiwarce PubMed. W tym przypadku działalność naukowa zyskuje też kontekst społeczny i systemowy, m.in. dlatego, że temat żywienia klinicznego w wielu szpitalach w Polsce po prostu nie istnieje. Jednym z celów działań i badań, które podejmujemy jako członkowie SKN, jest odnajdywanie luk w naszym systemie ochrony zdrowia. Liczba pacjentów przewlekle chorych z niedożywieniem nadal jest niedoszacowana. Problem ten szczególnie widoczny jest np. w grupie pacjentów onkologicznych, których stan odżywienia znacznie się pogarsza, co wpływa na rokowanie i wyniki leczenia. Chorych zagrożonych niedożywieniem możemy spotkać na prawie każdym oddziale szpitalnym, a także w opiece ambulatoryjnej i ośrodkach opieki długoterminowej.

Ciężko będzie mi pokazać Państwu jak ważną i po prostu fascynującą dziedziną jest żywienie kliniczne przytaczając projekty badań, dlatego posłużę się historią z życia wziętą. W zeszłym roku reprezentowałam SKN Żywienia Klinicznego w trakcie studenckiej konferencji *Spotkanie z pediatrią*. Szczególnie interesowały mnie wyzwania w żywieniu małych pacjentów podczas terapii onkologicznej. Trudno jest utrzymać prawidłowy stan odżywienia u dorosłej osoby z chorobą nowotworową, która rozumie sytuację, w jakiej się znalazła i jest w stanie znieść wiele niedogodności w imię powodzenia terapii; jak w takim razie wygląda żywienie kilkuletniego dziecka mierzącego się z taką samą chorobą? Dziecka, które wycierpiało nieproporcjonalnie dużo do swojego wieku. Jak w zasadzie „zmusić" takiego pacjenta do jedzenia – mimo wymiotów, biegunek, złego apetytu, nawracających gorączek, bólu po radio-

→

***Le Jour de la visite à l'hôspital* / Dzień odwiedzin w szpitalu, 1889 r., zbiory Muzeum Orsay w Paryżu** | źródło – commons.wikimedia/Google Art Project

terapii i rozległych zabiegach operacyjnych? W „lepsze dni", kiedy dziecko chętnie je chrupki, albo w przypływie lepszego samopoczucia poprosi o *fast food*, rodzice zyskują imitację spokoju, chwilowe uczucie ulgi. A musimy sobie uświadomić, że kwestie codzienne, wychowawcze, można powiedzieć „życiowe" żywienia dziecka to tylko wierzchołek góry lodowej. Tutaj codziennie zapadają trudne decyzje, a lekarze balansują na krawędzi między ryzykiem niedożywienia, a powikłaniami żywienia dojelitowego i pozajelitowego. W takich przypadkach czyha na nas wiele pułapek dotyczących, np. oceny stanu odżywienia dziecka, umiejętności odczytywania i interpretacji siatek centylowych; a konsekwencje naszych błędów i niedopatrzeń będą wpływać na rozwój małego człowieka. Świadomość, że żywienie również jest leczeniem, sprawia, że zyskujemy kolejne, bardzo ważne narzędzie terapeutyczne.

Jeśli mam być szczera, to z całego tego doświadczenia – przygotowywania do konferencji – najbardziej zapamiętam odwiedzanie na dyżurach Agnieszki Budki-Chrzęszczyk (lek. rezydent na Oddziale Chemioterapii Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Gdańsku). Szpital nocą to zupełnie inne miejsce niż to, które znamy z „naszych dziennych ćwiczeń". Wymaga innego zestawu umiejętności – nikt nie zapyta nas o cykl Krebsa albo embriogenezę tarczycy. Tu bardziej przyda się znajomość dawek i drabiny analegetycznej, często umiejętność mówienia do pacjentów o medycynie „ludzkim", przystępnym językiem. Pani doktor podczas naszych krótkich spotkań przybliżyła mi zarówno świat nauki, jak i „medycynę od kuchni". Cieszę się, że mogłam podglądać jej pracę w trakcie dyżurów, czerpać z zaobserwowanego sposobu komunikacji. Było to jedno z najbardziej budujących doświadczeń w trakcie moich studiów. Na trwałe w mojej pamięci pozostały jej słowa – *Pamiętaj, ty masz opowiedzieć historię tego pacjenta. To jest chłopiec, który dużo przeszedł i ty musisz wiedzieć, co chcesz przekazać w trakcie swojego wystąpienia.* Historia tego chłopca stała się dla mnie ważna, czułam ciężar odpowiedzialności płynący z tego, że ktoś powierza mi kawałek swojego życiorysu. W trakcie tej pracy zobaczyłam dużo niezawinionego cierpienia i kiedy przyszedł dzień konferencji poczułam ulgę, że mogę przedstawić tę historię moim kolegom i koleżankom, przekazać dalej lekcję, którą sama odebrałam, podzielić się doświadczeniem.

Kiedy emocje opadły, pomyślałam, że być może we współczesnej medycynie nie da się oddzielić lekarza od naukowca i społecznika; przypuszczam, że najlepszym z nas może uda się połączyć te role. Uważam, że warto próbować. ■

* Katedra Żywienia Klinicznego, Zakład Żywienia Klinicznego i Dietetyki; kierownik jednostki dydaktycznej – prof. dr hab. Sylwia Małgorzewicz

GABRIELA HRYNIEWICZ

Psychiczne wytchnienie

MAGDALENA LOREK
Studentka I roku studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo, Dyskusyjny Klub Książki BG GUMed

PSYCHICZNE WYTCHNIENIE

Okres Świąt Bożego Narodzenia to czas, w którym możemy trochę przystopować. Po intensywnych pierwszych 3 miesiącach roku akademickiego nareszcie znajdziemy chwile spokoju w gronie najbliższych. Takich wolnych chwil podczas studiów jest mało, więc warto wykorzystać je na relaks. Myśląc o Świętach, jako idealnym momencie przystopowania, przypominają mi się wakacje. Bo to właśnie wtedy mój umysł postanowił odłączyć się od rzeczywistości i dał mi odczucie derealizacji. Chcąc podzielić się tym dość ciekawym i niecodziennym doświadczeniem, wyjaśnię czym właściwie jest wspomniana **derealizacja** i jak sobie z nią radzić.

Derealizacja jest poczuciem odrealnienia, bycia w innym świecie. Osoba z derealizacją wie, gdzie się znajduje, z kim rozmawia, co robi, ale ma poczucie bycia „za szybą". Wie, że coś jest nie tak, że wcześniej tego poczucia nie było. Derealizacja zaostrza się w momentach rozmyślania o niej, nakręcaniu się uczuciem lęku, ciągłym określaniu i nazywaniu jej. To poczucie może wydawać się niepojęte, wręcz nierealne, prawda?

Przyczyną derealizacji może być długotrwałe nakumulowanie stresu, tłumienie emocji. Pojawia się najczęściej w wyniku lęku, ale także w momencie, kiedy organizm wie, że nareszcie nadszedł moment odpoczynku.

O uczuciu lęku pisze Stefanie Stahl w swoim poradniku *Jak myśleć o sobie dobrze?*

Lęk jest uczuciem zawsze skierowanym ku przyszłości. (…) pełni w naszym życiu funkcję samozachowawczą – ostrzega przed niebezpiecznymi sytuacjami i pomaga zachować ostrożność. Z tego względu jest zasadniczo pożytecznym uczuciem. (…) decydującą rolę w pojawianiu się lęku odgrywa wewnętrzne nastawienie, z jakim podchodzimy do konkretnej sytuacji. Samo wydarzenie wcale nie musi budzić lęku, to raczej nasze myśli o zbliżającym się zdarzeniu wywołują lęk. (…) Umiejętność radzenia sobie z lękiem polega na ich akceptacji. Oznacza to uznanie ich za część

→

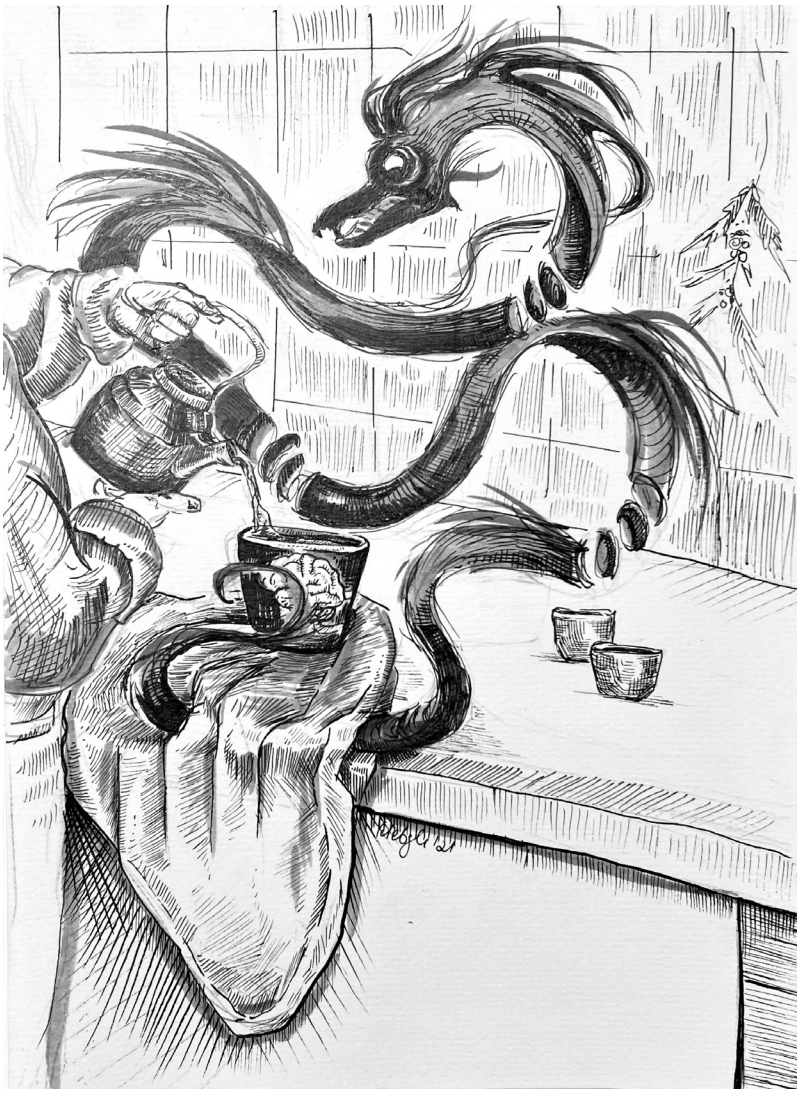
własnej osoby. Im bardziej człowiek lekceważy swoje lęki i w duchu je piętnuje, tym stają się potężniejsze.[1]

Stefanie Stahl podkreśla, że radzenie sobie z lękiem polega na jego akceptacji. Ta zasada tyczy się również wszystkich emocji. Dobrym nawykiem jest zauważanie swoich emocji, nazywanie ich i pozwolenie im być.

Nakumulowany stres, emocje, przeżycia, mogą odbić się na nas w najmniej spodziewanym momencie. U mnie wytchnieniem, które nastąpiło (wręcz musiało nastąpić) w wyniku długotrwałego stresu związanego z nauką, kończeniem studiów I stopnia, pisaniem pracy licencjackiej, było poczucie odrealnienia.

Przydatnym ćwiczeniem w derealizacji, które ma na celu „sprowadzenie do rzeczywistości", wymuszenie skupienia, wywołanie spokoju, przywrócenie świadomości własnego ciała, bycia obecnym w danej chwili, jest **technika 5-4-3-2-1**, która opiera się na:

- nazwaniu 5 przedmiotów, które się widzi (wzrok),
- wymienieniu 4 rzeczy, które można dotknąć (dotyk),
- zauważeniu 3 dźwięków (słuch),
- dostrzeżeniu 2 rzeczy, które można poczuć (węch),
- wymienieniu 1 rzeczy, którą można posmakować (smak).



rys. Ewa Celebąk

Istnieje również **technika uziemienia**, która polega na:

- zapisaniu jak się teraz czujesz,
- postawieniu stóp na podłodze, aby je poczuć,
- wizualizacji bezpiecznego miejsca (warto sobie takie wymyślić: może to być np. piękna tropikalna wyspa na środku oceanu)[2].

Wydawać by się mogło, że wymienione ćwiczenia nie są czymś trudnym, ale w momencie trwania derealizacji akceptacja jej była dla mnie jedną z najtrudniejszych psychicznie rzeczy jaką przyszło mi zrobić... Bo jak zaakceptować coś, czego wcześniej nie było i było dobrze, normalnie? W poradzeniu sobie z derealizacją pomogły mi wspomniane ćwiczenia, wizyta u specjalistów oraz pełne zaakceptowanie tego poczucia.

Czasem ciężko jest przyznać przed samym sobą, że potrzebujemy porady specjalisty, a nie powinniśmy wstydzić się korzystania z pomocy psychologa czy psychiatry – specjalistów od zdrowia psychicznego! W tym nie ma nic wstydliwego. To oni mogą nas dokładnie nakierować i wspomóc w akceptacji naszego odmiennego stanu psychicznego czy walce ze złymi myślami. Ci specjaliści mogą nam bardzo pomóc, jednak to my sami (a w szczególnej mierze nasze myślenie) odgrywamy kluczową rolę w drodze do poprawy naszego stanu psychicznego. Także podsumowując: odpocznijcie ile się da w te Święta i pamiętajcie – czasem warto wrzucić na luz i po prostu pozwolić sobie odpuścić. ■

MAGDALENA LOREK

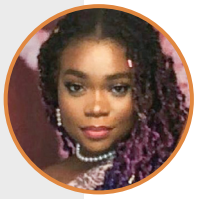
[1] Stahl Stefanie *Jak myśleć o sobie dobrze?* Wydawnictwo Otwarte, 2020

[2] Post z konta instagram: psychoterapia.cbt

Breaking the stereotype

international edition

DUNDALK, IRELAND



My name is **SHIRLEY JOHN,**
I'm a V year medical student at the MUG
and I am from **Dundalk, Ireland**.

Ireland is an island in the North Atlantic. It is divided 4/5th into the Republic of Ireland (also known as Ireland) with Dublin as its capital, and 1/5th Northern Ireland which is part of the United Kingdom, with its capital being Belfast in County Antrim and County Down.

I grew up in the province of Ulster, in County Monaghan. Later I moved to Dundalk, County Louth, a neighboring county at the age of 16. My family and I have been residents there ever since. Louth is also referred to as "The wee county" as it is the smallest of Ireland's 32 counties. It is divided into 2 main towns – Dundalk and Drogheda, with Drogheda being the largest of the two and Dundalk being the capital.

Despite the county's small acreage, it is rich in military history. Many battles were fought here against the Vikings, Normans, Scots, English and more. Today, this county is deeply diverse and home to many from the United Kingdom, Poland, Lithuania, Nigeria, Latvia, Pakistan, USA, Romania, China and India. Given that it is a small historic town, there isn't much of a bustling social/night life for young people. Unless of course they're interested in historical structures like the Neolithic monuments of Newgrange, the megalithic burial site of Brú na Bóinne, remains of centuries-old monasteries like Mainistir bhuithe and many more historical sites and architecture. But most commonly, people travel to the country's 2 capitals, Dublin and Belfast or other bigger counties for a more fun and modern experience.

Ireland is best known for its 3 Bs: Beef, Beer and Butter. With our rich heritage of dairy, sheep and cattle farms, it's no wonder that Irish Guinness beef stew and Guinness pie are world renowned. The staple food in Ireland is of course potatoes, or as we call them, spuds. You can be sure to find this at any dinner table or pub in town. Ireland is also known for its rich *Full Irish Breakfast* which includes bacon

→

Nazywam się **SHIRLEY JOHN**,
jestem studentką V roku kierunku lekarskiego
i pochodzę z **Dundalk** w **Irlandii.**

Irlandia to wyspa na północnym Atlantyku. Dzieli się na dwie części: 4/5 terenów zajmuje Republika Irlandii (czyli Irlandia) ze stolicą w Dublinie, a 1/5 wyspy stanowi Irlandia Północna, która jest częścią Zjednoczonego Królestwa, ze stolicą w Belfaście w hrabstwach Antrim i w hrabstwie Down.

Dorastałam w prowincji Ulster w hrabstwie Monaghan. Gdy miałam 16 lat przeniosłam się do Dundalk w sąsiednim hrabstwie Louth, gdzie obecnie mieszka moja rodzina. Louth jest również określane jako „hrabstwo *wee*", ponieważ jest najmniejszym z 32 hrabstw Irlandii. Mieszczą się tu 2 główne miasta: Dundalk i Drogheda, przy czym Drogheda jest największa, ale Dundalk jest stolicą hrabstwa.

Mimo niewielkiego obszaru powiat ma bogatą historię militarną. Stoczono tam wiele bitew z Wikingami, Normanami, Szkotami, Anglikami i nie tylko. Dziś region ten jest bardzo zróżnicowany pod względem mieszkańców – stał się domem dla przybyszów z Wielkiej Brytanii, Polski, Litwy, Nigerii, Ło-

→

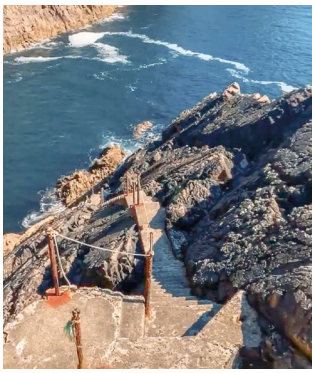
Silent valley park (Co. Down] / Park Silent valley w hrabstwie Down | źródło zdjęcia – archiwum własne Autorki

(AKA rashers), sausages (AKA bangers), baked beans, eggs, black (blood) and white pudding, mushrooms, grilled tomatoes, and perhaps some leftover potatoes fried into a hash brown. There will also be toast, butter, marmalade, and lots of tea to drink. You are sure to be served this at any bed & breakfast, hotel or traditional eatery in Ireland.

Ireland is poetically known as the Emerald Isle due to its vast green countryside. From the rocky cliffs and mighty green glens to the Ivy-covered castles and shimmering azure Irish sea, this reputation is truly earned. You can be the judge of this yourself (if you're nature-inclined) when visiting popular outdoor tourist attractions like: The Giant's Causeway in Co. Antrim, The Cliffs of Moher in Co. Clare, Ring of Kerry in Co. Kerry, and Kleymor Castle in Co. Galway.

If you're more of a partygoer in need of an Irish twist, then Dublin city centre is the place for you. Dublin has a fantastic nightlife with numerous clubs, bars, restaurants and pubs at every turn. It is the envy of many cities. But trust that no matter where you find yourself in Ireland, you're always a stone's throw away from at least 3 pubs ready to serve you traditional Irish music, Irish dancing *agus a lán craic* (and a lot of fun/good time)!

There are a few stereotypes of the Irish I have heard over the years. Like all Irish are red-headed, they say *Top of the morning to ya* and that all Irish are drunkards. While Ireland does have the highest occurrence of natural redheads in the world, only 10% of the population has red hair. So, encountering a natural Irish redhead is actually quite rare – so rare in fact that they hold an annual convention to meet other red-ha-



Aranmore Island / wyspa Aranmore | źródło zdjęcia – archiwum własne Autorki

twy, Pakistanu, USA, Rumunii, Chin i Indii. Biorąc pod uwagę, że jest to małe, historyczne miasto, młodzi ludzie nie mają zbyt wiele miejsc, gdzie mogą zaznać towarzyskiego, nocnego życia. Ale za to jest co zwiedzać – jeśli interesują ich zabytki. Mieszczą się tam: neolityczne pomniki Newgrange, megalityczne miejsce pochówku Brú na Bóinne, pozostałości stuleci – stare klasztory, takie jak Mainistir bhuithe i wiele innych historycznych miejsc. Najczęściej jednak mieszkańcy kraju w poszukiwaniu wrażeń podróżują do dwóch stolic kraju – Dublina i Belfastu lub do innych większych hrabstw.

Irlandia jest najbardziej znana z tzw. *3B: Beef* (wołowiny), *Beer* (piwa) i *Butter* (masła). Dzięki naszemu bogatemu dziedzictwu, jakim jest hodowla bydła mlecznego i owiec, irlandzki gulasz wołowy albo ciasto na bazie piwa Guinness są znane na całym świecie. Podstawowym pożywieniem w Irlandii są oczywiście ziemniaki – nazywamy je *spuds*. Możecie być pewni, że ziemniaki znajdą się na stole podczas obiadu w każdym domu lub w restauracji. Irlandia jest również znana z bogatego *pełnego irlandzkiego śniadania*, na które składa się: bekon w plastrach, kiełbaski zwane *bangery*, fasolka po bretońsku, jajka, kaszanka i biała kaszanka, grzyby, grillowane pomidory i być nawet trochę przysmażonych ziemniaków. Będzie też tost, masło, marmolada i dużo herbaty. Takie śniadanie serwują na pewno w każdym pensjonacie, hotelu lub tradycyjnej restauracji w Irlandii.

Irlandia jest poetycko nazywana Zieloną lub Szmaragdową Wyspą ze względu na jej rozległe krajobrazy. Od skalistych klifów i potężnych zielonych dolin po porośnięte bluszczem zamki i lśniące lazurowe Morze Irlandzkie, ta reputacja jest naprawdę zasłużona. Jeśli lubicie kontakt z naturą, to sami możecie się o tym przekonać, odwiedzając popularne atrakcje turystyczne, takie jak: Giant's Causeway (Grobla Olbrzyma) w hrabstwie Antrim, Klify Moheru w hrabstwie Clare, Ring of Kerry w hrabstwie Kerry i Zamek Kleymor w hrabstwie Galway.

Imprezowicze poszukujący irlandzkiej atmosfery, powinni wybrać się zaś do centrum Dublina. To miasto oferuje fantastyczne życie nocne z licznymi na każdym kroku klubami, barami, restauracjami i pubami, co jest przedmiotem zazdrości wielu innych miast. Możecie być jednak pewni, że bez względu na to, w jakim miejscu Irlandii się znajdziecie, zawsze będziecie o tzw. rzut kamieniem od co najmniej 3 pubów z tradycyjną muzyką irlandzką, irlandzkim tańcem *agus a lán craic* (oraz mnóstwem dobrej zabawy)!

Słyszałam o kilku stereotypach dotyczących Irlandczyków, m.in. że wszyscy jesteśmy rudowłosi, że mawiamy *Top of the morning to ya* i że wszyscy jesteśmy pijakami. Chociaż w Irlandii występuje najwięcej na świecie rudych osób, stanowią oni tylko 10% populacji kraju. Tak więc spotkanie naturalnego irlandzkiego rudzielca jest w rzeczywistości tak rzadkie, że co roku w hrabstwie Cork

Malin head (Co. Donegal) / Malin head w hrabstwie Donegal | źródło zdjęcia – archiwum własne Autorki

ired people in County Cork. As for *Top of the morning to ya*, any Irish person will inform you that they have never heard even one of their countrymen say those words. Though this phrase did originate in Ireland, it is now simply a stereotypical "Irishism". It would be incredibly rare if you are ever greeted in such a way in Ireland. Given that Ireland was 2nd out of 194 countries surveyed for rates of binge drinking in 2015, the stereotype about Irish being drunks isn't one they can exactly argue with. There are 58 pubs in Dundalk town alone, so as I stated before, you're never more than a stone's throw away from at least 3 pubs and socializing with the locals. ■

organizowany jest zlot rudowłosych, aby mogli się poznać. Jeśli chodzi o *Top of the morning to ya*, każdy Irlandczyk poinformuje Cię, że nigdy nie słyszał, by którykolwiek z jego rodaków wypowiedział takie słowa. Chociaż rzeczywiście to zdanie pochodzi z Irlandii, obecnie jest po prostu archaizmem – byłoby to czymś wyjątkowym i rzadkim, gdybyś rzeczywiście został w taki sposób powitany w Irlandii. Biorąc pod uwagę, że pod kątem wskaźników upijania się w 2015 r., Irlandia zajęła drugie miejsce wśród badanych 194 krajów, to trudno obalić ten stereotyp. W samym mieście Dundalk jest np. 58 pubów, więc jak wspomniałam wcześniej, zawsze jesteś o krok od pubu i spotkań towarzyskich. ■

Guiness beef stew

INGREDIENTS:

- ✓ 6 ounces of bacon, diced
- ✓ 2 pounds of beef chuck
- ✓ 3 tablespoons all-purpose flour
- ✓ 2 medium-large yellow onions, chopped
- ✓ 3 cloves of garlic, minced
- ✓ 4 medium, firm potatoes, cut into 1/2 inch pieces
- ✓ 2 ribs celery, chopped into 1/2 inch pieces
- ✓ 1 large parsnip, chopped into 1/2 inch pieces
- ✓ 1 bottle (16oz) Guinness Extra Stout
- ✓ 1 cup beef broth
- ✓ 2 tablespoons Worcestershire sauce
- ✓ 1/4 cup tomato paste
- ✓ 1 teaspoon dried thyme
- ✓ 1 teaspoon dried rosemary
- ✓ 1 1/2 teaspoon salt
- ✓ 1/4 teaspoon black pepper
- ✓ 2 bay leaves

Cut the beef across the grain into 1-inch pieces. Sprinkle with some salt, pepper and the flour and toss to coat the pieces. Set aside. Fry the bacon in a Dutch oven or heavy pot until done then remove it with a slotted spoon, leaving the bacon drippings in the pan. Working in batches and being careful not to overcrowd the pieces, generously brown the beef on all sides. Transfer the beef to a plate and repeat until all the beef is browned. Add the onions and fry them, adding more oil if necessary, until lightly browned, about 10 minutes. Add the garlic and cook for another minute. Add the vegetables and cook for another 5 minutes. Add the Guinness and bring it to a rapid boil, deglazing the bottom of the pot (scraping up the browned bits on the bottom). Boil for 2 minutes. Return the beef and bacon to the pot along with the remaining ingredients and stir to combine. At this point you can transfer everything to a slow cooker if you prefer. Follow the remaining steps and then cook on LOW for 6-8 hours or on HIGH for 3-4 hours. Bring it to a boil. Reduce the heat to low, cover and simmer for 2 hours. Add salt and pepper to taste. Serve with some crusty country bread or Irish soda bread. This soup is even better the next day.

źródło zdjęcia – flickr

Gulasz wołowy na Guinessie

SKŁADNIKI:

- ✓ ok. 170 g boczku pokrojonego w kostkę
- ✓ ok. 900 g karkówki wołowej
- ✓ 3 łyżki mąki
- ✓ 2 średnie lub duże posiekane żółte cebule
- ✓ 3 rozgniecione ząbki czosnku
- ✓ 4 średnie, twarde ziemniaki, pokrojone w dużą kostkę
- ✓ 2 łodygi selera naciowego, pokrojone w kostkę
- ✓ 1 duży pasternak pokrojony w kostkę
- ✓ 1 butelka piwa Guinness Extra Stout
- ✓ 1 szklanka bulionu wołowego
- ✓ 2 łyżki sosu Worcestershire
- ✓ 1/4 szklanki koncentratu pomidorowego
- ✓ 1 łyżeczka suszonego tymianku
- ✓ 1 łyżeczka suszonego rozmarynu
- ✓ 1 i 1/2 łyżeczki soli
- ✓ 1/4 łyżeczki czarnego pieprzu
- ✓ 2 liście laurowe

Pokrój wołowinę w poprzek włókien na 1,5 cm kawałki. Posyp solą, pieprzem i mąką; wymieszaj, aby równo obtoczyć wszystkie kawałki. Odłóż na bok. Smaż bekon w kociołku (*Dutch oven*) lub ciężkim garnku, aż będzie gotowy, a następnie wyjmij go łyżką cedzakową, pozostawiając tłuszcz na patelni. Podsmaż na tym tłuszczu wołowinę, obficie ją przyrumieniając ze wszystkich stron. Usmażoną przełóż na talerz i powtarzaj smażenie partiami. Dodaj na pozostały tłuszcz cebulę i podsmaż ją aż lekko się zrumieni, około 10 minut. W razie potrzeby dodaj więcej oleju. Dodaj czosnek i smaż jeszcze przez minutę. Dodaj warzywa i duś przez kolejne 5 minut, dodaj bulion. Dolej Guinnessa i szybko zagotuj, usuwając glazurę z dna garnka (zeskrobując zrumienione kawałki na dnie). Gotuj przez kolejne 2 minuty. Przełóż wołowinę i boczek do garnka wraz z pozostałymi składnikami i wymieszaj. Teraz możesz przenieść wszystko do wolnowaru. Postępuj zgodnie z pozostałymi wytycznymi, a następnie gotuj na LOW przez 6-8 godzin lub na HIGH przez 3-4 godziny. Doprowadź do wrzenia. Zmniejsz ogień, przykryj i gotuj przez 2 godziny. Dodaj sól i pieprz do smaku. Podawaj z chrupiącym wiejskim chlebem lub irlandzkim chlebem sodowym. Danie jest jeszcze lepsze następnego dnia.

SHIRLEY JOHN

UCZELNIA BADAWCZA
INICJATYWA DOSKONAŁOŚCI

Wydawnictwo Gdańskiego
Uniwersytetu Medycznego

ul. Dębinki 7
Budynek nr 1,
pok. 316, III piętro
80-211 Gdańsk

Zapraszamy wszystkich, którzy chcą podzielić się wiedzą, pasjami, sukcesami indywidualnymi lub swoich jednostek uczelnianych do nadsyłania tekstów. Czekamy także na Państwa sugestie oraz opinie.

gazeta@gumed.edu.pl
gazeta.gumed.edu.pl