



doKtor

BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ZIELONEJ GÓRZE
nr 4 (154) rok 35 Zielona Góra, PAŹDZIERNIK • LISTOPAD • GRUDZIEŃ 2024 rok ISSN 1426-1162

Hospicjum
im. Lady Ryder
of Warsaw
w Zielonej
Górze



Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Świąteczno-noworoczne wydanie naszego biuletynu skłania do podsumowań naszych osiągnięć lub wręcz przeciwnie naszych porażek. Czy udało nam się uniknąć tych drugich? Mimo

Lekarskiej z zajmowanego stanowiska. Wniosek taki w listopadzie wpłynął do Krajowej Komisji Wyborczej. W trakcie trudnego pełnego emocji posiedzenia po zasięgnięciu opinii prawnych w sposób demokratyczny członkowie komisji uznali, że nie prześlą pod obrady Naczelnej Rady Lekarskiej wniosku złożonego przez delegata na KZL, uznając, że w tej sprawie ma zastosowanie *lex specialis* wynikające z art. 32 ust 3 pkt 3, przyznający prawo do złożenia wniosku o zwołanie NKZL i głosowanie w sprawie odwołania Prezesa jedynie dla co najmniej 8 okręgowych rad lekarskich, komisji rewizyjnej lub 1/3 delegatów na KZL. Uchwała Krajowej Komisji Wyborczej w tej sprawie była wykuwana w żarze dyskusji i emocji, targających członkami KKW i była niejednorodna. Była to jednak decyzja oparta na poszanowaniu zasad demokracji i suwerenności.

Niestety u wielu lekarzy sposób zarządzania samorządem lekarskim sprawowany przez Pana Prezesa budzi

o wewnętrzne, jeszcze raz podkreślę – wewnętrzne – demokratyczne regulacje i procedury.

Zasada „No fault”. Dając wiary przedstawicielom prezydium NRL, którzy za priorytetowy cel na bieżącą kadencję wskazali doprowadzenie do lobbingu na temat jej wprowadzenia do obrotu prawnego – nigdy wcześniej nie było tak blisko do jej wdrożenia. Daje to możliwość umiarkowanego optymizmu. Jednak przekonani ubiegłymi doświadczeniami można rzec uwierzę jak zobaczę podpisaną ustawę, której na razie nie ma. Są pewne przejawy procedur ubezpieczeniowych, które powoli są wdrażane, jako przygotowanie do możliwości wprowadzenia klauzuli wyższego dobra, ale jak dotąd nie spełniają one naszych oczekiwań.

System do wyborów elektronicznych. Niestety mimo, iż od 1.01.2025 r. rusza proces wyborczy jak dotąd nie odbyły się jeszcze testy nowego systemu w poszczególnych okręgowych izbach lekarskich. Być może od 20 grudnia po najbliższym

Prezesowe konteksty

usilnych starań wydaje się jednak, że nie wszystko poszło po naszej myśli. Ale nie zaczynamy od pesymistycznych informacji, do których przyjdzie czas powrócić w tym jeszcze felietonie.

Ostatnie nasze spotkanie na łamach „Doktora” miało miejsce po Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy, podczas którego zostały przyjęte nowy Kodeks Etyki Lekarskiej oraz Regulamin Wyborów umożliwiający głosowanie w trybie elektronicznym, który poszerzył dotychczasowe możliwości głosowania osobistego w lokalu wyborczym i korespondencyjnego.

W bieżącym felietonie chciałbym przekazać Państwu kilka informacji, które nurtują środowisko lekarskie w obszarze ogólnopolskim jak również lokalnym.

Jednym z problemów samorządu lekarskiego, z którym ostatnio przyszło nam się zmierzyć jest wniosek o zwołanie Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy, który miałby się zająć trudnym problemem – głosowania w sprawie odwołania urzędującego Prezesa Naczelnej Rady

sprzeciw. Nie zgodzili się Oni również z decyzją KKW. Dlatego skorzystali z zapisów przywołanego już wyżej zapisu art. 32 ust 3 pkt 3. W wyniku prac okręgowych rad lekarskich – 9 z nich podjęło uchwały o zwołanie NKZL i głosowanie w sprawie odwołania Pana Prezesa z zajmowanego stanowiska. W trakcie gdy piszę ten felieton, sprawa jest jeszcze przed jej rozpatrzeniem przez KKW i Naczelną Radę Lekarską. O wynikach poinformuję Państwa w kolejnym numerze naszego biuletynu. Jest to bardzo trudna sytuacja dla całego naszego środowiska, tym bardziej w obliczu trudnych spraw którymi zajmujemy się w kontaktach z naszymi adwersarzami na różnych poziomach władzy. Musimy się z tym jednak zmierzyć w sposób demokratyczny, kulturalny i merytoryczny, aby wyjść z tej sytuacji rozwiewając wszelkie niedomówienia i rozwiązując problemy wewnątrz samorządu lekarskiego, który przypomnę tworzymy wszyscy – lekarze i lekarze dentyści. Jest to nasz problem i powinniśmy go rozwiązać w oparciu

posiedzeniu Krajowej Komisji Wyborczej, podczas którego szef działu IT ma zapoznać komisję z wynikami testów wewnętrznych prowadzonych pod nadzorem informatyków Naczelnej Izby Lekarskiej program zostanie przekazany do testów w okręgach. O tym dowiemy się lada dzień. Tym czasem zadaniem NRL będzie stworzenie odpowiednich zapisów prawnych umożliwiających respektowanie prawa o ochronie danych osobowych. Na taką konieczność wskazała Inspektor Ochrony Danych Osobowych Naczelnej Izby Lekarskiej.

Szanowni Państwo

Przechodząc na teren samorządu lokalnego pozwólcie że podzielę się z Państwem kilkoma aktywnościami, którymi próbujemy odpowiadać na potrzeby naszego środowiska.

Winobraniowy Turniej Tenisa odbył się we wrześniu dzięki ogromnemu zaangażowaniu dr. Józefa Safiana. Po raz kolejny do Zielonej Góry zjechali lekarze promujący aktywny styl życia. Mimo problemów z niesprzyjającą aurą turniej cieszył się sporym zainteresowaniem,

a jego uczestnicy mam nadzieję, że zabrali jedynie wspaniałe wspomnienia z pobytu w Winnym Grodzie.

Końcem września w poczet członków samorządu przyjęliśmy „świeżo upieczonych” lekarzy i lekarzy dentyków, których skierowaliśmy do odbycia stażu podyplomowego. Po trudach ciężkiej, sześciolletniej nauki nasze Koleżanki i Koledzy odebrali swoje pierwsze prawa wykonywania zawodu. Życzę Wam, abyście się realizowali w niesieniu pomocy potrzebującym i szlifowali swoją wiedzę i praktykę do profesjonalnego, holistycznego wykonywania zawodu.

Natomiast w listopadzie grupa ponad 70 lekarzy, którzy ukończyli staż podyplomowy odebrali stałe prawa wykonywania zawodu. Wzorem lat ubiegłych podczas tej uroczystości 10 naszych lekarzy seniorów, którzy swoje życie zawodowe niejednokrotnie w trudnych warunkach aprowizacyjnych, sprzętowych z pełnym zaangażowaniem poświęcili drugiemu, choremu, potrzebującemu pomocy człowiekowi zostali wyróżnieni odznaczeniem Ministra Zdrowia „Za zasługi w Ochronie Zdrowia”. Do grona wyróżnionych należą: dr Alfred Bielewicz, dr Jadwiga Chlebowska, dr Kazimiera Jurewicz, dr Krystyna Jaskulska, dr Laura Kamińska-Podolak, dr Danuta Lewicka-Sobecka, dr Teresa Bielewicz, dr Teresa Kliszcz-Pętalska, dr Zofia Daszkiewicz, dr Zofia Żyta. Nie wszyscy wyróżnieni mogli przybyć na tę uroczystość, jednak Ci, którzy nie mogli wziąć w niej udziału zostaną odznaczeni przy najbliższych okazjach. Wszystkim Państwu składam najserdeczniejsze gratulacje. Naszej lekarskiej młodzieży życzę samych sukcesów w realizacji zadań, które położy przed Wami ukochana MEDYCYNA i proszę, abyście nie zapominali o starszych niejednokrotnie schorowanych naszych Koleżankach i Kolegach Lekarzach i Lekarzach dentykach, którzy po okresie swojej aktywności zawodowej teraz potrzebują Waszej pomocy. Niestety nie poskutkują tu nasze apele do Ministra Zdrowia o umieszczenie lekarzy na liście osób, którzy mogą korzystać z opieki lekarskiej poza kolejnością, jeżeli my młodszy lekarze nie będziemy poczuwali się do tego przywileju, aby im pomóc. O to bardzo Was proszę.

W listopadzie dzięki wielkiemu zaangażowaniu członków komitetów naukowego pod przewodnictwem Pana

profesora Pawła Jarmużka i komitetu organizacyjnego pod moim przewodnictwem odbyła się I interdyscyplinarna konferencja naukowa pod hasłem „Lubuska Medycyna dziś i jutro”. W konferencji, która składała się z dwóch równoległych sesji naukowych: ogólnej i stomatologicznej wzięło udział około 150 osób. Dzięki zaangażowaniu i wsparciu naszych patronów i sponsorów mogliśmy spotkać się by porozmawiać o możliwościach i ograniczeniach medycyny na naszym terenie. Wykłady odbywały się w salach Urzędu Marszałkowskiego. Dzięki sponsorom mogliśmy oprócz zgłębianej wiedzy cieszyć się również strawą dla ciała. Wieczorem w zielonogórskiej Palmiarni odbyło się spotkanie integracyjne przy bogato zastawionych stołach i towarzyszącej nam muzyce. W trakcie konferencji prezentowali się również studenci Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego, którzy z tej okazji przedstawili ponad 20 wystąpień posterowych. Najlepszy poster, wybrany w głosowaniu przez uczestniczących w konferencji uzyskał nagrodę Prezesa Okręgowej Rady lekarskiej w Zielonej Górze. Mam nadzieję, że podzielacie Państwo moją opinię, iż był to wielki sukces naszego samorządu. Proszę pozwolić, że wymienię członków komitetu naukowego: prof. Paweł Jarmużek, prof. Paweł Golusiński, prof. Jarosław Hiczekiewicz, dr Urszula Kawalec-Hurny, dr Jacek Kotuła, dr Hanna Łuczak-Aszkowska, prof. Dawid Murawa, dr Róża Poźniak-Balicka, prof. Ewa Skorek, dr Mariusz Szwiec, dr Mariusz Paweł Witczak, dr Grzegorz Ziolo; oraz komitetu organizacyjnego: dr Jacek Kotuła, dr Ewa Joniec, Katarzyna Lebiotkowska, dr Marzenna Plucińska, dr Mariusz Paweł Witczak, prof. Agnieszka Ziółowska. Jeszcze raz serdecznie Państwu dziękuję za Wasze zaangażowanie, wszelkie cenne uwagi i wszelką możliwą pomoc w przeprowadzeniu naszej konferencji.

Serdeczne podziękowania składam również naszym patronom honorowym: Wojewodzie Lubuskim, Marszałkowi Województwa Lubuskiego, Prezydentowi Miasta Zielone Góra, Burmistrzowi Sulechowa, Dyrektorowi Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Zielonej Górze, Prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Wielkie podziękowania składam również naszym

sponsorom bez wsparcia których konferencja nie była by tak okazała: Okręgowej Radzie Lekarskiej W Zielonej Górze, Marszałkowi Województwa Lubuskiego, Wydziałowi Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, Prezydentowi Miasta Zielone Góra, Burmistrzowi Sulechowa, oraz firmom: Aneks, American Orthodontics, Optident, Ortho-Trading, Zentiva, Biofarm.

Więcej o programie sesji ogólnej konferencji przeczytacie Państwo w felietonie dr Włodzimierza Janiszewskiego. Pozwólcie Państwo, że w tym miejscu na chwilę zatrzymam się na sesji stomatologicznej. Do zaprezentowania wykładów nasze zaproszenie przyjęli: prof. Beata Kawala, która przedstawiła prezentację na temat interdyscyplinarnego leczenia ortodontyczno-periodontologicznego; prof. Agata Czajko-Jakubowska – omówiła problem resorpcji korzeni zębów jako problem nie tylko będący skutkiem leczenia ortodontycznego, prof. Krzysztof Woźniak – omówił zasady diagnostyki ortodontycznej w praktyce ogólnostomatologicznej, prof. Piotr Fudalej omówił zasady stosowania leczenia alignerami, prof. Tomasz Gedrange – wskazał na zastosowanie radiologii w ortodoncji w szczególności analizy CBCT, dr Anna Ewa Kuc – omówiła resorpcje korzeni zębów trakcie leczenia ortodontycznego, dr Magdalena Pięłunowicz omówiła wpływ leczenia ortodontycznego na jakość snu u pacjentów w wieku rozwojowym, dr Jacek Kotuła; wygłosił prezentację na temat nowych pomiarów cefalometrycznych w ocenie dyskrepancji strzałkowej oraz wskazania ortodontyczne z którymi lekarz stomatologii ogólnej powinien skorzystać z pomocy specjalisty.

Serdecznie dziękuję wszystkim wykładowcom obu sesji oraz wszystkim Państwu, którzy aktywnie uczestniczyliście w tym święcie lubuskiej medycyny.

Od października Okręgowa Rada Lekarska proponowała wszystkim lekarzom i lekarzom dentykom możliwość skorzystania z lekcji języka angielskiego, które odbywają się w formule on-line oraz w kursie tańca. Zajęcia taneczne odbywają się w poniedziałki, a lektoraty w piątki. Na prośbę uczestników obu aktywności zamierzamy przedłużyć je do czerwca.

W październiku wraz z lekarzami seniorami przewodniczący komisji emerytów i rencistów dr Mariusz Paweł

Witczak zorganizowała wycieczkę do czeskiej Pragi. Oprócz zwiedzania pięknego starego miasta oraz uczestnictwa w uroczystej odprawie wart honorowych pod pałacem prezydenckim mieliśmy możliwość uczestniczenia w wieczorku kultury czeskiej. Pełna integracja i fantastyczne wrażenia wpłynęły, że we wspólnych humorach wróciliśmy do Zielonej Góry. Serdecznie zapraszamy do włączenia się i do udziału w kolejnej wycieczce, o której myśli już przewodniczący KEiR. Mariuszkę bardzo Ci dziękuję.

Mówiąc o integracji pozwólcie Państwo, że wspomnę na kolejne aktywności, które realizujemy jako samorząd. Po raz pierwszy zorganizowaliśmy dla lekarskich dzieci mikołajki. Bardzo się cieszę, że zainteresowanie przerosło nasze oczekiwania. Ponad 90 dzieci bawiło się 13 grudnia w Sali zabaw dla dzieci. Był smaczny poczęstunek, spotkanie z pluszowym misiem, no i oczywiście główny gość – Mikołaj, który obdarował wszystkie dzieci drobnymi podarunkami. Dziękuję za tak liczną odpowiedź i zainteresowanie. Mam nadzieję, iż spotkamy się niebawem na kolejnych imprezach organizowanych dla naszych pociech.

Lada dzień w siedzibie naszej izby odbędzie się spotkanie opłatkowe dla seniorów. Będzie jak zawsze możliwość spotkania, podzielenia się opłatkiem, zaśpiewania kolęd i... poczucia że wszyscy jesteście razem i pragniemy łączyć wszystkich lekarzy. Seniorzy jak zawsze licznie potwierdzili swoje uczestnictwo.

Forum Zawodów Zaufania Publicznego, odbyło swoje ostatnie pod moim przewodnictwem posiedzenie. W jego trakcie spotkaliśmy się z prezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Zaproponowaliśmy wspólne spotkania i przybliżenie studentom licznych tematów z zakresu medycyny, i prawa. W kolejnym roku przejmie prezes okręgowej rady aptekarskiej.

Systematycznie pracujemy nad unowocześnieniem naszej strony internetowej. Zostaliśmy już zapoznani z wizualnymi i praktycznymi walorami nowej strony, która będzie korzystała ze wspólnej licencji z Wielkopolską i Zachodniopomorską okręgową izbą lekarską. Mam nadzieję, że zaraz po nowym roku będziemy finalizowali naszą umowę i migrowali treści do nowej

lokalizacji. O postępach będą Państwa informował na bieżąco.

Mam również ogromną prośbę – w związku ze zbliżaniem się wyborów X kadencji – oraz brakami w rejestrach związanymi z niewłaściwymi numerami telefonów oraz adresów e-mail, uprzejmie proszę o przekazywanie aktualnych danych do naszego biura, bądź drogą emailową bądź telefoniczną.

Zamierzamy również w przyszłym roku stworzyć internetowy Portal Obsługi Lekarza, który umożliwi na składanie wniosków w formie elektronicznej. Rozmowy w sprawie tego oprogramowania już trwają i żywię nadzieję, że w kolejnych numerach naszego biuletynu przybliżę Państwu informacje na ten temat.

Od 24 października 2024 r. zakończył się okres przyjmowania przez ministerstwo zdrowia wniosków o wydanie warunkowego prawa wykonywania zawodu dla lekarzy którzy ukończyli studia poza krajami Unii Europejskiej. Wnioski które będą wpływały do MZ po tym terminie nie powinny zostać rozstrzygane.

Przyszedł czas na to co nam się nie udało. Chciałbym wspomnieć o dwóch sprawach. Po pierwsze pisaliśmy do Ministra Zdrowia apel o możliwość przyjmowania lekarzy seniorów poza kolejnością. Przekazaliśmy również taki apel o wsparcie naszej inicjatywy do Prezesa NRL. Niestety mimo naszego zaangażowania – odpowiedź z ministerstwa nie pozostawia złudzeń. Jedyna nadzieja, że my młodsi koledzy widząc, iż któryś z naszych starszych kolegów potrzebuje pomocy – bezinteresownie przyjdziemy mu z pomocą – o co gorąco apeluję.

Druga kwestia dotyczy składek. Jesteśmy zobowiązani poprzez ustawę do systematycznego wspierania samorządu poprzez opłacanie składek członkowskich. Zarówno na prezesie, jak również na skarbniku spoczywa obowiązek ściągłości tych składek. Trudne są to sytuacje, niektórzy z nas zapominają o tym obowiązku i narastają im większe zadłużenia, które są zobowiązani do uregulowania. Bardzo proszę Państwa abyście sprawdzali czy składki są w Waszym imieniu odprowadzane przez pracodawcę. Bardzo proszę aby szczególnie po zmianie pracy lub zakończeniu pracy i nie osiągnięciu przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza

zgłosić taki fakt do izby lekarskiej. Będzie to podstawą do zwolnienia Państwa z konieczności opłacania takiej składki. Jednocześnie w związku z faktem iż składki są ustawowym zobowiązaniem każdy z nas odpowiada za ich regularne regulowanie. Przypominam, że dopiero wiek 70 lat z automatu zwalnia lekarza z konieczności odprowadzania składki na izbę lekarską. Aby zostać zwolnionym z obowiązku uiszczania składki do 70 roku życia należy spełniać określone warunki i złożyć wnioski. W innym wypadku składki będą nadal naliczane. W przypadku narośnięcia większych zaległości można wystąpić do okręgowej rady lekarskiej z prośbą o rozłożenie zaległości na raty. Jednocześnie bardzo proszę aby zrewidować swoje zlecenia stałe. Szczególnie lekarze, którzy nie podlegają już obowiązkowi uiszczania składki. W przypadkach takich nadpłat księgowość zawsze zwraca nadpłaty na Państwa konto, z którego przyszedł przelew.

Proszę pozwolić, że zbliżając się do końca felietonu złożę serdeczne podziękowania pracownikom naszego biura za ich sumienną i oddaną pracę oraz zaangażowanie we wszystkie aktywności, które wprowadzamy systematycznie a które skierowane są do każdego z lekarzy i lekarzy dentyistów.

Szanowni Państwo

Pozwólcie proszę że w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej i własnym złożę każdemu z Państwa oraz Waszym Najbliższym najpiękniejsze życzenia Świąteczne. *Świąt Bożego Narodzenia pełnych miłości, radości i wytchnienia. Spędzonych w gronie najbliższych, z którymi z radością będziemy dzielić się każdą chwilą w trakcie przygotowywania tradycyjnych wigilijnych i świątecznych potraw, śpiewania kolęd i dzielenia się z Miłością białym opłatkiem. Chwili refleksji, wzruszenia, a czasami przebaczenia i pokoju płynącego od rodzącej się w betlejemskim żłobie Miłości. W Nowym Roku spełnienia wszystkich, nawet najskrytszych marzeń i pragnień, realizacji w spokoju swojego powołania, wdzięczności pacjentów i wielu cudownych chwil.*

Wesołych Świąt i Szczęśliwego Nowego Roku.

I z tą pozytywną energią i nadzieją pozostawiam Państwa do naszego kolejnego spotkania.

dr n. med. Jacek Kotuła – Wasz prezes

Kulą w płot: O śmierci wiemy... Radykalnie nic



REDAKTOR NACZELNY

DR N. MED. PRZEMYSŁAW ZAKOWICZ,

LEKARZ SPECJALISTA PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY
COLLEGIUM MEDICUM, UZ.

Nowy Rok przywołuje refleksję na temat upływu czasu...

Tego dnia Alexander obudził się w bardzo złej kondycji. Budzik wskazywał 6:30 rano, był poniedziałek... Tępy, rozlany ból głowy nie pozwalał wstać z łóżka, przy każdej próbie podniesienia głowy z poduszki obraz pokoju wirował dookoła, a zawroty głowy przyprawiły o mdłości. Alexander cudem doczołgał się co telefonu, żeby wezwać pomoc, po czym zadzwonił do kliniki z informacją że wszystkie zabiegi, które miał dzisiaj w planie musi wykonać ktoś inny... Nie jest w stanie przyjść do pracy. Dźwięk sygnału pogotowia ratunkowego pamięta, jak przez mgłę... Obudził się w szpitalnym łóżku, kilka dni później, a to co przeżywał w międzyczasie radykalnie odmieniło spojrzenie na rzeczywistość, którą do tej pory oceniał wyłącznie uzbrojonym w racjonalizm okiem neurochirurga.

W obliczu informacji o nieuleczalnej chorobie, człowiek konfrontuje się z procesem adaptacyjnym, który prof. Elisabeth Kuebler-Ross sklasyfikowała w następujących stadiach:

– Zaprzeczenie: „to nie mogło mi się przydarzyć!”, „każdemu innemu, tylko nie mi...”, „na pewno pomyłka w diagnozie!”

– Złość: „ głupi lekarze myślą się co do mojego stanu...”, „to niemożliwe, przecież zawsze dbałem o zdrowie, dlaczego tak szybko!”

– Targowanie się: „a może skorzystam z alternatywnych metod leczenia... W innym mieście jest znany naturoterapeuta, udam się do niego z prośbą o pomoc, przecież na pewno da się coś zrobić.”

– Depresja
– Akceptacja

Badania wykonane na oddziale ratunkowym wskazywały na przypuszczenie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych o bardzo ciężkim i nietypowym przebiegu. Alexander

był zakażony rzadkim w jego grupie wiekowej szczepem bakterii *E.coli K1*, odpowiedzialnym głównie za infekcje u dzieci. Gdy zespół specjalistów głowił się nad jego stanem, podejmując dramatyczne starania o przywrócenie neurochirurga do pracy, on w tym czasie odbywał niecodzienną podróż, do miejsca, o którym każdy z nas czasami myśli. Jak twierdzi, widział to o czym ani ucho nie słyszało, ani oko nie widziało. Widział niebo...

Początek podróży miał charakter reminiscencji z całego życia, oglądał, jakby wyświetlone na ekranie sceny, te dobre i te złe, towarzyszyła temu atmosfera obecności sprawiedliwego sędziego, który nie grzeszy poczuciem humoru i zdaje się wiedzieć o doktorze wszystko. Alexander zrozumiał, ile popełnił błędów, ale również, jakim był człowiekiem, po czym udał się w dalszą podróż. Podróżował w stronę światła o cieplej barwie, w dynamicznym locie przez tunel. Gdy dostał się na jego koniec, rozpostarła się przed nim nowa rzeczywistość, portal do innego świata, w którym panowała atmosfera harmonii i szczęścia. Miał okazję poczuć się pierwszy raz tym, kim chce, był owadem, motylem, ptakiem, a może nawet poczuł, jak to jest być rośliną. Każde ze wcieleń było niesamowitym źródłem doskonałości, by na końcu podróży wrócić do znanego sobie ludzkiego ciała. Informacje o tym że przeżył zagrażającą życiu neuroinfekcję przyjął ze stoickim spokojem, wcale nie było mu w smak, że musi wracać do codziennych obowiązków w klinice. O tym, co przeżył nigdy już nie zapomni i opisze to w swojej głośnej książce Dowód, gdzie przedstawi swój własny pogląd na tzw. doświadczenia bliskie śmierci.

Termin ten został spopularyzowany w latach 70-tych XX-go wieku przez innego lekarza, Raymonda Moodiego w książce *Życie po życiu*. Doświadczenia bliskie śmierci (*Near-death experiences, NDE*) są domeną relacji pacjentów, powracających do życia ze stanów terminalnych. Co ciekawe, u większości ludzi mają podobny, sekwencyjny przebieg. Każdy z fenomenów doczekał się hipotez naukowych, tłumaczących możliwe podłoże. Dla przykładu obowiązujące teorie mówią o gwałtownym wyrzucie serotoninowym, przypominającym doświadczenie psychodeliczne w stanach traumy ośrodkowego układu nerwowego, a wizualizacja tunelu może

być tłumaczona postępującym obumieraniem tkanki siatkówki oka.

Tym niemniej, jednymi z najbardziej kontrowersyjnych badań, rzucających światło na doświadczenie śmierci są niedawno opublikowane dane zespołu Sama Parni. Projekt AWARE (Awareness during Resuscitation) zakładał 15-osobowe badanie relacji pacjentów ze stanów całkowitej utraty świadomości. Pacjentom zadano jedno podstawowe pytanie: „czy pamiętasz coś z okresu, kiedy byłeś nieprzytomny?”. Zbadano 2000 przypadków zatrzymania akcji serca, spośród których 330 pacjentów udało się uratować dzięki resuscytacji. Z tej grupy 140 osób wzięło udział w badaniu. Wśród badanych osób część z przypadków relacjonowała wspomnienia, których nie mieli prawa zarejestrować.

Na pytanie czy życie kończy się z ustaniem funkcji pnia mózgu nie będziemy w stanie odpowiedzieć nigdy. Śmierć jest dla nas równie fascynująca, co życie, oddajmy więc hołd tym, którzy towarzyszą pacjentowi w jego ostatniej drodze.

Pierwszy numer noworoczny dedykujemy personelowi opieki paliatywnej, dziękując za ich pracę i poświęcenie. Zespół redakcyjny składa również najserdeczniejsze życzenia wszelkiej pomyślności w życiu prywatnym i zawodowym koleżankom i kolegom Zielonogórskiej Izby Lekarskiej. Niech ten rok będzie dla nas zagadką.

S *n a s z* ERWIS

Na Osiedlu Czarkowo w Zielonej Górze otwarta została przychodnia lekarska zorganizowana przez Centrum Medyczne TOPMED. Osiedle szybko się rozwija – przychodnia była bardzo potrzebna. W przychodni przyjmują lekarze rodzinni, pediatra i neonatolog, pielęgniarki oraz położne. W punkcie diagnostyki laboratoryjnej pacjenci mogą wykonać szereg badań na NFZ lub prywatnie. Oprócz oferty POZ w Przychodni TOPMED przyjmują prywatnie także specjaliści z różnych dziedzin, m.in. psychiatra i fizjoterapeutka uroinekologiczna.

*/Łącznik Zielonogórski, 24.VII.2024,
Gazeta Lubuska, 8.XI.2024/*

Kawa rozpuszczalna to odwodniona postać kawy – czy może być rakotwórcza?

Istnieją dwie metody wytwarzania kawy rozpuszczalnej: suszenie rozpyłowe, które polega na zaparzeniu kawy i przepuszczeniu jej przez ogrzaną komorę suszenia, oraz liofilizacja, polegająca na zaparzeniu kawy i jej zamrożeniu. Oba rodzaje kawy dostarczają przeciwutleniaczy, które m.in. wspomagają funkcję poznawczą. Często jednak zawierają duże ilości akrylamidu, który uważany jest za prawdopodobny czynnik rakotwórczy.

/Gazeta Wyborcza, 15.X.2024/

Uwaga. Ważna decyzja! Minister Edukacji Barbara Nowacka oświadczyła o planach wprowadzenia od 1.IX.2025 w szkołach podstawowych nowego przedmiotu „Edukacja zdrowotna”, który obejmuje m.in. zdrowie psychiczne i fizyczne, zdrowe odżywianie, profilaktykę i problematykę uzależnień. Był to od wielu lat postulat naszego środowiska.

Ministerstwo Zdrowia wydało rozporządzenie w sprawie środków odurzających i psychotropowych. Na liście leków, których nie będzie można przepisać w receptomacie znalazły się: fentanyl, morfina, oksykodon, ziele konopi (innych niż włókniste) oraz żywica konopi.

/Gazeta Wyborcza, 5.XI.2024/

Opr. W.J.

UWAGA!!!

Od 1 stycznia 2023 r. składka członkowska wynosi 120,00 zł. miesięcznie.

Szanowni Państwo,

Decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej – Uchwała nr 38/22/IX z dnia 21 października 2022 roku, od 1 stycznia 2023 r. wzrosła wysokość składki członkowskiej:

120,00 zł. – składka podstawowa dla wszystkich posiadających PWZ

60,00 zł. – dla lekarzy stażystów

0,00 zł. – dla osób powyżej 70 roku życia

0,00 zł. – dla osób, które złożyły oświadczenie o nieosiąganiu przychodów.

Obowiązek opłacania składki członkowskiej wynika z przynależności do okręgowej izby lekarskiej.

Obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej spoczywa na lekarzu i lekarzu dentyście posiadającym prawo wykonywania zawodu i wpisanym na listę członków okręgowej izby lekarskiej.

Comiesięczna składka członkowska jest podstawowym świadczeniem członka samorządu lekarskiego na rzecz danej izby lekarskiej.

Niewywiązanie się z obowiązku opłacania składek jest naruszeniem art. 59 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Stanowi to podstawę do wszczęcia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Okręgowa Rada Lekarska ma prawo zgodnie z art. 116 Ustawy o izbach lekarskich, że nieopłacone składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Nr rachunku:
Santander Bank Polska

95 1090 1535 0000 0000 5301 9198

Saldo składek członkowskich można sprawdzić wysyłając zapytanie na e-mail:

ksiegowosc@oil-zgora.org
lub dzwoniąc – tel. **68 323 66 85.**

dr n.med. Jacek Kotuła
Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Zielonej Górze

JUSTYNA RAJKIEWICZ

LEKARZ

Wg definicji, jaką podaje Wikipedia, hejt internetowy to komentowanie osób w internetowych portalach społecznościowych, takich jak np. Facebook, w sposób agresywny, pogardliwy i poniżający, mający na celu podważenie autorytetu i opinii o osobie komentowanej lub bezpośrednio jej obrażanie. Dlaczego poruszam dziś ten temat? Ponieważ niestety coraz częściej spotykam się z hejtem „zawodowym” w social mediach pośród naszej,

Oczywistym jest, że pod postem wylała się fala hejtu i negatywnych komentarzy. Atak obejmował po czasie nie tylko personalnie tego lekarza, ale całą grupę zawodową jego specjalizacji. W mojej opinii, atakującymi byli głównie młodzi lekarze, którzy owszem, leczą zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ale sprawiają wrażenie osób pozbawionych etyki zawodowej. Niektórych zupełnie nie razi tego typu forma hejtu. Uważają, że mają pełne prawo udostępniać skany konsultacji innych lekarzy, jeśli ci – w ich mniemaniu, popełniają błędy medyczne – aby pokazać innym kolegom stan ich niewiedzy. Zjawisko powtarza się,

dla mnie moralnie nie do przyjęcia. Internetowe publikacje „idą w świat” w portalach społecznościowych do setek lekarzy w całym kraju. Udostępnianie danych personalnych kolegów i koleżanek lekarzy z jednoczesnym podważaniem ich pracy, dorobku, autorytetu jest po prostu obrzydliwe. Nieetyczne, niemoralne, zwyczajnie – niekulturalne. Mam wrażenie, że mamy do czynienia z erozją etyki zawodowej, niestety często już na samym początku kariery młodych lekarzy. Doskonale wiemy, że w ramach naszych dyżurek czy gabinetów wymieniamy się komentarzami na temat pracy innych. Ale jeśli ma to miejsce w internecie, gdzie treści wypływają w eter, stanowią karmę dla internetowych trolli. Podważają autorytety i zaufanie. Szkalują pracę innych, tworzą podziały i personalne ataki. Tego typu zjawiska niszczą naszą grupę zawodową od środka, przyczyniając się do wypalenia zawodowego osób hejtowanych.

Nie wiem, czy zetknęliście się Państwo z podobnym zjawiskiem. Ja, będąc członkiem social mediów, niestety widzę to zbyt często. Widzę też bierność innych na hejt. Budzi to we mnie głębokie obrzydzenie. Zawsze uczono mnie, że w naszym zawodzie nigdy nie należy publicznie krytykować pracy innych. Pewne opinie trzeba zachować dla siebie.

Czy więc zjawisko internetowego hejtu jest osobliwym przypadkiem hejtu jest osobliwym przypadkiem hejtu? Czy może niestety masowym trendem, spotykanym również na innych płaszczyznach życia „w sieci”? Proszę Państwa o refleksję. Być może zbyt mało mówimy w naszym środowisku o etyce zawodowej względem siebie nawzajem.

Hejt internetowy – kultura jednostki czy masowy trend?

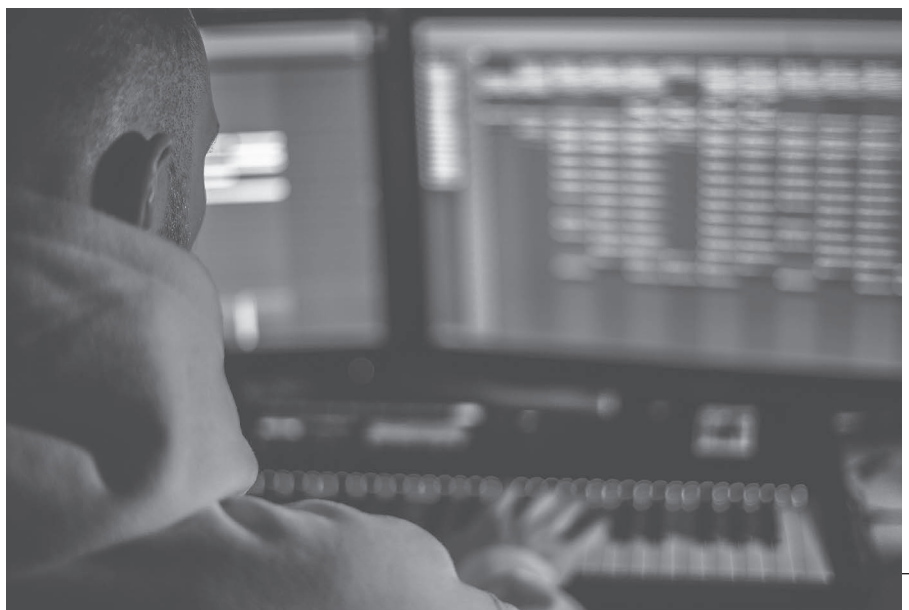
lekarskiej grupy zawodowej i budzi to mój absolutny sprzeciw i odrazę.


Będąc posiadaczem konta Facebook i członkiem jednej z grup w jego obrębie, zrzeszającej „młodych lekarzy rezydentów” (celowo nie podaję jakiej specjalizacji), byłam ostatnio „internetowym świadkiem” dyskusji, jaka wywiązała się pod postem jednej z lekarek. Pani Doktor upubliczniła na stronie tejże grupy FB post wraz ze zdjęciem konsultacji, jaką otrzymała od swojego pacjenta. Treścią konsultacji była opinia lekarza innej specjalności, z wizyty w jego gabinecie prywatnym w obrębie konkretnej placówki medycznej. Owy specjalista wydał zalecenia dla pacjenta w zakresie proponowanych badań diagnostycznych i leczenia, z którymi następnie pacjent udał się do tejże lekarki z portalu Facebook. Lekarka na internetowej grupie udostępniła skan konsultacji i opatrzyła post prześmiewczym wpisem, komentującym treść konsultacji i ewentualne błędne decyzje, jakie lekarz zaproponował.

Moimi emocjami szarpnęły konswulsje. Lekarka udostępniła treść wraz z pieczętką lekarza, jego imieniem i nazwiskiem, prawem wykonywania zawodu, dokładnymi danymi miejsca pracy. Na szczęście, ukryła dane pacjenta.

dlatego zareagowałam dalej. Napisałam prywatną wiadomość do Konsultanta Krajowego, który jest członkiem tego forum. Opisałam zjawisko, zwracając uwagę na to, że być może Konsultant, używając swojego autorytetu, powinien wystosować apel do lekarzy o powstrzymanie się od stosowania hejtu w internecie. Otrzymałam informację o tym, że Konsultant zauważył zjawisko, które jest dla niego równie rażące. Reakcji Konsultanta na forum Facebooka niestety nie będę obserwować, ponieważ na fali silnych emocji, opuściłam grupę.

Zjawisko hejtu w naszej grupie zawodowej na skalę, jaką dają social media – a jest to potężna skala, jest





Gwiazdkowe rozważania o żywej komórce w Kosmosie

Tak, to o nas, zbiorze komórek.

„*Mieszkamy w potężnym, imponująco złożonym Wszechświecie, ale to właśnie życie pulsujące w naszym maleńkim zakątku Kosmosu stanowi jedną z najbardziej fascynujących tajemnic*” napisał Paul Nurse – noblista, biolog komórkowy.

Zanim odważymy się zajrzeć do wnętrza żywej komórki, ustalmy nasz adres we Wszechświecie, przecież wypada to wiedzieć.

Ten Wszechświat (lub Kosmos) to zbiór obiektów dostępnych naszemu poznaniu.

ale tych Wszechświatów może być wiele

ale nasze poznanie to tylko fragment rzeczywistości

Wiele wskazuje, że istnieje inna rzeczywistość niż ta, którą rozpoznaliśmy. Niektóre zwierzęta słyszą ultradźwięki. Inne widzą barwy, które nie istnieją dla nas. Nasze „widzialne światło” to tylko wąski zakres widma fal elektromagnetycznych. Nasze słyszenie to tylko wąski zakres fal akustycznych. W sposób pośredni dowiedzieliśmy się, że istnieją (i przestaliśmy się dziwić): energia elektryczna, fale radiowe i telewizyjne, promienie rentgenowskie. Natura obdarzyła nas tylko na tyle, aby starczyło na przetrwanie – „jak najmniej świata zewnętrznego”. Aż strach pomyśleć jak wyglądałby świat w naszej świadomości, gdybyśmy byli w stanie rejestrować szersze zakresy fal. Może po to jest ta rezerwa 90 % możliwości naszego mózgu?

Takim przykładem innej rzeczywistości z lekarskiego podwórka są przypadki NDE (Near Death Experience). Doświadczenia pacjentów, którzy przeżyli poważne zaburzenia funkcji serca i krążenia, a zarejestrowali precyzyjnie wydarzenia toczące się w tym czasie, w świecie ludzi zdrowych i żywych są dla nas niewytłumaczalne. Nie jest możliwe aby pacjenci, ich rodziny, lekarze, z całego świata i różnych wyznań, a także agnostycy uzgodnili jedną, wspólną wersję „życia po śmierci”. A ona ewidentnie jest. Różnie próbuje się to zjawisko tłumaczyć. Może to wydzielana serotonina działa halucynogennie, może to wyładowania elektryczne między włóknami nerwowymi (stąd ta jasność obrazów). Ok, może, może... Tylko w jaki sposób pacjent, uznany za

zmarłego, podsłuchał ze szczegółami rozmowę ordynatora prowadzoną w tym czasie przez telefon w gabinecie na przeciwległym końcu korytarza, łącznie z nazwą leku, którego nie znał? Albo rozpoznał zmarłego brata, o istnieniu którego wiedziała tylko matka? Albo – ku zdumieniu chirurgów – zna szczegóły operacji? Ograniczona ta nasz percepcja, ograniczona – dlatego nie jesteśmy w stanie pojąć rzeczywistości po śmierci, ona dzieje się w innym wymiarze.

Zagadałam się, wróćmy do ustalania adresu.

Zbiór gwiazd, wśród których zamieszkujemy, nazywamy Galaktyką lub Drogą Mleczną (dużą literą bo to nasze, ale *są miliardy innych galaktyk*).

Na tej Drodze Mlecznej **jedną z miliardów** Gwiazd jest nasze Słońce. Ech, słońeczko, nasz potężny, kosmiczny reaktor atomowy bieżący zaopatrujący w energię, niezbędną do wszystkich procesów życiowych. Wokół Słońca krążą planety, a jedną z nich – trzecią od Słońca – jest nasza Ziemia. I na tej naszej Ziemi wydarzyło się coś zdumiewającego – żywa komórka. Dlaczego tu, dlaczego wtedy?

Na stosunkowo niewielkim obszarze powstały warunki prowadzące do tego co nazywamy życiem i świadomością. To tu, na Ziemi koncentrują się różnorakie siły kosmiczne i wiążą nas z całą głębią Wszechświata.

W tej nieograniczonej przestrzeni na zdjęciach satelitarnych przywożonych przez naszych kosmonautów, widzimy naszą Ziemię jako kulę zatopioną w bezkresie. Na powierzchni tej kuli, której wymiar od góry do dołu ma zaledwie 12 000 kilometrów rozgrywa się wszystko czym dysponuje życie, jako miejsce akcji w ciągu niewyobraźnego okresu trzech miliardów lat.

Nasz obszar życia, miejsce dramatu ludzkiej egzystencji, jest jeszcze mniejszy. Około 2/3 powierzchni naszej kuli ziemskiej pokryta jest wodą. Na pozostałym obszarze 1/3 powierzchni są jeszcze wysokie góry i nieużytki. Powłoka ziemi nadająca się do zamieszkania jest jeszcze mniejsza. Nazywamy ją glebą, jest końcowym produktem wietrzenia skał. Ma wysokość zaledwie kilku do kilkudziesięciu metrów, zależnie od klimatu.

Tak więc zamieszkujemy na okruszku Kosmosu, na bardzo ograniczonej przestrzeni zdolnej do zachowania życia komórki.

Halo, halo! Tu Ziemia! Nie ma miejsca na tym maleństwie na niszczące wojny! Tu za ciasno, to śmiertelnie niebezpieczne!

Patrzeć w gwiazdy to romantyczne. Ale i na tym skrawku Kosmosu, gdzie zamieszkujemy, też dzieją się przedziwne rzeczy. Jakby mnie kto zapytał, co najbardziej mnie interesuje w tej chwili – to, w jaki sposób pingwin, który po 9 miesiącach wraca z połowów znajduje swoją pingwinicę na wyspie, na której gniazduje milion pingwinów (mówili o tym przed chwilą w telewizji). Ten pingwin to też przykład jak słabo rozumiemy ten świat i jak wąskie są nasze możliwości postrzegania.

A co ja tam o pingwinach! Rozejrzyjmy się wokół siebie. Gruby, łysy, brzydki i cham na dodatek. I co? Mamuśku Ty moja! Jasieńku najmilejszy! Tylko ten i żaden inny! Może ta wielka miłość wcale nie jest taka kiczowata jak nam się wydaje. Bo miłość to też takie coś, co jeszcze nie zdefiniowane. Albo dlaczego reagujemy na kolory? Albo jaki jest mechanizm wprowadzania nas w trans lub ekstazę przy słuchaniu muzyki?

„Komórka w Kosmosie” ależ to brzmi!

Niewyobrażalne ilości, niewyobrażalne przestrzenie i ten czas, w którym to się dzieje. A to wszystko o Tobie i o mnie...

Śp. ks. Józef Tischner (teolog, filozof z Krakowa) odprawiał mszę świętą dla przedszkolaków. Kiedyś zapytał: „Które stworzenie udało się Panu Bogu najbardziej?” Po długim milczeniu, ze środka Kościoła wyszła mała dziewczynka, podeszła do mikrofonu i powiedziała: „To chyba ja”. Tak jest! Tak trzymać!

No zgódźmy się, przecież zawsze wiedzieliśmy, że jesteśmy wyjątkowi. A życie jest stanem nieprawdopodobnym.

Wiadomości o makrokosmosie na podstawie „Dzieci Wszechświata” i „Duch nie spadł z nieba” Hoimara von Ditfurtha oraz „Drogi myślących” Michała Hellera i Józefa Życińskiego.



DR WŁODZIMIERZ JANISZEWSKI

SPECJALISTA EPIDEMIOLOG

„Nowe uzależnienia” (new addictions)

Są to wszelkie uzależnienia, w których substancje chemiczne nie odgrywają żadnej roli, chociaż zjawiska w mózgu mogą przebiegać podobnie. Ich przedmiotem są zachowania lub działania najczęściej akceptowane społecznie. Są to czynności w większości wkomponowane

31 godzin miesięcznie. Według danych Komisji Europejskiej w Europie 85% dzieci w wieku od 12 do 17 lat używa Internetu niemal codziennie, średnio 16-17 godzin tygodniowo. W Polsce na milion użytkowników Internetu do uzależnienia przyznaje się około 465 tysięcy.

Historia Internetu rozpoczęła się w 1969 r. kiedy to w okresie „zimnej wojny” amerykański Departament Obrony polecił służbom stworzenie połączeń pomiędzy najwyższymi wojskowymi stanowiskami taktycznymi celem wysyłania i odbierania połączeń bez węzła centralnego. Powstała wojskowa sieć nazwana ARPANET (Advanced Research Projects Agency Network). Następnie do ARPANETu podłączone zostały sieci uniwersyteckie i badawcze. W 1991 Sir Tim Berners-Lee pracujący dla CERN (Europejskiej Agencji Badań Nuklearnych) zaproponował nową architekturę sieci tworząc podstawy działania usług WWW (World Wide Web) opartych na powiązanych ze sobą i łatwych w użyciu dokumentach zawierających tekst i grafikę. Obecnie Internet jest narzędziem powszechnego użytku i jednocześnie ogromnym bankiem danych ze wszystkich dziedzin wiedzy.

serotoniny i endorfiny. Charakterystyczne objawy uzależnienia od internetu to:

- poczucie „pochłonięcia” przez internet,
- utrata kontroli nad korzystaniem z internetu,
- poczucie niepokoju gdy przestaje się korzystać z sieci,
- traktowanie internetu jako ucieczki od problemów życia codziennego,
- coraz dłuższe okresy korzystania z sieci,
- bezradność, przygnębienie, lęk – w czasie spędzonym „poza internetem”.

Należy podkreślić, że strony internetowe są miejscem podejmowania i omawiania w różnych aspektach problematyki narkomanii. Według analitycznych badań M. Jędrzejko, W. Błażewicza i W. Janiszewskiego / wyd. Fundacja Pedagogium, Warszawa 2007/ w tym zakresie można wyodrębnić cztery grupy stron internetowych:

strony redagowane profesjonalnie, ukierunkowane na poszerzanie wiedzy o zjawisku narkomanii, wpływie narkotyków na zdrowie człowieka, z dużą liczbą informacji wspierających i wyjaśniających. Strony te można określić jako dynamiczne i wielokierunkowe. Ich funkcjonowanie opiera się na zachęcaniu internautów do kontaktu z ekspertami

„Stare i nowe uzależnienia” – podobieństwa i różnice cz. II

w życie codzienne, ale w przypadku niektórych mogą przyjmować formy patologiczne i powodować groźne skutki zdrowotne i społeczne. Nowe formy uzależnień pojawiły się m.in. dzięki postępowi technologicznemu i charakterowi nowej cywilizacji. Zdefiniowanych i opisanych jest ich kilkadziesiąt i ciągle pojawiają się nowe.

Uzależnienie od Internetu

Jest najczęstszym uzależnieniem nowego typu na świecie i w Polsce. Aż 6% populacji (około 420 mln ludzi) jest dotkniętym!

Obliczono, że średnio na świecie przeciętny użytkownik spędza „w sieci”

Osoba, u której rozwinęło się uzależnienie od Internetu pozostaje „połączona z siecią” wiele godzin, tracąc zupełnie poczucie czasu. Występuje brak samokontroli, niepokój, frustracja, lęki, depresja, zaburzenia zdrowia fizycznego i psychicznego. Ta zmiana stanu świadomości jest podobna do intoksykacji benzodiazepinami, alkoholem czy nawet narkotykami. Osoba uzależniona odczuwa zmęczenie, osłabienie, zaburzenia snu, bóle głowy, pleców, nadgarstków, zmęczenie oczu. Często z powodu nieregularnego odżywiania, zaniedbywania higieny następuje osłabienie systemu odpornościowego. W centralnym układzie nerwowym znacznie obniża się poziom dopaminy,

oraz poszerzaniu swojej wiedzy.

Grupę drugą tworzą strony redagowane przez „pasjonatów” ujawniania zagrożeń płynących ze strony narkomanii. Strony te redagowane z jednej strony przez indywidualnych autorów posiadających szeroką wiedzę w tej problematyce, z drugiej zaś strony przez organizacje i instytucje (np. kościoły, związki wyznaniowe, stowarzyszenia). Wspólnym mianownikiem dla tych stron jest silna ekspozycja moralnych i społecznych zagrożeń płynących ze strony narkomanii.

Kolejna grupa to strony redagowane przez osoby (grupy osób) kontestujących delegalizację tzw. lekkich narkotyków, głównie marihuany.

Czwartą grupę tworzą strony (adresy) oferujące paranoję, nasiona, akcesoria narkotyczne.

Obok wyżej wymienionych pojawiają się także inne strony, np. gloryfikujące narkotyki jako skuteczny sposób ucieczki od „zachłannego świata”, czy też „pretty dreams”.

Uzależnienie od telefonu komórkowego

Pierwszy telefon komórkowy wykonany został w Japonii, w roku 1978, wtedy też zostało przeprowadzone pierwsze połączenie w sieci NTT DoCoMo. Obecnie liczba użytkowników telefonów komórkowych na świecie przekroczyła 3,3 mld. Posiadanie „komórki” początkowo było modą, ale wkrótce okazało się, że jest ona urządzeniem prawie niezbędnym w życiu codziennym. Telefony komórkowe ma przy sobie większość społeczeństwa w Polsce. Na statystycznego Polaka przypada już 1,09 telefonu komórkowego, średnia dla całej Unii Europejskiej to 1,12 „komórki” na osobę. W badaniach około 40% Polaków nie wyobraża sobie codziennego życia bez telefonu komórkowego. Pojawiają się jednak już uzależnienia. Takie osoby nie odkładają telefonu nawet na chwilę, ponieważ odczuwają dyskomfort, podobnie gdy się rozładują. Mają przymus ciągłego kontaktowania się z innymi osobami, stale korzystają z gier. Lekarze z American College of Emergency Physicians stwierdzili, że pisanie sms'ów może być powodem obrażeń, gdy nie jest przerywane nawet podczas przechodzenia przez ulicę, jazdy na rowerze, motocyklu czy deskorolce.

Telefonia komórkowa będzie w dalszym ciągu rozwijana. Według pomiarów z Raport Digital 2021 66% ludzi na świecie korzystało z telefonu komórkowego 5,22 biliona razy. Obecnie wiadomo, że uzależnienie od telefonu komórkowego nie jest obojętne dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Używanie „komórki” mieści się w systemie nagrody, stymulując wytwarzanie dopaminy i serotoniny. Natomiast nadmierne, upór czywe i zbędne korzystania z „komórki” może dezorganizować codzienne życie takiej osoby. Zdarzają się już przypadki koniecznego przeprowadzania leczenia odwykowego z powodu nadużywania telefonu komórkowego przez młodzież (zaniedbania w nauce, objawy agresji

i depresji gdy dzwoni do posiadacza telefonu zbyt mało osób. Według psychologów „komórka” potrafi uzależniać jak alkohol czy narkotyki).

Uzależnienie od hazardu

Jak wiadomo nie jest uzależnieniem „nowym”, ale niechemicznym, charakteryzującym się niekontrolowaną i nieodpartą potrzebą grania, podobną do potrzeby picia przez alkoholika czy przyjmowania narkotyków przez uzależnionego. Obecnie są to gry pieniężne, w których o przegranej lub wygranej decyduje przypadek. Słowo „hazard” wywodzi się z języka arabskiego (az-zahr), i tak była nazywana gra w kości. W języku angielskim tłumaczone jest jako „niebezpieczeństwo, ryzyko”.

Hazard był obecny we wszystkich starożytnych cywilizacjach. O wartościowe przedmioty i niewolników grano w Chinach już około 2000 lat przed naszą erą. Dowody na gry hazardowe są w inskrypcjach na piramidzie Cheopsa. W Starożytnym Rzymie był bardzo rozpowszechniony (gra w kości). Później, w czasach renesansu rozrywka hazardowa była domeną ludzi bogatych. We Francji narodził się poker, a nazwa pochodzi od słowa „pogue” co znaczy „oszukiwać”. W niektórych krajach hazard przybierał rozmiary plagi społecznej i był zwalczany zakazami. Obecnie hazard zabroniony jest w krajach islamskich.

Szybki rozwój hazardu rozpoczął się na początku XX wieku. W Ameryce po krótkim okresie zwalczania został zalegalizowany w 1931 w Nowadzie. W Polsce na gry hazardowe wydaje się około 10 mld złotych rocznie (kasyna, toto-lotek, automaty, zakłady). Korzyści skarbu państwa wynoszą około 1 mld złotych.

Hazard jest chorobą umieszczoną w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10, z kodem F63,0), jako zaburzenia nawyków i kontroli impulsów. Różnorodne gry hazardowe są najczęściej formą rozrywki, ale niosą za sobą spore ryzyko uzależnienia – dotyczy to około 10% grających. Wśród uzależnionych są osoby które dysponują dużym zasobem kapitałowym ale są też takie, które każdą nawet niewielką zarobioną kwotę pieniędzy przeznaczają na gry hazardowe. Osoby uzależnione stale nastawione są na łatwy i szybki zysk wierzą, że wielka wygrana odmieni ich życie. Jest to choroba trudna w leczeniu, ponieważ uzależnieni, podobnie jak w uzależnieniach chemicznych, rzadko uznają potrzebę leczenia. Jak wynika z teorii biologicznej euforia towarzysząca nałogowemu graniu wiąże się z wydzielaniem lub brakiem różnych neuroprzekazników i wahania się ich ilości:

○ wydzielają się endorfiny wywołujące uczucie błogości i działające przeciwbólowo, natomiast spadek ich ilości podczas niepowodzeń powoduje apatię,



○ wzrasta także poziom dopaminy powodującej odczucie zadowolenia i przyjemności.

Ten stan charakteryzuje się subiektywnym poczuciem ożywienia i pobudzenia fizjologicznego. Wiele cech uzależnienia od substancji chemicznych łącznie z zespołem odstawienia (abstynencyjnym) występuje także u uzależnionych od hazardu. Z hazardem wiąże się także dość często uzależnienie od alkoholu (około 20% przypadków), a palenie tytoniu przez grających jest zjawiskiem powszechnym. Według niektórych badaczy hazard ma nie tylko podłoże biologiczne czy behawioralne, ale także może być dziedziczny (badania dużych grup osób spokrewnionych). Nie znaleziono jednak dotychczas genów odpowiedzialnych za to uzależnienie.

Uzależnienie od pracy

Pracoholizm jest stanem uzależnienia od wykonywanej pracy, powodującym zaburzenie równowagi między istotnymi elementami życia codziennego. Jest to zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne cechujące się wewnętrznym przymusem do pracy. Współcześnie praca jest wysiłkiem fizycznym i psychicznym zmierzającym do osiągnięcia celu którym może być powstanie przedmiotu materialnego, usługi lub dzieła artystycznego. Obecnie społeczeństwo konsumpcyjne narzuca duże tempo życia, a ludzie często pracują nadmiernie żeby zdobyć środki finansowe potrzebne do nabywania dóbr materialnych, co w rezultacie stwarza ryzyko pracoholizmu. Pracoholik jednak to osoba, w której potrzeba pracy jest tak wielka, że zaspokajanie jej wywołuje znaczne dolegliwości i wywiera negatywny wpływ na stan zdrowia. Występują liczne dolegliwości, np. bóle głowy, zaburzenia snu, kłopoty z koncentracją, nadpobudliwość emocjonalna, stany lękowe, depresja, choroba wieńcowa prowadząca do zawału serca, czy nadciśnienie mogące spowodować udar mózgu.

Pracoholizm nadaje kierunek całemu życiu uzależnionego od pracy, zaburza relacje międzysobowe i społeczne, a obsesja pracy staje się pułapką. Jest to zjawisko negatywne, ponieważ uzależniony nie radzi sobie z pracą zespołową,

nie ma zadowolającego życia osobistego, jest arogancki uważa, że jest najlepszy i niezastąpiony. Pracoholik to osoba z przerostem ambicji, nastawiona na rywalizację, z poczuciem winy, odizolowany, samotny.

Praca jako „narkotyk” – łatwo dostępny – może początkowo sprawiać przyjemność. Niestety, po pewnym czasie praca przestaje przynosić zadowolenie i powstaje zespół wypalenia zawodowego z narastającymi objawami stresu. Pracownik przestaje się rozwijać zawodowo, czuje pustkę i ma poczucie marnowania czasu i wysiłku na swoim stanowisku pracy, która poprzednio sprawiała przyjemność.

W Japonii śmierć z przepracowania nazywana jest „karoshi”. Jest to rezultat japońskiej kultury pracy, gdzie lojalność wobec firmy jest jedną z najważniejszych zasad. Pierwszy przypadek karoshi udokumentowano w 1969 r. Dotyka nagle ludzi w pełnym zdrowiu, w okresie dużej aktywności, odnoszących sukcesy zawodowe. Zgon jest następstwem dużego napięcia psychicznego, wzmożonego wytwarzania adrenaliny, która zwęża naczynia krwionośne, powoduje wzrost ciśnienia krwi, przyspiesza czynność serca prowadząc do nagłego jego zatrzymania, lub wystąpienia udaru mózgu.

Prawdopodobnie patologiczne uzależnienie od pracy (a także zgon!) pojawiło się już w Europie i w Polsce, chociaż część przypadków zostało inaczej zdiagnozowanych. W naszym kraju nie ma jeszcze szerszych badań na temat pracoholizmu i zgonów z tego powodu. Należy podkreślić, że często

z pracoholizmem wiąże się palenie dużej ilości papierosów, co stanowi dodatkowy czynnik patogenny (wytwarzanie serotoniny, acetyloholiny i noradrenaliny).

W 2022 roku szacowano, że pracoholizm dotyka aż 5% populacji na całym świecie.

Zakupoholizm

Jest to uzależnienie od zakupów wcześniej nie planowanych. Osoby dotknięte tym nałogiem nie mogą obojętnie przejść obok wystaw sklepowych w szczególności wtedy, gdy ogłaszana jest promocja. Dokonanie zakupów powoduje u tych osób zadowolenie i daje poczucie satysfakcji. W mózgu uruchamia się „mechanizm nagrody”.

Z badań amerykańskich wynika, że około 6% kobiet i 5% mężczyzn ma problem z pohamowaniem chęci nadmiernego kupowania dóbr materialnych, a uzależnionych jest około 1%. Także Amerykańscy naukowcy odkryli w mózgu człowieka tak zwane „centrum handlowe” które decyduje w procesie mózgowego systemu nagrody. Handlowcy dobrze wiedzą o tych uzależnieniach, stąd sposoby wyprzedaży – najpierw podaje się wysoką cenę, a następnie ogłasza obniżkę. W tej atmosferze klient kupuje i jest zadowolony. Uzależniona od zakupów może być nie tylko osoba bardzo zamożna, ale także – niestety – osoba, która ma bardzo niskie dochody i nie może utrzymać rodziny, a często się zadłuża. Należy się zastanowić czy przymus kupowania (zaburzenia zakupowe) jest biologicznie chorobą



mózgu, uzależnieniem takim, jak narkomania lub alkoholizm, czy też jednym z objawów depresji. Granica między skłonnością do zakupów a chorobą jest jednak bardzo trudna do zdefiniowania. Leczenie tego uzależnienia polega na stosowaniu psychoterapii, a także środków farmakologicznych, głównie leków antydepresyjnych i naltrexonu (agonista opioidów).

Zakupofobia

Jest przeciwieństwem zakupoholizmu. Tego typu uzależnienie dotyka osoby, które współczesny handel paraliżuje, które odczuwają lęk przed sklepami i dużym (zbyt dużym...) wyborem różnych artykułów. Pojawiają się u nich objawy wzmożonego napięcia nerwowego, pocenie się i drżenie rąk. Porażają je ogromne możliwości wyboru. Badania psychologiczne wykazały, że coraz częściej dają o sobie znać negatywne strony tego zjawiska. Duże możliwości wyboru, zamiast stwarzać poczucie zadowolenia, działają destrukcyjnie. Według dra Waldemara Kuligowskiego z Uniwersytetu Poznańskiego jest to tzw. „dyktatura nadmiaru”. Okazuje się, że im więcej mamy możliwości, tym bardziej rośnie koszt wyboru, tym większa jest również możliwość pomyłki. W tej sytuacji w mózgu kupującego nie wystąpi „mechanizm nagrody” lecz dyskomfort i objawy stresu połączone z nadmiernym wydzielaniem hormonów: adrenalinę i kortyzolu. Z „pomocą” osobom dotkniętym zakupofobią przychodzi reklama produktów, doradztwo czy tzw. listy rankingowe. W czasie dokonywania zakupów należy koncentrować się, by wśród mnogości towarów dokonać wyboru jak najlepszego. Należy się także nauczyć akceptacji niezbyt udanych zakupów, by ograniczyć możliwość wystąpienia stresu pozakupowego. Warto zauważyć, że osoby dotknięte zakupofobią narażone są na dokonywanie nieracjonalnych z punktu widzenia efektywności kosztowej zakupu wyborów. Mogą bowiem, kierując się reklamą lub poradami sprzedawców, dokonać zakupu przedmiotu lub usługi droższej od substytutów oferowanych przez innych producentów lub dostawców. Osoby takie mogą czuć się także zagubione podczas zakupów dokonywanych za pośrednictwem portali internetowych. Wśród tysięcy pozycji asortymentowych i ofert różniących

się często bardzo nieznacznie od siebie (choć pamiętać należy, że „diabeł tkwi właśnie w szczegółach”), klienci wybierają często oferty droższe, ale bardziej „atrakcyjne” wizualnie. Specjaliści od marketingu i sprzedaży doskonale znają słabości klientów. I tych, dla których zakupy stały się uzależnieniem i tych, którzy kupując przeżywają nieprzyjemny stres i dyskomfort. Warto pamiętać, że klienci obu tych grup narażeni są na podobne trudności podczas zakupów w rzeczywistości handlu coraz bardziej opartego na sprzedaży masowej, coraz bardziej anonimowo dokonywanej bez indywidualnego pośrednictwa sprzedawcy (np. w małym sklepie) lub za pomocą elektronicznych środków komunikowania takich, jak np. Internet.

Ortoreksja

Jest to uzależnienie od zdrowego jedzenia; chorobliwe skupianie uwagi nad zdrowym żywieniem. Nazwa pochodzi od greckich słów: orto (dobry, prawidłowy) i oreksis (pożądanie, apetyt). Uzależnienie to objawia się przekonaniem, że odpowiednie pożywienie jest podstawą zdrowia, właściwego wyglądu i szczęśliwego życia.

Uzależnieni:

- dużo czasu poświęcają na myślenie o tym co można zjeść (co z biegiem czasu staje się ich głównym zajęciem),
 - długo przeżuwać każdy kęs w celu należytego rozdrobnienia pokarmu,
 - narzucają sobie rygorystyczną dietę,
 - stopniowo eliminują z posiłków coraz więcej produktów spożywczych (w tym niezbędnych dla życia składników mineralnych i witamin), co odbija się na zdrowiu fizycznym i psychicznym,
 - niedobór wapnia prowadzi do osteoporozy,
 - niedobór żelaza i kwasu foliowego do niedokrwistości,
 - niedobór błonnika powoduje zaparcia, procesy zapalne i nowotworowe.
- Ortorektycy obawiają się głównie produktów przetworzonych, ponieważ zawierają: sztuczne substancje konserwujące, syntetyczne barwniki, azotany, metale ciężkie (kadm, ołów), a ryby – rtęć. Obawiają się spożywania wołowiny, ponieważ może ona zawierać priony powodujące chorobę Creutzfeldta-Jacoba.

Rygorystyczne zachowania osób dotkniętych ortoreksją prowadzą do

zmniejszenia odporności immunologicznej organizmu. Należy oczywiście kontrolować jakość pożywienia, ale przesada (prowadząca do uzależnienia) w tym zakresie często wymaga zastosowania psychoterapii.

Bulimia i anoreksja

Bulimia to patologicznie wzmożony apetyt, tzw. „wilczy głód”. Osoba uzależniona może w ciągu jednego dnia spożyć produkty o wartości energetycznej nawet kilku tysięcy kalorii, nawet surowe (kasza, ryż, makaron). Następnie jednak pojawia się poczucie winy i wyrzuty sumienia. W obawie przed otyłością osoba uzależniona prowokuje wymioty i stosuje środki przeczyszczające. Następstwem bulimii mogą być napady lęków, zaburzenia rytmu serca (wskutek utraty elektrolitów), obrzęki (obniżenie poziomu białka), kurcze mięśni (brak potasu), zaburzenia miesiączkowania. Epizody bulimii mogą być rozdzielane okresami anoreksji.

Anoreksja

Anoreksja (jadłowstręt) jest to brak lub zmniejszenie łaknienia na tle nerwowym lub psychicznym. Występuje głównie u dziewcząt w okresie pokwitania. Najbardziej podatne są osoby z rodzin nadopiekuńczych, ale także takie, które nie mogą sobie poradzić z sytuacją rodzinną np. alkoholizmem w rodzinie. Lęk przed otyłością i zniekształceniem sylwetki ciała powoduje drastyczne ograniczenie ilości spożywanych kalorii. Prowokowanie wymiotów, stosowanie forsownego wysiłku fizycznego, przyjmowanie środków przeczyszczających i moczopędnych prowadzi do zaburzeń metabolicznych i hormonalnych, wyniszczenia dość często powodującego zgon. Anoreksji sprzyja okres letni, gdy odkrywa się więcej ciała, a młode dziewczęta chcą pochwalić się idealną figurą. Uzależnienie wymaga długotrwałego leczenia, głównie przez psychologów klinicznych. Często, niestety, objawy choroby nawracają.

Bigoreksja

Swoim mechanizmem podobna jest do anoreksji, ponieważ obie choroby (uzależnienia) mają źródło w centralnym układzie nerwowym, gdyż łączy je brak akceptacji własnego ciała, i często prowadzą do wyniszczenia. Osoba uzależniona

od bigoreksji chce osiągnąć ideał sylwetki, który w rzeczywistości nie istnieje. Uważa, że brakuje jej odpowiedniej masy mięśniowej, a kształt ciała jest niedoskonały. Nie przyjmuje do wiadomości, że kształt ciała w dużym stopniu zależy od genetyki, a modelowanie sylwetki poprzez ćwiczenia ma swoje granice. Pojawiło się nawet pojęcie „niewolnik dużych mięśni”. Badania wykazują, że około 10% intensywnie trenujących młodych mężczyzn cierpi na bigoreksję – od zupełnie łagodnej, do skrajnego wyniszczenia organizmu. Bigoreksja cechuje się: zaburzeniami obrazu własnego ciała, stosowaniem rygorystycznej diety, intensywnych ćwiczeń, częstym mierzeniem obwodu mięśni (głównie „bicepsów”), oraz unikaniem kontaktów z ludźmi. Niestety dość często osoby uzależnione przyjmują anaboliki i stosują dietę ubogą w tłuszcze, co prowadzi do braku możliwości wchłaniania witamin A,D,E,K, natomiast bogatą w białko, co obciąża przewód pokarmowy i narządy odpowiedzialne za ich metabolizm (trzustka, wątroba, nerki). Kulturystyka jest akceptowana społecznie do czasu, gdy ćwiczenia zaczyna się traktować jak narkotyk. Wtedy ćwiczący nie czyni tego dla lepszej sprawności, przyjemności i poprawy nastroju (zwiększenie poziomu dopaminy), lecz ciągle niezadowolony ze swego ciała zaczyna stosować sterydy (popularni „pakerzy”). Po dłuższym okresie ich stosowania mogą pojawić się różne poważne choroby, np. przerost gruczołu krokowego, ginekomastia (rozrost sutka męskiego), uszkodzenie nerek, wątroby, a także zawały serca i udary mózgu (sterydy przyspieszają rozwój miażdżycy). Osoba z bigoreksją staje się agresywna, i często wchodzi w konflikty z prawem.

Amerykańskie badania wykazały, że w ciągu ostatnich 25 lat liczba mężczyzn niezadowolonych z tego, jak wyglądają wzrosła trzykrotnie, i wynosi obecnie około 50%, dorównując tym samym liczbie kobiet. Dochodzi nawet do wszczepiania silikonowych implantów do mięśni.

Należy podkreślić, że to uzależnienie wymaga długotrwałego leczenia psychiatrycznego i terapii psychologicznej.

Hipochondria

Jest to skłonność do przesadnej troski o własne zdrowie, z nadmierną

koncentracją uwagi na funkcjonowaniu narządów i wyolbrzymionym odczuwaniem bodźców zewnętrznych. Samo słowo pochodzi z greckiego „hypo-chondria”, oznaczającego miejsce pod pseudożebami chrześnymi – w dawnych czasach upatrywano tam miejsce powstawania różnych chorób. Hipochondria jest przekonaniem o istnieniu poważnej choroby lub stanem ciągłych obaw przed zachorowaniem, pomimo obiektywnych dowodów, że nie ma powodów do niepokoju. Chorzy na hipochondrię nie są z reguły świadomi istoty swoich dolegliwości. Uzależnieni mówią na temat swoich schorzeń praktycznie bez przerwy, głównie w gronie rodzinnym i na spotkaniach towarzyskich, w sklepach lub na ulicy spotykając znajomych. Hipochondryk niepokoi się o każdy objaw choroby czy dolegliwości, np. pocenie się, kaszel, wędrujące bóle mięśni i stawów. Często odwiedza lekarzy, ale nie wierzy ich wiedzy i diagnozie. Dość często potocznie mówi się o takiej osobie „chorzy z urojenia”. Ponieważ zaś myślenie o nieistniejącej chorobie wypełnia uzależnionym dużo czasu, a urojenie jest kategorią psychiatryczną, leczenie wymaga niekiedy opieki lekarza psychiatry i psychologa. U chorych w centralnym układzie nerwowym zmniejsza się wydzielanie dopaminy i serotoniny, wskutek czego mogą wystąpić objawy depresji. Należy podkreślić, że choroba jest pewną formą ucieczki od rzeczywistości.

Seksoholizm

Seksoholizm cechuje się „bogatym życiem erotycznym”; jest to hiperseksualność (hiperlibidemia). Osoby uzależnione od seksu uważają, że jest on jedynym sposobem radzenia sobie z problemami życiowymi. Jednocześnie zatraciły one umiejętność dokonywania wyboru, i nie potrafią powiedzieć „nie”. Swoje postępowanie tłumaczą tym, że seks może im przynieść różne formy ukojenia takie, jak:

- biologiczne - w następstwie wytwarzania dużych dawek endorfin, enkefalin i dopaminy,
- psychiczne – jako forma ucieczki przed przeciwnościami lub przemocą,
- duchowe – stwarzanie poczucia obcowania z czymś „wyższym” (osoba dotknięta tym uzależnieniem większość czasu poświęca rozmyślaniu

i działaniu w kierunku realizacji celów erotycznych).

Dość powszechna jest opinia, że seksoholizm to nałóg taki sam jak np. narkomania i alkoholizm, a intensywność tych doznań często się zwiększa gdy osoby uzależnione przyjmują narkotyki i nadużywają alkoholu. Na poziomie zdrowotnym natomiast istnieje duże zagrożenie chorobami wenerycznymi (rzeżączka, kiła, rzęśistkowica, chlamydia, zakażenie HIV przy braku odpowiedniego zabezpieczenia, a także zakażenie wirusem HPV – Human Papilloma Virus – ludzki wirus brodawczaka, który może spowodować raka szyjki macicy; obecnie rozpoczęto szczepienia przeciw tej chorobie).

W programie leczenia seksoholizmu wymagane jest m.in. aby pacjenci powstrzymywali się od wszystkich praktyk seksualnych przez okres 30 dni, co jest bardzo trudne do spełnienia przez uzależnionego (stosuje się tu leki psychotropowe działające uspokajająco).

Uzależnienie od sprzątanania

Osoba uzależniona godzinami sprząta mieszkanie – nawet gdy rodzina już śpi. Znajduje ku temu uzasadnienie „wewnętrzne”: lubi czystość, higienę, troszczy się o rodzinę, a wielogodzinnym sprzątananiem czuje się dowartościowana (syndrom nagrody).

Często spotyka się, szczególnie u kobiet, **tanoreksję** czyli uzależnienie od promieni słonecznych (przebywanie godzinami na słońcu), lub częste wizyty w solarium. Występują tu zagrożenia zdrowotne: oparzenia, przedwczesne starzenie się skóry oraz choroby nowotworowe (czerniak). Także częściej kobiet dotyczy **ageoreksja**, czyli usilne pragnienie zachowania młodego wyglądu. Zdarzają się też codzienne wizyty w „fitness clubie”.

W ostatnim okresie wzrasta też ilość osób uzależnionych od potrzeby przeżycia ryzyka, zwanej **ekstremanią**, przejawiającą się np. w:

- szybkiej jeździe samochodem,
- skokach na bungee,
- driftingu (niebezpieczne wyścigi samochodowe na górzystych drogach); narodził się w Japonii,
- „dream jumping’u” („skokach marzeń”); skokach na linie wykonywanych z wieżowców,

- wchodzeniu na wysokie budynki bez zabezpieczeń,
- ryzykownym alpinizmie i himalaizmie,
- celowym opóźnionym otwieraniu spadochronów, i wielu innych aktywnościach powodujących duże wydzielanie adrenaliny.

We współczesnym świecie polityki pojawia się także wiele uzależnień, np. od władzy, sławy, mediów, „blogów”. Do częstych uzależnień życia codziennego można zaliczyć np. codzienne nadmierne picie kawy, codziennej „lampki wina”, używanie substancji energetyzujących (tzw. dopalaczy), spożywanie dużych ilości czekolady, żucie gumy, oglądanie ulubionych seriali telewizyjnych, dbanie o własne zdrowie, nadmierne czytanie, muzykoholizm, od wróżek i przepowiedni, od makijażu, od kultu religijnego czy meteoropatia (uzależnienie samopoczucia od pogody). Najczęściej występuje tutaj przejściowa poprawa samopoczucia, a następnie potrzeba kontynuowania tych zajęć (uzależnień), aby działał mechanizm nagrody.

Podane w artykule przykłady „nowych uzależnień”, pomimo że są najczęściej społecznie akceptowane, stanowią często problemy zdrowotne i społeczne, i oczywiście nie wyczerpują długiej ich listy, która nie jest jeszcze zamknięta (Autor tego artykułu opracował listę około 60 nowych nałogów).

W kontekście uzależnień „starych” a także „nowych” należy wspomnieć o mechanizmach i teoriach ich powstawania.

Teoria neurobiologiczna – wyjaśnia skutki działania różnych substancji. Decydują tu dwa układy: dopaminowy „układ nagrody”, oraz endogenny „układ opioidowy”.

Dopaminowy „układ nagrody” polega na stymulowaniu mózgu do wytwarzania dobrze znanych substancji (neuroprzekazników) powodujących dobre samopoczucie. W układzie opioidowym egzogenne opiaty (morfina, heroina, kodeina) są agonistami receptorów opiatowych, a ich używanie prowadzi do uzależnienia i tolerancji. Przewlekłe używanie opiatów dość szybko powoduje przystosowanie się receptorów opiatowych, na co wskazuje potrzeba używania większych dawek substancji dla osiągnięcia pożądanego efektu (np. euforii lub zniesienia bólu). Niektórzy badacze przypisują układom dopaminergicznemu i opioidowemu dwie, nieco odmienne, funkcje: układ dopaminergiczny związany jest z nagradzaniem, a opioidowy wpływa na odczucie odprężenia, błogostanu. W ramach teorii neurobiologicznej uwzględniany jest także czynnik genetyczny, który może dziedzicznie powodować skłonność do powstawania uzależnienia. Dotychczas jednak nie odkryto żadnego pojedynczego genu związanego bezpośrednio z nadużywaniem określonych substancji. Rozważane jest także pojęcie neuroadaptacji, które oznacza takie zmiany w mózgu, które przeciwdziałają ostremu i szkodliwemu wpływowi przyjmowanych wielokrotnie substancji, a powstają podczas ich przyjmowania.

Koncepcje psychobiologiczne uzależnień obejmują problemy behawioralne, czyli związane z zachowaniem się (reakcją na bodźce płynące z otoczenia):

- **teorię poznawczą** – związaną z zaufaniem do substancji, których zażywanie ma być rozpoczęte,

- **teorię osobowościową** – sugerującą, że niektóre osoby skłaniają się do nałogu z powodu tzw. „osobowości nałogowej”,

- **teorię racjonalnego wyboru** – czyli dobrowolnego udziału ludzi w zachowaniach autodestrukcyjnych.

Można to także nazwać „słabą wolą”, a nałóg kontynuowany jest wbrew rozsądkowi.

Trzecia teoria rozważa czynniki związane z otoczeniem. Decydujące znaczenie mają tu czynniki społeczne i środowiskowe. Głównie dotyczy to osób przejawiających zachowania antyspołeczne. Wiadomo, że młodzież z zaburzeniami zachowania istotnie częściej ulega uzależnieniom.

W oparciu o poglądy wielu psychologów można umownie rozróżnić trzy strefy uzależnienia. W „zielonej strefie” żyją ludzie, którzy z różnych możliwości korzystają w sposób umiarkowany, i nie przejawiają predyspozycji do uzależnień. W „pomarańczowej” znajdują się ci, którzy nadmiernie korzystali z możliwości oferowanych przez świat zewnętrzny, ale w porę „zawrócili z drogi” wiodącej do uzależnienia. Strefa „czerwona” to strefa uzależnienia. Znajdują się w niej ludzie uzależnieni, którzy nie potrafią sami, bez pomocy z zewnątrz, powrócić do zdrowia. Uważa się, że nie ma możliwości powrotu ze strefy czerwonej do zielonej. Osoba, która raz wpadła w nałóg, będzie uzależniona do końca życia (np. alkoholik).

Reasumując należy podkreślić, że „stare” uzależnienia coraz częściej, a nawet dominująco, nakładają się na wiele „nowych”, co pogarsza sytuację. Trzeba także przypomnieć, że przez ostatnie dziesięciolecie przestrzegano ścisłej definicji uzależnień i wiązano je jedynie z zażywaniem substancji psychoaktywnych, alkoholu i tytoniu. Okazało się, że współczesna cywilizacja stymuluje i stwarza warunki do „nowych” uzależnień, łatwo przyjmowanych przez ludzkie społeczności. Uzależnienia były, są i będą, ponieważ związane są z rozwojem ludzkości i cywilizacji. Powszechnie wiadomo, że nie ma żadnych szans na ich zwalczanie. Stąd słuszne są podejmowane aktualnie szerokie działania zmierzające tylko do redukcji szkód powodowanych przez uzależnienia (harm reduction).



Z DOBRODZIEJSTWEM ADWERSARZA

EWA KOLBUSZEWSKA

STUDENTKA I ROKU BIOTECHNOLOGII UNIWERSYTETU ZIELONOGÓRSKIEGO.

Lubuski towar eksportowy

Ewa Kolbuszewska, studentka I roku Biotechnologii Uniwersytetu Zielonogórskiego rozmawia z dr. n. med. Maksymilianem Brzezickim, zielonogórzaninem z pochodzenia – doktorantem i lekarzem akademickim w dziedzinie inżynierii medycznej i chorób mózgu na Uniwersytecie w Oxfordzie.

Ewa Kolbuszewska: *Dzień dobry, Panie Doktorze, zacznę może od sztampowego pytania: dlaczego medycyna?*

Maksymilian Brzezicki: W życiu większości ludzi przychodzi czas, gdy muszą odejść od gier komputerowych i zająć się „czymś poważnym”, by zarobić na życie. Mi jednak poszczęściło się. Znalazłem zawód, w którym zabawa w zasadzie nigdy się nie kończy. Medycyna to rozwiązywanie zagadek, nauka mechanizmów, rozkładanie rzeczy na czynniki pierwsze, dokręcanie śrubek i zębatek tak, aby w efekcie końcowym wszystko chodziło jak w porządnym szwajcarskim zegarku. Zawsze lubiłem rozmowy z ludźmi, detektywistyczne łączenie kropek i doszukiwanie się poszlak. Uważam, że mało co daje większą satysfakcję, niż gdy z kilku słów pacjenta, jakichś numerków w komputerze i dobrze przeprowadzonego badania przedmiotowego wyciąga się trafną diagnozę. Poczucie sukcesu jakie wynika z polepszenia zdrowia innych to doświadczenie, którego na próżno szukać w jakimkolwiek innym zawodzie. Do tego dochodzi również, oczywiście, czynnik ludzki – uwielbiam słuchać historii pacjentów, bo każdy z nich ma coś ciekawego do zaoferowania, nawet jeśli jego choroba jest prostsza i mniej interesująca pod względem naukowym.

E.K.: *Mógłby podać Pan jakieś przykłady?*

M.B.: Miałem pacjenta, który grał w hokeja pod wodą. Słyszała Pani o czymś takim? Normalnie nurkują i grają pod lodem – pacjent niby tylko ze zwyczajnym przeziębieniem, a dowiedziałem się tyłu nowych rzeczy. W mojej pracy mam też na co dzień do

czynienia ze świadkami historii – opowiadają o czasach okupacji, o udziale w Powstaniu Warszawskim, o pierwszych latach powojennych. Ci ludzie, siłą rzeczy, niedługo odejdą, a wraz z nimi możliwość poznania realiów tamtych czasów z pierwszej ręki; a co za tym idzie również mądrości i rad życiowych. Poza tym jest to dla mnie olbrzymi zaszczyt, że mogę opiekować się i może nawet poprawić jakość życia komuś, kto walczył za naszą ojczyznę lub zasłużył się dekadami lat ciężkiej pracy – po to, żebym ja teraz mógł się rozwijać i spełniać swoje ambicje i marzenia.

E.K.: *Skąd pomysł na studiowanie za granicą i dlaczego akurat Oxford?*

M.B.:Przede wszystkim zainteresowało mnie niecodzienne podejście do studiów w Wielkiej Brytanii. Tamtejszy system chyba każdego przyprawiłby o ból głowy – swoją złożonością, mnogością ścieżek kształcenia, wyborami kierunków. Na kontynencie medycyna jest w miarę usystematyzowana – masz tyle i tyle lat studiów, taki i taki program. A ja tam mogłem na przykład ukończyć studia z podstawowych nauk medycznych na Oxfordzie, a potem uczęszczać do szkoły klinicznej w Bristolu, która ostatecznie dała mi dyplom lekarski. A to wszystko przy jednoczesnym odbywaniu zajęć naukowych na Oxfordzie i robieniu tam doktoratu. To dało mi dostęp do wielu nowych możliwości. Praktyki kliniczne miałem i w szpitalu uniwersyteckim (Oxford) ale i w Królewskim Szpitalu Chorób Dzieci czy onegdaj najlepszym w Europie centrum urazowym (Bristol). Pamiętam, gdy miałem praktyki w POZ, w piątek



w samym centrum zubożałej dzielnicy postprzemysłowej w Swindon i musiałem przepisać matce kilkorga dzieci paracetamol na receptę, bo nie było jej stać na wykupienie leku w aptece. W poniedziałek byłem już kilkanaście kilometrów na północ, w malowniczym dystrykcie Cotswolds, gdzie w POZ deklaracje mieli nawet członkowie rodziny królewskiej. Pierwsza pacjentka zgłosiła się do mnie z powodu bólu pleców wywołanych przez... przenoszenie pieniędzy. Miałem do niej tyle pytań; po pierwsze, ile ty masz tej forsy, że od samego przenoszenia bolą cię plecy? A po drugie: słyszałaś o przelewach bankowych? Druga pacjentka narzekała na uraz ręki po lekcji wf-u, na którym... grali w polo. Ot normalne, że każde dziecko przyprowadza swojego konia do prywatnej szkoły, za którą dodatkowo płaci kilkanaście tysięcy funtów za semestr. Ta różnorodność doświadczeń mi się podobała. Poza tym system angielski bardziej stawia na krytyczne myślenie, analizę, promowanie naukowego podejścia do życia. Nigdy nie byłem dobry w zakuwaniu i wypełnianiu testów, więc pomyślałem, i słusznie, że tam lepiej się odnajdę. Wielogodzinne dyskusje

o szczegółach fizjologii i biochemii, rozpatrywanie każdego przypadku z wielu stron i szerokie zgłębienie tematu – można to osiągnąć tylko w przypadku tutoriali, które zazwyczaj odbywają się w grupach po 3 czy 4 osoby i nauczyciel. Okolice pięknych gotyckich wież oraz otoczka tradycji i rytuałów dodatkowo przypieczętowały mój wybór. Poczulem, że to jest moje miejsce i będzie tu wystarczająco dużo dziwaków, żebym wyglądał na tego normalnego.

E.K.: *Czy Uniwersytet Oxfordzki naprawdę wygląda jak Hogwart?*

M.B.: (śmiech) To raczej Hogwart wygląda jak Oxford, a nie na odwrót. J.K. Rowling oczywiście całym garściami czerpała z dorobku tradycyjnej angielskiej edukacji, a to, że filmy Warner Bros Studios były częściowo nakręcone w budynkach uniwersyteckich już całkiem dopełniło tą wizję. I tak, w mojej bibliotece znajduje się zbiór zastrzeżony z „Komnaty tajemnic”, a sala główna Divinity School (wydziału świętości, teologii – red.) stała się hogwarcką infirmarią. Na pewno czarnych szat, magicznych procesji i rytuałów nam nie brakuje. Do tego Oxford pełen jest historii – zbierał się tu angielski parlament w czasie wojny domowej, spotykali sławni pisarze (wiem, na przykład, gdzie są prawdziwe drzwi do Narnii, wiem, gdzie pływała Alicja z Alicji w Krainie Czarów i gdzie profesor J.R.R. Tolkien pisał *Władcę Pierścieni*). Nawet Hitler planował ustanowić Oxford stolicą podbitej Anglii, co świadczy o ciężarze gatunkowym tego skądinąd małego ludnego miasta. Jak mówiła historyczka Jan Morris, bez tradycji Oxford byłby średniej wielkości miastem z dobrą księgarnią i kimś kto napisał całkiem niezły esej o teologii w 1276 r. By Oxford utrzymał się na szczycie list rankingowych, musi przyciągać najlepszych kandydatów i naukowców z całego świata. A czym przebije takie szlagiery jak Harvard, MIT, Karolinska czy ETH w Zurychu? Raczej nie funduszami, bo tych zawsze będzie nieporównanie mniej niż w USA; raczej też nie zapleczem, bo w gotyckich wieżach może jest ładnie, ale za to ciasno i zimno. Stąd odpowiedź prosta – mógłbym pójść sobie na MIT, ale czy tam będę przebierał się za Harry'ego Pottera i odczytywał magiczne formułki po łacinie przed jedzeniem? Bynajmniej.

E.K.: *Jakie jeszcze nietypowe tradycje obowiązują na Oxfordzie i skąd się wzięły?*

M.B.: Gdy uniwersytet dopiero się formował w późnym wieku XI, musiał dzielić zaplecze z kościołem mariackim. A że ksiądz zawsze miał pierwszeństwo, studenci wychodzili w pół wykładu czy egzaminu z sali, czekali grzecznie, aż zostaną odprawione msze i nieszpory, po czym grzecznie wracali do ławek i kontynuowali naukę. Ponoć szramy na suficie świątyni brały się z wysokich krzeseł profesorów. Chcieli być bliżej Boga, gdy odpytywali studentów, aby ten ich oświecał. Wyobrażam sobie jak intensywne musiało być takie szuranie po suficie chociażby w trakcie burzliwego egzaminu. Takie i setki innych historii skrywają te przeszło tysiącletnie mury. To właśnie częścią tej historii chcą być kolejne pokolenia naukowców. Inaczej się marznie w bibliotece, gdy jednak ma się gdzieś z tyłu głowy, że marzył tu też Oskar Wilde czy Richard Dawkins. Gdy przeczyta się listy ze średniowiecznych archiwów, to szybko okaże się, że ówcześni studenci narzekali na to samo co my teraz. Uniwersytet to tak naprawdę luźna federacja kilkudziesięciu college'ów, pełniących rolę takich mini-universytetów. Każdy ma swoją tradycję, swój styl architektoniczny, swoich fundatorów i swoją misję. Na przykład Christ Church został założony przez kardynała Wolseya, by szkolić przyszłe elity władzy, notabli, którzy będą przeciwwagą dla władzy króla. Do dziś sam college wykształcił tyle premierów co całe Cambridge razem wzięte. Wadham jest znany z lewicowości, a Jesus chwali się do dziś, że przyjął uchodźców spod noża świętej inkwizycji. Mój college, Reuben, został założony by promować interdyscyplinarność naukową, a fundatorzy wyszli z założenia, że każdy członek collegu musi mieć opanowane przynajmniej dwie dyscypliny: w moim przypadku była to inżynieria i medycyna, ale są studenci którzy łączą naukę o klimacie z etyką czy studiami nad budową komórki. Oxford to nieustanne obiady, rauty, spotkania towarzyskie. Reuben organizuje znane na całe miasto „Obiady z dinozaurami”. Ten niecodzienny „formal” odbywa się w sali głównej muzeum historii naturalnej, a więc wśród... szkieletów dinozaurów. Zaproszony gość wygłasza prelekcję na jakiś temat, a uczestnicy debatują nad jej treścią podczas obiadu. Po pierwszym

daniu każdy stolik musi wyznaczyć tzw. „raportera”, który następnie podejmie dyskusję z innymi stolikami. Jak widać, tu nawet kolacji nie można zjeść w spokoju, bez nieustannego spierania się i wymiany argumentów. Oxford znany jest też ze swojej niereformowalności. Jest tu dużo praw i zwyczajów, które były ustanowione kilka wieków temu i dalej obowiązują... bo przecież po co zmieniać coś co dobrze działa. I tak, Lincoln college, który uzyskał kiedyś od króla prawo opalania węglem w kominu robi to dziś, nawet w środku lata... bo może. Oxford ma też swoją własną strefę czasową, bo nie przyjął czasu urzędowego (GMT + 5 minut)... bo może. W końcu uniwersytet stosuje swoją własną wersję języka angielskiego, w którym wiele słów wymawia się inaczej: np. Magdalen czytane jako „Modlin”, lub jest zupełnie od czapy, np. rachunki nazywamy „battles” co kojarzy się bardziej z polem walki, niż z opłatami, a zawieszenie roku „rustykacją” co przywodzi na myśl raczej ozdoby architektoniczne, niż urlop dziekański. Te terminy oczywiście mają swoje historyczne źródła, ale dziś już nikt o tym nie pamięta – za to tradycja musi być tradycją! Istnieje też college, który w ogóle nie ma studentów. To All Souls, w którym studiuje tylko... dusze. Ponoć naukowcom tak przeszkadzały hałasujący młodzi studenci, że postanowili zbudować cały college jedynie dla dusz, bo one przecież ciała nie mają i nie mogą swoimi pijackimi ekscesami zbijać z pantałyku mądrych profesorskich myśli. Aby dostać się do tego prestiżowego miejsca trzeba było kiedyś zdać tzw. egzamin jednego słowa. Kandydat przychodził, otwierał kopertę, a tam było tylko jedno słowo, np. „woda”, „cuda” lub „niewinność”. Następnie należało przez 3 godziny wyprowadzić spójny wywód filozoficzny w swojej dziedzinie na ten temat; oczywiście przy okazji wykazując się wiedzą i zdolnościami wypowiedzi, które byłyby godne przyjęcia do tego college'u.

E.K.: *Zdaje się za życia, a po śmierci dusza przychodzi sobie studiować?*

M.B.: No, pewnie tak jest, chociaż na pewno nie dowiemy się tego tylko po podróży w zaświaty.

E.K.: *A jak wygląda samo studiowanie?*

M.B.: Tak jak wspominałem - zależy to w bardzo dużym stopniu od wybranej ścieżki kształcenia, college'u, wyboru miejsc do odbywania praktyk, indywidualnych nauczycieli, itd. Oczywiście clou całego systemu są te słynne tutoriale, tzn. godzinne zajęcia z profesorem, podczas których jesteście grillowani do chrupiącej skórki. Ale to właśnie tutaj możemy naprawdę zgłębić wiedzę na jakiś temat. Na tutorialie przygotowuje się eseje badawcze, czyli taką rozprawkę na jakiś temat, z użyciem najnowszych badań naukowych. Nie ma taryfy ulgowej dla klinicystów, wszyscy co tydzień muszą wyprodukować kilka takich dogłębnych prac badawczych, a potem umieć się jeszcze z nich wybronić podczas tutorialu. Egzaminy też głównie składają się z esejów na dany temat, zazwyczaj wymagający przekrojowej wiedzy z różnych dziedzin, np. anatomii, fizjologii, farmakologii, biochemii, biologii molekularnej czy nawet uczenia maszynowego. Semestry są krótkie (3 semestry w roku po 8 tyg. każdy), ale intensywne. Po przerobieniu materiału z nauk podstawowych, medycy wykonują samodzielny projekt naukowy, i to już na trzecim roku (tzw. Final Honours School). I nie jest to bynajmniej zabawa w wulkan z sody; należy przeprowadzić badanie w ramach którejś z działających na uniwersytecie grup badawczych i przygotować dysertację, która wnosi coś nowego do nauki, a więc w standardzie znanym z naszego magisterium czy doktoratu. Po tym otrzymuje się coś w rodzaju bardzo ograniczonego prawa wykonywania zawodu i można iść do szkoły klinicznej na praktyki i naukę w szpitalu. Zapaleni naukowcy przed przejściem do tej fazy robią sobie jeszcze dodatkowy kierunek, a nawet doktorat!

E.K.: *Gdzie miał Pan praktyki?*

M.B.: Oxford ma swoją szkołę kliniczną, ale ja wybrałem przemieszczenie do sąsiedniego Bristolu, z uwagi na większą różnorodność geograficzną. Nie chciałem do końca studiów być tylko w jednym i tym samym szpitalu uniwersyteckim – marzyły mi się wyprawy w góry z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, poradnie zarówno w klinicznych, ale też i wiejskich szpitalach, a do tego Bristol jako większy ośrodek miejski miał znacznie szerszy zakres pacjentów w dużych szpitalach uniwersyteckich. Dodatkowo rozpocząłem mój projekt naukowy w laboratorium Neurometrologii i co tydzień

studiowałem przedmioty akademickie na Oxfordzie. Taka różnorodność bardzo mi się podobała.

E.K.: *A co robił Pan po ukończeniu studiów?*

M.B.: Stwierdziłem, że wrócę do Oxfordu na stałe. Tam skończyłem dwuletni staż z medycyny i chirurgii (z elementem akademickim), a następnie rozpocząłem doktorat, który w dużej mierze oparł się na pracy, którą wykonałem będąc jeszcze w szkole medycznej. Takie akademickie relacje, mentoring i rozwój naukowy od najmłodszych lat są tu bardzo cenione. To, że ktoś w ogóle chciał mnie słuchać było wielkim przeżyciem dla mnie jako dla młodego naukowca. Pamiętam egzamin z biochemii, na którym mieliśmy pytanie, potem odpowiedzi ABCD a następnie miejsce na uzasadnienie odpowiedzi. Gdy otrzymałem sprawdzony test zobaczyłem, że wybrałem złą odpowiedź. Tutor napisał mi 0 punktów. Ale po chwili skreślił to zero i napisał „wiesz co, przekonałeś mnie” (śmiech). Moje uzasadnienie było tak solidnie ugruntowane naukowo, że ktoś dał mi ocenę, której nie przewidywałem kluczem odpowiedzi. W jakimkolwiek innym systemie dostałbym po prostu 0 punktów. Pytania na esejach też wymagają wyjątkowego myślenia. Przykład?

„Jesteś biegłym powołanym przez prokuraturę w procesie o morderstwo w oxfordzkim teatrze. Świadek koronny zeznaje, że słyszał, gdy dwóch głównych podejrzanych omawiało miejsce ukrycia narzędzia zbrodni. Obrona twierdzi, że nie mógł być tego usłyszeć, albowiem jest głuchy od urodzenia. Świadek kontruje, że może i jest głuchy, ale ma implant ślimakowy i doskonale rozumie ludzką mowę; wspomina ze szczegółami, że gdy wychodził do toalety, grali właśnie etiudę c-moll op. 10 nr 12 Chopina”

Oczywiście można by było zadać pytanie typu „opisz anatomię i fizjologię słuchu”, ale na to nawet ChatGPT potrafi odpowiedzieć. Żeby odpowiedzieć na ww. pytanie, student musi mieć rzeczywistą wiedzę i zrozumienie pojęć: skąd bierze się dźwięk i do czego służą poszczególne elementy układu słuchu. Zrozumie na przykład, że etiuda rewolucyjna ma dźwięki, których zakres częstotliwości nie jest amplifikowany przez żaden komercyjnie dostępny implant! Z drugiej strony przywoła argumenty o wpływie wykształcenia muzycznego i audioterapii, zacytuje

być może ciekawe badania naukowe, w których audiofile mogli rozpoznawać utwory niesłyszalne dla innych pacjentów z implantami. Porządny student wie, że każda ekspertyza ma swoje ograniczenia, jest w stanie wskazać kilka punktów widzenia i elokwentnie obronić każdy z nich. To jest coś, co studenci Oxfordu muszą mieć w małym palcu. Pomogło mi to też na doktoracie, gdzie presja jest jeszcze większa: cotygodniowe egzaminy, ciągłe bronienie swoich metodologii i analizy, powtarzanie wszystkich eksperymentów od zera po kilka razy „żeby być pewnym”, drażnienie najdrobniejszych szczegółów i niezliczona ilość testów statystycznych. Taka szkoła życia powoduje, że wiem, jak robi się naukę na najwyższym poziomie i że to, co wszyscy widzą jako sukces wybitnej jednostki jest okupione niczym innym jak setkami godzin mozolnej, niewdzięcznej i mrowczej pracy.

E.K.: *Jak wygląda proces rekrutacji na takie studia?*

M.B.: W tym nie ma nic magicznego! Można sobie to wszystko znaleźć na stronie uniwersytetu. Nie korzystałem z usług żadnej firmy, po prostu złożyłem podanie z listem motywacyjnym, świadectwem ocen i listem polecającym od nauczyciela. Następnie napisałem egzamin, była rozmowa rekrutacyjna. Tak mniej więcej wygląda przyjmowanie na każde studia, staże lub specjalizacje. Jest to oczywiście zaciekły wyścig, bo o przyjęcie na Oxford co roku ubiega się przeszło 61 tysięcy osób. Z kolei rekrutacja na najbardziej prestiżowe staże, rezydentury czy programy kliniczne jest jeszcze trudniejsza. Nierzadko na jedno miejsce jest 120-150 chętnych. Komisje egzaminacyjne patrzą na szereg elementów, nie tylko wynikających z samego studiowania. Liczy się stopień zaangażowania w daną specjalizację, mierzony np. ilością godzin praktyk na danych oddziałach, ilością audytów, publikacji, prezentacji naukowych, do tego punkty można otrzymać za działalność przywódczą, kierowanie organizacjami pożytku publicznego, prowadzenie zajęć dydaktycznych, nagrody w konkursach specjalistycznych z wiedzy i umiejętności oraz dodatkowe fakultety. Słowem – żeby nie spaść z rowerka, trzeba nieustannie pedałować, czyli starać się i pracować.

E.K.: *Jak takie studia wyglądają od strony finansowej? Z czego się Pan utrzymywał?*

M.B.: Studiowałem, gdy Wielka Brytania była jeszcze częścią Unii Europejskiej, więc obowiązywały mnie te same zasady co rodzimych aplikantów. Na czesne wzięłem kredyt studencki, a w kosztach życia niewątpliwie pomogło mi stypendium naukowe. Rodzina oczywiście nie miała środków, by finansować mi takie studia, więc starałem się doroobić, gdzie tylko mogłem, czyli głównie w pracach dorywczych: w laboratorium, przy produkcji strzykawek, a nawet jako woźny w szkole podstawowej. Na doktoracie było znacznie lepiej, bo tam otrzymałem dwa granty – z wydziału nauk medycznych oraz Lorda Clarendona. Ten pierwszy daje się najlepszemu studentowi w konkursie świadectw, to drugie najlepszym 2% studentów ze wszystkich kierunków.

E.K.: *Ale przecież Oxford to według rankingów najlepsza szkoła medyczna na świecie, a medycyna sama w sobie jest uważana za jeden z najtrudniejszych kierunków. Czyli chcesz powiedzieć, że chłopak z Zielonej Góry dostał stypendium dla najlepszego kandydata ze wszystkich na świecie na ten kierunek i jeszcze drugie dla 2% najlepszych kandydatów ze wszystkich dyscyplin na uniwersytecie?*

M.B.: No jakoś tak wyszło.

E.K.: *Co było Pana zdaniem najtrudniejsze w studiowaniu?*

M.B.: Stres, ogrom materiału, ciągle bombardowanie pytaniami, poczucie, że jest się nieadekwatnym i niewystarczająco dobrym, oraz życie w bańce. Gdy komuś spoza Oxfordu powiem, że skończyłem tam studia, wychodzę na wyjątkowo zdolnego geniusza, mimo że tak nie jest (śmiech). Ale przecież już będąc na Oxfordzie samo studiowanie to żaden wyróżnik! Ludzie konkurują ze sobą stażami, badaniami naukowymi, doświadczeniem spoza medycyny, a nawet prowadzeniem własnych start-upów. Toteż na oddziale chorób zakaźnych lekarz z 3 stażami zagranicznymi, doktoratem na stypendium i 5 projektami naukowymi nie ma się czym chwalić. W pewnym momencie zauważyłem u siebie, że chcę startować w konkursach, które mnie nawet nie interesują, tylko po to żeby pokazać innym że mam lepszy wynik. Coraz mniej cieszyłem się z osiągnięć, bo ważne

było tylko następne wyzwanie. Do tego coraz bardziej męczyły mnie obrzędy związane z otrzymywaniem informacji zwrotnej. Jestem dość bezpośrednim człowiekiem i lubię, gdy daje mi się uwagi na temat mojej pracy, pokazuje niedociągnięcia i proponuje rozwiązania. Anglicy często nie mówią jednak o co im chodzi, więc aby wysondować sytuację należy kluczyć w kularach, pijalniach herbat i stołówkach. Czasami proste nieporozumienie wymaga spędzenia godzin na rozplątywaniu sieci zależności i tradycjonalistycznych przekonań.

E.K.: *Czy miał Pan czas na cokolwiek innego niż siedzenie nad książkami?*

M.B.: Kilka razy zdarzyło mi się pójść spać, ale nie jakoś często. Jest nawet taki żart – gdy widzisz studenta Oxfordu, który odpoczywa na trawniku to znaczy, że... nie żyje. (śmiech) Oczywiście Oxford to nie sama nauka – brałem czynny udział w kołach zainteresowań, chodziłem na przeróżne wydarzenia (te bardziej formalne i te... organizowane w podziemnych klubach), i poznałem mnóstwo wspaniałych ludzi, w tym również nawet późniejszych współpracowników. Do tego oczywiście nie byłbym studentem Oxfordu bez epizodu w wioślarstwie. Pokochałem ten sport tak mocno, że potrafiłem trenować 4-5 razy w tygodniu. Codziennie wstawałem o 5.40 rano, żeby zdążyć na trening nad rzeką, również w niedzielę. Reprezentowałem college na kilku zawodach uczelnianych jak i ogólnokrajowych – z całkiem dobrym skutkiem medalowym, między innymi w kwalifikacjach do słynnego Henley Royal

Regatta i zdobyciu złotego medalu na mistrzostwach świata w Henley T&V. Oczywiście mistrzostwo tylko w naszej kategorii, ale zawsze! Byłem kapitanem męskiej reprezentacji przez 2 lata, co nauczyło mnie sporo na temat charyzmy, przywództwa, dyscypliny i psychologii sportu. Tam też poznałem najlepszych przyjaciół – w końcu gdy z gromadą innych facetów wyciskasz z siebie ostatnie poty na siłowni, „ergu” i w łódce, to jest to coś co niewątpliwie zbliża do siebie. Szanowali mnie jako kapitana, bo powiodłem ich do kilku niespodziewanych zwycięstw. Byłem też w szatni, by wygłosić przemowy bardziej minorowe. Do tego trenowałem sporty indywidualne: podnoszenie ciężarów i chodzenie po górach. Odbyłem mnóstwo wypraw samochodowych w najdalsze zakątki Wielkiej Brytanii, a nawet parę na bezdrożach Islandii. Nauczyło mnie to rozwiązywania niespodziewanych problemów i szybkiego odnajdywania się w kryzysowych scenariuszach, ale też dostarczyło mi wiele wiedzy o ludziach, o ich miejscu zamieszkania, trybie życia i pracy. Często używam tych anegdot w rozmowach z pacjentami lub jako przykład w mojej argumentacji. Dają mi też inną perspektywę myślenia; czasami zastanawiam się „gdyby ten przypadek wydarzył mi się pośrodku parku narodowego Vatnajokull, co bym wtedy zrobił?”. Intensywność treningów, zajęć lekcyjnych, pozalekcyjnych, klinicznych, naukowych i praktyk sprawiają, że na kontakt ze światem spoza tej bańki prawie nie ma czasu. Zależało mi na tym, by mieć jeszcze jakichś „normalnych” znajomych więc musiałem się bardzo



starać, by wygospodarować dla nich choćby pół godziny w grafiku.

E.K.: *Czy na Oxfordzie wykładają sami nobliści?*

M.B.: Sami na pewno nie, ale niewątpliwie mamy styczność z celebrytami świata nauki – zarówno tymi historycznymi jak i z pierwszych stron gazet. To jest z resztą urocze – wynalazczyni szczepionki na COVID-19 dojeżdża rowerem na te same zajęcia z pilatesu, co światowej sławy ginekolożka, która prowadzi programy humanitarne opieki okołoporodowej w Malawi. Nobliści z racji swojego wieku są już raczej ambasadorami nauki niż jej aktywnymi praktykantami. Z resztą nowoczesne badania i rozwój opierają się w dużej mierze na przywództwie, doradzaniu, zdobywaniu grantów, lobbowaniu, prowadzeniu międzynarodowych kolaboracji i zarządzaniu wielkimi mechanizmami. Nikt już nie siedzi pochylony nad probówką w piwnicy – eksperymenty są małymi cegiełkami, które dopiero potem tworzą jakąś całość, a każdy wynik trzeba wielokrotnie zweryfikować. Ale przecież komuś nagrodę trzeba dać, toteż z przekąsem mówi się, że dostaje ją człowiek, który całymi dniami podbija swoim podwładnym bilety parkingowe (śmiech). Jeden z szeroko publikujących okulistów przyznał mi się kiedyś, że on daje tyle wykładów na temat retinopatii cukrzycowej, że już zapomniał anatomii poza siatkówką oka. Ale tacy ludzie też są potrzebni – bez nich nie byłoby funduszy, wizji i organizacji, czyli paliwa nowoczesnej nauki. Innym aspektem jest wytrwałość. Sir Peter Ratcliffe z dumą pokazuje nam list z redakcji Nature odrzucający jego pracę, za którą później otrzymał Nobla z medycyny lub fizjologii. Z resztą wytrwałości nie można mu odmówić – do dziś dyżuruje na SORze. John O’Keefe chwalił mi się, że spędził 10 lat nad tym by zbudować idealny labirynt dla myszy w swojego eksperymentu. Przez ten czas nie opublikował ani jednego artykułu. Nie wiem, czy zdobyłby sobie tym popularność na większości uczelni w obecnym świecie.

E.K.: *Ile razy myślał Pan o tym, żeby zrezygnować?*

M.B.: Jak na razie 39. Tyle naliczyłem przypadków, gdy poważnie zastanawiałem się nad rzuceniem studiów, praktyki klinicznej, no i medycyny w ogóle. Wtedy pomaga mi zastanowienie się

nad tym, dlaczego w ogóle zacząłem się tego wszystkiego uczyć. Jakie mam cele i czy kolejne niepowodzenie jest na tyle tragiczne, że nie warto kontynuować. Jeśli sprawy zajądą za daleko, oglądam sobie film „Bogowie” lub czytam książkę o Rudolfe Weiglu. Determinacja jednego i drugiego bohatera dodają mi siły. Zwłaszcza jeśli popatrzę sobie na to, co robili ci herosi medycyny w moim wieku. Na przykład profesor Weigl dopiero co zaczynał pracę w laboratorium polowym w austriackim obozie jenieckim, bo było to zaraz po wybuchu I wojny światowej. O jego zawrotnych wynalazkach w lwowskiej katedrze nikt nie usłyszy jeszcze przez dobre 20 lat. A jakoś się nie poddawał, to czemu ja miałbym się poddać?

E.K.: *Jakie są największe różnice między Polską a Anglią jeśli chodzi o uczelnie, rozwój podyplomowy i ogólnie pracę lekarza?*

M.B.: Nie studiowałem w Polsce, więc w ramach porównania mogę się odwołać tylko do tego, co znam z opowieści. Na pewno system nauczania jest inny, w Polsce stawia się mimo wszystko na standaryzację, na klarowne ścieżki rozwoju kariery i na trzymanie średniego poziomu nauki. Od lekarzy nie wymaga się ośmiu asów w rękawie przy kwalifikacji na rezydentury czy staże. Wszyscy piszą jeden egzamin, każdy oceniany jest obiektywnie wg klucza. Z drugiej strony wymaganie tzw. „commitment to specialty” nie jest takie głupie. W Anglii by dostać się na studia czy specjalizację należy zademonstrować, że naprawdę się tego chce: liczą się np. godziny w kołach zainteresowań, przeprowadzone projekty naukowe, społeczne; praca na oddziałach i ilość staży kierunkowych. Rekruterzy twierdzą, że naprawdę musisz chcieć robić tę gastrologię, jeśli od 4 roku studiów po godzinach zbierałaś dane do audytu na temat przyjęć w alkoholowej chorobie wątrobowej, a w Polsce różnica między chirurgią ogólną a medycyną rodzinną to czasem jeden punkt z LEKu. Poza tym tam dużo trudniej się dogadać, i nie chodzi tu nawet o barierę językową, tylko o konwenanse. Mówi się, że każdy snob ma dwie ojczyzny – swoją własną i Anglię. Coś w tym jest – Anglicy uwielbiają decorum, rytuały, niuanse. Przez to bardzo często nie mówią wprost, o co im chodzi, a jakkolwiek próbę komunikacji należy ubrać w szereg grzecznościowych frędzli. W Polsce

komunikacja jest zdecydowanie krótsza, można często zadzwonić do konkretnej osoby, która jest za coś odpowiedzialna. W Wielkiej Brytanii decyzyjność jest rozmyta i przybiera formę bezosobowych systemów.

E.K.: *Jakie dwie rzeczy przeniósłby Pan z Anglii do Polski, a jakie vice versa?*

M.B.: Z pewnością doposażyłbym polską medycynę rodzinną. W mojej opinii fakt, że lekarz POZ nie może oznaczyć witaminy D czy PTH jest skandalem i marnowaniem czasu. W Anglii nie istnieje w ogóle instytucja wysyłania pacjenta do specjalisty na badania, a przyjęcie kogoś zdrowego do szpitala tylko żeby przeprowadzić diagnostykę byłoby traktowane jako rażące marnotrawstwo zasobów. Chirurg naczyń powinien być od udzielania porad i kwalifikacji na zabieg, ewentualnie leczenia operacyjnego kończyn, a nie robienia wymazów ze słabo gojących się ran. Stąd tak bardzo podoba mi się opieka koordynowana, która w Anglii funkcjonuje w ścieżkach z każdej specjalizacji. POZ w Wielkiej Brytanii wykonuje też wiele prostych zabiegów chirurgicznych i diagnostycznych, które urozmaicają pracę lekarzy i – znów – skracają kolejki do specjalistów. Istnieje zamknięty obieg dokumentów – lekarz zleca badania, a wyniki idą tylko do niego. Pacjent musi przyjść na wizytę, aby je otrzymać i od razu zinterpretować. To likwiduje przypadki ignorowania rzekomo „dobrego cholesterolu” i motywuje chorych do przyścia na konsultację. Każdy pacjent jest triażowany przez system, ustala mu się termin przyjęcia ze względu na priorytet kliniczny, a nie czas skierowania czy zgłoszenia się do okienka. System sam rozlicza refundacje lekowe; o odpłatności za leki



decyduje status materialny pacjenta, a nie stan zdrowia. Muszę przyznać, że zatrważający jest fakt, że w Polsce pacjenci muszą czekać na pogorszenie się stanu zdrowia, by otrzymać zniżkę na lek. Z drugiej strony elektryfikacja polskiego systemu ochrony zdrowia zwalniałaby z nóg przeciętnego angielskiego lekarza. Wiele szpitali ma dalej papierowe dokumentacje medyczne, często musiałem ręcznie przepisywać po 24 leki na karcie zleceń, a następnie rysować pacjentce na mapie, gdzie może sobie je odebrać (nawet w Oxfordzie jest tylko jedna apteka, która ma kontrakt na wydawanie szpitalnych leków), a wyniki badań nierzadko musiałem odbierać... faksem. Tu w poradni POZ w Zielonej Górze nie muszę nawet używać klawiatury, bo sztuczna inteligencja przygotowuje za mnie wywiad, badanie i zalecenia – w kilkanaście sekund, na podstawie nagrania z mojej konsultacji. Gdy Anglicy widzą rozwiązania takie jak P1, IKP czy mObywatel często nie wiedzą z której strony strzelił ich piorun. Dopytują się na przykład: "Ale jak to... wypisujesz komuś leki z aplikacji na telefon... i skąd ten kod QR wie, ile ramiprilu ma wydać pan w aptecę?" Angielscy pacjenci są też bardzo ubezwłasnowolnieni. To lekarz musi umawiać ich na wizyty do specjalistów, na badania dodatkowe i na operację. Pojawiają się często głosy, że to lekarze powinni ustalać im też jadłospisy, przysyłać farmaceutów by podawali im leki oraz organizować dla nich wyjścia na basen, siłownię czy... do parku. Oczywiście są to skrajne przypadki, ale wcale nie rzadkie. Stąd zawsze byłem pod wrażeniem polskich pacjentów, którzy leczyli się w szpitalu Jana Radcliffe'a – zanim zdążyłem cokolwiek powiedzieć, to już organizowali fizjoterapię, transport medyczny czy

zapas leków. Wolę, gdy pacjent czuje się współodpowiedzialny za swoje zdrowie. Wiem, że kilku prywatnych ubezpieczycieli w Anglii wprowadziło systemy nagród za prozdrowotne zachowania, na przykład obniżało składkę dla osób które codziennie przechodziły 10 tysięcy kroków czy meldowały się na zajęciach sportowych. Chciałbym by podobny system zachęt funkcjonował na szerszą skalę, chociaż zdaję sobie sprawę, że powoduje on nierówności i nie każdego zachęci w odpowiedni sposób.

E.K.: *O czym był Pana doktorat?*

M.B.: Celem naukowym mojej pracy było zastąpienie neurologów... robotami. Obecnie szczegółowe badanie neurologiczne chorób neurodegeneracyjnych jest żmudne, zajmuje dużo czasu i wymaga sporej wiedzy. W praktyce wykonywanie go częściej niż raz na rok jest niemożliwe, a przecież chcielibyśmy wiedzieć co się dzieje z pacjentami częściej – na przykład po interwencji chirurgicznej czy zmianie leku. W odpowiedzi na to skonstruowałem kilka rozwiązań inżynierskich, które pozwoliły na obiektywną obserwację objawów wśród pacjentów z chorobą Parkinsona. Takie roboty "mieszkały" sobie z pacjentami i co miesiąc badały ich pod kątem odchyłeń neurologicznych tak, jakby zrobił to lekarz w poradni. Pacjenci wykonywali zleczone zadania, a robot wysyłał mi informację z sensorów. W ten sposób co poniedziałek otrzymywałem szczegółowy raport na temat wszystkich 130 pacjentów będących pod moją opieką i to bez kiwnięcia palcem. Następnie opracowałem algorytm uczenia się maszynowego który analizował dane z sensorów i na tej podstawie oznaczał stopień zaawansowania choroby, dopasowywał leki i przewidywał ważne kliniczne wydarzenia np. upadki czy odpowiedź na głęboką stymulację mózgu.

E.K.: *Czy w tych zadaniach roboty były lepsze od ludzi?*

M.B.: Na pewno robiły mniej błędów, ich pomiary były bardziej dokładne i miarodajne. Z resztą trudno się dziwić. Nie wiem czy jest jakiś neurolog, który skrupulatnie zapisuje sobie ile kroków robią jego pacjenci gdy odwracają się koło drzwi lub ile wynosi odchylenie standardowe kąta poruszania prawą ręką w ciągu dwuminutowego chodu. A mój robot to robi. Nic oczywiście nie zastąpi specjalisty, ale na pewno każdy

neurolog wolałby skupić się na leczeniu pacjentów, a takie roboty dostarczają precyzyjnych informacji podobnych do badań kardiologicznych takich jak holter czy echo serca.

E.K.: *A czy nie jest to trochę kontrowersyjne?*

M.B.: Mieliliśmy nieco problemów z publikacją, zwłaszcza, że kilku recenzentów dość sceptycznie odnosiło się do naszej pracy ze względów ideologicznych. Ale na szczęście nauka zwyciężyła – fakty mówią w końcu same za siebie. Niektóre z tych prac udało nam się opublikować w prestiżowych czasopismach takich jak Nature czy Movement Disorders, a o jednej z nich napisał nawet New York Times.

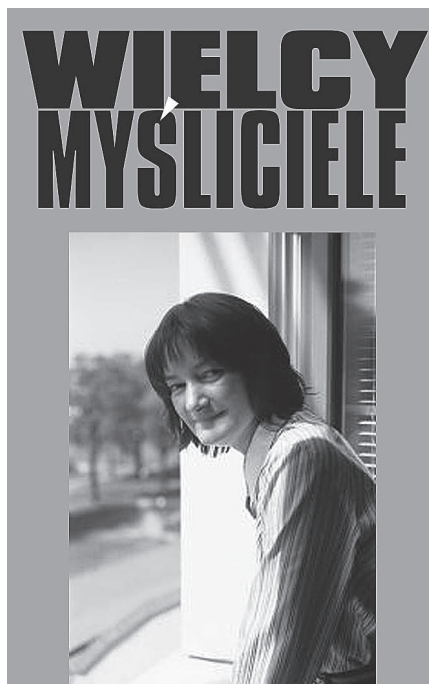
E.K.: *Jakie ma Pan plany na przyszłość?*

M.B.: Odwołam się tutaj do wątku Noblistów – kiedyś dyskutowałem z Sir Paulem Nurse'em, który powiedział, że trzeba co jakiś czas zresetować swoje życie. "Drogi Maksymilianie" – mówił mi – "raz na pięć lat musisz rzucić wszystkie karty do góry i zobaczyć, gdzie upadną." On sam średnio co pół dekady rezygnuje ze wszystkich swoich grantów, tytułów i posad, a następnie szuka sobie życia od nowa. Zawsze jest to trudne, bo przecież człowiek musi się trochę napracować by wejść na szczyt. Ale dzięki temu mamy szansę nabrać nowych doświadczeń, spróbować swoich umiejętności w nowej roli. Także ja postanowiłem opuścić moje miejsce w gotyckiej wieży z kości słoniowej i przenieść się do Zielonej Góry. Chciałbym rozpocząć tu badania naukowe, interesuje mnie neuroinżynieria, ale od jakiegoś czasu również medycyna kosmiczna. Jestem niezmiernie wdzięczny za ciepłe przyjęcie mnie po powrocie – spotkałem się z niesamowitym wsparciem od całego zespołu z poradni „Skarbowa” z Zielonej Góry, w której obecnie pracuję. Wszyscy kibicują mi, pomagają, odpowiadają na pytania i tolerują mój kulejący jeszcze język polski (śmiech). Polska Agencja Kosmiczna organizuje niedługo pierwszą w ponad 1000-letnich dziejach naszego narodu misję naukową na międzynarodową stację kosmiczną. Mam zaszczyt uczestniczyć w tym przedsięwzięciu. Kto wie, może następnym krokiem będzie wysłanie zielonogórskich robotów na Marsa?

E.K.: *Życzę powodzenia i dziękuję za wywiad.*



Zyjemy w „ciekawych” czasach to fakt. Świat przyspieszył jak nigdy, informacja to nie tylko najbardziej pożądanym towarem, stała się wręcz wyznacznikiem wiedzy, a więc i władzy. A sama wiedza determinuje sukces lub porażkę, wyzwala coraz bardziej agresywną konkurencję, a co za tym idzie – krytykę. Zewsząd ta krytyka nas atakuje, musimy coraz szybciej się uczyć i coraz więcej umieć. Musimy radzić sobie z nowymi wyzwaniem, wielością bodźców, nie zawsze pozytywnych. Coraz więcej wokół nas niezrozumiałych zachowań innych ludzi. Brakuje zaufania, przyjaźni, wielokoduszności. Wszechobecny pęd wywołuje stres. Pojawienie się internetu z jednej strony – ułatwiło wiele spraw, ale z drugiej – wyzwoliło hejt – zjawisko społeczne będące intencjonalnym, agresywnym, często anonimowym komentarzem. I nie ludźmy się, wszyscy jesteśmy na niego



LILIANNA KIEJZIK

PROF. DR HAB.

UNIWERSYTET ZIELONOGÓRSKI

racji. Przyznawał więc, że sens świata leży gdzieś poza historią, w jakimś bycie transcendentnym. Ale Camus odrzucał również Boga. A czy idea sprawiedliwości może być pojmowana bez idei Boga? Camus był przekonany, że tak. Co prawda człowiek nie może żyć bez wartości, ale powinien je jednak odnaleźć w samym życiu, w swojej pracy zawodowej, w aktywności społecznej, w walce o zwierzęta. Jeżeli wybieramy życie, uznajemy tym samym, że życie jest dobre i warto żyć, albo należy sprawić, aby takie było. I tego się trzymajmy

Jest także druga możliwość walki z wszechobecnym intencjonalnym krytykanctwem, hejtem, niesprawiedliwością. Możemy poszukać wskazówek w tzw. filozofii praktycznej, np. w starożytnym stoicyzmie – szkole filozoficznej, która istniała od IV w. p.n.e. Co prawda nie istniało wtedy zjawisko hejtu, ale złe emocje jak najbardziej. Człowiek jako taki przecież się nie zmienił. I tak

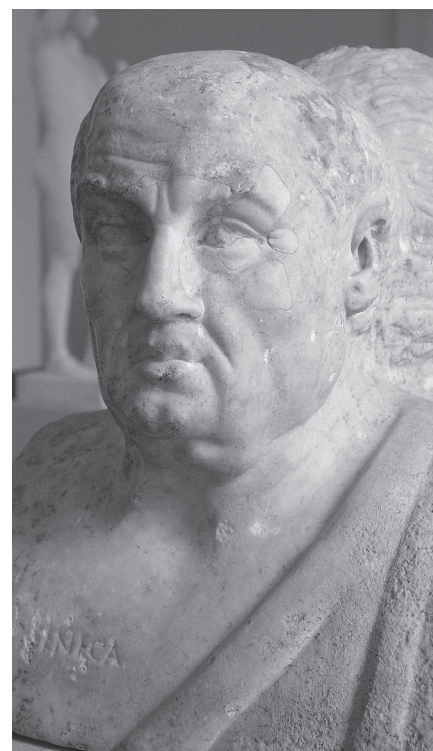
A może warto praktykować stoicyzm?

narażeni, ale jeśli jesteśmy osobami publicznymi, to możliwość zetknięcia się z tym zjawiskiem wielokrotnie wzrasta. Jak w takim razie powinniśmy się zachowywać, aby go możliwie uniknąć? Jak sobie radzić z hejtem, jeśli już nas dosięgnie? Filozofia może nam wskazać kilka możliwości.

Przede wszystkim musimy sobie uświadomić, że jeżeli stawimy czoła hejtowi, będzie to oznaczało, że rozumnie wybieramy to życie, jakie mamy. Zakładamy, że jest ono warte tego, aby je przeżyć. Poczucie wolności, jakie posiadamy, daje nam szansę na akceptację tej rzeczywistości, w której jesteśmy narażeni na hejt. Być może jest to absurd, ale jeśli będziemy żyć ze świadomością absurdu, wtedy nie przeżyjemy rozczarowania. Nie zmienimy innych ludzi i świata, ale możemy zmienić siebie. Jak? To proste. Musimy zaakceptować ten świat ze wszystkimi jego niedoskonałościami i przyjąć, że on będzie istniał bez względu na to, czy my tego chcemy, czy nie. Wystarczy poddać

racjonalizacji wszystkie nasze zachowania i w ten sposób niejako oswoić ten absurd, jaki nas dotyka. Los człowieka, ludzką egzystencję przemienić w mit, jak powiedział francuski egzystencjalista Albert Camus (1913-1960), a wtedy przestanie nas ten absurd dotykać.

Filozofię Camus wyznaczały dwie kategorie: nie tylko absurd, ale i bunt. Ta druga pojawiła się wraz z opublikowaniem przez niego pracy „Człowiek zbuntowany”. Człowiek nie znajduje w absurdalnym świecie żadnego oparcia, obiera więc wobec tego świata postawę buntu. Bunt nie musi, ale może oznaczać walkę. Nie zostawiamy zła bez odpowiedzi. Wykorzystajmy wszystkie środki prawne, aby przeciwstawić się złym działaniom. Nie wolno bowiem w imię wolności (także wolności słowa) sankcjonować niesprawiedliwość i rozgrzeszać przemoc. Albert Camus w swoich tekstach krytykował rozmaite ruchy, lecz nie przedstawiał niczego pozytywnego w zamian. I nie zamierzał bynajmniej. Jego zdaniem, na tej arenie dziejów pełnej krwi nikt nie miał



naprawdę stoicy, tak samo jak wiele lat później Camus, próbowali poradzić sobie i zaakceptować to, na co nie mieli wpływu. Oczywiście różna jest konceptualizacja, ale sytuacje mogły być bardzo podobne. Dla przykładu tak zwany „stoicki spokój” nie był wynikiem ucieczki od świata, lecz badaniem go, nie ignorancją, ale zamiarem jego gruntownego poznania. W tym sensie

spokój jest właściwym stosunkiem człowieka wobec rzeczy, czyli inaczej mówiąc: podporządkowaniem rozmowi i akceptacją tego, co niezależne od ludzkiej woli.

Stoicyzm stworzył cały system filozoficzny, ale najbardziej znany jest ze swojej części etycznej. Soicka etyka opierała się na sposobie osiągania szczęścia przez wewnętrzną dyscyplinę moralną, bardzo sumienne i drobiazgowo wypełnianie obowiązków oraz odseparowanie się od własnych emocji i, co szczególnie ważne w kontekście naszych rozważań, od zdarzeń zewnętrznych, w tym od wpływów innych ludzi. Mówiąc inaczej, chodziło o utrzymywanie stanu spokoju niezależnie od warunków zewnętrznych. Recepta w sam raz dla lekarzy.

Stoicyzm był szczególnie popularny w starożytnym Rzymie. A najbardziej znanym stoikiem był Seneka (4 r. p.n.e. - 65 r. n.e.). To czołowy reprezentant stoicyzmu. Żył i tworzył w czasach, gdy Rzym przestał już być republiką, i choć funkcjonował senat, to rządy sprawowali tyranie. Widział wiele niegodziwości, w wielu zapewne przyszło mu też uczestniczyć, gdyż inaczej nie utrzymałby się na dworach aż pięciu cesarzy: Augusta, Tyberiusza, Kaliguli, Klaudiusza i Nerona. Musiał nauczyć się lawirować wśród zdrady, oszustw, kłamliwych przyjaźni i nic niewartych deklaracji. Z pewnością dobrze wiedział, jak utrzymać się na powierzchni, w centrum imperium, jak odróżniać pozór od prawdy.

Został wychowawcą Nerona. Zadanie, jakie przed nim postawiono, było nad wyraz trudne. Jego wychowanek był bowiem lekkomyślny, nikczemny, skryty, a prawdopodobnie był też naturą wprost psychopatyczną. Z pewnością o wielu postępkach Nerona Seneka nie tylko wiedział, ale wręcz je faworyzował, był ich uczestnikiem. Wprowadził także na dwór znajomych, którymi obsadził liczne stanowiska. Nie miał zresztą żadnych złudzeń, że może uczynić z Nerona władcę-filozofa. Prawdopodobnie próbował ograniczyć ogromną korupcję dworską, dbał jednak przede wszystkim o siebie. Oczywiście nie mogło to podobać się Neronowi, który nie zamierzał z nikim dzielić swej władzy. Zamordował swą matkę oraz przybranego bratanka – Brytanika. Potem także siostrę Brytanika – Oktawię – swą małżonkę. Co

więcej, po zabójstwie matki wygłosił w senacie przemówienie, które jawnie napisał mu Seneka! Dowodził, że śmierć Agrypiny była mniejszym złem, gdyż większym byłoby pozostawienie jej przy życiu. Senece przypadły z kolei łupy po Brytaniku – pałace i ziemie. Nie miał żadnych wyrzutów przyjmując je z nadania Nerona. Od tego momentu zaczął tracić wpływy. Być może też sam zdał sobie sprawę, że przesadził. Postanowił wycofać się z życia dworskiego

Do dziś uczeni prowadzą spory, jak trafnie ocenić jego życie i działalność. Dla jednych okazał się nikczemnikiem, łotrem i odszczepieńcem niegodnych wszystkich funkcji, jakie pełnił. Dla innych był mężem stanu, wielkim moralistą, retorem, świetnym zarządcą swych ogromnych posiadłości, ascetą i wyrocznią. Starożytny historyk Tacyt nim gardził, wskazywał na chciwość, zakłamanie, pychę, ale Dante umieścił go wśród największych mędrców starożytności, obok Sokratesa, Platona, Hipokratesa, Demokryta, Euklidesa i Cyserona.

Dla nas ważne jest co innego. Otóż Seneka znany jest jako autor krótkich i jędrnych sentencji, złotych myśli lub aforyzmów. Znane i cenione przez czytelników były jego **konsolacje, czyli pocieszenia**. Przekonywał w nich o tym, jak powinniśmy się zachować w momencie przeróżnych oskarżeń, których sam przecież także doświadczał. Powiadał, że w obliczu różnych nieszczęść powinniśmy wypracować w sobie szczególną postawę, która za zadanie ma utrzymanie pogody ducha. Nie jest to oczywiście łatwe. Aby stała się naszym względnie trwałym nastawieniem poznawczym, a nie wyłącznie aktem jednostkowego nastawienia, musimy żyć zgodnie z naturą oraz kierować się rozumem. Co ważne, w każdej sytuacji należy zachować spokój oraz nie przejmować się tym, na co nie mamy wpływu. I jeszcze: być życzliwym, gdyż to życzliwość (nie gniew) jest najbardziej męską jakością. I tego Państwu życzę.

S n a s z SERWIS

W Szpitalu w Krośnie Odrzańskim uruchomiona została nocna i świąteczna opieka zdrowotna w godzinach 18.00–8.00 do następnego dnia. Do tej pory opieka zdrowotna dostępna była tylko w Gubinie. Ta decyzja to duże ułatwienie dla chorych mieszkańców miasta i okolic.

/Gazeta Lubuska, 9.VII.2024/

Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze został wpisany na listę placówek Krajowej Sieci Onkologicznej. Placówka w Zielonej Górze, jako jedyna w województwie lubuskim, uzyskała III, najwyższy stopień referencyjności. Potwierdza to najwyższe standardy świadczonej opieki onkologicznej. W 2023 r. w szpitalu zoperowano 345 pacjentek z powodu nowotworu piersi, 159 pacjentów z powodu raka płuc i 137 pacjentów z powodu raka jelita grubego.

/Gazeta Lubuska, 5.VIII.2024/

Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze rozwija się w szybkim tempie. Niedawno przeniesiono się do budynku głównego. Zajął miejsce dawnej interny – poprawiły się warunki leczenia, lepszy jest także dostęp do Centralnego Bloku Operacyjnego. Oddział posiada obecnie także salę konferencyjną wykorzystywaną m.in. na spotkania naukowe.

/Gazeta Lubuska, 8.VIII.2024/

Dr n. med. Przemysław Zakowicz – lekarz, specjalista Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UZ, udzielił Gazecie Lubuskiej wywiadu, w którym szeroko omawia potrzebę poprawy psychiatrycznego leczenia dzieci. „Dla województwa lubuskiego pojawiła się szansa na pozyskanie 50 mln złotych z Funduszu Medycznego Ministerstwa Zdrowia na budowę Lubuskiego Centrum Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. To oznacza przeniesienie do Zielonej Góry Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży z Zaboru. Ośrodek w Zielonej Górze miałby przywrócić dziecko środowisku. Tu byłaby praca z rodzicami i ich pociechami”. Należy popierać te zamierzenia.

/Gazeta Lubuska, 16.IX.2024/

Profesor Maciej Salagierski, Kierownik Katedry Urologii i Onkologii Urologicznej Collegium Medicum UZ w wywiadzie „Da Vinci już operuje w Zielonej Górze” szeroko omawia program robotyczny. Zaletą zabiegów robotycznych dla pacjenta jest znacznie mniejszy uraz chirurgiczny, lepsze gojenie i szybszy powrót do zdrowia. Skracają się czas hospitalizacji – wypisy do domu już w drugiej dobie po zabiegu.

/Gazeta Lubuska, 15-16.VI.2024/

Opr. W.J.



MARIAN KRAWCZYŃSKI

PROF. ZW. DR. HAB. N. MED.
 AKADEMIA MEDYCZNA W POZNANIU

Przemoc rówieśnicza bywa określana różnymi terminami: agresja, przemoc, nękanie (ang. bullying) i różnie definiowana. Najbardziej ogólnym pojęciem jest agresja, czyli działania mające na celu wyrządzenie szkody ofierze. Węższe pojęcie – przemoc – to sytuacja kiedy sprawca lub sprawcy wykorzystują swoją przewagę fizyczną lub psychiczną nad ofiarą [1]. Przemoc ma wiele różnych uwarunkowań.

Specyficzną formą przemocy jest ostatnio często eksponowany bullying. Pod tym angielskim terminem kryje się intencjonalne i powtarzalne wyrządzenie przykrości, najczęściej natury psychicznej (nękanie, dokuczanie, znęcanie się) lub krzywdy fizycznej (szturchanie, bicie) nieakceptowanemu zwykle słabszemu rówieśnikowi, np. z grupy klasowej [2]. Tego rodzaju sytuacja najczęściej zachodzi na terenie szkoły, w drodze ze szkoły do domu, może także mieć miejsce z wykorzystaniem internetu lub telefonu komórkowego.

Wg podziału Instytutu Badań Edukacyjnych, bullying może mieć charakter werbalny (przezywanie, ośmieszanie), relacyjny (izolowanie z grupy), materialny (niszczenie lub kradzież własności ofiary, wymuszanie pieniędzy), fizyczny (bicie, kopanie, szarpanie), elektroniczny (złośliwe SMS-y, e-maile lub ośmieszające i upokarzające, a nawet wulgarne, zwykle nieprawdziwe wpisy w serwisach społecznościowych) [3].

Bullying w szkole częściej dotyka dzieci słabsze, z niższą sprawnością

intelektualną (gorsze wyniki w nauce, „kujon”) lub fizyczną (nadwaga, niski wzrost). Przyczyną nękania i znęcania się może być też niższy poziom kompetencji społecznych potencjalnej „ofiary”, a nawet gorsze warunki materialne jego rodziny. Powodem nękania i systematycznego izolowania z grupy może być „inność” ofiary od większości członków grupy, m.in. pochodzenie etniczne lub kulturowe, kolor skóry, religia, a nawet wygląd i zainteresowania.

następuje w rodzinie wówczas dziecko jest całkowicie bezbronne.

W badaniach młodzieży, uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, czyli starszych nastolatków [8,9] wykluczenie było najbardziej rozpowszechnioną formą przemocy rówieśniczej (24%, w tym 12% kilkakrotnie). 10% badanych otrzymało w ostatnim roku obraźliwy SMS lub e-mail od innego ucznia ze swojej szkoły. Podobnie dotyczyło to publikacji w internecie

Przemoc rówieśnicza

Przemoc rówieśnicza często ma świadków [4]: osoby wspierające agresora (np. z grupy rówieśniczej), przypadkowi obserwatorzy lub rzadko – obrońcy ofiary. Jeśli tacy się znajdą agresja może zostać przerwana. Poszkodowana „ofiara” najczęściej ukrywa prześladowanie, dlatego też rodzice zwykle późno dostrzegają zmiany w zachowaniu dziecka wskazujące np. na bullying. Większość dorosłych nie zdaje sobie sprawy ile agresji mogą przejawiać rówieśnicy w stosunku do słabszego kolegi, czy koleżanki.

Istotną rolę w występowaniu przemocy rówieśniczej odgrywa klimat szkoły, relacje między uczniami, grodem pedagogicznym i rodzicami [5]. Występuje rzadziej, jeśli szkoła jest zainteresowana uczniami, nauczyciele życzliwi dzieciom, a rodzice ciekawi życia szkolnego i pozycji swojego dziecka w gronie rówieśników [3,6].

Większość badań dotyczących przemocy rówieśniczej koncentruje się głównie na środowisku szkolnym. Również statystyki policyjne odnotowują zdarzenia przemocy zachodzące tylko na terenie placówek oświatowych. W latach 2016-2021 czterokrotnie zmniejszyła się w szkołach liczba (z 750 do 176) rozbojów, kradzieży i wymuszeń [7]. Ostatnie dwa lata tego okresu – to czas pandemii i zdalnego nauczania, co może mieć istotny wpływ na uzyskany wynik.

Przemoc może zaistnieć również poza szkołą, np. ze strony starszego rodzeństwa, a nawet rodziców lub innych dorosłych. Jeśli przemoc i odrzucenie

zdjęć/filmów z ich udziałem, na co nie wyrażali zgody. Przemocy fizycznej doświadczyło 7% badanych, a 3% – było molestowanych seksualnie przez innego ucznia. W opinii badanych dziewczyny częściej niż chłopcy doznają przemocy ze względu na płeć i seksualność. Chłopcy dwa razy częściej niż dziewczyny przyznawali, że byli jej sprawcami.

Zjawisko przemocy rówieśniczej w przedziale wieku 11-17 lat (nie tylko na terenie szkoły) wszechstronnie i cyklicznie przedstawia ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci [10]. Z tych badań wynika, że co druga badana osoba (57%) w swoim życiu doświadczyła przemocy: 42% – fizycznej, 29% – psychicznej, 18% – napaści zbiorowej, 14% – znęcania się, 4% – o podłożu seksualnym. Dziewczyny istotnie częściej niż chłopcy (36% vs 22%) doświadczały przemocy psychicznej w ciągu całego życia. Również uczniowie w wieku 15-17 lat, częściej niż młodsi, informowali, że byli obiektem przemocy. Połowa respondentów (51%) informowała, że doświadczyła przemocy rówieśniczej więcej niż jednej jej formy [11]. 19% doświadczyło przemocy fizycznej oraz psychicznej, a 14% – trzech form (łącznie ze znęcaniem się).

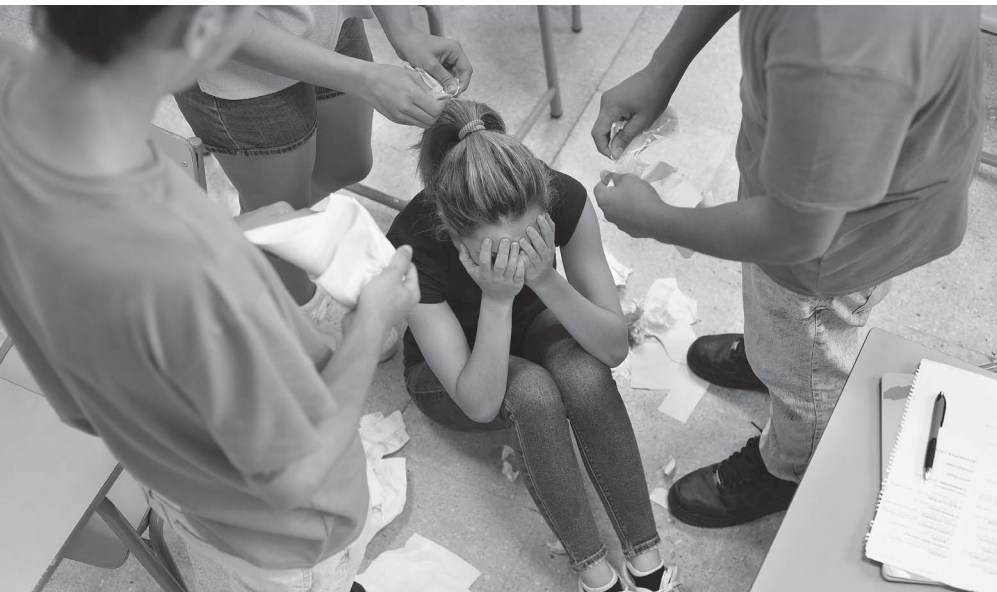
Badania w grupie osób w wieku 13-17 lat przeprowadzone przez FDSS w 2020 r., w pierwszym okresie pandemii COVID-19 [12] wykazały, że podobnie jak w 2018 roku, przemocy psychicznej lub fizycznej doświadczyło w tym czasie 15% respondentów, istotnie częściej dziewczyny niż chłopcy (19% vs 11%).

Raport Fundacji „Dajemy Dzieciom Siłę” z 2023 roku [13] informuje, że aż 66% nastolatków najczęściej doświadczyło przemocy ze strony rówieśników. W okresie 10 lat 2013-2023 przemoc fizyczna wzrosła z 41% do 48%, a psychiczna z 28% do 43%, zmalała natomiast przemoc ze strony bliskich dorosłych z 33% do 24% [wg 14].

Sytuacja osób LGBTQIA w Polsce znalazła wyraz w badaniach przeprowadzonych dla Kampanii Przeciw Homofobii i Stowarzyszenia Lambda

rówieśniczą w grupie wiekowej 11–15 lat [18,19]. Bullying uplasował Polskę nieco powyżej średniej wszystkich 16 badanych państw. Do jego stosowania przyznało się 6% polskich respondentek i 9% respondentów. Najniższy odsetek doświadczeń prezentowały Hiszpania i Islandia, a sprawstwa – Holandia i Norwegia.

Jak wynika z dość licznie cytowanych badań przemocy rówieśniczej ich wyniki są dość zróżnicowane. Możliwie obiektywne dane statystyczne dotyczące tego



Warszawa [15] wykazano, że co czwarta ucząca się osoba transpłciowa (25%) po ujawnieniu swojej tożsamości płciowej przed koleżankami i kolegami w szkole lub na uczelni spotkała się z negatywnymi komentarzami.

W badaniach EU Kids Online [16], oceniających częstość występowania przemocy rówieśniczej w 16 państwach Polska znalazła się na niechlubnym pierwszym miejscu (przed Słowacją), zarówno wśród pokrzywdzonych (40%), jak i stosujących przemoc rówieśniczą (38%). W większości państw płeć nie różnicowała ani doświadczających, ani stosujących przemoc rówieśniczą. W Polsce więcej chłopców (41%) niż dziewczyn (33%) dopuszczało się aktów przemocy w stosunku do rówieśników. Z badań EU Kids Online [17] wynika, że cyberprzemoc pokrywa się z tradycyjną przemocą rówieśniczą (czyli taką, podczas której nie stosuje się technologii). Zazwyczaj jest to przemoc psychiczna.

W międzynarodowym programie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) oceniano przemoc

problemu i jego przyczyn są niezbędne do opracowania strategii prewencji, określenia jej kosztów i efektywności działań profilaktycznych.

Jeśli zachodzi podejrzenie przesładowania dziecka przede wszystkim należy podjąć z nim szczerą rozmowę. Trzeba dowiedzieć się jak długo trwa bullying, z jakiego powodu, czy następuje ze strony grupy rówieśniczej i kto jej przewodzi. Dziecko musi wiedzieć, że nie jest winne zaistniałej sytuacji i że zawsze ma wsparcie w rodzicach [13]. Powinni oni szybko skontaktować się najlepiej z wychowawcą klasy, aby mógł on dokonać analizy sytuacji. Szkoła powinna przeprowadzić rozmowy z dziećmi i rodzicami. Przydatna może być anonimowa ankieta w klasie na temat przemocy, przybliżająca pedagogom skalę problemu i jej przyczyny. Ważną rolę w udzieleniu pomocy „ofierze” wykluczanej z grona rówieśników spełni psycholog szkolny. Powinien on również podjąć starania o wyjaśnienie przyczyn przemocy rówieśniczej istniejącej w szkole poprzez rozmowy z grupą

agresorów. Najaktywniejszy jej członek może sam oświadczać przemoc ze strony starszych kolegów lub rodziców [20]. Wówczas problem może zataczać szersze kręgi, a jego rozwiązanie nie będzie proste.

Piśmiennictwo.

1. Komendant-Brodowska A. (2014): Agresja i przemoc szkolna. Raport o stanie badań. Instytut Badań Edukacyjnych.
2. Olweus D. (2003): A profile of bullying at school. *Educational Leadership*, 60(6), 12–17.
3. Przewłocka J. (2015): Bezpieczeństwo uczniów i klimat społeczny w polskich szkołach. Raport z badań. Instytut Badań Edukacyjnych.
4. Salmivalli C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 112–120.
5. Tucker C. J. et al. (2020): Family predictors of sibling versus peer victimization. *J. Family Psychol.* 34(2), 186–195.
6. Ostaszewski K. (2012): Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży. *Edukacja* 4(120), 22–38.
7. Komenda Główna Policji (2022): Raport dot. krzywdzenia dzieci za lata 2016–2021.
8. Bożewicz M. (2019): Relacje szkolne. W: M. Grabowska, M. Gwiazda (red.), *Młodość 2018*. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, str. 44–70.
9. Kalka J. (2016): Szkolne relacje. W: CBOS, *Młodość 2016* Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, str. 27–51.
10. Włodarczyk J. et al. (2018): Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badań. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
11. Włodarczyk J., Wójcik S. (2019): Skala i uwarunkowania przemocy rówieśniczej. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 18(3), 9–35.
12. Makaruk K. et al. (2020): Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
13. Raport Fundacji „Dajemy dziecku siłę” pt. „Diagnoza przemocy wobec dzieci” z 2023 r.
14. Kowalska D. (2024): Jak rozpoznać, że dziecko jest w szkole nękanę? *Głos Wlkp.* Nr 203 (24482), 31.08. – 01.09.2024, str. 7
15. Mulak A. (2021): Osoby transpłciowe W: Winiewski M., Świder M. (red.): *Sytuacja społeczna osób LGBTQIA w Polsce. Raport za lata 2019–2020*. Kampania Przeciw Homofobii, Stowarzyszenie Lambda Warszawa.
16. Smahel D. et al. (2020): U Kids Online 2020: Survey results from 19 countries. EU Kids Online.
17. Pyżalski J. (2019): Elektroniczna przemoc rówieśnicza (cyberprzemoc). W: Pyżalski J. et al.: *Polskie badanie EU Kids Online 2018*. Najważniejsze wyniki i wnioski. Wyd. Nauk. UAM, str. 101–118.
18. Inchley J. (2020) et al.: Spotlight on adolescent health and wellbeing: findings from the 2017/2018. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada*. International report: Key findings. WHO Regional Office for Europe.
19. Małkowska-Szkutnik, A., Malinowska-Cieślak, M. (2018): *Przemoc w szkole*. W: Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Instytut Matki i Dziecka.
20. Perek N.: *Bullying w szkole*. Internet – wejście wrzesień 2024.

Poznań, wrzesień 2024.

DR WŁODZIMIERZ JANISZEWSKI

SPECJALISTA EPIDEMIOLOG

W listopadzie 2024 r. odbyła się w Urzędzie Marszałkowskim w Zielonej Górze I Interdyscyplinarna Konferencja naukowa „Lubuska Medycyna dziś i jutro”.

Organizatorem była Okręgowa Rada Lekarska w Zielonej Górze przy współpracy z ORL w Gorzowie, ponieważ zapewnienie społeczeństwu lubuskiemu świadczeń lekarskich na wysokim poziomie jest wspólnym zadaniem.

Przewodniczącym Komitetu Naukowego był Profesor Paweł Jarmużek, natomiast Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego dr n. med. Jacek Kotuła – Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej. Patronat Honorowy objęli – Wojewoda Lubuski Marek Cebula, Marszałek Województwa Lubuskiego Marcin Jabłoński, Prezydent Miasta Zielona Góra Marcin Pabierowski, Burmistrz Sulechowa Wojciech Sołtys, Prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego Prof. dr hab. Marzena Dominiak.

Konferencję otworzyli dr n. med. Jacek Kotuła i Profesor Paweł Jarmużek – serdecznie witając wykładowców i uczestników. Była to pierwsza wielodyscyplinarna konferencja medyczna w Zielonej Górze i wzbudziła duże zainteresowanie środowiska lekarskiego. Odbyła się w dwóch blokach tematycznych ogólnolekarskim i stomatologicznym. Profesorowie medycyny i doktorzy nauk medycznych różnych specjalności

Konferencja Naukowa w Zielonej Górze



wyłosili ponad 30 bardzo interesujących naukowych referatów- były także pytania i dyskusja. Ponieważ szczegółowy program i nazwiska autorów zamieściliśmy w poprzednim biuletynie „Doktor” obecnie sygnalizujemy tylko tematy, które przedstawiono podczas konferencji:

- Chirurgia raka piersi – postęp i przyszłość.
- Radioterapia w raku piersi – leczenie systemowe i wstępna diagnostyka onkologiczna – nowości w raku piersi.
- Starzenie się tkanki łącznej jako przyczyna choroby zwyrodnieniowej związanej z wiekiem.



- Starzejący się kręgosłup – charakterystyka choroby, diagnostyka i współczesne podejście terapeutyczne.
- Przewlekły stan zapalny związany z wiekiem jako czynnik degeneracji o.u.n.
- Demencja – objawy, diagnostyka i współczesne podejście terapeutyczne.
- Dziecko w psychozie.
- Nowości terapeutyczne w chorobach



rzadkich u dzieci – doświadczenia własne.

- Choroby piersi u dziewcząt i chłopców – aspekty chirurgiczne.
- Choroby tarczycy u dzieci – wymagające leczenia operacyjnego.
- Nowoczesne leczenie zaburzeń lipidowych.
- Wykorzystanie AI w codziennej praktyce kardiologa. Czy to możliwe?
- Niewydolność serca to nie tylko problem medyczny – diagnostyka i leczenie.
- Czynniki środowiskowe modyfikujące aktywność układu dokrewnego.
- Przeszczepienia i terapie komórkowe w chorobach z autoagresji – stymulatory.
- Współczesne kierunki rozwoju logopedii.

Poszczególne tematy, streszczenia lub omówienia będziemy zamieszczali w naszym biuletynie „Doktor”.

Jednym z paneli Konferencji była posterowa sesja studencka w której wzięło udział ponad 200 osób. Była to pierwsza wielotematyczna Konferencja medyczna w Zielonej Górze. Pomysłodawcom i organizatorom



należą się podziękowania i gratulacje – są to dr n. med. Marzenna Plucińska i dr n. med. Jacek Kotuła.

W organizacji Konferencji duże zaangażowanie wykazały dr n. med. Marzenna Plucińska – vice Przew. ORL oraz Bogumiła Ewa Jaske – dyr. Departamentu Zdrowia U.M. Woj. Lubuskiego, a także pracownicy Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze.

Głównymi sponsorami byli – Prezydent Miasta Zielona Góra, Marszałek Województwa Lubuskiego, Burmistrz Sulechowa, Aneks Hurtownia Stomatologiczna, American Orthodontics oraz inni – TU Inter Polska, Optident, Orto Trading, Zentiva, Phizer, Eva Pharma, Bausch&Lomb.



DR JÓZEF SAFIAN

LEKARZ PEDIATRA

Pierwszym turniejem ogólnopolskim lekarzy było Leszno w dniach 22-24 marca 2024 r. Zgłosiło się 70 uczestników. Zawody odbyły się w nowoczesnej Hali Tenisowej, w której była instalacja elektroniczna pokazująca przebieg meczu i szybkość uderzeń zawodników. W tym turnieju wzięła udział ekipa z naszej Izby Lekar-



Wydarzenia tenisowe lekarzy w Polsce i Europie w roku 2024

skiej: Artur Ferencz zajął II miejsce w grze singlowej +50 i I miejsce w grze deblowej w grupie wiekowej 55-65, Józef Safian zajął II miejsce w grze singlowej +80 i II miejsce w grze deblowej +75, Leszek Borkowski zdobył I miejsce w grze deblowej i III miejsce w singlu.

Drugim wydarzeniem był organizowany XXI Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy w Częstochowie w dniach 17-19 maja 2024 r. Z naszej Izby Lekarskiej wzięli udział: Leszek Borkowski (III miejsce w deblu) i Józef Safian (II miejsce w deblu i III w singlu).

Trzecim dużym wydarzeniem były 34. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie w Gdyni w dniach 6-9 czerwca na kortach tenisowych Arka Gdynia, w których wzięło udział 120 zawodników. Z naszej Izby Lekarskiej wzięli udział: Leszek Borkowski zdobył tytuł Mistrza Polski w Deblu, Józef Safian zdobył I miejsce w singlu +80 i deblu +75 w parze z Ryszardem Koczorowskim. To miejsce turniejowe jest wybrane na 54. Mistrzostwa Świata Lekarzy w przyszłym roku (2025, 19-25 lipca), na które zapraszamy do udziału naszych lekarzy.

Największym wydarzeniem tenisowym dla lekarzy w Polsce i na świecie były 53. WMTS (Światowe Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie), które odbyły się w Budapeszcie w dniach 27 lipca - 2 sierpnia 2024 r. Ponad 300 uczestników z 25 państw od Australii, Japonii, przez Indonezję, Indie, Kanadę, USA, Peru, Argentynę i wiele krajów europejskich.

Polskę reprezentowało 41 lekarzy oraz 2 reprezentantów niemedycznych. Rozegrano National Cup (Puchar Narodów) dla drużyn kobiecych i męskich. W tym roku nasza kobieca drużyna wygrała ten puchar (po raz drugi w historii WMTS), w składzie: Olesja Szpak, Anna Komar, Anna Śliwińska i Anna Leśnikowska. Mecz finałowy oglądaliśmy z zapartym tchem i głośnym kibicowaniem! Drużyna męska w składzie: Marcin Pokrzywnicki, Olivier Szabo, Wiktor Savvides, Grzegorz Szelałowicz, Dariusz Gajecki, Artur Ferencz, Robert Telega i kapitan drużyny Marcin Pokrzywnicki, zajęła III miejsce.

Możemy się również pochwalić sukcesami indywidualnymi: Małgorzata Pawelec-Wojtalik zdobyła tytuł Mistrza Świata w Singlu Kobięcym, Marcin Krywiak został Mistrzem Świata w singlu męskim, mistrzami świata w deblu męskim zostali: Robert Telega i Marek Komar, tytuł Mistrza Świata w mikście zdobył Ryszard Koczorowski oraz medal srebrny w deblu i brązowy w singlu. Z naszej Izby Lekarskiej mamy też sukcesy: Artura Ferencza – 3 srebrne medale w singlu, deblu i mikście oraz brązowy w Pucharze Narodów, Leszek Borkowski zdobył tytuł wicemistrza świata w mikście z Marolą Kąkol-Kaczmarek, mogą dodać swoją skromną zdobycz, medal brązowy w deblu męskim – dla Józefa Safiana. W sumie lekarze z Polski zdobyli 48 medali. Poza uczestnictwem w Mistrzostwach Świata lekarzy w Tenisie mogliśmy

z odwiedzić piękno Budapesztu, w tym nocny spacer statkiem turystycznym po Dunaju i podziwiać piękno Parlamentu i innych zabytków.

Następny Turniej Ogólnopolski odbył się w Zamościu w dniach

Turnieje Tenisowe Lekarzy w 2024 roku z akredytacją PSTL

- 22-24.03.2024 r.
Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy Leszno (Leszno Tenis Klub, hala hard)
- 17-19.05.2024 r.
XXI Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy Częstochowa (Korty Tenisowe Włodary, mączka)
- 6-9.06.2024 r.
XXXIV Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup” Gdynia (Klub Tenisowy Arka, mączka)
- 12-14.07.2024 r.
III Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy na trawie „Medbledon” Michałowek k. Łowicza (Michałowek 2016, trawa)
- 27.07-02.08.2024 r.
53. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie WMTS – Budapeszt, Węgry (mączka)
- 23-25.08.2024 r.
X Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Memoriał dr Tomasza Teresińskiego” Zamość (Klub Tenisowy Return, mączka)
- 13-15.09.2024 r.
XI Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy Zielona Góra (MOSIR Zielona Góra)
- 15-17.11.2024 r.
XXV Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Giebułtów k. Krakowa (Tennis & Country Club, sztuczna mączka i dywan)

www.pstl.pl



23-25 sierpnia 2024 r. – bez naszego udziału. Po Zamościu wracamy do Zielonej Góry, gdzie odbył się XI Winobraniowy Turniej Tenisowy Lekarzy w dniach 13-15 września na kortach MOSiR-u. Niestety z powodu deszczu, główna część odbyła się na kortach zapasowych, gry były skrócone i zrezygnowano z mikstów i turniejów pocieszenia. W drugim dniu turnieju odbyło się w Palmiarni Zielonogórskiej towarzyskie spotkanie z poczęstunkiem, w czasie którego wygłosił bardzo intere-

Leończyk, II Ignacy Lubiński. W grupie +80 wygrał Józef Safian, II Stanisław Świerad, III Kadet Stemplewski, IV Andrzej Pozowski. Debel męski: grupa +45 – wygrali Leszek Borkowski i Pan Kumas, II Marek Komar i Artur Ferencz, III Stanisław Woźniak i Robert Kowalczyk, IV Darek Drzygała i Darek Gajecki, V Marek Pudełko i Bogumił Rataj. Grupa +65 – wygrali Marek Kintzi i Władysław Godek, II Daniel Leończyk i Ignacy Lubiński, III Andrzej Bachurski i Zygmunt Urbanowicz. Grupa +75 –



sujący referat naukowy dr med. Mariusz Paweł Witczak pt. „Szkodliwość nanocząsteczek plastikowych dla zdrowia ludzkiego” – przyjęty z aplauzem. Mimo trudności pogodowych zaplanowane gry się odbyły. W grupie kobiecej open zagrała Agnieszka Giermak, zwyciężając Agnieszkę Jedlikowską, w grupie +45 zwyciężyła Anna Komar, pokonując Mariolę Kąkol-Kaczmarską, w grupie +65 zwyciężyła Bożena Kędzierska, pokonując Małgorzatę Pawelec-Wojtalik. III miejsce zajęła Bożena Klimczyk. W deblu kobiecym zwyciężyła para: Małgorzata Pawelec-Wojtalik i Bożena Kędzierska, pokonując Bożenę Klimczyk i Renatę Banaś-Samson. W męskiej grupie było wiele zaciętych meczów. W kategorii open wygrał Mateusz Brózda, pokonując Marcina Pokrzywnickiego, III miejsce zajął Maciej Krekora. W grupie +50 zwyciężył Artur Ferencz, II miejsce zajął Marek Komar, III Bogumił Smoleń. W grupie +65 zwyciężył Andrzej Bachurski, II Bogusław Rataj, III Marek Kintzi, IV Władysław Godek, V Zygmunt Urbanowicz. W grupie +60 wygrał Dariusz Gajecki, II Stanisław Woźniak, III Marek Pudełko, IV Dariusz Drzygała. W grupie +70 wygrał Daniel

wygrali Józef Safian i Andrzej Pozowski.

Ostatnie wydarzenie tenisowe w tym roku to XXV Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie w Giebułtowie koło Krakowa w terminie 15-17 listopada 2024 r. Impreza zaczyna się już 14 listopada wieczorem.

Najważniejszym wydarzeniem tenisowym będzie organizacja 54. WMTS (Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie) w dniach 19-25 lipca 2025 r. Dokładne dane będą w pierwszym kwartale 2025 r. Chciałbym serdecznie podziękować wszystkim, którzy nam pomagali w organizacji tej lubianej imprezy tenisowej w całej Polsce!

Głównym sponsorem Naszych Turniejów Tenisowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze pod wodzą byłych Prezesów i obecnego bardzo czynnie promuje aktywność ruchową – serdeczne podziękowania dla dr. med. Jacka Kotuły – za wszystkie pozytywne działania teraz i przyszłości.

Również serdeczne podziękowania za sponsorowanie XI Winobraniowego Turnieju Tenisowego Lekarzy:

– Dr Ryszardowi Szcząchorowi za wsparcie wszystkich 11 Turniejów /Dyrektorowi „ALDEMED-u”/,

szczególnie za mocne wsparcie XI Turniwju Winobraniowego – Prezydentowi Miasta Zielonej Góry – Marcinowi Pabierowskiemu, – Urzędowi Marszałkowskiemu w Zielonej Górze – Firmie Ubezpieczeniowej „Inter Polska”. Którą nakłonił do sponsorowania dr. med. Mariusz Paweł Witczak – dr Lech Borkowski organizował wsparcie PSTL i Firmy „Hydronex” oraz osobisty wkład w pomyśle przeprowadzenie naszego turnieju w tych trudnych warunkach pogodowych – Serdecznie podziękowania za sprawne i profesjonalne sędziowanie podczas XI Winobraniowego Ogólnopolskiego Turnieju Tenisowego Lekarzy dla głównego sędziego Rafała Helbika.

Jeszcze raz przypominam o wielkiej szansy dla wszystkich zainteresowanych tenisem, o 54 Mistrzostwach Świata Lekarzy w Tenisie WMTS w Gdyni w dniach 19-25 lipca 2025 r.

Szczegóły będą podane na stronie internetowej PSTL w I kwartale 2025 r.



Zasłużeni – nagrodzeni

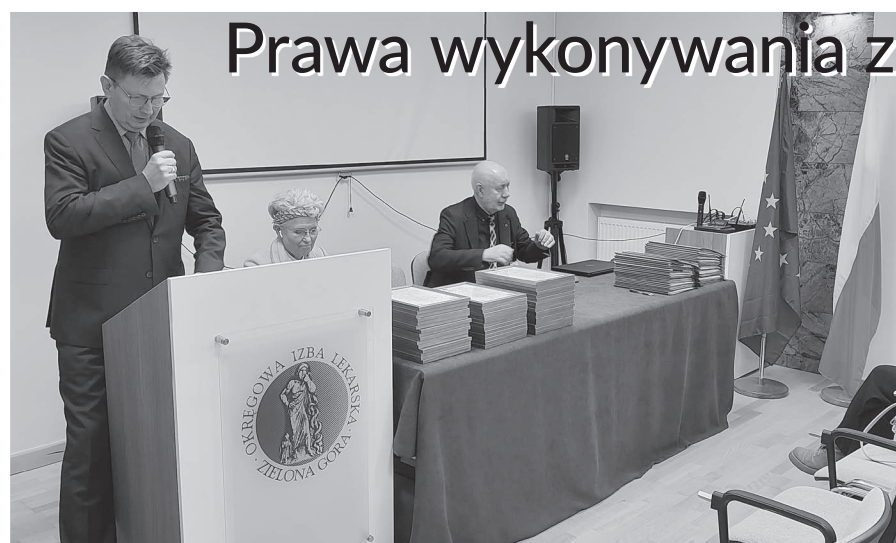
Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze dr n. med. Jacek Kotuła uroczyście wręczył w dniu 2 grudnia 2024 r. odznaki dla Zasłużonych w Ochronie Zdrowia Zielonogórskiej Izby Lekarskiej. Wśród wyróżnionych znaleźli się Krystyna Jaskulska-Kowalska, Laura Kamińska-Podolak, Danuta Sobecka-Lewicka oraz Maria Zofia Żyta. Dodatkowo, podczas tej uroczystości swoje odznaki otrzymali również Kazimiera Jurewicz, Teresa Kliszcz Pętalska i Kazimiera Kulina Matysiak. Z kolei, na wigili Okręgowej Izby 16 grudnia 2024 roku uhonorowano Alfreda Eugeniusza Bielewicza, Teresę Bielewicz oraz Zofię Daszkiewicz.

To wyjątkowe wyróżnienie jest dowodem uznania dla ich wieloletniej, pełnej zaangażowania pracy na rzecz pacjentów oraz znaczącego wkładu w rozwój lubuskiej ochrony zdrowia.



Dzięki ich wytrwałości, poświęceniu i profesjonalizmowi, jakość świadczeń zdrowotnych w regionie nieustannie się poprawia. Ich praca jest nie tylko przykładem dla młodszych kolegów po fachu, ale również inspiracją do dalszego doskonalenia zawodowego i osobistego. Odznaczenia te mają ogromne

znaczenie, ponieważ podkreślają, jak ważna jest praca lekarzy i ich wkład w poprawę zdrowia lokalnej społeczności. To także przypomnienie o nieustającym zaangażowaniu i oddaniu dla dobra pacjentów, które są fundamentem efektywnej opieki medycznej



Prawa wykonywania zawodu wydane

Okręgowa Izba Lekarska w dniu 2 grudnia 2024 r. uroczyście wręczyła prawa wykonywania zawodu nowym lekarzom stażystom, co stanowi wyjątkowy moment w ich karierze zawodowej oraz ważny krok dla medycyny w regionie lubuskim. Ta chwila nie tylko symbolizuje początek ich profesjonalnej

ścieżki, ale również ma głęboki wpływ na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych w województwie.

Pozyskanie nowych lekarzy jest kluczowe dla poprawy opieki zdrowotnej, szczególnie w kontekście rosnących potrzeb społeczeństwa. Nowi lekarze wnoszą świeże spojrzenie, najnowszą

wiedzę oraz entuzjazm, które mogą znacząco przyczynić się do innowacyjności i postępu w lokalnej medycynie. Ponadto, ich zaangażowanie i pasja do zawodu mogą inspirować i motywować starszych kolegów, co prowadzi do podniesienia standardów opieki medycznej.

Wręczenie praw wykonywania zawodu w Zielonej Górze to także sygnał, że region ten dba o rozwój i wsparcie swoich młodych lekarzy, tworząc odpowiednie warunki do ich kształcenia i pracy. To z kolei przyciąga kolejnych młodych adeptów medycyny, którzy chcą tu zdobywać doświadczenie i rozwijać swoje umiejętności.

Wszystko to razem sprawia, że wydarzenie to jest niezwykle ważne dla całej społeczności medycznej w województwie lubuskim, wpływając pozytywnie na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców regionu.

WYDAWNICTWO:

Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze • ul. Batorego 71
tel. 68 320-79-00 • fax 68 320-78-15 • kom. 509 396 025 • e-mail: zielona.gora@hipokrates.org • www.oil-zgora.org

REDAKCJA:

Przemysław Zakowicz (redaktor naczelny), Włodzimierz Janiszewski (zastępca redaktora naczelnego), Agnieszka Opala (sekretarz redakcji), Bogdan Jakubski, Maria Kapustka, Józef Safran, Aniela Romanowska (członkowie redakcji), Mirosław Bogucki (stali współpracownicy), Dariusz Golczyk (skład i układ graficzny).

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów, poprawek stylistycznych oraz umieszczania śródtytułów. Biuletyn jest rozpowszechniany bezpłatnie wśród członków OIL. Serwis fotograficzny własny i wolne media.



Mikołajki



2024



Spotkanie wigilijne

