



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec 2022

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 306

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



zdj. Jerzy Lach

KRZYK

Opole można opowiedzieć kolorami, tymi z flagi miasta. Najpierw błękit pruski. Wszędzie go pełno: na dachach i pod stopami, przesiaduje w amfiteatrze, opiera się o Wieżę Piastowską, zagląda do katedry i modnych kawiarni. I przynosi chłód, jeszcze nie ten północny, nordycki, ale nasz lokalny, trochę zaściankowy, trochę drobnomieszczański. Chłód to nasz znak rozpoznawczy, podobnie jak pogoń za nowoczesnością, sensacją i szybką zmianą.

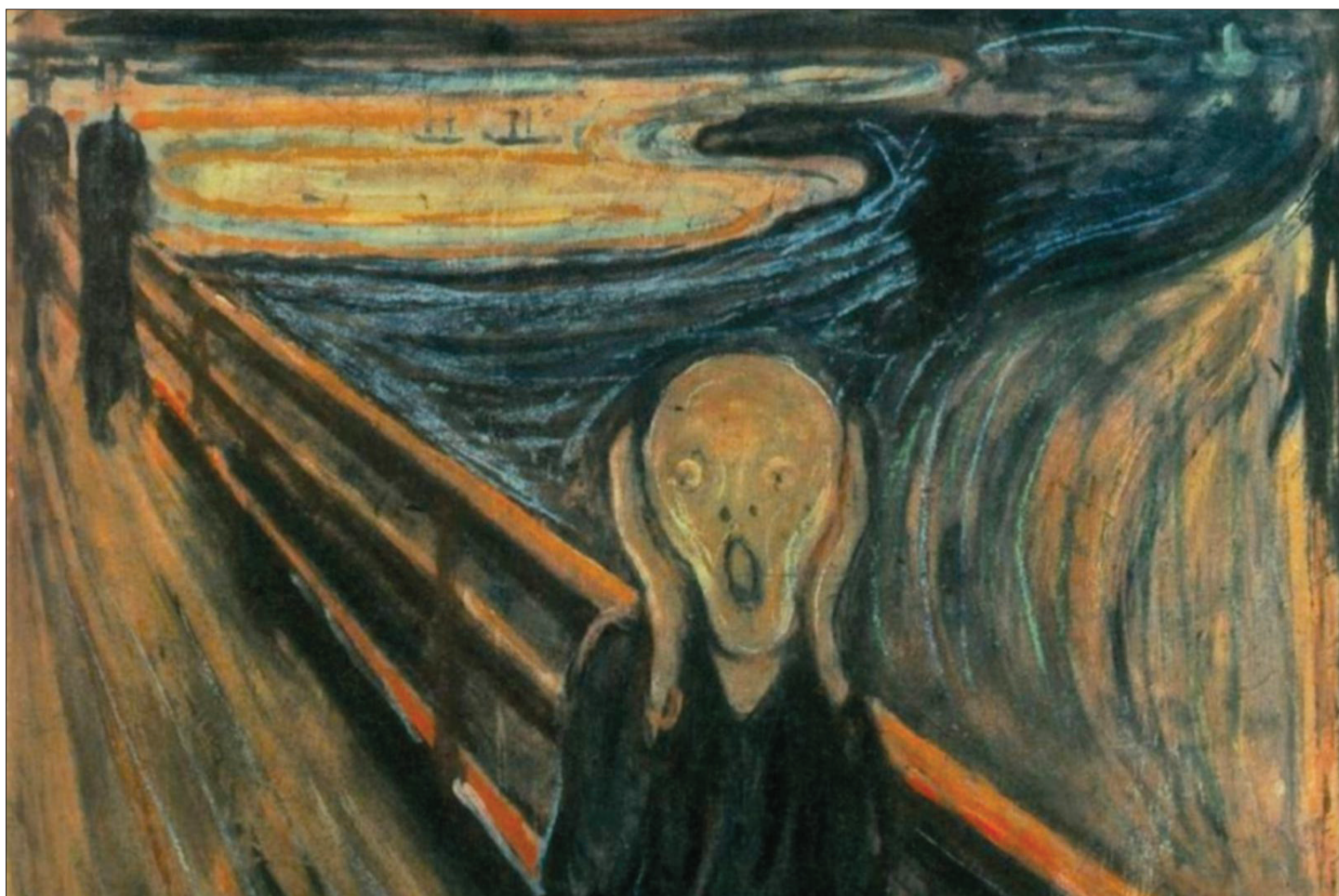
W naszym mieście los wciąż podróżuje, przynosi się z kamienic czynszowych i blokowisk do przestronnych mieszkań z tarasami. Los maszeruje z ratusza do więziennych cel, wymyka się z filharmonii i pędzi hen za ocean. Ktoś zdobywa medale, ktoś jest najpiękniejszą Polką, a ktoś w jeden dzień traci i majątek i sławę. Opolskie ulice są błękitno-szare, przybrudzone, zapomniane przez wielki świat, lecz to właśnie tymi ścieżkami chadza poeta Tomasz Różyci. Wymyka się z mieszkania na poddaszu, mija przedszkole, znika w ciasnej bramie obok sklepu mięsnego i wylania się na placu Kopernika, gdzie mieści się uniwersytet.

W Opolu czuć sumienność i prowizoryczność, powagę i groteskę, oszczędność i szeroki gest, tandetę i elegancję. Może dlatego, że błękit berliński miesza się tu z żółcią. Nie tę neapolitańską, soczystą, tylko nieśmiałą, przypominającą spatynowane złoto. To barwa trochę niepewna jutra, jeszcze stłamszona i niewyraźna. Ale jest jej więcej i więcej, pojawia się w klubach i na koncertach, na wystawach i przedstawieniach. Zaraża wesołością. Rozświergotaną wiosną.

Na początku dwudziestego wieku małeńką Jabłońkę pod Kijowem przecięły tory kolejowe. Wioska była jak guzik w lesie: otoczona bujną zielenią i spokojna niczym kamyk. Pachniała skoszoną łąką, bzami i tawułą. Na gwizd pociągu mieszkańcy wytaczali się z domów i pozdrawiali podróżnych. Ktoś wpadł na pomysł żeby postawić tu dworzec. Obok stacji wyrosły zaraz familoki dróżników i kolejarzy, ukryte za wysokimi płotami chatki konduktorów i maszynistów. Osadę nazwano Buczą, od rzeczki, do której przykleiły się tory. Za niedługo siedlisko wykrył Kijów. Najechali się kanceliści i rewizorzy, urzędnicy i lekarze, co bogatsi budowali tu swoje hacjendy i dace, reszta miała drewniane szopy, budy i altanki jak na ogródkach działkowych. Sumienność zamieszkała obok prowizorki, powaga obok groteski, tandeta znalazła się przy elegancji. W 2006 roku Bucza otrzymała prawa miejskie i zielono-biało-żółtą flagę, symbol letniska, rozćwierkanej wiosny i radości.

Dziś kawałki blachy zerwane przez pociski z dachów tłuką się na wietrze. Ulice zmieniły się w gruzowiska, po rozbieszonych hacjendach biegają szczury. Martwe szkielety bloków przypominają domki dla lalek. Odkleiły się całe ściany wieżowców, można więc zobaczyć plecy meblościanek, wanny i pokoje dzieciinne. Z rozbitych mieszkań powypadały albumy ze zdjęciami, książki, notesy i listy zakochanych. Nie tu ma miejsca dla poety. Los łapie się za głowę i krzyczy.

Agnieszka KANIA



OD REDAKCJI



Ale powiało!!!!. Wiatr historii uczynił niezłe zamieszanie w samorządzie. W ostatnich wyborach samorządowych, poza kilkoma zaledwie izbami okręgowymi, w większości znacznie zmienił się skład osobowy Rad Okręgowych (a także i ich Prezesów). Teraz zaś na ostatnim Krajowym Zjeździe Lekarzy w Warszawie „wywiał” także znaczne grono zasiadających w Naczelnej Radzie Lekarskiej dzia-

łaczy. Teraz już bez wątpienia można stwierdzić z całą stanowczością – „Idzie nowe!!!”.

Czy to dobrze, czy źle? Cóż. Po I kadencji w 1993 r. obecne „stare repy” szły do wyborów pod hasłem: „Nie dla lobby profesorsko-ordynatorskiego” – więc „Nihil novi sub sole”. Szkoda tylko, że młodzi będą często wyważać drzwi, które już dawno zostały otwarte, bo nie będzie nikogo, kto mógłby im o tym powiedzieć. Jak ostatecznie będzie – zobaczymy.

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

XV Krajowy Zjazd Lekarzy właśnie za nami, a ja na gorąco pragnę podzielić się z Wami moimi odczuciami. Jak powiedział jeden z naszych Kolegów, udział członków, Delegatów OIL na XV Krajowy Zjazd Lekarzy można podsumować przytaczając słowa Juliusza Cezara, który przekazał senatowi wiadomość o swym zwycięstwie nad królem Pontu (w tym przypadku sukcesie Opolskiej Izby Lekarskiej) słowami: „Veni, vidi, vici”. Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, wybranym wolą Delegatów został nasz Kolega, Zbigniew Kuzyszyn. Pierwszy raz w historii Opolskiej Izby Lekarskiej powierzono tak odpowiedzialne stanowisko jednemu z naszych kolegów. Niewątpliwie wpływ na to miała jego dotychczasowa praca, jego wiedza (ukończył studia prawnicze na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii UW, o czym może nie wszyscy wiedzą) i doświadczenie. Jednym z zastępców NROZ IX kadencji został nasz kolejny Kolega - Wojciech Derkowski. Mamy także w strukturach Naczelnego Sądu Lekarskiego kolejnych członków Opolskiej Izby Lekarskiej w osobach Jacka Miarki i Jacka Mazura. Członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej IX kadencji został Stanisław Kowarzyk. Nasz Kole-

SZPALTA PREZESA

ga może także pochwalić się członkostwem w Krajowej Komisji Wyborczej. A wszystko to opromieniał blask radości uhonorowania naszego Kolegi dr Janusza Cholewińskiego Medalem im. W. Biegańskiego „Hominem Inveni”, wręczonym w trakcie części oficjalnej Zjazdu. Taki zaszczyt, jak już wspomniałam w poprzednim Biuletynie, spotkał członka Opolskiej Izby Lekarskiej po raz pierwszy. Wszystkim naszym Kolegom serdecznie gratulujemy i życzymy owocnej pracy w IX kadencji.

Nie mogę tu nie wspomnieć o przełomowym momencie także w historii Naczelnej Rady Lekarskiej, gdyż nowym Prezesem został dr Łukasz Jankowski po bardzo zaciętej walce wyborczej. Większość Delegatów XV KZL opowiedziała się za prezesem łączącym swoją osobą lekarzy starszego i młodszego pokolenia lekarzy i lekarzy dentystów. W swoim wystąpieniu wyborczym skupiał się przede wszystkim na wprowadzeniu systemu no fault, wzmocnieniu pionu odpowiedzialności zawodowej i zapraszał wszystkich lekarzy do współtworzenia samorządu przyszłości. Konsolidacja naszego środowiska jest trudna, ale nie niemożliwa, a nowy Prezes NRL nie boi się wyzwań. Dostał olbrzymi kredyt zaufania od swoich wyborców, pozwólmy mu więc działać...

Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA

PIERWSZE DWA POSIEDZENIA NOWEJ OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 6 kwietnia br. odbyło się pierwsze w IX kadencji posiedzenie nowo wybranej Okręgowej Rady Lekarskiej. Członków Rady powitała Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. A oto jej przebieg.

Ukonstytuowanie się Okręgowej Rady Lekarskiej - wybory Wiceprezesów, Sekretarza, Zastępcy Sekretarza, Skarbnika i członków Prezydium ORL

Wybory poprowadziła kol. Małgorzata Lechniak - członek Okręgowej Komisji Wyborczej. Powołano Komisję Mandatową w skład której weszli kol. kol.: Jolanta Smerkowska-Mokrzycka i Zbigniew Kowalik. Po polczeniu podpisów na liście obecności, Komisja stwierdziła, że obecnych jest 20 członków Rady i zebranie jest prawomocne. Ponadto wyłoniono Komisję Skrutacyjną w składzie kol. kol.: Justyna Grzybowska-Substelna i Henryk Bugiel. Wybory na stanowiska funkcyjne odbyły się w głosowaniu tajnym.

Na stanowiska Wiceprezesów zgłoszono dwie kandydatury: lek. dent. Barbarę Hamryszak i lek. Stanisława Kowarzyka. Z powodu braku innych kandydatów postanowiono jednogłośnie o zamknięciu listy. Podczas głosowania obie kandydatury uzyskały po 20 głosów i tym samym oboje zostali wybrani na funkcje Wiceprezesów Opolskiej Izby Lekarskiej.

Następnie odbyło się głosowanie na funkcję Sekretarza ORL. Zgłoszono kandydaturę lek. Małgorzaty Łuszczyńskiej-Ostrowskiej. Wobec braku innej kandydatury listę zamknięto. W wyniku głosowania kol. Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska uzyskała 20 głosów. Następnie przystąpiono do wyborów Zastępcy Sekretarza. W tym przypadku zgłoszono kandydaturę lek. Iwony Gajdy. Wobec braku innych kandydatów listę jednogłośnie zamknięto. W wyniku głosowania kol. Iwona Gajda uzyskała 18 głosów.

W dalszej kolejności zgłoszono kandydata lek. Zbigniewa Kowalika na stanowisko Skarbnika ORL. Przy braku innych kandydatów listę zamknięto. W głosowaniu kandydat uzyskał 19 głosów.

Na zakończenie wyborów zgłoszono kandydatów na członków Prezydium ORL lek.lek.: Jerzego Jakubiszyna, Jacka Chełchowskiego, Kingę Szczepańską i lek. Marka Dryję. Zgłoszono jeszcze lek. Adama Martyniszyna, który jednak nie wyraził zgody na kandydowanie. Po jednogłośnym zamknięciu listy przystąpiono do głosowania, w wyniku którego kandydaci otrzymali następujące ilości głosów: kol. Jakubiszyn - 17, kol. Chełchowski - 16,

kol. Szczepańska -13, kol. Dryja -11. Wobec powyższego członkami Prezydium zostali kol. kol.: Jakubiszyn, Chełchowski i Szczepańska.

Na Rzecznika Praw Lekarza Opolskiej Izby Lekarskiej został powołany przy 1 głosie wstrzymującym się lek. Adam Bąk.

Na Mediatora Opolskiej Izby Lekarskiej powołano (przy jednym głosie wstrzymującym się) lek. Marka Dryję.

Po zakończeniu części wyborczej Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o przyznanie PWZ i wpis na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej w związku z przeniesieniem złożyły:

- lek. Anna Schumann - przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach;

- lek. Agata Kulowska-Gaj - przeniesienie z OIL w Łodzi.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie PWZ po ukończonym stażu po-dyplomowym złożyły:

- lek. Dominika Rykała,
- lek. Olha Donstova.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o przyznanie warunkowego PWZ złożyła lek. Iryna Slobodeniuk - obywatelka Ukrainy, dyplom lekarska uzyskała w Ukraińskiej Medycznej Akademii Stomatologicznej w Połtawie - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o przyznanie warunkowego PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożyła lek. Olha Cherneniavska - obywatelka Ukrainy, dyplom lekarza uzyskała w Ukraińskiej Medycznej Akademii Stomatologicznej w Połtawie - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie po-dyplomowe lekarzy

Firma BUISNESS SERVICE GALOP z siedzibą w Katowicach, zarejestrowana w Śląskiej Izbie Lekarskiej w Katowicach zorganizuje w Opolu w dniach 22-23.04.2022 r. XIV Konferencję „Kardiologii Polskiej”. Podjęto jednogłośnie uchwałę o spełnianiu warunków do prowadzenia szkolenia.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Złożono dwa wnioski o wykreślenie indywidualnej praktyki lekarskiej - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Złożono jeden wniosek o bezzwrotną zapomogę - uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej

Brak wniosków.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Brak wniosków.

Sprawy różne i wolne wnioski

Okręgowa Rada Lekarska podjęła jednogłośnie decyzję, że kandydaci na Konsultantów Wojewódzkich będą ponownie zapraszani na rozmowy na posiedzenia Prezydium.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSK

Kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej odbyło się dnia 27 kwietnia 2022 r. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o przyznanie PWZ i wpis do Opolskiej Izby Lekarskiej w związku z przeniesieniem złożyła lek. Aleksandra Mulska - przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie PWZ po ukończonym stażu poddyplomowym złożyła - lek. Oksana Holubchak (obywatelka Ukrainy) - uchwałę podjęto jednogłośnie (PWZ ważne do 28.11.2024 r.).

Wniosek o przyznanie Warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Karyna Shyrko (obywatelka Białorusi, dyplom lekarza uzyskała w Białoruskim Państwowym Uniwersytecie Medycznym w Mińsku, która zatrudniona będzie w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o) - uchwałę podjęto przy 1 głosie sprzeciwu (przez trzy miesiące praca pod nadzorem lekarza specjalisty);

- lek. Piotr Kramkou (obywatel Białorusi, dyplom lekarza uzyskał w Państwowym Uniwersytecie Medycznym w Witebsku, który zatrudniony będzie w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.) - uchwałę podjęto przy 5 głosach sprzeciwu i 2 wstrzymujących się (przez trzy miesiące praca pod nadzorem lekarza specjalisty);

- lek. Oleksandr Balkovyi (obywatel Ukrainy, dyplom lekarza uzyskał w Ukrainiejskiej Medycznej Akademii Stomatologicznej w Połtawie) - uchwałę podjęto przy 1 głosie przeciwnym i 2 wstrzymujących się (WPWZ ważne do 27.04.2027 r., przez trzy miesiące praca pod nadzorem lekarza specjalisty);

- lek. Natallia Urubleuskaya (obywatelka Białorusi, dyplom lekarza uzyskała w Białoruskim Państwowym Uniwersytecie Medycznym w Mińsku, która zatrudniona będzie w OptimalMed Sp. z o.o w Kędzierzynie-Koźlu) - uchwałę podjęto przy 2 głosach sprzeciwu i 3 wstrzymujących się (przez trzy miesiące praca pod nadzorem lekarza specjalisty);

- lek. Leanid Urubleuski (obywatel Białorusi, dyplom lekarza uzyskał w Białoruskim Państwowym Uniwersytecie Medycznym w Mińsku, który zatrudniony będzie w OptimalMed Sp. z o.o w Kędzierzynie-Koźlu)

Kol. Aleksander Wojtyłko zwrócił się z propozycją opracowania strategii działań Izby, związanych z agresją ze strony pacjentów wobec lekarzy.

Prezes Smerkowska-Mokrzycka przypomniała, że najważniejsze informacje związane z działalnością OIL w Opolu i NIL najszybciej ukazują się na stronie internetowej Izby.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

- uchwałę podjęto przy 2 głosach sprzeciwu i 3 wstrzymujących się (przez trzy miesiące praca pod nadzorem lekarza specjalisty);

- lek. Yana Busel (obywatelka Białorusi, dyplom lekarza uzyskała w Grodzieńskim Państwowym Uniwersytecie Medycznym w Grodnie, która będzie zatrudniona w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o) - uchwałę podjęto przy 3 głosach sprzeciwu i 5 wstrzymujących się (przez trzy miesiące praca pod nadzorem lekarza specjalisty);

- lek. Tatiana Kutsko (obywatelka Białorusi, dyplom lekarza uzyskała w Homelskim Państwowym Uniwersytecie Medycznym w Homlu, która zatrudniona będzie w ZOZ w Oleśnie) - uchwałę podjęto przy 4 głosach sprzeciwu i 4 wstrzymujących się (przez trzy miesiące praca pod nadzorem lekarza specjalisty).

Wniosek o PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożyli:

- lek. Mariya Lysyshyn (obywatelka Ukrainy, zatrudnienie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Jadwigi w Opolu) - uchwałę podjęto jednogłośnie;

- lek. Volodymyr Tsybuliak (obywatel Ukrainy, zatrudnienie w ZOZ w Oleśnie) - uchwałę podjęto jednogłośnie;

- lek. Irina Belaya (obywatelka Białorusi, zatrudnienie w Powiatowym Centrum Zdrowia w Kluczborku) - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie poddyplomowe lekarzy

Firma MedicaRescue Łukasz Szymczyszyn zarejestrowana w naszej Izbie złożyła wnioski o przeprowadzenie kursów: „Medyczne czynności ratunkowe w gabinecie stomatologicznym” dla lekarzy stomatologów i o przyznanie punktów edukacyjnych. Kursy odbędą się w Józefowie, Olsztynie, Starogardzie, Sieradzu i we Wrocławiu. Uchwały podjęto jednogłośnie i przyznano po 9 pkt. edukacyjnych za każdy kurs.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Do Rady złożono trzy wnioski o wykreślenie indywidualnej praktyki lekarskiej - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Złożono jeden wniosek o bezzwrotną zapomogę - uchwałę podjęto jednogłośnie.





Zmiany w wysokości składki członkowskiej

W związku z nieosiąganiem przychodów złożono dwa wnioski o zwolnienie z uiszczania składek członkowskich - uchwały podjęto jednogłośnie.

Rekomendacje dla kandydatów na Konsultantów Wojewódzkich

Wojewoda Opolski zwrócił się do Rady o wyrażenie opinii dotyczącej kandydatów na konsultantów wojewódzkich. Prezydium, po spotkaniu z kandydatkami, jednogłośnie rekomendowało na te funkcje:

dr n. med. Danutę Gmyrek - kandydatka na Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Pediatrii - Rada przy 1 głosie wstrzymującym się pozytywnie zaopiniowała kandydaturę;

dr. hab. n. med. Agatę Chobot - kandydatka na Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Gastroenterologii Dziecięcej - Rada jednogłośnie pozytywnie zaopiniowała kandydaturę.

Prezes odczytała pismo Wojewody Opolskiego informujące, że na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Okulistyki została powołana dr hab. n. med. Anita Lyssek-Boroń.

Z kolei w swoim piśmie Prezes NIL, poinformował o podjęciu Uchwały w sprawie zgłoszenia kandydata na Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Chirurgii Naczyniowej w osobie prof. dr hab. n. med. Wacława Kuczmika.

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej

Brak wniosków.

Przewodniczący konkursu kol. Jakubiszyn poinformował, że w postępowaniu konkursowym na stanowisko Ordynatora Oddziału Kliniki Onkologicznej z Oddziałem Dziennym w SP ZOZ OCO w Opolu wyłoniono kandydaturę dr hab. n. med. Barbary Radeckiej.

Przyjęcie Uchwały z dn. 27 kwietnia 2022 r. w sprawie uchylenia uchwały nr 16/95/II z dn. 18 listopada 1995 r. w sprawie utworzenia Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dn. 27 kwietnia 2022 r. w sprawie ustalenia wykazu obowiązujących uchwał Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Sprawy różne i wolne wnioski

Sprawozdanie z Posiedzenia NRL w dniu 08.04.22 r. przedstawił kol. Jerzy Jakubiszyn. W trakcie posiedzenia przedstawiono tekst sprawozdania kadencyjnego NRL, które ostatecznie zostanie zaprezentowane w trakcie majowego Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Podjęto także uchwałę o utworzeniu funduszu celowego, związanego z różnymi zdarzeniami nadzwyczajnymi.

Zatwierdzono również sprawozdanie finansowe NRL za rok 2021 oraz podjęto uchwałę o przeznaczeniu zysku NRL za rok 2021.

Powołany został zespół ekspertów do spraw analizy zagrożeń zdrowia publicznego, związanych z wojną na

Ukrainie i masowym napływem uchodźców do Polski. W skład zespołu powołani zostali specjaliści z zakresu epidemiologii oraz innych dziedzin medycyny, zajmujący się zdrowiem publicznym (w trakcie marcowej NRL wyistosowano apel do Ministra Zdrowia o powołanie takiego zespołu - Minister rzeczywiście go powołał, ale w jego składzie znaleźli się wyłącznie urzędnicy związani z ministerstwem).

Podjęto kolejne stanowisko, zwracające uwagę na pogarszanie się sytuacji w publicznej opiece stomatologicznej.

Upoważniono NRL do podpisania kolejnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej organów Naczelnej i okręgowych izb lekarskich z TU Inter Polska (na takich samych warunkach finansowych jak poprzednio).

Kanclerz Kapituły Odznaczenia „Meritus pro Medicis” przedstawił laureatów, którzy zostali wybrani na posiedzeniu Kapituły poprzedniego dnia (do dyspozycji było 30 odznaczeń za lata 2020-2022). Odznaczenia zostaną wręczone w trakcie majowego Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Z kolei Kanclerz Kapituły Medalu Biegańskiego przedstawił tegorocznych laureatów, którym medale zostaną wręczone również w trakcie majowego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Jednym z laureatów jest dr Janusz Cholewiński z Kluczborka. GRATULUJEMY!!!

Sprawozdanie ze spotkania Młodych Lekarzy w Szczecinie przedstawiła kol. Kinga Szczepańska

Podsumowano na nim XXIX Ogólnopolską Konferencję Młodych Lekarzy w Szczecinie, która odbyła się w dniach 22-24 kwietnia br. Spotkanie otworzyło ostatnie posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL w starym składzie, które odbyło się w piątek 22.04. w siedzibie Szczecińskiej Izby Lekarskiej.

W sobotę oficjalnie rozpoczęto konferencję, w której wzięli udział przedstawiciele młodego środowiska lekarskiego z całej Polski.

Prezes OIL w Szczecinie dr Michał Balsa przedstawił analizę pozytywnych działań oraz błędów, jakie popełnił Samorząd Lekarski w czasie pandemii. Zaś Prezes OIL w Warszawie lek. Łukasz Jankowski zrelacjonował m.in. jak wyglądała pomoc prawna udzielana bezpośrednio lekarzom w okresie Covid-19. W swoim wystąpieniu podkreślał, jak ważny jest marketing medialny samorządu, aby tworzyć pozycję lobbingową dla globalnych rozwiązań dla lekarzy.

Wiceminister Zdrowia Piotr Bromber przedstawił kierunki działań w zakresie szkolenia przed- i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów po pandemii COVID-19. Następnie odpowiadał na pytania uczestników.

Konferencję zakończono w niedzielę przyjmując apele oraz stanowiska. Młodzi lekarze i lekarze dentyści zapelowali do Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz do Komisji Wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie zmiany przepisów regulaminu wyborów do Samorządu Lekarskiego wprowadzającą możliwość głosowania drogą elektroniczną.

Uczestnicy wystosowali także do władz RP wnioski dotyczące planowanych zmiany w procesie kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy oraz lekarzy dentystów ze szczególnym uwzględnieniem zmian w programach specjalizacji, zmian liczby i jakości kursów specjalizacyjnych oraz zmian kompetencji i uprawnień kierowników specjalizacji.

Kolejna, jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy odbędzie się w Warszawie w 2023 r.

Sprawozdanie pisemne Katarzyny Jelito podsumowujące projekt pomocy OIL medykom z Ukrainy przedstawiła prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Z naszego województwa 8 medyków lub rodzin medyków zaoferowało dach nad głową dla lekarzy i ich rodzin będących uchodźcami z Ukrainy. Zgłosiło się 19 lekarzy/lek. dentystów różnych specjalności poszukujących pracy. W całą akcję bardzo aktywnie zaangażował się dr Yaroslav Bahiny w roli tłumacza.

Należą się ogromne podziękowania kol. Katarzyny Jelito za ogrom pracy, jaki włożyła w ten projekt, jak również i firmie OPTIMA MEDYCYNĄ S.A na czele z kol. Markiem Błaszczkiem, który od początku działań wojennych w Ukrainie niósł ogromną pomoc dla Uchodźców.

Komisja ds. pomocy dla lekarzy uchodźców z Ukrainy działająca przy OIL w Opolu poinformowała, że udzielono pomocy 4 osobom, w tym 3 wsparcie finansowe.

Prezes poinformowała, że kursy z j. polskiego organizowane w naszej Izbie są wydłużone godzinowo z 30 do 40 godzin. Obecnie kurs realizują dwie grupy, a trzecia grupa formuluje się.

Kol. Marek Błaszczuk skierował pismo do OIL z prośbą o zakwalifikowanie do udziału w kursie nauki j. polskiego, organizowanym przez naszą Izbę, dwóch obywateli Ukrainy, którzy nie mają statusu uchodźcy: lek. Oleksandra Balkokovij i lek. Olena Yefremenko. Obie zatrudnione są w Firmie OPTIMA MEDYCYNĄ SA, która pokryje koszty kursu w kwocie 1200 zł. Rada podjęła Uchwałę jednogłośnie.

Prezes poinformowała o powołaniu Komisji Problemowych działających przy naszej Izbie;

- Komisja Stomatologiczna - 28 członków;
- Komisja Młodych Lekarzy – 18 członków;
- Komisja Etyki Lekarskiej – 8 członków;
- Komisja Kształcenia - 6 członków.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Równocześnie Prezes skierowała apel do lekarzy, aby rozważyli przystąpienie do w/w komisji, jak i Komisji Kultury i Komisji Emerytów i Rencistów, które to nie mogą być powołane z powodu braku odpowiedniej liczby członków.

Prezes odczytała pismo z NIL informujące, że Prezes Andrzej Matyja złożył w dniu 11.04.2022 r. wniosek

do Rady Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w sprawie wykluczenia organizacji lekarskich z Białorusi i Rosji z grona członków WMA. Przewodniczący Rady WMA poinformował, że po zebraniu szczegółowych informacji, przedstawi dokładną analizę wniosków i dowodów na łamanie Regulaminu WMA przez te organizacje. Ostateczne decyzje będą podjęte (zgodnie z procedurami) jesienią w Berlinie podczas Zgromadzenia Ogólnego Delegatów WMA. Równocześnie poinformował, że podobny wniosek złożyło Brytyjskie Stowarzyszenie Lekarskie o zawieszenie Chińskiego Stowarzyszenia Lekarskiego w związku z jego stanowiskiem dotyczącym. sygnałów o ludobójstwie i prześladowaniach Ujgurów, w których prawdopodobnie brali udział również chińscy lekarze.

Kol. Adam Martyniszyn w imieniu Delegatury w Kluczborku skierował pismo do ORL o dofinansowanie w kwocie 3.000 zł szkolenia medycznego „Long-COVID - medyczne doświadczenia interdyscyplinarne w medycynie”, które odbędzie się 15.05.22 r. w Bogdanówkach. Kol. Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska zwróciła uwagę, że jeżeli będzie to dofinansowanie z puli Komisji Kształcenia, to szkolenie to powinno być dla wszystkich zainteresowanych lekarzy naszej Izby i należałoby taką informację umieścić na stronie internetowej. Po dyskusji uchwałę dot. dofinansowania podjęto jednogłośnie przy spełnieniu powyższych warunków.

Kol. Kinga Szczepańska przedstawiła projekt „Majówka dla Młodych”, mający na celu zorganizowanie spotkania w budynku Izby Lekarskiej ze studentami kierunku lekarskiego UO oraz aktywnie działającymi młodymi lekarzami z województwa opolskiego. Program zawiera krótkie seminaria na temat działania KML, kształcenia podyplomowego oraz miejsc, gdzie można uzyskać pomoc prawną. Po omówieniu tematów, przewidziano otwartą sesję oraz dyskusję w celu przybliżenia studentom realiów pracy lekarskiej. Pomysłodawcą, jak i koordynatorem ogólnopolskim, jest lek. Kinga Szczepańska. Wystosowała prośbę o udostępnienie sali. Prezes poinformowała, że dopiero po powołaniu Komisji Młodych Lekarzy będzie możliwość realizacji tego projektu.

Kol. Smerkowska-Mokrzycka poinformowała o przygotowaniu przez Towarzystwo Zdrowia Publicznego ulotek informacyjnych w j. polskim i ukraińskim, które będą rozprowadzane wśród uchodźców z Ukrainy w celu zachęcania ich do szczepienia przeciwko COVID-19 w Polsce. Jednocześnie przypominała, że najważniejsze informacje związane z działalnością OIL w Opolu i NIL najszybciej ukazują się na stronie internetowej Izby.

Wobec wyczerpania programu obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

JEDEN Z NAJWYBITNIEJSZYCH KRÓLÓW POLSKI – KAZIMIERZ JAGIELLOŃCZYK (1427-1492)



Kazimierz Jagiellończyk urodził się w dniu 30 listopada 1427 roku w Krakowie jako najmłodszy syn czwartej żony Władysława Jagiełły, Sołki Holszańskiej. Otrzymał staranne wychowanie. Jego nauczycielem był podkanclerzy Wincenty Kot. Jednak wg Jana Długosza, niezbyt przychylnego Kazimierzowi Jagiellończykowi, nie umiał on czytać i pisać.

W dniu 29 czerwca 1438 roku, po śmierci Zygmunta Luksemburskiego, 11-letni Kazimierz Jagiellończyk został koronowany na króla Czech. Trwające walki, między innymi z husytami, spowodowały, że bardzo szybko zrezygnował z korony św. Wacława i powrócił do kraju. Mimo że jeszcze żył jego najstarszy brat Władysław (nazwany później Warneńczykiem), został powołany na stanowisko „Wielkiego Księcia” litewskiego w dniu 29 czerwca 1440 roku.

Po zabiciu Władysława pod Warną w roku 1444 szlachta polska powołała na tron polski Kazimierza Jagiellończyka. Jednak zwlekał on z koronacją dopóki z Węgier nie dojdą wiadomości o śmierci Władysława. Istniały bowiem pogłoski, że Władysław nie zginął pod Warną i powróci do Polski.

Dopiero po dwóch latach bezkrólewia Kazimierz Jagiellończyk został koronowany na króla Polski, 25 czerwca 1447 roku, w Katedrze Wawelskiej przez swojego nauczyciela, wówczas już arcybiskupa gnieźnieńskiego, Jana Kota. Pierwszą jego decyzją było odsunięcie od władzy wszechpotężnego kardynała Zbigniewa Oleśnickiego. Najważniejszym wydarzeniem podczas panowania Kazimierza Jagiellończyka była wojna polsko-krzyżacka trwająca trzynaście lat (1454-1466). Po zdobyciu przez Polaków Chojnic podpisano tzw. Pokój Toruński w domu Artusa w Toruniu, który ostatecznie zakończył wojnę trzynastoletnią zwycięstwem Polaków i złamaniem potęgi Zakonu Krzyżackiego.



Kazimierz Jagiellończyk

W wyniku Pokoju Toruńskiego Wielki Mistrz Krzyżacki Ludwig von Erlichshausen na klęczkach złożył hołd lenny Kazimierzowi Jagiellończykowi (podobnie jak po 80. latach Albrecht Hohenzollern Zygmuntowi Staremu). Na mocy Pokoju Toruńskiego każdy nowo wybra-

ny Wielki Mistrz Krzyżacki w ciągu 6. miesięcy miał składać hołd lenny królowi polskiemu oraz udzielać pomocy zbrojnej w przypadkach wojny (niestety podczas nieudolnych rządów Jana Olbrachta i Aleksandra potęga Krzyżaków odrodziła się).

Po Pokoju Toruńskim do Polski wracało Pomorze Gdańskie i Warmia z Gdańskiem, Malborkiem i Elblągiem. Te zdobycze terytorialne nazwano Prusami Królewskimi, w przeciwieństwie do Prus Książęcych podlegających Krzyżakom. Największą zdobyczą było odzyskanie Gdańska, największego portu bałtyckiego, do którego przez Wisłę docierały towary, a przede wszystkim zboże importowane do wielu krajów, co gwarantowało dobrobyt gospodarczy Polski, która stała się najpotężniejszym krajem Europy.

Oceniając panowanie Kazimierza Jagiellończyka należy podkreślić, że był on doskonałym dyplomatą w konfliktach m. in. z Turcją i Moskwą, natomiast uniknął działań zbrojnych z wyjątkiem wojny trzynastoletniej polsko-krzyżackiej.

W roku 1454 Kazimierz Jagiellończyk ożenił się z Elżbietą, córką Albrechta II Habsburga, króla rzymskiego, króla Czech i Węgier, o przydomku Rakuszanka (1436 - 1505), Rakuzy to dawna nazwa Austrii. Mimo że Elżbieta miała poważne skrzywienie kręgosłupa z powodu przebytej w młodości prawdopodobnie gruźlicy, w końcu urodziła trzynaścioro dzieci. Oto jej potomstwo:

- 1456 Władysław, król Czech i Węgier o przydomku „dopsze”, ponieważ nie nauczył się języka węgierskiego i zawsze odpowiadał „dopsze”,
- 1457 Jadwiga Jagiellonka, żona księcia bawarskiego Jerzego Wittelsbacha (coroczne festyny w Landshut z okazji ich zaślubin),
- 1458 św. Kazimierz, patron Litwy (coroczne słynne „Kaziuki” w okresie wielkanocnym),
- 1459 Jan Olbracht, król Polski, za jego rządów „wyginęła szlachta”,
- 1461 Aleksander, król Polski,
- 1464 Zofia, margrabianka brandenburska,
- 1465 Elżbieta, zmarła w pierwszym roku życia,
- 1467 Zygmunt Stary, król Polski,
- 1468 Fryderyk, drugi po Zbigniewie Oleśnickim kardynał Polski,
- 1472 Elżbieta, zmarła w 7. roku życia,
- 1476 Anna, księżniczka pomorska,
- 1478 Barbara, księżna saska,
- 1482 Elżbieta (trzecia o tym imieniu), księżna legnicka.

Elżbieta Rakuszanka urodziła więc czterech koronowanych królów, dlatego nazwano ją „matką królów”. Ta niezwykła płodność Elżbiety pozwoliła na strategiczne

prowadzenie polityki dynastycznej i zbliżenie się do innych dworów panujących w Europie.

Panowanie Kazimierza Jagiellończyka to rozwój nauki i kultury, o czym świadczą takie postacie jak: kronikarz Jan Długosz, rzeźbiarz Wit Stwosz, którego monumentalny ołtarz możemy podziwiać, polityk Filip Kallimach, astronom Wojciech z Brudzewa.

Kazimierz Jagiellończyk zmarł 7 czerwca 1492 roku w wieku 65 lat (panował 45 lat) wśród objawów uogólnionych obrzęków (prawdopodobnie niewydolność ser-

ca lub nerek). Pochowany został w pięknym sarkofagu wykonanym przez Wita Stwosza w kaplicy świętokrzyskiej Katedry na Wawelu. W tej samej kaplicy pochowana została również Elżbieta Rakuszanka.

PS. Rok 1492 był niezwykle w historii Europy i świata. W tym roku Krzysztof Kolumb odkrył Amerykę, a Ferdynand Aragoński i Izabela Kastylijska wygnali Arabów z Półwyspu Iberyjskiego.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
Rycina: Kazimierz Jagiellończyk*

CO PISZĄ INNI

PERSWAZJA SPOSOBEM NA BUDOWANIE WYTRWAŁOŚCI LECZENIA

Dlaczego to ciśnienie jest wciąż tak wysokie? Dlaczego kaszel nie ustępuje? Dlaczego ten pacjent wciąż zgłasza te same dolegliwości? Jestem przecież pewien, że postawiłem właściwą diagnozę, wypisałem skuteczne, nowoczesne leki. A może problem leży gdzie indziej? Może mój podopieczny nie leczy się tak, jak tego oczekuję, może nie stosuje się do zaleceń?

Tego typu przemyślenia nie są Państwu obce, prawda? Sytuacje, w których przyczyna braku efektów leczenia leży po stronie pacjenta nie należą do rzadkości i nie jest to tylko nasza polska rzeczywistość. Podobne problemy mają lekarze na całym świecie. Według raportów WHO tylko 50% pacjentów cierpiących z powodu chorób przewlekłych w krajach rozwiniętych po sześciu miesiącach terapii nadal stosuje się do zaleceń terapeutycznych. Dlaczego tak się dzieje? I co robić, aby wzmocnić motywację pacjenta do wytrwałego leczenia?

Odpowiedź na pytanie pierwsze jest stosunkowo łatwa. Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń lekarskich mogą być różne. Część z nich nie ma związku z osobą pacjenta – to bariery zewnętrzne – np. cena leku, występowanie objawów ubocznych, niedogodności związane z przyjmowaniem leku, częstość farmakoterapii, politerapia itp. Jednak gros to przyczyny tkwiące w osobie pacjenta – postawa wobec konieczności długotrwałego leczenia, motywacja do leczenia, kwestie związane z pamięcią i koncentracją uwagi.

Odpowiedź na drugie pytanie jest znacznie bardziej skomplikowana i trudno sprowadzić ją do kilkuzdanowego wyjaśnienia. Gdybyśmy chcieli się jednak o nie pokusić, to brzmiałoby ono tak: „Poprzez swoje zachowanie i wypowiedzi musisz zbudować swój wizerunek w oczach pacjenta jako osoby przychylnie do niego nastawionej, kompetentnej i godnej zaufania, skoncentrować jego uwagę na tym, co masz mu do powiedzenia,

przekonać go do celowości twoich zaleceń. Sprawić, aby zapamiętał najważniejsze kwestie oraz zmotywować do wytrwałych, samodzielnych działań w okresach pomiędzy wizytami”. Problem zaczyna się jednak wtedy, gdy teorię trzeba przełożyć na praktykę. A w głowie pojawia się myśl: no dobrze, ale jak mam to zrobić?

Wywieranie wpływu na ludzi to obszerna gałąź wiedzy. Do niektórych obszarów już dotarliśmy – o zmianie postaw, wykorzystywaniu automatyzmów, stawianiu celów pisałem we wcześniejszych numerach „Medium”. Tym razem zajmiemy się perswazją językową, ale zanim to zrobimy, przypomnijmy najważniejsze omawiane już kwestie.

Jeśli chcemy przekonać pacjenta do regularnego, czasami wieloletniego stosowania leków czy zmiany zachowań, musimy wykorzystywać własne atrybuty tak, aby klimat rozmowy był ciepły i sympatyczny, a przekaz wiarygodny, konkretny, stanowczy i atrakcyjny (ciekawym) dla rozmówcy. Trzeba powtarzać kluczowe kwestie, podsumowywać, dopasowywać zachowania i komunikaty do odbiorcy – jego możliwości poznawczych, cech, kluczowych potrzeb, wartości oraz poziomu akceptacji naszego przekazu – [(jeśli jest już wysoki, stosujemy przekaz jednostronny (tylko za), jeśli jest niski to dwustronny (za i przeciw))].

Techniki wywierania wpływu

Naszą skuteczność zwiększa wykorzystywanie tkwiących w nas automatyzmów. Polegają one na prezentowaniu specyficznych zachowań w wyniku oddziaływania określonych, typowych bodźców. Na pewno pamiętacie Państwo o:

- regule wzajemności (jeśli ktoś robi dla ciebie coś dobrego, natychmiast rodzi się w tobie pragnienie, by mu się odwdziżyć) – starajmy się więc zawsze zrobić coś, co pacjent potraktuje jak podarunek (poświęcenie dodatkowego czasu, pochwała, próbka leku...);
- regule zaangażowania i konsekwencji (jeśli deklarujesz ustnie lub pisemnie, że zajmujesz określone sta-

nowisko w danej sprawie, będziesz za wszelką cenę dążył do obrony tego stanowiska, niezależnie od tego, czy jest ono słuszne czy nie) – wymagamy więc od pacjenta deklaracji, że będzie przestrzegał zaleceń;

- regule konformizmu (wiele osób aprobuje określone rozwiązania, tylko dlatego że są one akceptowane i stosowane przez większość) – odwołujemy się do badań, trendów, grupowych przykładów;

- regule władzy/autorytetu (ludzie/instytucje, którzy postrzegani są jako posiadający autorytet, siłę, władzę, mają większy wpływ na innych) – odwołujemy się do konkretnych, indywidualnych przykładów – znani naukowcy, profesorowie, uczelnie;

- regule kontrastu (jeśli dwie rzeczy różnią się od siebie, to percepcja różnicy powiększy się, gdy te rzeczy zestawimy w czasie i przestrzeni) – jeśli więc sięgasz po porównania, pokazuj je jedno po drugim lub obok siebie;

- regule sympatii (jeśli ktoś, kogo lubisz i uważasz, że ma na względzie Twoje dobro, prosi Cię o coś, prawdopodobnie spełnisz jego prośbę) – dbajmy o to, aby pacjent obdarzył nas sympatią – gdy tak się stanie, nasze wyrażnie sprecyzowane oczekiwania, będą chętniej wykonywane;

- regule limitu (coś, co występuje w ograniczonej ilości lub jest trudniej dostępne, wydaje się bardziej atrakcyjne niż to, czego mamy pod dostatkiem) – w niektórych sytuacjach warto, zaznaczyć, że twoja propozycja podlega presji czasu lub ilości (np. warto przypomnieć, jak długo oczekuje się na wizytę u specjalisty);

- regule atrakcyjności [zwykle jesteśmy zwolennikami idei (także produktów, usług), które popierają, używają lub pokazują osoby, które lubimy i szanujemy] – odwołujemy się więc do przykładów zachowań osób znanych, atrakcyjnych, lubianych.

Prawdopodobieństwo dobrej współpracy wzrasta, jeśli nasze zalecenia są formułowane jako cele, które pacjent będzie realizował. Jeśli mają być skuteczne muszą być „SMART”, czyli dokładnie określone (specific), mierzalne (measurable – powinny zawierać odpowiedź na pytanie, po czym poznamy, że zostały osiągnięte), ambitne (ambitious – wykraczające poza dotychczasową rutynę), realne (realistic – możliwe do wykonania) i określone w czasie (time oriented – posiadające wyraźne ramy czasowe).

Powyższe techniki wywierania wpływu często nazywane są zamiennie technikami perswazji, choć samo określenie perswazja (łac. persuasio – przekonanie, persuadere – namawiać, przekonywać) oznacza przekonywanie kogoś do czegoś, tłumaczenie komuś, co trzeba zrobić lub czego zaniechać za pomocą argumentacji i środków językowych. Właśnie perswazyjnymi środkami językowymi zajmiemy się w tym artykule. A przy okazji wyjaśnimy, czy perswazja i manipulacja to jedno i to samo.

Manipulacja i perswazja

Każda manipulacja to perswazja (wywieranie wpływu), ale nie każda perswazja jest manipulacją. O manipulacji możemy mówić wtedy, gdy stosujący ją robi to in-

tencjonalnie i w pełni świadomie, a osoba, na którą jest wywierany wpływ, nie zdaje sobie z tego sprawy. Słowo manipulacja kojarzy nam się z czymś złym, nieodpowiednim, nagannym – ale jest tak tylko wówczas, gdy osoba stosująca perswazję, czyni to wyłącznie w swoim interesie, nie bacząc na interes osoby, na którą wpływ wywiera. Jako że lekarze są zobowiązani do przestrzegania przysięgi Hipokratesa i Kodeksu Etyki Lekarskiej, a tam znajdujemy słowa: „Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam: obowiązki te sumiennie spełniać; służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu (...), wierzę, że w lekarskich działaniach dobro pacjenta jest zawsze na pierwszym miejscu. Z tej perspektywy wszelkie nasze działania perswazyjne czy manipulacyjne są uzasadnione.

Psychologia i socjologia wyróżniają różne typy perswazji w zależności od celu, jaki chcemy za jej pomocą osiągnąć. Perswazja przekonująca ma miejsce wtedy, gdy chcemy uzasadnić określone poglądy; nakłaniająca, gdy chcemy pozyskać dla określonego poglądu zwolenników i pobudzająca (agitacyjna) – gdy jej celem jest nakłonienie do podjęcia określonego działania. Perswazja, jaką stosujemy w gabinetach lekarskich, jest zazwyczaj mieszaniną wymienionych rodzajów perswazji.

Czym są perswazyjne środki językowe? To służące przekonywaniu odpowiednie słowa, zwroty, formy składniowe, językowe środki stylistyczne.

Zacznijmy od argumentacji

Do dyspozycji mamy dwa rodzaje argumentów – racjonalne (fakty, liczby, statystyki, procedury itp.) oraz emocjonalne (nacechowane emocjonalnie określenia, opisy sytuacji generujących emocje). Okazuje się, że najbardziej pożądaną w perswazji jest mieszanina argumentacji racjonalno-emocjonalnej – taką postać ma tzw. język korzyści zawierający opis faktów (cech) wraz z ich przełożeniem na życie pacjenta, np. „Lek X stosowany raz dziennie powoduje wyraźne i utrzymujące się całą dobę zmniejszenie ciśnienia tętniczego, dzięki czemu ryzyko powikłań jest dużo mniejsze. Przyjmując lek regularnie będzie Pan mógł cieszyć się sprawnością, wnukami... przez długie lata”.

Używanie słów: „może”, „mógłby”

Zupełnie naturalny jest opór wobec nakazów, zakazów, nacisków. W takich sytuacjach zawsze ogranicza się w pewnej mierze naszą wolność. Gdy wywierana presja jest zbyt duża, wyzwala się automatyzm – reaktancja, czyli dążenie w kierunku przeciwnym niż narzucany. Wniosek płynie z tego taki: nigdy nie naciskajmy zbyt mocno. Warto, zwłaszcza w przypadku szczególnie wrażliwych pacjentów, posługiwać się komunikatami o łagodniejszym wydźwięku, unikać trybu rozkazującego i zdań typu: „Od jutra musi Pan stosować” czy „Proszę od jutra stosować” (które swoją drogą brzmi już łagodniej niż poprzednie). Konstrukcje zdaniowe operujące czasownikiem mógłby/

mogłaby odbierane są przez pacjentów lepiej (np. „Mógłby Pan od jutra stosować... Może włączy Pan do codziennych zajęć 30 minut spaceru...”, bo dają poczucie samodzielnego podejmowania decyzji. Pamiętajmy jednak o tym, że są i tacy chorzy, którzy oczekują autorytarnych dyrektyw.

Używanie liczby mnogiej

Podejmowaniu działań i wypełnianiu zaleceń sprzyja budowanie poczucia wspólnoty i posiadania tych samych celów, dlatego warto sięgać po zwroty w liczbie mnogiej, np.: „Mamy przed sobą dużo pracy”, „Razem osiągniemy zakładane cele”, „Przyświeca nam ta sama idea”.

Uzasadnienia: bo, ponieważ

Badania psychologów społecznych nie pozostawiają wątpliwości, że szanse na realizację zaleceń lekarskich wzrastają, gdy w komunikacji z pacjentem lekarz uzasadnia swoje decyzje (podaje powód). Co ciekawe, samo uzasadnienie wydaje się mniej ważne niż jego językowa konstrukcja (bo, ponieważ). „Proszę przyjmować lek X, ponieważ...”, „Będzie pan... bo zależy nam na...”.

Sformułowania uruchamiające wyobraźnię

Skuteczności przekonywania sprzyja nakłanianie rozmówcy do wyobrażania sobie tego, co chcemy osiągnąć. Możemy to uzyskać dzięki wizualizacji stanu pożądanego poprzez stosowanie sformułowań odwołujących się do wyobraźni i zmysłów, np. „Proszę sobie wyobrazić”, „Niech pani poczuje...”, „Zobaczmy to oczyma wyobraźni...” itp.

Uwaga: badania psychologów dowiodły, że bardziej skuteczna od wizualizacji pożądanego stanu jest wizualizacja drogi prowadzącej do jego osiągnięcia: „Proszę sobie wyobrazić, że od jutra wstaje pan pół godziny wcześniej, gimnastykuje się, przygotowuje lekkie śniadanie, mierzy ciśnienie i zażywa wszystkie przepisane przeze mnie leki...”.

Potwierdzenia

Słowo „tak” w przeciwieństwie do słowa „nie” obdarzone jest dużym, pozytywnym ładunkiem emocjonalnym. To zaś wiąże się z naszymi pozytywnymi odczuciami, których doświadczaliśmy w przeszłości w sytuacjach spełniania naszych oczekiwań. Jeśli więc pacjent na większość zadawanych przez nas pytań odpowie twierdząco i będzie także słyszał potwierdzenia płynące z naszych ust, np. podczas uważnego słuchania jego wypowiedzi, klimat rozmowy będzie lepszy, co zdecydowanie sprzyja skuteczności przekonywania. Ponadto, odpowiadając twierdząco na nasze prośby uruchamia się mechanizm zaangażowania i konsekwencji – o czym pisałem w pierwszej części artykułu. I jeszcze jedna uwaga – sekwencja udzielanych pozytywnych odpowiedzi uruchamia automatyzm potwierdzenia – trudno jest zaprzeczyć, jeśli wcześniej powiedziało się parokrotnie „tak”. Warto więc stosować potwierdzenia i starać się, aby nasz rozmówca wypowiadał je jak najczęściej.

Przeczenia

Przeczenia mają wpływ nie tylko na nastrój – zazwyczaj go obniżają. Stosując je często osiągamy efekt zupełnie przeciwny do zamierzonego. Jeśli powiem: „Nie może pan palić papierosów” lub „Proszę nie zażywać te-

go leku na czczo”, efekt może być niezadowolający. Spowodowane jest to funkcjonowaniem naszej psyche. Bo, aby coś mogło być zanegowane, najpierw musi przypomnieć się tego obraz. W związku z tym jeśli mówię do swojego dziecka: „nie dotykaj tego...”, prawdopodobnie jeszcze przez chwilę będzie ten przedmiot dotykało. Jaki z tego wniosek? Zamiast stosować zakazy, lepiej skoncentrować uwagę pacjenta na nowych, pożądanых czynnościach, np. „Proszę ograniczyć ilość spalanych papierosów – w pierwszym tygodniu o 2 dziennie, w kolejnym o 5 dziennie”, „Może Pan lek stosować po posiłku”.

Używanie imion

Używanie imienia pacjenta na początku lub na końcu pytania zwiększa, i to zdecydowanie, szanse na uzyskanie pozytywnej odpowiedzi. Tu trzeba jednak uważać, by w zażyłość nie wejść przedwcześnie i nie wywołać poczucia bycia manipulowanym. Każda relacja potrzebuje czasu – pamiętajmy więc o stopniowaniu zażyłości. Najpierw powiedzmy więc: „Proszę pana”, następnie „Panie Kowalski”, a dopiero na końcu: „Panie Józefie”.

Implikacje

To wypowiedzi składające się ze zdań podrzędnie złożonych, w których jedno zdanie jest prawdziwie (odnosi się do rzeczywistości), a drugie jest tylko naszą sugestią. Okazuje się, że takie połączenie sprzyja nieświadomej akceptacji naszej sugestii. W zależności od tego, jak oba zdania są połączone, wyróżniamy różne rodzaje implikacji. Pierwszą z nich jest implikacja spójnikowa, w której członny łączy spójnik „i”: „Rozmawiamy o zdrowym trybie życia i myśli pan już o rzuceniu papierosów”. W implikacji spójnikowej jednoczesne połączenie odbywa się za pomocą łączników: „i jednocześnie”, „podczas”, „w trakcie”, „im... tym...”: „Rozmawiamy o leczeniu nadciśnienia i jednocześnie zastanawia się pan, czy leki zażywać całe życie”. Implikację wynikową charakteryzuje używanie słów: pozwoli, spowoduje, sprawi: „Codzienne stosowanie leku X sprawi, że pana dolegliwości ustąpią”. Ostatnim rodzajem jest implikacja znaczeniowa, w której połączenie obu części zdania odbywa się za pomocą słowa „oznacza”. W tym przypadku druga część zdania niejako uzasadnia albo nadaje sens części pierwszej: „To, że jest pan tu dzisiaj, oznacza, że zależy panu na swoim zdrowiu”.

Warto sięgać po implikacje, ponieważ tak przedstawiane sugestie stają się często rzeczywistością – a więc pacjent rzeczywiście zaczyna myśleć o rzuceniu papierosów, o długotrwałym stosowaniu leków, wierzyć, że dolegliwości ustąpią. Nabiera przekonania, że zależy mu na jego zdrowiu.

Presupozycja

„Badanie kontrolne zrobimy we wtorek czy w czwartek?”. Czy w warstwie językowej kryje się w tym pytaniu coś niezwykłego? Pewnie odpowiecie Państwo – nie, bo przecież to pytanie zamknięte alternatywne. Zgoda, nie ma w nim nic zaskakującego, o ile poprzedzała je rozmowa o konieczności kolejnego badania. Jeśli jednak wcale nie było o tym mowy, staje się strukturą lingwistyczną nazywaną presupozycją. ➡

Presupozycja to wypowiedź mająca sens tylko wtedy, gdy prawdziwe jest uzasadniające ją założenie, w tym przypadku, że i lekarz, i pacjent chcą przeprowadzić badanie kontrolne. Po zastosowaniu presupozycji nasz rozmówca zazwyczaj nie oponuje i bezwiednie koncentruje się na narzucanym przez nas temacie. Jeśli więc przewidujesz, że będą trudności z uzyskaniem zgody na następne spotkanie (czy inne związane z leczeniem czynności) warto ominąć etap ustalania decyzji i przejść do etapu kolejnego, czyli ustalenia terminu spotkania.

Stosowanie metafor

Metafora według Wielkiego Słownika Języka Polskiego to „środek stylistyczny, w którym słowo, wyrażenie, opis lub obraz uzyskują nowe znaczenie przez odniesienie do innej rzeczy lub zjawiska na zasadzie dostrzeżonego podobieństwa”.

Językoznawcy skupiają się na językowych właściwościach metafor, psycholodzy traktują je jako domenę myślenia. Według badań psychologicznych wpływają na to, jak myślimy, postrzegamy rzeczywistość i jak się zachowujemy (Lakoff, Johnson, 1988).

Już Arystoteles podkreślał ich znaczenie, traktując je jako językowy środek perswazji, za pomocą którego można wywierać wpływ na odbiorcę. W medycynie służą często do opisu kwestii związanych z chorobą, jej przebiegiem, leczeniem, konsekwencjami, zachowaniami pacjenta itp. Często wykorzystywane są wielowymiarowe opisowe metafory. Jedną z najpowszechniejszych jest metafora wojny, gdzie ciało pacjenta to państwo atakowane przez wroga (chorobę), posiadające systemy obronne, żołnierzy, prowadzone są bitwy, które można wygrać, ale mogą one też zakończyć się porażką lub kapitulacją.

Inną równie popularną metaforą jest metafora maszyny, gdzie ciało ludzkie to system wzajemnie powiązanych zespołów i części podlegających naprawie. Bardziej współczesne to metafora bioinformatyczna – ciało to komputer, a choroba to zaburzenia w przepływie informacji, metafora sportu czy podróży. Szczególnie polecana jest obecnie metafora ekologiczna – jesteśmy ekosystemem, którego zasoby są ograniczone, a choroba to wynik braku równowagi i nieodpowiedzialnej gospodarki zasobami.

Dlaczego warto stosować metafory? Odpowiedź kryje się w słowach dr hab. Jarosława Barańskiego: „Metafory umożliwiają mówienie o rzeczach abstrakcyjnych, skrytych i mało konkretnych w terminach bardziej oczywistych. (...) Umożliwiają pośrednictwo między językiem eksperckim, biomedycznym, a laickim, potocznym. (...) Pozwalają choremu uporać się z sytuacją medyczną, z jego własną rzeczywistością, która go przerasta: w egzystencjalnym lęku, w wykluczeniu i odośrobnieniu, w reżymie instytucji medycznej, w cierpieniu, w poczuciu utraty” (J. Barański, 2011).

Jeśli więc tylko czas na to pozwoli, folgujmy swojej wyobraźni i sięgajmy po metafory, a z pewnością siła naszego oddziaływania na emocje i zachowania pacjentów będzie jeszcze większa.

Narracje

Według Wielkiego Słownika Języka Polskiego narracja to „sposób wypowiedzi w dziele literackim lub filmowym polegający na przedstawianiu ciągu następujących po sobie zdarzeń”. Wzmianki o narracji odnajdujemy już w „Poetyce” Arystotelesa. Jego zdaniem to uporządkowany układ zdarzeń. Narracja powinna posiadać wstęp, rozwinięcie oraz zakończenie. Wszystko to powinno być połączone wspólnym wątkiem.

Zdaniem Władimira Proppa, który poddał analizie setki przypowieści, legend, podań i bajek narracja jest powszechna, uniwersalna i charakteryzuje się stałym schematem.

Powyższe wyjaśnienia możemy uzupełnić o słowa psychologa prof. Jerzego Trzebińskiego: „Narracja (opowieść, historia) to uniwersalna dla ludzi forma poznawcza, dzięki której można rozumieć i porządkować zdarzenia, sytuacje społeczne oraz własny los. (...) Ujęcie życiowego wyzwania w ramy historii wzmacnia motywację do jego podjęcia. Człowiek łatwiej może wyobrazić sobie różne warianty przyszłości i planować swoje działania”.

Chcąc wzmocnić motywację pacjenta, opowiadamy zatem historie. Mówmy, że da radę i sprostą wyzwaniu przywołując przy tym narracje dotyczące innych osób, zdarzeń, bohaterów filmowych itd.

Zakończenie

Źródłem trwałego sukcesu terapeutycznego jest nie tylko trafna diagnoza i odpowiednio dobrane leczenie. Nie mniej ważna jest współpraca pacjenta. Dlatego pomimo różnych trudności i ograniczeń czasowych warto świadomie i umiejętnie wywierać na chorych wpływ (jawny i manipulacyjny), aby poprzez swoje zachowania stawali się naszymi sprzymierzeńcami w walce z chorobą. Do dyspozycji mamy wiele różnych technik perswazji i manipulacji. Także perswazyjne środki językowe, o których była mowa. Wykorzystujemy je świadomie, umiejętnie, z umiarem, dopasowując je do pacjenta i sytuacji. Nawet jeśli czasami będzie to trudne. Bo jak pisała w jednym ze swoich wierszy Halina Poświatowska: „Oswajanie słów jest trudniejsze niż oswajanie tygrysów”. Niech nie będą celem samym w sobie i nie przesłaniają tego, czemu służą, czyli dobra pacjenta. Przecież my lekarze i pacjenci powinniśmy zawsze trzymać się razem.

Lek. Dariusz DELIKAT

O Autorze: lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent AM we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i działem szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 5 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...).

Bibliografia:

1. Cialidini R., Wywieranie wpływu na ludzi, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
2. Doliński D., Techniki wpływu społecznego, WN Scholar, Warszawa 2005.
3. World Health Organization (2003), Adherence to long-term therapies: evidence for action (PDF), Geneva: World Health Organisation.

4. Propp W., Morfologia bajki magicznej, Nomos, 2011
5. Mistewicz E., Marketing narracyjny. Jak budować historie, które sprzedają, Onepress, Gliwice, 2011
6. Arystoteles, Retoryka. Retoryka dla Aleksandra. Poetyka, PWN, Warszawa 2008.
7. Poświatowska H., Jeszcze jedno wspomnienie, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1968.
8. <https://wsjp.pl>

(przedruk z „Medium” nr 6/21)

MARIHUANA – NIEBEZPIECZNY NARKOTYK CZY DOBRY LEK?

W ostatnim miesiącu ponownie powrócił jak bumerang temat marihuany, i to w aspekcie medycznym, społecznym oraz prawnym. Trwający dyskurs społeczny w tej kwestii rzadko kiedy przybiera formę merytorycznej dyskusji, częściej odzwierciedla prywatne opinie, bazujące na emocjach, pozbawione racjonalnej argumentacji. W debatach publicznych obserwujemy dwa bieguny skrajnie sprzecznych poglądów. Z jednej strony wyraźną tendencję do penalizacji posiadania nawet niewielkiej ilości marihuany na użytek własny, z drugiej zaś do całkowitej liberalizacji prawa. Logicznym następstwem przemawiającym za zaostrzeniem kar byłoby adekwatne zmniejszenie liczby osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Kara bowiem powinna mieć przede wszystkim znaczenie prewencyjne. Czy tak jest? Otóż w tym przypadku – nie. Wystarczy porównać dwie całkowicie różne regulacje prawne obowiązujące w Singapurze i Szwajcarii. Drastyczne zaostrzenie kar wcale nie chroni przed uzależnieniem. A to powinno być naszym nadrzędnym celem. Problem jest o wiele bardziej złożony. Od wielu lat prowadzę w Katedrze Farmakologii seminaria z patomechanizmów uzależnień od substancji psychoaktywnych. Problem ten dotyczy często młodych osób w wieku 20–30 lat i jego analiza musi być wielopłaszczyznowa. Zawsze powtarzam, że nadużywanie substancji psychoaktywnych to tylko skutek, nigdy nie przyczyna. Istotne zatem wydaje się dotarcie do źródła problemu. Dlaczego młody człowiek sięga po te substancje? Co w jego życiu się wydarzyło czy też jakie problemy ma, aby zaburzać rzeczywisty odbiór świata i samego siebie?

Marihuana to susz pozyskiwany z roślin rodzaju *Cannabis*. Głównym surowcem są kwiatostany żeńskie. Rośliny te są prawdopodobnie jednymi z najwcześniej udomowionych. Już w epoce neolitu służyły do produkcji lin, tkanin, butów, a z ich nasion tłoczono olej. Bliskim krewnym konopi jest chmiel wykorzystywany do produkcji piwa. Jednak ze względu na zawartość substancji psychoaktywnych, to nie chmiel, a marihuana wzbudza tak wiele skrajnych emocji. Dwa najczęściej zadawane pytania dotyczące marihuany to: czy marihuana szkodzi? i czy marihuana jest skuteczna w terapii wybranych jednostek chorobowych? Odnoszę wrażenie, że często w przekazach medialnych fakty mylą się z opiniami, emocje starają się ukryć brak wiedzy, a wewnętrzna wiara we własne przeko-

nia wydaje się być silniejsza niż twarde dane naukowe. Przeciętny odbiorca, niezwiązany z tematem, w tym natłoku sprzecznych informacji może czuć się nieco zagubiony.

Uzależnienie psychiczne vs fizyczne

W literaturze przedmiotu znajdujemy różne podziały substancji psychoaktywnych ze względu na rodzaj wywołanego uzależnienia. Powinniśmy jednak spojrzeć na to w aspekcie praktycznym, bez zbędnego ingerowania w definiowanie. Jakie to ma znaczenie dla przeciętnego odbiorcy? Podziały te są tak naprawdę niejednoznaczne i często umowne. W jednej publikacji dana substancja zostanie zakwalifikowana jako uzależniająca psychicznie, bez klinicznych aspektów uzależnienia fizycznego, z kolei inni autorzy przedstawiają spójne dowody negujące taki obraz uzależnienia.

Uzależnienie fizyczne opiera się na zupełnie innych mechanizmach patofizjologicznych. Wiąże się stricte z chęcią zażywania przez osobę uzależnioną danej substancji tak samo jak w przypadku uzależnienia psychicznego. Natomiast niedostępność danej substancji wywołuje objawy związane z aktywacją układu współczulnego, czyli w pewnym uproszczeniu – zespół odstawienia. U tych pacjentów bardzo często obserwujemy: rozszerzenie źrenic, nadmierną potliwość, tachykardię, stany spastyczne jelit, bóle w klatce piersiowej oraz zaburzenia rytmu serca. Często też dochodzi do zaburzeń w obrębie osi RAA. Bardzo istotny w przypadku uzależnienia fizycznego jest fakt, że nagłe odstawienie substancji uzależniającej może być tak samo niebezpieczne jak jej dalsze zażywanie. Dlatego leczenie w ośrodkach zamkniętych wiąże się z wprowadzeniem terapii substytucyjnej poza równoległe prowadzoną psychoterapią. Osoby uzależnione przyjmują leki, które również posiadają pewien potencjał uzależniający, lecz w porównaniu z używką stanowiącą źródło problemu ryzyko to możemy uznać za znikome. Takie postępowanie terapeutyczne pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu odstawienia.

Narkotyki miękkie vs narkotyki twarde

Często w programach publicystycznych oraz, co gorsza, w publikacjach naukowych przyjęło się stosowanie pojęć: narkotyki miękkie i twarde. Określenia te są bardzo nieprecyzyjne. Nie ma żadnych naukowych podstaw, by taką klasyfikację stosować. Co więcej – taka klasyfikacja może być zwyczajnie szkodliwa.

Większość odbiorców intuicyjnie zrozumie takie definiowanie, traktując narkotyki miękkie jako substancje stosunkowo bezpieczne – można je zażywać, bo ryzyko uzależnienia jest stosunkowo niskie. Oczywiście w porównaniu z tzw. twardymi narkotykami, jak kokaina, amfetamina czy heroina, te uzależniają wolniej. Ale czy ma to jakieś realne znaczenie w terapii osób zmagających się z problemem uzależnień? Uważam, że nie. Należy poruszyć tę kwestię, gdyż narkotyki miękkie są znacznie bardziej podstępne, bo istnieje większe przyzwolenie społeczne na ich zażywanie. Zawsze z punktu widzenia toksykologii klinicznej możemy porównać dwie szkodliwe substancje, z których jedna wykazuje mniejsze ryzyko uzależnienia czy zatrucia ostrego. Ale czy to upoważnia nas do stwierdzenia, że ta teoretycznie bezpieczniejsza substancja jest dobra? Myślę, że taka interpretacja jest błędna. Pojawiają się opinie, że alkohol bardziej szkodzi niż marihuana. Ale czy to usprawiedliwia i tłumaczy zażywanie którejkolwiek używki? To tak jakby wybierać między złym a „mniej gorszym”. Dzisiaj medycyna nie ma zbyt wiele do zaoferowania w obszarze skutecznych metod leczenia uzależnienia psychicznego od substancji psychoaktywnych. Sama farmakoterapia powstrzyma kompulsywne zachowania towarzyszące uzależnieniom. Skuteczność leków zmniejszających chęć zażycia danej substancji bez jednocześnie prowadzonej psychoterapii wydaje się znacznie mniej efektywna. Dlatego zawsze należy pamiętać o symultanicznym podejściu do problemu w obu jego aspektach.

Mechanizm uzależnień – układ nagrody

To, że uzależniamy się od związków chemicznych, wynika z działania układu nagrody, który stanowi część układu limbicznego mózgu. Trzy anatomiczne struktury szlaku mezolimbicznego to: kora czołowa (FC), jądro półleżące (NAC) i pole brzuszne nakrywki (VTA). Najważniejszym neuroprzekaźnikiem tego układu, aktywowanym bodźcem wyzwalającym kompulsywne zachowania i postępujące uzależnienie, jest dopamina. Oczywiście patrząc na liczne publikacje ostatnich lat, skupienie się na samym sprzężeniu dopaminergicznym wydaje się mało precyzyjne i pomija istotność innych molekuł. Niemniej świadomie przyjąłem tak daleko idące uproszczenie dla zrozumienia istoty problemu. To właśnie ten neuroprzekaźnik odpowiada za subiektywne poczucie szczęścia, satysfakcję i chęć zdobycia danej substancji. Takim bodźcem wyzwalającym wyrzut dopaminy może być też pokarm, seks, hazard a nawet gry komputerowe. Euforia „dopaminergiczna” nigdy nie da nam jednak szczęścia, z punktu widzenia neurobiologii należy spojrzeć na to w aspekcie motywacji i kompulsywnych zachowań. Liczne bodźce, w tym THC zawarte w marihuanie, poprzez aktywację receptorów CB1 w strukturach mezolimbicznych indukują wyrzut dopaminy. To właśnie to sprzężenie pomiędzy receptorami CB1/D2 wiąże się z ryzykiem uzależnienia. Patrząc na główne mechanizmy regulujące desensytyzację neuronalną, logicznym następstwem wydaje się zwiększenie częstości zażywania THC, bowiem wyrzut do-

paminy w odpowiedzi na wcześniej stosowane dawki kannabinoidów będzie zmniejszony. Zatem zaspokojenie układu nagrody na poziomie molekularnym musi wyzwolić kompulsywne zachowania mające na celu zwiększenie stężenia THC w surowicy. Praktycznie w każdym przypadku uzależnienia patomechanizm wyzwalający ten proces jest identyczny, różni się tylko bodziec, który je indukuje.

Ryzyko uzależnienia zależy od wielu czynników i w praktyce niezmiennie trudno je określić. Bo co oznacza stwierdzenie – osoby predysponowane? Możemy oczywiście wymieniać różne czynniki socjoekonomiczne i genetyczne, jednak nigdy nie wiemy, kto ostatecznie będzie się zmagał z problemem. Przykładowo, kobiety uzależniają się dwukrotnie szybciej niż mężczyźni. Nie znaczy to jednak, że w populacji będziemy mieli dwa razy więcej uzależnionych kobiet niż mężczyzn od substancji psychoaktywnych. Wprost przeciwnie. Wiemy też, że pewne mutacje w obrębie receptorów dopaminergicznych D2 i D4 wiążą się z większym ryzykiem uzależnienia psychicznego i fizycznego. Jednak wartość takich informacji w realnej praktyce klinicznej wydaje się mało istotna. Reasumując, każdy z nas jest potencjalnie narażony na uzależnienie, a określenie ryzyka wydaje się fikcyjną i iluzoryczną granicą, tłumaczącą często niekontrolowane zachowania.

Zagrożenia związane z zażywaniem marihuany

Szkodliwość społeczna trzech najczęściej stosowanych używek – alkoholu, tytoniu i marihuany w globalnym ujęciu wydaje się bardzo wysoka. Oczywiście zawsze oponenci znajdują w całej gamie szkodliwych substancji znacznie bardziej niebezpieczne, opierając się skądinąd na pozornie słusznym dowodzie, jakiego dostarcza analiza współczynników toksykologicznych dla każdej z nich. To społeczne zagrożenie wynika z ogólnodostępności alkoholu, tytoniu i marihuany. Niska cena tych substancji i łatwy dostęp skutkuje tym, że uzależnienie od marihuany jest znacznie bardziej powszechne niż uzależnienie od heroiny czy kokainy. Według raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z 2020 r. z powodu uzależnienia od marihuany leczyło się 135 tys. pacjentów, co stanowiło ponad 30% wszystkich uzależnień.

Fakt, że marihuana wykazuje stosunkowo niską szkodliwość dla organizmu i praktycznie minimalne ryzyko zatrucia ostrego, nie upoważnia nas do używania określenia – relatywnie bezpieczna. W całym dyskursie zabrakło jednoznacznego określenia „czysta marihuana”, a założenie, że z taką mamy do czynienia w Polsce, jest po prostu błędne. Preparaty dostępne z nielegalnych źródeł są wzbogacane pochodnymi katecholamin, wzmagając w ten sposób uzależniające działanie THC na układ nagrody. Według ostatniego raportu ESPI tylko 12 do 15% sprzedawanych nielegalnie preparatów marihuany było wolnych od dodatkowych substancji psychoaktywnych. Według ostatnio opublikowanych danych od 2006 r. stężenie THC w marihuanie wzrosło dwukrotnie w tych preparatach. Stanowi to w mojej ocenie dość niebezpieczny

kierunek i wyraźny trend związany z coraz większą liczbą, zwłaszcza młodych, osób sięgających po marihuanę.

Legalność marihuany stanowi od lat źródło wielu mitów. W żadnym z krajów Europy marihuana nie jest w pełni legalna jako używka, poza oczywistymi wskazaniem medycznymi. Nawet w liberalnej Holandii i Belgii prawo przemilcza pewne nieścisłości i raczej jednoznacznie nie odnosi się do nich. Praktycznie rządy obu państw przyjęły liberalne stanowiska w tej kwestii. Na świecie tylko w Kanadzie oraz niektórych stanach USA, RPA i kilku mniejszych państwach marihuana została zalegalizowana do celów pozamedycznych. Do tych krajów nie należy Korea Północna, choć takie informacje były wielokrotnie publikowane.

Marihuana medyczna – THC i CBD

Mówiąc o marihuanie medycznej należy podkreślić, że jest ona wyrabiana z czystego surowca o określonym składzie i znanym stężeniu poszczególnych substancji psychoaktywnych. Konopie zawierają ponad 400 różnych związków, w tym około 60 należących do kannabinoidów. Dwa najważniejsze z nich to THC (tetrahydrokannabinol) i CBD (kannabidiol).

Działanie THC i CBD często wydaje się bardzo podobne, ale pomiędzy związkami dostrzegamy istotne różnice, zarówno w działaniu narządowym, jak i wpływie na CSN i układ nagrody. THC charakteryzuje wyraźne działanie przeciwbólowe, relaksacyjne, przeciwwymiotne oraz przeciwzapalne. CBD posiada podobne właściwości, dodatkowo z istotną komponentą przeciwzapalną. Oprócz tego wykazuje też właściwości antyoksydacyjne i silniejsze niż THC działanie przeciwdrgawkowe. Istotna w aspekcie klinicznym różnica między tymi związkami wynika z ich oddziaływania na układ nagrody i stymulację dopaminergiczną. Otóż CBD w przeciwieństwie do THC nie wpływa na te struktury, co czyni ten związek bezpiecznym i pozbawionym potencjału uzależniającego. Dlatego właśnie preparaty zawierające CBD są legalne w wielu krajach, w tym także w Polsce.

Marihuana w medycynie

Podstawowe działanie farmakologiczne marihuany, wykorzystywane od lat w medycynie, wynika z właściwości przeciwbólowych THC. Istnieją dowody naukowe, poparte randomizowanymi badaniami klinicznymi, z których wynika, że stosowanie marihuany w terminalnym stadium choroby nowotworowej u pacjentów wymagających włączenia analgetyków z drugiego czy trzeciego stopnia drabiny analgetycznej wiąże się z mniejszym w dziesięciostopniowej skali odczuwaniem bólu. Często takie postępowanie, a dysponujemy zarówno gotowymi, jak i recepturowymi preparatami farmaceutycznymi, pozwala na zredukowanie dawek opioidów i osiągnięcie wyraźnej poprawy jakości życia tych chorych.

W przypadku bólu o innej etiologii takimi danymi nie dysponujemy. Leczenie migrenowego bólu głowy bazuje na standardowej farmakoterapii środkami przeciwbólowymi z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych

oraz tryptanami w cięższych przypadkach. Nie ma żadnych przesłanek, by na podstawie aktualnej wiedzy rekomendować włączenie kannabinoidów w terapii migren. Takie postępowanie nie znajduje racjonalnego uzasadnienia.

Również problematyczne wydaje się uznanie medycznej marihuany w profilaktyce czy terapii zaburzeń psychicznych. Co więcej, istnieją dowody, że THC zwiększa ryzyko pierwszego epizodu psychiatrycznego u osób predysponowanych. Podjęto próby włączenia preparatów zawierających wysokie stężenie THC/CBD u pacjentów ze zdiagnozowaną depresją, objętych standardowym leczeniem, głównie SSRI. Uzyskane wyniki nie pozwoliły na jednoznaczną interpretację, jednak w większości przypadków nie zaobserwowano istotnej klinicznie poprawy.

Obiecujące wyniki badań z zastosowaniem medycznej marihuany widzimy w grupie pacjentów z chorobami neurodegeneracyjnymi. U chorych ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera marihuana poprawia apetyt, samopoczucie i ułatwia zasypianie. Nie hamuje progresji choroby i nie wpływa na rokowania, podobnie jak inhibitory acetylocholinoesterazy (IACHe) i memantyna. Leczenie takie należy traktować jako ciekawą i dobrą alternatywę, mającą na celu przede wszystkim poprawę jakości życia. U pacjentów z chorobą Parkinsona stosowanie marihuany wraz ze standardową terapią dopaminergiczną (L-DOPA/agonista receptorów D) zmniejsza spastyczność mięśni szkieletowych, dając istotną poprawę w codziennym funkcjonowaniu. Ten korzystny efekt został potwierdzony kilkoma metaanalizami i dzisiaj nie powinien już budzić żadnych kontrowersji.

Do podobnych wniosków dochodzimy u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM), gdzie progresji choroby często towarzyszą stany spastyczne. Leczenie biologiczne w praktyce nie wyklucza możliwości stosowania medycznej marihuany. Jednocześnie taka interwencja nie wpływa na proces demielinizacji oraz wydłużenie okresów remisji.

W dostępnych bazach naukowych znajdujemy kilka istotnych opracowań podejmujących kwestię zastosowania marihuany w leczeniu spektrum autyzmu i stresu pourazowego. Badania te nie wnoszą nic istotnego do realnej praktyki, toteż stosowanie kannabinoidów w tym przypadku jest nieuzasadnione.

Do wartościowych wniosków doszli badacze z USA i Kanady, analizując zasadność włączenia marihuany leczniczej u pacjentów chorych na epilepsję. Poprzez działanie na poziomie rdzenia THC zmniejsza ryzyko gwałtownej depolaryzacji neuronów, wykazując działanie synergiczne z lekami blokującymi kanały sodowe i aktywującymi przekaznictwo GABA-ergiczne. Szczególnie u dzieci zauważono wyraźną poprawę stanu klinicznego oraz istotną redukcję częstości napadów. W przypadku padaczki lekoopornej taką terapię należy zdecydowanie rozważyć.

Choroby nowotworowe – sprzeczne wyniki, różne mechanizmy

Wpływ kannabinoidów na proces metastazy może być często błędnie interpretowany. Publikacje naukowe do-





starczają pozornie wykluczających się wyników i brak jednoznacznych konkluzji. Podczas gdy jedni badacze dowodzą, że wysokie stężenie THC hamuje rozwój guzów, inni jednoznacznie oponują, wskazując antyapoptyczne działanie kannabinoidów. Wyniki tych badań, chociaż różne, nie wykluczają się wzajemnie.

U podstaw tego zjawiska leży mechanizm działania dwóch typów receptorów wiążących kannabinoidy: CB₁(1,2)R i VR (receptory waniloidowe). CB₁ i CB₂ to receptory należące do grupy GPCRs. Ligandy pobudzające te receptory powodują ostatecznie wzrost cAMP/PKA, aktywację JAK, PKB. Kinazy te indukują proliferację komórek i tym samym umożliwiają naciekanie błon podstawnych i tworzenie przerzutów. Endogennym agonistą tych receptorów nie jest THC ale anandamid – lipidowy neuroprzebieg odkryty w latach 90. THC poprzez zbliżoną strukturę biochemiczną aktywuje te same receptory co anandamid. Ten lipidowy przebieg wykazuje też powinowactwo do receptorów V (tak samo jak THC). Ich aktywacja, w przeciwieństwie do CB₁(1,2)R, poprzez wewnątrzkomórkowy wzrost stężenia jonów wapnia, cytochromu C i aktywacji układu kaspaz, prowadzi do apoptozy komórki. Zatem dysponujemy dwoma mechanizmami, przez które THC może wywierać przeciwne efekty. Ten bardzo skrócony opis komplikuje nam jeszcze bardziej zrozumienie działania THC na poziomie komórkowym. Być może punktem wyjścia do przewidzenia potencjalnego działania powinno być stężenie CB₁(1,2)R/V w danym typie komórek nowotworowych.

Trzeba jednak jasno zaznaczyć, że brak jest dowodów klinicznych stwierdzających, by kannabinoidy miały wpływ na pięcioletnią przeżywalność w jakimkolwiek typie nowotworu. Takie błędne informacje bardzo często odnoszą się do glejaków wielopostaciowych, zwłaszcza w publikacjach powszechnie uznanych za pseudonaukowe. W aspekcie chorób nowotworowych powinniśmy traktować kannabinoidy jako leki poprawiające jakość życia, głównie poprzez działanie przeciwbólowe i uspokajające.

Zachęcam, aby w całej tej polemice jasno określić granicę – marihuana medyczna i marihuana jako używka. Nie możemy poprzez daleko idące uproszczenia wynikające z błędów metodologicznych mówić o faktach, które ostatecznie nimi nie są. Marihuana w wielu sytuacjach klinicznych spełniła nasze oczekiwania, jednak nie we wszystkich. I tam gdzie dysponujemy rzeczowymi dowodami na jej skuteczność, możemy bezpiecznie ją stosować.

Piśmiennictwo dostępne u autora.

Michał WICIŃSKI

O autorze: dr hab. n. med. Michał Wiciński, prof. UMK, od wielu lat zajmuje się farmakologią eksperymentalną z zakresu neurofarmakologii, chorób układu krążenia oraz teorią receptorową. Współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i na świecie. Jest autorem licznych publikacji o zasięgu międzynarodowym oraz cenionym dydaktykiem. Trzykrotny laureat konkursu „Wykładowca Roku”. Obecnie pełni funkcję kierownika Katedry Farmakologii i Terapii CM UMK oraz prodziekana ds. studenckich CM UMK.

(przedruk z „Primum” nr 3/22)

MEDYCZNA MARIHUANA – JUŻ NIE TAKA STRASZNA

Marihuana medyczna została w Polsce zalegalizowana w listopadzie 2017 r., Wcześniej pacjenci też mieli szansę leczyć się tym produktem, ale nie było to łatwe – leki można było sprowadzać z zagranicy w ramach importu docelowego (nie były refundowane), ewentualnie ratować się, stosując konopie hodowane nielegalnie, co nie było całkiem bezpieczne, choćby ze względu na zanieczyszczenia suszu czy możliwość wejścia w konflikt z prawem. Pod koniec 2012 r. sytuacja trochę się poprawiła – Polska zarejestrowała Sativex.

Już po legalizacji – w połowie 2018 r. do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wpłynął wniosek o dopuszczenie do obrotu na terenie kraju suszu Red nr 2 (THC 19%, CBD1%) firmy Spectrum Cannabis (obecnie Spectrum Therapeutics), która na decyzję o rejestracji czekała pół roku. Krótko potem – sprowadzany z Kanady – produkt trafił do hurtowni farmaceutycznych i aptek posiadających recepturę (od początku 2019 r. do dziś Spectrum wprowadziło na polski rynek ponad 300 kg kwiatów konopi), a część lekarzy zaczęła stosować w terapii medyczną marihuanę. Przez jakiś czas wszystko przebiegało bez

zakłóceń – w pewnym momencie susz zniknął z aptek, zmuszając pacjentów do przerwania kuracji. W końcu się pojawił, ale dostawy stały się rzadsze i mniej regularne.

Sytuację poprawił nowy importer – Aurora Europe GmbH, która wprowadziła na rynek w marcu 2020 r. swój pierwszy produkt: Cannabis Flos THC 20% CBD 1%. Aktualnie na rynku obecne są 4 produkty Aurory i 1 Spectrum, przy czym – jak informuje country manager firmy Tomasz Witkowski – Spectrum planuje wprowadzić kolejne dwa produkty na przełomie marca i kwietnia br. Jeden o wysokiej zawartości THC, drugi – o zbilansowanym stosunku THC do CBD.

Dostępność marihuany leczniczej poprawiła się, ale wciąż mogłoby być lepiej. Według Marcina Piątka – kierownika jednej z bydgoskich aptek ogólnodostępnych i wiceprezesa Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej – zależy ona praktycznie wyłącznie od sprawności dystrybutorów importujących preparaty. Ale nie bez winy jest również umiejscowienie apteki. Placówki położone niedaleko centrów medycznych leczących marihuaną lub praktyk, w których lekarze zlecają tego typu kuracje – na co dzień dysponują suszem. Inne zazwyczaj nie mają go na

stanie, bo – jak twierdzi Piątek – Apteki zatowarowują się lekami, na które jest zapotrzebowanie wśród lokalnej społeczności. A w przypadku produktów wydawanych z przepisu lekarza, samo zainteresowanie pacjentów lekami nie wystarczy. Znaczenie ma również niechęć sporej grupy lekarzy do wystawiania recept na tego typu środki oraz cena produktu – która uległa niewielkiemu obniżeniu (susz początkowo uznano za surowiec farmaceutyczny, co skutkowało 23% stawką VAT, obecnie uznaje się ją za produkt leczniczy, któremu przysługuje VAT 8%) – i dzisiaj, w zależności od apteki, zapłacimy za nią w granicach 50–70 zł.

Powoli przyzwyczajamy się do medycznej marihuany – krok za krokiem zwiększa się jej dostępność, liczba stosujących ją lekarzy i leczonych nią pacjentów, a także akceptacja dla tego typu lekarstw i leczenia, wzrosło również przyzwolenie na uprawę w kraju, nawet wśród rządzących, co powinno obniżyć koszty terapii i być może poprawić regularność dostaw. Kto wie, może wreszcie do tego dojdzie...

(przedruk z „Primum” nr 3/22)

ZAPOMNIANY WŚRÓD NARODÓW ŚWIATA – RZECZ O PROF. RUDOLFIE WEIGLU

Jego odkrycie zrewolucjonizowało naukę, w szczególności medycynę i pozwoliło uratować miliony istnień. Pierwsza na świecie skuteczna szczepionka przeciw tyfusowi plamistemu była stosowana z powodzeniem w Polsce, Chinach, Afryce, Australii, w koloniach francuskich, belgijskich i włoskich. Od zakończenia II wojny światowej ta choroba nie występuje nigdzie na świecie. O jej zapomnianym wynalazcy i prekursorze zastosowania wszy odzieżowej, jako zwierzęcia laboratoryjnego do hodowli bakterii wywołującej tyfus – prof. Rudolfie Weiglu (1883-1957), z jego wnuczką Kryną Weigl-Albert rozmawiała Katarzyna B. Fulbiszewska.

– W latach 20. do Lwowa przyjeżdżało wiele bardzo ważnych osobistości, czasami tylko po to, aby zobaczyć się z tym wielkim uczonym. Sam Charles Nicolle, który w 1928 r. otrzymał Nagrodę Nobla tylko za to, że odkrył, iż tyfus przenoszą wszy odzieżowe, powiedział: „to zupełnie pierwszorzędna głowa. Do Polski przyjechałem tylko po to, by zobaczyć się z tym wielkim uczonym”. Dlaczego Pani Dziadek cieszył się takim autorytetem i zainteresowaniem?

– To wiązało się oczywiście z wielką nadzieją na wynalezienie skutecznej szczepionki na tyfus. Setki tysięcy ludzi umierało, czas upływał, a mimo wytężonej pracy, wielu laboratoriów na świecie nie udawało się jej wyprodukować, gdyż wesz odzieżowa nie dawała się hodować na żadnej pożywce. Dopiero wynalazek Dziadka, a w szczególności wynaleziony przez niego sposób hodowania wszy, spowodował przełom w badaniach nad szczepionką.

– Profesor opublikował ostateczne wyniki swoich badań w 1931 r.

– Długo się nie mógł zdecydować na przetestowanie szczepionki na ludziach. Jak wielu uczonych tej epoki, wypróbował ją na sobie, dwukrotnie zakaził się tyfusem, ale badania przyspieszyły. Dziadek dużo wyjeżdżał na różne sympozja, wykłady, kongresy. Wg mojego Ojca bardzo tego nie lubił, ale musiał. W tym czasie honorowany był prestiżowymi odznaczeniami, m.in. belgijskim Orderem Leopolda III klasy, papieskim Orderem

Rycerskim św. Grzegorza – nosił tytuł Szambelana Papieskiego, nadana mu też została godność członka honorowego belgijskiej Królewskiej Akademii Nauk, a także nowojorskiej Akademii Nauk. Otrzymywał też wiele nagród pieniężnych, które w pewnej części przeznaczał na działanie lwowskiego Instytutu. Wszyscy chcieli go poznać, chcieli jego wykładów, bo widzieli już „światelko w tunelu”. To był ten człowiek, który osiągnął sukces.

– Paradoxem jest, że szczepionka stworzona po to, aby ratować życie chorym na tyfus, uratowała także wielu zdrowych ludzi, którzy dzięki niej przeżyli II wojnę. Wg szacunków to było około 5000 osób. W jakich okolicznościach dowiedziała się Pani o tej historii Dziadka?

– Znam tę historię ze wspomnień rodziny oraz opowieści asystentów Dziadka, którzy po wojnie odwiedzali nasz dom w Zabrze. O działalności Instytutu w czasie wojny i Dziadku z tamtych lat opowiadali mi profesorowie Stuchły, Zubik, Kryński i przede wszystkim wspaniały i zupełnie zapomniany dziś najbliższy asystent Henryk Mosing. To była wśród naukowców powszechna wiedza, bo dzięki Instytutowi przeżywali. To nie byli tylko ludzie ze świata medycyny i biologii, ale też Zbigniew Herbert, Bronisław Knaster, Władysław Orlicz, Andrzej Szczepkowski. Po prostu elity intelektualne.

– Wśród tych, którzy przeżyli dzięki statusowi „karmicieli wszy” poświadczonych stosownymi dokumentami z podpisem Pani Dziadka byli też członkowie Armii Krajowej i zwykli ludzie, którzy potrzebowali pomocy. Miała Pani okazję rozmawiać z kimś kogo Dziadek uratował?

– Rozmawiałam tylko z asystentami Dziadka. Z tymi wielkimi nazwiskami nie spotkałam się nigdy. Przy okazji różnych spotkań, np. z okazji wydania książki, spotykałam raczej tych „zwykłych” ludzi. Podchodzili do mnie i ze łzami w oczach mówili: „byłem karmicielem. Pani Dziadek uratował mi życie.” Dla nich Dziadek był wspaniałym człowiekiem. Kilka lat temu red. Halina Szymura nakręciła film dokumentalny „Zwyciężyć śmierć” z doskonałą muzyką Wojciecha Kilara. W nim można posłuchać wspomnień ocalonych.

– Jak Pani postrzega Jego pracę i działalność w Instytucie Badań nad Tyfusem Plamistym i Wirusami we Lwowie w czasie wojny?

– Wiem o tym tylko z przekazów rodziców i innych ludzi – współpracowników Dziadka, jego uczniów. Dziadek był silną osobowością, ale działał ostrożnie. Wiedział o wszystkim co działo się w Instytucie. Każdy z nowych pracowników był skutecznie „prześwietlany” i zawsze musiał być wprowadzany przez asystentkę, późniejszą drugą żonę Dziadka. Tam nikt nie mógł być nielojalny i robić czegoś na własną rękę, za jego plecami.

To podpis Dziadka był na dokumentach ratujących życie. Niejednokrotnie musiał grać na dwa fronty, ale potrafił odmówić Niemcom w chwilach krytycznych. Było to bardzo ryzykowne. Dla dobra Instytutu i ludzi w nim zatrudnionych utrzymywał z nimi poprawne stosunki.

– Nadwyżki wyprodukowanej szczepionki przemycane były za mury getta we Lwowie. Na wieść, że w getcie warszawskim przebywa prof. Ludwik Hirszfild, wysłał tam swojego asystenta Henryka Mosinga pod pretekstem pobrania nowych szczepów zarazków, a w rzeczywistości przemycenia do getta szczepionek. Przecież to było szalenie niebezpieczne dla Niego i całej rodziny. Skąd taka determinacja i odwaga?

– To prawda. Bardzo się narażał. W ludziach jest coś takiego, co ujawnia się w chwili próby. Dziadek miał silny charakter, silny kręgosłup moralny to prawda. Takie cechy się wykształcają przez całe życie i wiążą się najczęściej z wychowaniem (trzeba tu podkreślić rolę patriotycznego środowiska nauczycieli, wychowawców i uczniów z jakim Dziadek zetknął się w gimnazjum w Jaśle), wartościami, kulturą, w jakiej się dorasta, a tak naprawdę pewnie nigdy się nie dowiemy, skąd to się w ludziach bierze.

– Nie mogę nie zapytać Panią o film „Trzecia część nocy” Andrzeja Żuławskiego. To jedyny w polskiej kinematografii film, który bardzo dokładnie pokazuje sam proces tworzenia szczepionki i mechanizm działania Instytutu Weigla. W 1972 r. film został uznany za obrazoburczy. Barbarzyński obraz „odczłowieczonych” karmicieli, strzykaczy i preparatorów budzi we mnie grozę i pewien niesmak. Pani zdaniem, jako psychologa, dlaczego w tak okrutny sposób Żuławski potraktował w nim „karmicieliwszy”? Przecież jego ojciec Mirosław sam był jednym z karmicieli.

– Ciekawe pytanie. W filmie red. Szymury, Żuławski opowiada z jak wielką czcią przechowuje klateczki na wszy należące do jego ojca. Żuławski, tak mi się wydaje, był człowiekiem trochę pretensjonalnym. Lubił być obrazoburczy.

– Myśli Pani, że celowo chciał sprowokować dyskusję?

– Myślę, że jako syn karmiciela wszy miał na ten temat osobiste przemyślenia. Trudno dociec czym się kierował. W tamtych czasach było wielu ludzi, którzy uważali, że karmienie wszy to jest coś ohydnych. Brzydzili się tego. Traktowali tych ludzi jak gorszy gatunek. Wie Pani to są te zachowania: „nie podam mu ręki, bo jest prawie

zakażony, taki nieczysty”. Nie wiem, dlaczego to zrobił. Pewnie teraz by powiedział, że to jest *licentia poetica*, jego wyobrażenie. Nie ma to dla mnie aż takiego znaczenia, chociaż może dobrze byłoby, gdyby nakręcając ten film zechciał przybliżyć nieco problem, niekoniecznie składać hołdy. Ale to w końcu jego film.

– Pani Dziadek w 1922 r. został zgłoszony do Nagrody Nobla, w 1936 r. był do niej nominowany (zgłosiła go Szwedzka Akademia Nauk). W 1942 r. sam nie zgłosił się kandydować do niej z rekomendacji III Rzeszy. W 1946 r. również się nie udało. Co właściwie miało na to wpływ, że nigdy tej nagrody nie dostał?

– Nawet nie wiedziałam, że nie chciał tej rekomendacji niemieckiej. Ale to by do niego pasowało. Można powiedzieć, że to było fatum. Oczywiście każdy z tych przypadków można wyjaśnić. Przed wojną np. powołano się na to, że są procedury uniemożliwiające przyznanie Nobla dwa razy za to samo. Wcześniej dostał Nicolle. Któryś z biografów Dziadka dokładnie przyjrzał się dokumentom archiwalnym i odkrył, że tych nominacji było dużo więcej i powtarzały się przez wiele lat. Teraz patrząc na świat takim dojrzałym okiem, już bardziej zdystansowana, widzę w jakim stopniu polityka i siła argumentów mocniejszych państw wpływa na wszystkie sfery życia. I tak jest w każdej dziedzinie. Jedni są lansowani, za drugimi stoi silna, popierająca opcja. Wydaje mi się, że polityka zachodnia i wschodnia zawsze była taka, żeby tę Polskę odsunąć w cień. Nie było specjalnie zapotrzebowania aby wywyższać Polaków. Może za ostro to mówię, ale takie jest moje zdanie.

– Ja również nie rozumiem, dlaczego człowiek, który uratował świat został tak bardzo zmarginalizowany.

– Może gdyby był Niemcem, Holendrem czy Belgiem – kimkolwiek z tego wielkiego, wspaniałego świata zachodu to by dostał tego Nobla. Po prostu nie pasowała ta Polska do ich wizji świata. Zachodowi nie chciało się „wgrzyźć” w naszą historię, kulturę i w związku z tym myśleli takimi krzywdzącymi nas stereotypami.

– W 1946 r. na skutek absurdalnego oskarżenia o kolaborację przez kolegów z UJ, jako że szczepionka produkowana w lwowskim Instytucie szła do ambulatoriów Wehrmachtu, władze komunistyczne same zablokowały jego kandydaturę do Nobla.

– To był odwet asystentów. Jednemu z nich odrzucił pracę habilitacyjną. Dziadek miał nawet już przygotowany frak i spakowaną walizkę. I wtedy Ambasador Polski wycofał jego kandydaturę. Oficjalnie na znak protestu, że Akademia nie zaakceptowała jakiegoś nazwiska, które oni proponowali. To był dopiero początek szyszan. Ciężko o tym mówić... To była taka małostkowa zemsta, która w takich totalitarnych systemach się zdarza. Dziadek nienawidził systemów totalitarnych, a sytuację powojenną tak traktował. W związku z tym odmawiał komunistycznej władzy podpisywania propagandowych listów mających uświetniać Związek Radziecki. A kto nie z nami, to przeciw nam. Będą tak niszczyć człowieka, na każdym kroku, powołut-

ku, że nie pozwolą zapomnieć. Zawsze pamiętają. Może się wydawać, że sprawa jest zamknięta. Ale nie! Zawsze sobie ktoś przypomni, jak się wychylish, pokażesz. Dziadek nie mógł publikować, nie można było się powoływać na jego prace, ani publikować razem z nim. Zaległo milczenie. Odwiedzali go dawni asystenci, rozsiani po całej Polsce. To też było źle widziane, a każdy z nich był na etapie rozwijania swojej kariery naukowej.

– Jak Dziadek to znosił?

– Był wtedy bardzo osamotniony i rozgoryczony, bo te kłamstwa się ciągnęły i ciągle się gdzieś pojawiały. Myślę, że to musiał być koszmar dla Dziadka. Pozbawiono go też kontaktów z uczonymi z innych krajów zachodnich zabierając mu paszport, żeby nie mógł wyjeżdżać. Oni do niego też nie przyjeżdżali. To był światowy człowiek, można powiedzieć król życia. Z sukcesami, powodzeniem w życiu prywatnym. Był uroczym człowiekiem, bardzo lubianym. I nagle taki człowiek dostaje taki ciężki cios. I to znosi. A wystarczyłoby się zapisać tam gdzie trzeba... Ale nie chciał. To jest w zasadzie niesamowicie imponująca postawa.

– Ciężko wtedy rodzinie nazwisko Weigl?

– Tata mi o tej sytuacji nie opowiedział. Nigdy. Ja nie wiedziałam o tych szykanach do czasu, kiedy zaczęły się ukazywać publikacje. Bardzo żałuję, że nie pytałam o takie rzeczy, potem było za późno, Tata umarł. Z całą pewnością nie było obciążeniem dla Taty, ciągle przecież było powodem do dumy. Ja sama, kiedy zaczęłam studia w Krakowie, spotkałam się z bardzo przyjaznym przyjęciem. Nazwisko Weigl otwierało mi wiele drzwi i było bardzo znane. Jednak to stamtąd wywodzili się ludzie, którzy oskarżyli Dziadka. Znałam wielu wspaniałych Profesorów, którzy mnie uczyli, np. prof. Klajner czy profesorowie z fizjologii, dla których to było znaczące nazwisko. Mogę powiedzieć, że było znane i szanowane przez wielu. To było też dla mnie zobowiązanie, bo trzeba było temu sprostać. Z jednej strony otwierało drzwi, z drugiej strony byłoby trochę wstyd gdybym nie sprostała.

– Na przedwojennym filmie z Pani prywatnego archiwum – nakręconego jeszcze na taśmie 8 mm – który miałam przyjemność obejrzeć, jawi mi się obraz Pani Dziadka jako człowieka bardzo rodzinnego, ciepłego i serdecznego.

– Ten czas spędzany w Ilemni, to widać na tym filmie, był specyficzny. Dziadkowie prowadzili dom otwarty i tam ciągle było dużo młodzieży. Tam był bardzo ciepły klimat i musiało tam być piękne życie. Tam się nikt nie nudził.

W Ilemni Dziadek coś wiecznie gotował, majsterkował, fotografował. Jego pasją było łowienie ryb, to było jego oddalenie się od świata i zatopienie w swoich myślach. Był znakomitym łucznikiem, podobno osiągał wyniki na poziomie światowym. Przed wojną pasjonowały go polowania, ale po wojnie, mając w pamięci obrazy okrucieństwa, nigdy już nie wziął broni do ręki. Był wspaniałym człowiekiem.

– W 2003 r. odebrała Pani w imieniu Dziadka medal „Sprawiedliwy wśród Narodów Świata”.

– Uroczystość odbyła się we Wrocławiu, w Synagodze pod Bocianem. Świadectwo złożyła córka Henryka Mosinga, którą Dziadek ukrywał w ogrodzie lwowskiego Instytutu. Po śmierci Dziadka jego uczniowie włożyli dużo pracy w utworzenie „Stowarzyszenia Weiglowców”. Oni walczyli o książki, prace, publikacje, a wszystko szło jak po grudzie. Zmowa milczenia panowała, aż do lat 90. Do tamtej pory nie powstał ani film, ani solidne opracowanie Jego biografii. Potem wydano kilka książek, w tym publikację amerykańskiego dziennikarza Artura Allena... Muzeum w Przemyśle otrzymało od nas wszystkie jego odznaczenia i order, całe wyposażenie laboratorium: wagi, mikroskopy oraz zdjęcia. Wszystko to leży spakowane w pudła w jakiejś piwnicy.

– Wrocławianie uczcili Pamięć Profesora – postawiono tam obelisk, a nieopodal jest ulica Jego nazwiska.

– Podczas Konferencji Parnasowskich we Lwowie, zawsze jeden dzień był poświęcany Dziadkowi. Naukowcy chcieli uczcić jego pamięć tablicą przy wejściu na teren Uniwersytetu. Długo toczono boje, o to w jakim języku ma być to upamiętnienie. Polscy naukowcy chcieli w naszym rodzimym języku, ukraińscy – po angielsku i ukraińsku z podkreśleniem, że to był lwowski uczony. W rezultacie tablicy nie ma. W Krakowie, w kamienicy przy ulicy Sebastiana 6, gdzie miał laboratorium i mieszkanie, też nie ma śladu pamięci. Mówiłam Pani – fatum.

– Smutne, że w XXI w. prof. Weigl mógłby zostać uhonorowany we Lwowie, ale tylko pod warunkiem, iż nie będzie przedstawiany jako Polak. Profesor nie wyrzekł się polskości za życia. W obliczu śmiertelnego niebezpieczeństwa z pełnym przekonaniem odmówił wysłannikowi Himmlera Fritzowi Kazmannowi podpisania Volkslisty, wypowiadając słynne zdanie „Człowiek raz na całe życie wybiera sobie narodowość. Ja już wybrałem”. Wypada mieć nadzieję, że więcej niegodziwości Go nie spotka.

*Katarzyna B. Fulbiszewska jest koordynatorem Ośrodka Dokumentacji Historycznej ŚIL.
(przedruk z „Pro Medico” nr 4/22)*

JAK ZADBAĆ O SWOJĄ SIŁĘ I JEDNOCZEŚNIE PAMIĘTAĆ O INNYCH (BO JEDNO DRUGIEGO NIE WYKLUCZA!)

Ważne są nasze pragnienia pokoju i spokoju. Chcemy żyć, rozwijać się, kochać, czerpać z chwil przyjemności w przyjaznym świecie. To czyni nas spełnionymi, szczęśliwymi ludźmi. Więc dlaczego na to sobie nie pozwalamy?

Dlaczego uzależniamy swoje tu i teraz od następstw wydarzeń na wschodniej granicy? Mocno wychylając się w stronę zatrważającej i niepewnej przyszłości, gubimy bieżącą chwilę, niezwykle ważną dla naszej świadomej obecności.



Możemy się bać, możemy stale wybiegać w nieznaną i niepewną przyszłość

Zamartwianie się angażuje cały system nerwowy i wyczerpuje go. Przetrąceni psychicznie przez niepokój związany z pandemią, teraz drżymy o konsekwencje działań wojennych. Stan stałego wewnętrznego napięcia jest destrukcyjny. Nie odpoczywamy od niego, bo czytamy i oglądamy to, co okrutne, rozmawiamy o możliwych najgorszych scenariuszach i osadzamy swój mózg w ciemnych, gęstych myślach, zastanawiając się, co jeszcze może się zdarzyć. Tym samym podnosimy poziom kortyzolu – hormonu stresu – organizm traci odporność, pojawia się stan zapalny – drzwi do wszelkiego rodzaju osłabienia i chorób.

Możemy obserwować swój strach, zauważać, że myślimy stale wybiegają w nieznaną i niepewną przyszłość

Mieć świadomość narastającego wyczerpania i zdecydować, by nie dać się pochłoniąć narracji przestraszonego umysłu. Takie jest jego zadanie – chronić nas przed zagrożeniem. Czyli namnażać i radykalizować emocje reakcji walki lub ucieczki przed niebezpieczeństwem. Ale znając ten mechanizm, warto pamiętać, że na dłuższą metę on odziera nas z sił. Potrzebujemy czasem odpocząć, urozmaicić tematy rozmów o codzienne błahostki, nie sięgać stale wzrokiem do mediów opisujących wojnę, wyjść na spacer, złapać dobrą energię, przywrócić siły i przekierować uwagę np. na działania pomocowe. Dobry kontakt ze sobą i zaangażowanie społeczne podnosi poziom hormonów więzi i zadowolenia – oksytocyny i dopaminy. Czuujemy się wtedy lepiej i bezpieczniej. Działamy sprawniej.

Nie mamy przecież pełnego wpływu na to, co się wydarzy. Rezultat nie tylko od nas i naszych dobrych chęci zależy – wiele czynników ma na niego wpływ: sytuacja geopolityczna, choroby psychiczne przywódców, warunki pogodowe, światowa zgoda lub niezgoda... Mamy wpływ na swój wysiłek i z tego możemy się rozliczać.

Co faktycznie robię, byśmy – ja i inni – w zaistniałej sytuacji mogli poczuć się lepiej? Komu i jak pomagam?

- Może to pomoc ogólna, bez wchodzenia w szczególności, systematycznie realizowana, stały punkt w moim budzecie, ale gwarantująca czyste sumienie i troskę o pokrzywdzonych – przelew na wiarygodne konto organizacji humanitarnej.

- Może to pomoc ukierunkowana na jedną rodzinę, z którą jestem w kontakcie i widzę swój wartościowy wkład w ich codzienne życie.

- Może skupiam się na zbiorce żywności, a może leków i zaczynam być ekspertem w tym obszarze – wiem, jakie działania podpowiedzieć innym. Nie marnuję sił, pomagając wszystkim i w każdej dziedzinie, a moja koncentracja jest efektem świadomego wyboru.

Co robię dla siebie, by być zdrowym i silnym, zamiast obarczać świat swoją słabością i przysparzać mu dodatkowych kłopotów?

- Jak dbam o prawidłowy rytm swojego dnia, zdrowe pożywienie, ruch fizyczny, sen?

- Czy regularnie oczyszczam umysł z toksyn obrazów wojennych?

- Czy rozumiem i przyjmuję swoje emocje bez zalewania się nimi?

- Czy znam i wybieram od rana do wieczora te aktywności, które mnie wspierają na tyle, by z mocą służyć światu?

W interwencjach psychologicznych opartych na uważności korzystamy z praktyki uspokajającej i porządkującej nasz wewnętrzny chaos. Stworzyła ją psycholożka dr Kristin Neff. Ta praktyka nazywa się przestrzeń na życzliwość i współczucie dla siebie. Polega na wypowiedzeniu trzech fraz, których celem jest wyjście z bycia pochłoniętym uporczywymi myślami, izolacji i obwiniania w sytuacjach trudnych. Jak brzmią?

To trudna chwila

Naprawdę to czuję, ten smutek, żal, złość, rozczarowanie... nie uciekam, przyjmuję i akceptuję ten stan, świadczę przecież o moim człowieczeństwie, o tym, że nie zo-bojętniałam. Mogę to mądrze uprawomocnić: „W tych okolicznościach mam prawo tak się czuć”. Jednocześnie wiem, że skoro to chwila, to kiedyś minie, bo zaopiekowane emocje się wygaszają, zastępowane są przez nowe – a to znaczy, że nie muszę utknąć w tym, co trudne, na zawsze.

Trudności są częścią życia każdego człowieka

Mimo że żyjemy w różnych częściach globu, to podobnie cierpimy – nie ma ludzkiego życia bez trudności. Wiele osób teraz jest przerażonych i zniechęconych wojną, czyli jesteśmy razem w naszym wspólnym ludzkim doświadczeniu bólu i straty.

Wiedząc to, co mogę dla siebie TERAZ zrobić? Jak mogę mądrze działać, by przyniosło to ulgę, spokój i opanowanie, by zabrało mnie z zamrożenia, strachu czy nerwowego analizowania sytuacji?

Jak się zatrzymam w tej gonitwie myśli i zastanowię, to mam do wykorzystania wiele pomysłów – od życzliwej uważności na siebie, swój oddech i aktualne potrzeby, np. zmniejszenie liczby dopływających destrukcyjnych bodźców, przez medytację i modlitwę za tych, którzy są najbliższymi aktów okrucieństwa, po intencjonalne działania pomocowe, których efekty mnie zadowolą i wzmocnią psychicznie, dając poczucie wpływu i sprawczości międzyludzkiej.

Ta chwila teraz jest ważna. Jej oddziaływanie już tworzy przyszłość. Moja moc bierze się z mojego wnętrza. Mogę generować wewnętrzny spokój, mimo że na moje wnętrze wpływają niespokojne okoliczności zewnętrzne. Mogę wybierać uważną odpowiedź na te okoliczności i chronić swój dobrostan. Z przekonaniem, że silna, opanowana ja bardziej się przydam światu, niż gdy będę przelekniona i bezrefleksyjnie zarażająca lękiem innych.

Polecam uważność! Jako antidotum na stres, przerażenie i destrukcyjne myśli. Może nie zmieni wprost trudnej sytuacji, w jakiej się znajdujemy, ale zmieniając na-

szą reakcją na trudności, tworzymy przestrzeń większego spokoju. Z tego miejsca możemy podejmować kolejne przytomne – także interwencyjne i ratunkowe – kroki.

Dorota WOJTCZAK

O autorce: Certyfikowana trenerka programów uważności mindfulness i compassion w radzeniu sobie ze stresem, lękiem i depresją; prowadzi sesje indywidualne i zajęcia grupowe; coach, mediator, trener komunikacji; pracuje w zespole psychoterapeutów i psychiatrów ProPsyche.

(przedruk z „Primum” nr 4/22)

LEONARDO DA VINCI JAKO ANATOM

Zadziwiający świat wszechstronnością swoich talentów, pochodzący z miasta Vinci w ówczesnej Italii – Leonardo (1452–1519) pozostaje do dziś niekwestionowanym geniuszem renesansu. Znany jest przede wszystkim jako teoretyk sztuki i malarz, autor „Ostatniej Wieczery” – fresku znajdującego się w klasztorze Santa Maria della Croce w Mediolanie, portretu La Giocondy, zwanego „Mona Liza” – znajdującego się w paryskim Luwrze, „Damy z gro-nostajem”, nazywanej zwyczajowo Damą z łasiczką, którą można podziwiać w Muzeum Czartoryskich w Krakowie.

Leonardo da Vinci był też znakomitym rzeźbiarzem, architektem, projektantem kopuł kilku katedr, licznych pałaców, kanałów do osuszania bagien, projektantem i twórcą modeli latających, prototypów pojazdów, maszyn i sprzętów.

Realizując zasadę jedności sztuki i nauki, Leonardo był również wybitnym uczonym. Zajmował się: matematyką, optyką, botaniką, anatomią człowieka i zwierząt. Podczas dłuższego pobytu w Mediolanie okazał wielkie zainteresowanie anatomią i podjął w tym zakresie systematyczne studia.

Z ostatnich lat jego życia, które spędził we Francji na dworze króla Franciszka I, pozostał nam jego autoportret – pobieźny szkic rysunkowy, który przechowywany jest w Bibliotece Królewskiej w Turynie. Widzimy na nim głowę starca z długą falistą brodą i wysokim pomarszczonym czołem. Spod krzaczastych brwi spoglądają w skupieniu przysgłe, ale głęboko przenikliwe oczy. Tym portretem, który jest odbiciem stanu duszy i symbolem głębokiej myśli ludzkiej, utrwalił się Leonardo da Vinci w pamięci potomnych.

Znakomity biograf Leonarda G. Sailles pisze pięknie o portrecie: „Jest na nim głowa starego orła przywykłego do wysokich lotów; ostatnio jednak zniżonego, bo zbyt często spoglądał w oblicze słońca”.

Po 30 latach od śmierci L. da Vinciego inny badacz jego życia Vasari napisał: „Zaiste, niebo zsyła niekiedy ludzi, którzy odzwierciedlają nie tylko ludzkość, ale Bóstwo samo jako wzór, który naśladować moglibyśmy się wznieść duchem i doskonałością umysłu do najwyższych sfer niebieskich”. Leonardo miał ustalony zwyczaj zapisywania na luźnych kartach różnych swoich spostrzeżeń, wszystkich ulotnych myśli, jakie nasuwały mu się w danym momencie, ilustrując je rysunkami, pobieźnymi szkicami i matematycznymi obliczeniami. Zapisywał je także w zeszytach, których nagromadził ponad 120, ale zeszyty te nie były podzielone według przedmiotów. Na ich stronach, obok szkicu do obrazu czy portretu, obok

rysunku anatomicznego, szkicu mostu, najróżnorodniejszych maszyn, statków, budynków, kościołów, figur geometrycznych, wzorów matematycznych, uwag o ruchach gwiazd, znajdują się zapiski o zdarzeniach dnia codziennego: we Florencji, w Mediolanie i w Rzymie.

Niektóre z wcześniejszych swoich uwag uznaje później za wątpliwe i dopiero po przemyśleniach wybiera te właściwe. Nie zdołał jednak wielu materiałów, tak jak zamierzał, uporządkować. W jednym z rękopisów zanotował: „[...] wprawdzie śmierć niż znużenie”. Niestety, przyszło znużenie, którego się obawiał.

Przedwczesna śmierć, długa choroba i ogólna niemoc, która przykuła go do łóżka na kilka miesięcy, udaremniła zamiary. Umarł w wieku 67 lat. W testamencie zapisał całą swą spuściznę wiernemu przyjacielowi Francesco Melzemu, który towarzyszył mu we Francji do ostatnich chwil, a po śmierci mistrza powrócił do Italii do posiadłości Vaprio, gdzie jak najcenniejszy skarb przechowywał rękopisy Leonarda.

Po śmierci Melziego w 1570 r. rękopisy przeszły w posiadanie syna Horatio, który nie doceniając ich wartości, rozdawał je w formie zeszytów lub luźnych kartek. W ten sposób część oryginalnych rękopisów zaginęła bez śladu. Te, które ocalały, znajdują się w rozproszonym w zbiorach bibliotecznych różnych części świata.

Porozrywanie pierwotnych zeszytów na luźne kartki było później znacznym utrudnieniem w czytaniu ich treści. Dodatkowa trudność wynikała też stąd, że swoje rękopisy Leonardo pisał od strony prawej do lewej i można je było odczytywać tylko z użyciem lustra. Skąd wziął się pomysł pisanie na odwrot, jak to jest przyjęte we wschodnich językach, nie wiadomo. Przypuszcza się, że chciał w ten sposób utrudnić czytanie zapisków swoich myśli i odkryć przez ludzi zazdrosnych i zawistnych, których znał wielu.

Dopiero w II poł. XIX w. za pomocą fototypii zaczęto wydawać wierne reprodukcje rękopisów Leonarda i tłumaczyć je na nowoczesne języki.

Profesorowie Uniwersytetu w Pizie zajęli się opracowaniem i wydawnictwem części anatomicznej. Zainteresowanym badaczom udało się spisać wszystkie książki, które należały do Leonarda lub były przez niego czytane. Czytał dzieła z każdej dziedziny, do których miał dostęp pod koniec XV i XVI w. Miał w swojej bibliotece wiele dzieł o tematyce lekarskiej i z zakresu anatomii. Te ostatnie były odbiciem całej wiedzy, wówczas bardzo powierzchownej. Anatomia tamtych czasów ograniczała się zasadniczo do



interpretacji tekstów Galena, który opierał się głównie na sekcjach zwierząt, dlatego wiele szczegółów anatomicznych w odniesieniu do człowieka podawano błędnie. Brak pozwolenia na przeprowadzanie sekcji zwłok, który obowiązywał w wiekach średnich, uniemożliwiał poznanie prawidłowej budowy ludzkiego ciała. Duży wkład Arabów w inne dziedziny nauki w anatomii się nie zaznaczył. Jedynie niektóre nazwy, zaczerpnięte przez Galena z arabskich tłumaczeń, przeniosły się do dzieł lekarskich oraz anatomicznych i Leonardo da Vinci często je stosował.

Mankamentem ówczesnych dzieł anatomicznych był zupełny brak rycin, pojawiały się w nich jedynie opisy słowne. Rysunki anatomiczne Leonarda, wskutek ich rozproszenia, były przez długi czas mało znane. Dopiero w XVIII w. Dalton, bibliotekarz króla Anglii Jerzego III, odnalazł w Pałacu Kensington gruby tom rysunków i rękopisów Leonarda. Dowiedział się o tym ówczesny lekarz William Hunter, który po przejrzeniu zbioru zdumiony powiedział: „Przypuszczałem, że znajdę rysunki anatomiczne takie, jakie mogą być przydatne malarzowi, ale zobaczyłem dzieło dokładnego i głębokiego badacza. Jestem przekonany, że Leonardo był największym anatomem w owych czasach”. Cztery lata później oglądał te rysunki anatom Blumenbach i one wzbudziły w nim nie mniejszy podziw.

Studiując obecnie rysunki i szkice wykonane przez Leonarda każdy może się przekonać, że zachwyty Huntera i Blumenbacha były uzasadnione. Podziw jest tym większy, że nie mając w dziedzinie anatomii człowieka żadnych poprzedników, stworzył od razu dzieło doskonałe o znaczeniu dydaktycznym. Biograf Leonarda – Vasari zanotował, że zajmował się on anatomią człowieka ze szczególnym zamiłowaniem.

Czas pobytu Leonarda w różnych miastach Italii jest dzisiaj dokładnie ustalony. Przebywał we Florencji, dwukrotnie w Neapolu, znany jest czas jego pobytu w Rzymie w 1513 r. i zatarg z papieżem Leonem X z powodu potajemnego wykonywania sekcji zwłok, co spowodowało zakaz wstępu do szpitali. Podczas pobytu w miejscowości Cloux koło Amboise we Francji, a był już wówczas Leonardo poważnie chory, ujawnił, iż wykonał osobiście sekcje na ponad 30 zmarłych mężczyznach i kobietach. Na ówczesne

czasy była to duża liczba, której osiągnięcie musiało trwać latami. Wiadomo, że już w 1489 r. we Florencji prowadził badania anatomiczne, ponieważ na początku stronicy zawierającej dokładny rysunek ludzkich czaszek napisał słowa: „Książka pt. Ciało ludzkie”. Z biegiem czasu studia anatomiczne Leonarda były coraz intensywniejsze, na co wskazuje jego odrębna uwaga: „tej zimy [był rok 1510] mam nadzieję ukończyć całą anatomię”. W różnych miejscach rękopisów są uwagi, które wskazują, że istotnie miał on zamiar wydania samodzielnego dzieła o anatomii człowieka. W kilku miejscach podaje dokładny plan: podział na rozdziały, wskazówki, jak przystępować do badań anatomicznych lub jakie preparaty ma jeszcze wykonać. Powtarza się często: „zrobisz to a to”.

Żyjąc w epoce rozkwitu renesansu i powszechnym kulcie starożytności, odczuwał potrzebę poznania budowy ciała człowieka, nie tylko jako malarz i rzeźbiarz. Nie znajdując w książkach zaspokojenia tych potrzeb, podobnie jak później Michał Anioł, sam przystąpił do badań anatomicznych. Analizując budowę ciała ludzkiego, myślał tak, jak czyni się to również obecnie tzn. w konfrontacji z organizmem żywym.

Przy opisach narządów należących do poszczególnych układów anatomicznych uwzględniał zawsze czynnik fizjologiczny. Tłumacząc działanie serca, którego budowie poświęcił najwięcej rysunków, szukał wytłumaczenia działania ruchu krwi w organizmie. I choć był bliski prawdy, do jednoznacznego poznania mechanizmu krążenia krwi nie doszedł. Odkrycie to pozostanie na zawsze niepodzielną zasługą żyjącego o ponad wiek później Williama Harveya.

Mimo to, pochodzący z miasteczka Vinci w Toskanii Leonardo, nieślubne dziecko Piero i chłopki Cateriny, wychowywany od 4. roku życia do lat młodzieńczych przez swojego dziadka, był zdumiewającym geniuszem i odkrywcą. On pierwszy stworzył nierozzerwalny związek między sztuką i anatomią.

Dane biograficzne zaczerpnięte z treści wykładu inauguracyjnego, rozpoczynającego rok akademicki 1913/1914 na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, wygłoszonego przez prof. Kazimierza Kostaneckiego.

*Prof. dr hab. n. med. Zbigniew RAJCHEL
(przedruk z „Medium” nr 12/21)*

ZDROWE PODEJŚCIE DO DIETY W PRACY Z PACJENTEM

Racjonalne odżywianie, to temat rzeka. Nie ma uniwersalnych prawd, konkretnych schematów i gotowych diet dla pacjentów. Dodatkowo ogólnodostępna wiedza internetowa, która niestety nie zawsze ma zbyt wiele wspólnego z Evidence Based Medicine, nie ułatwia pracy z podopiecznym. Na samym początku warto zaznaczyć, że mimo, iż dietoterapia kojarzy się głównie z odchudzaniem, to tak naprawdę pacjenci zgłaszający się do dietetyka, oprócz redukcji masy ciała, w znaczącej większości przypadków, borykają się

z różnymi chorobami. Co wymusza indywidualne dostosowanie planów dietetycznych. Są jednak wspólne mianowniki, dotyczące zdrowego odżywiania, które warto zapamiętać.

1. Oparcie diety na „Piramidzie Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej IŻiŻ” – schemat piramidy w doskonały sposób przedstawia wszystkie grupy produktów spożywczych oraz obrazuje zalecane ich proporcje w codziennej diecie. Jest to doskonały materiał edukacyjny, na początku pracy z każdym pacjentem.

2. Regularność posiłków – jest to spożywanie najkorzystniej 5 posiłków, w odstępach średnio 3-4 godzinnych. Uwzględniając pełnowartościowe śniadanie, które pobudza metabolizm już od rana oraz lekką kolację, która powinna być spożywana na około 1-3 godziny przed snem.

3. Urozmaicenie – taki sposób odżywiania dostarczy wszystkich niezbędnych składników odżywczych oraz nie będzie zapobiegał podjadaniu. Należy bowiem pamiętać, że bardzo często mimo właściwego odżywiania ilościowego (również u pacjentów otyłych), mamy do czynienia z niedożywieniem jakościowych. Co spowodowane jest właśnie monotonością i ubogością w składniki odżywcze codziennej diety.

4. Właściwe zbilansowanie posiłku – w racjonalnej diecie osoby zdrowej przykładowy talerz obiadowy, powinien zawierać:

- ok. ½ dodatek warzywny, np.: surówka, sałatka;
- ok. ¼ dodatek węglowodanowy np.: kasza, ryż;
- ok. ¼ pełnowartościowe białko np.: chude mięso bez skóry, ryby bez panierki;

- zdrowe tłuszcze np.: oliwa z oliwek do surówki.

5. Nawyk czytania etykiet – warto zwracać uwagę, aby:

- na pierwszych trzech miejscach etykiety produktu spożywczego, nie znajdował się cukier;
- lista składników była jak najkrótsza;
- skład produktu nie zawierał e-dodatków (oczywiście tych niekorzystnych dla zdrowia) oraz syropu glukozowo-fruktozowego.

6. Ograniczenie cukru w diecie – jest to główny problem w utrzymaniu prawidłowej masy ciała u wielu pacjentów. Warto edukować, że cukier to nie tylko ten, który dosypujemy do napojów. Ale zawierają go również liczne produkty spożywcze. Od tych bardziej oczywistych, jak słodczyce, słodkie pieczywo i słodzone napoje. Przez owoce świeże i suszone, aż po ketchup, wędliny, sosy sałatkowe. Pamiętajmy również o tych „nieoczywistych” źródłach soli i tłuszczu i także je ograniczajmy.

7. Aktywność fizyczna – doskonałą aktywnością, jest spacer. Możemy zaproponować go praktycznie każdemu. Nie

wymaga funduszy, specjalnego przygotowania i dużej ilości czasu. Dodatkowo zarówno tempo, jak i długość trasy, można dostosować do własnych możliwości.

8. Pamiętać o właściwym nawodnieniu – tutaj warto mieć na uwadze jednostki chorobowe oraz leki, które mogą mieć znaczący wpływ na ilość przyjmowanych płynów. Jednak w diecie osób zdrowych, należy zwracać uwagę, by nawadniać się czystą wodą, spożywać ją regularnie w ciągu dnia, w średniej ilości 1,5 – 2,0 l/dobę.

9. Zachowanie umiaru – w idealnym świecie, można by w 100% zastosować się do powyższych zaleceń. Jednak w rzeczywistości, gdzie niejednokrotnie musimy zrobić odstępstwo, pamiętajmy o zdrowym rozsądku, który nakazuje umiar. Jak widać powyżej, mówiąc o żywieniu, bardzo często używa się słowa dieta, które nie zawsze kojarzy się pozytywnie. Szczególnie pacjentom z nadwagą i otyłością, którzy są poniekąd „przymuszeni” do redukcji masy ciała. I tak naprawdę można się z nimi zgodzić. Bowiem ile można być na diecie? I co później? Zamieńmy to słowo na „racjonalne odżywianie”, skupiając się w rozmowie z pacjentem, na tym co powinien spożywać, co należy w żywieniu uwzględnić, a nie na tym czego powinien unikać lub co musi w znacznym stopniu ograniczyć. Bardzo ważne okazuje się tutaj podejście psychologiczne. Pacjent musi mieć motywację, którą niestety bardzo często jest pogarszający się stan zdrowia lub konieczność redukcji masy ciała przed zaplanowanym zabiegiem. Jednak nawet silna motywacja może spadać, jeżeli „dieta” będzie wiązała się ze zbyt dużymi ograniczeniami. Tutaj sprawdzi się metoda „małych kroczków” i wprowadzanie zmian stopniowo. Być może największym problemem (jak się często okazuje), jest nadmierne spożywanie słodzonych napojów i od tego właśnie należy zacząć zmiany. Bowiem eliminując błędy żywieniowe stopniowo, dajemy szansę na długotrwałe utrzymanie racjonalnego żywienia, a co za sobą idzie – na trwałe efekty stosowanej dietoterapii.

Marzena MORAWSKA

dietetyk, psychodietetyk

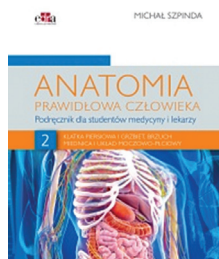
(przedruk z Biuletynu OIL w Rzeszowie nr 2/18)

OGŁOSZENIA

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o. z siedzibą w Kup zatrudni lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub ze specjalizacją II stopnia z chorób wewnętrznych do pracy w charakterze Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych. Oddział bardzo dobrze wyposażony, Zakład Diagnostyki Endoskopowej na miejscu, całodobowe laboratorium i Pracownia RTG. Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa. Bardzo dobre warunki finansowe – do negocjacji.

Kontakt telefoniczny: 77 403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu

NZOZ VERITAS w Dobrej k/Krapkowic zatrudni do pracy w Przychodni Rodzinnej w miejscowości Dobra lekarza POZ (lekarz rodzinny, pediatra, internista lub lekarz w trakcie specjalizacji). Forma pracy do uzgodnienia: pełny etat, część etatu, praca na godziny i in. Warunki płacowe do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. 506-174-745, 506-174-735 oraz e-mail: agwik@esculap.pl.



ANATOMIA PRAWIDŁOWA CZŁOWIEKA. TOM 2

M. Szpinda

Rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-55-8, format 210 x 270, miękka, str. 288, cena 71,11 zł

Intencją Autora było precyzyjne przedstawienie anatomii prawidłowej człowieka w ujęciu topograficznym wraz z naświetleniem ważnych aspektów klinicznych w możliwie przystępny, jednoznaczny i usystematyzowany sposób. W opisie struktur anatomicznych kompleksowo zastosowano ujednolicone najnowsze międzynarodowe mianownictwo anatomiczne w języku polskim, łacińskim i angielskim, co ma istotne znaczenie przy mobilności studentów między różnymi ośrodkami uniwersyteckimi na świecie.

- Tom I zawiera niezbędne informacje wprowadzające z zakresu anatomii ogólnej i systemowej, które są nieodzowne dla zrozumienia anatomii szczegółowej poszczególnych

części ciała, a także skoncentrowano się na budowie kończyny górnej i kończyny dolnej.

- Tom II dotyczy tułowia i kolejno prezentuje budowę klatki piersiowej, brzucha, miednicy i układu moczowo-płciowego.

- Tom III skupia się na budowie czaszki oraz głowy i szyi.

- Tom IV poświęcono narządom zmysłu, ośrodkowemu układowi nerwowemu i drogom nerwowym.

Wyłącznie na bazie zawartych informacji merytorycznych każdy rozdział podręcznika kończy się testem sprawdzającym jednokrotnego wyboru przy pięciu odpowiedziach, dla których w rozdziale Odpowiedzi wyszczególniono prawidłowe rozwiązania.

Podręcznik zawiera bogaty merytorycznie materiał podany prostym i klarownym językiem. Opis struktur jest precyzyjny i na pewno wystarczy do śledzenia ich za pomocą atlasu anatomicznego w trakcie lektury podręcznika. Cenne są uwagi czynnościowe i kliniczne oraz zestawienia topograficzne i czynnościowe.

Prof. dr hab. n. med. Bogdan Ciszek

Z pełnym przekonaniem rekomenduję niniejszy podręcznik, ponieważ wyszedł on spod ręki znakomitego teoretyka wiedzy anatomicznej oraz sumiennego nauczyciela akademickiego.

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Bajor

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7.30-15.30; środa 7.30-16.00; piątek 7.30-15.00

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:
poniedziałek 9.00-10.30, środa 14.30-17.00, czwartek 14.00-16.00,
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39,
www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach; OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X