

**Studenci i ryby głosu nie mają?**

/str. 4-5/

**NFZ vs. młody dentysta**

/str. 6/

**Prawna ochrona życia ludzkiego**

/str. 8-9/

**Po studiach wyjadę do...**

/str. 10-11/





# GALERIA FOTOGRAFII STUDENCKIEJ AGENCJI FOTOGRAFICZNO - FILMOWEJ



## Nowy szpital kliniczny otwarty dla studentów - 30.05.14

autor zdjęć: Michał Rutkowski



# MŁODY MEDYK

Miesięcznik studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

1950  
UNIWERSYTET  
MEDYCZNY  
W BIAŁYMSTOKU

Niedawno, przed Pałacem Branickich, odbył się Dzień Otwarty UMB. O tym, że nasza Uczelnia ma czym się pochwalić i jest bardzo konkurencyjna w oczach przyszłych studentów doskonale wiemy. Jednakże wspomniane wydarzenie skłoniło mnie do refleksji nad potencjalnymi, przyszłymi studentami naszej Uczelni.

Wcześniej wydawało mi się, że takie happeningi jak dzień otwarty, są skierowane głównie do maturzystów. Teraz już wiem, że taka oferta jest także przeznaczona do młodszych uczniów. Jeśli mnie pamięć nie myli, w gimnazjum nikt z moich kolegów nie zastanawiał się nad tym, co konkretnie będzie studiował, a już na pewno nikt nie zapraszał nas na dni otwarte jedynej słusznej uczelni w moim mieście - Politechniki Koszalińskiej.

Z naciskiem na jedynej. Jednak obecnie, już w gimnazjach klasy są profilowane (kończąc podstawówkę ukierunkowujesz się na jakąś dziedzinę), a w klasie maturalnej, po trzech latach edukacji (też profilowanej), nie masz już żadnych wątpliwości czym będziesz zajmować się w przyszłości. Takie wydaje się być założenie. W obecnych czasach kładzie się nacisk na szkolenie specjalistów w każdej dziedzinie, dlatego im wcześniej nastolatek zostanie ukierunkowany, tym lepszym specjalistą będzie w przyszłości. Z tego względu gimnazjaliści na terenie uczelni wyższych już nie dziwią. Wspomniana tendencja jest także odpowiedzią na niż demograficzny, co w zestawieniu z coraz szerszą ofertą uczelni, a w szczególności mnożącymi się prywatnymi szkołami wyższymi, powoduje „walkę uczelni o studentów”.

Problem wyboru profilu naszej dalszej edukacji nie kończy się na studiach. Przed przyszłymi lekarzami, czy farmaceutami stoi jeszcze przynajmniej jedna, bardzo ważna decyzja. Specjalizacja. Najtrudniejsze zadanie mają przyszli lekarze, ponieważ do wyboru mają najwięcej przeróżnych specjalności. Oczywiście, większa część nie będzie dla nich dostępna, bo w danym roku nie będzie na nie miejsc. Jednak mimo tego, wybór jest ogromny. Pytanie, kiedy wybrać? Już na pierwszym roku próbować się odnaleźć, czy czekać na pierwsze zajęcia kliniczne? Uważam, że w tym przypadku, im szybciej tym lepiej. Każdy rozpoczynający studia medyczne ma w głowie swój obraz w przyszłości. Jeden widzi siebie jako kardiologa, inny jako chirurga. Wydaje mi się, że im szybciej potwierdzimy lub odrzucimy to wyobrażenie, tym większa będzie dla nas korzyść.

Zapewne nikt nie traktuje poważnie 2. roczniaka, który przychodzi na spotkanie SKNu. Jednak kiedy okaże się, że za rok nadal będzie przychodził, a za jeszcze kolejny rok np. napisze pracę naukową, będzie miał on już dużą przewagę nad swoim kolegą, który zaczął myśleć o specjalizacji dopiero na 6. roku. Bardzo dobrze wiemy, że podjęcie decyzji to jedno, a zupełnie inną kwestią jest to, czy się dostaniemy. Pamiętajmy, że o przyjęciu, decyduje wyłącznie wynik z LEKu. Ma to swoje plusy i minusy. Zaletą jest wyeliminowanie tzw. „kolesiostwa”, a wadą jest na pewno to, że często miejsce dostają osoby, które nie potrafią nawiązać specyficznego, lekarskiego nici porozumienia z pacjentem, a najlepiej dogadują się z podręcznikiem.

Niewielu jest takich, u których wybór przyszłej specjalizacji się nie zmienia. Większość, każdego roku odnajduje nowe zainteresowania i mamy do tego prawo. Studia są po to, żeby odnaleźć dziedzinę, w której czujemy się najlepiej. Przecież będziemy się nią zajmować przez większość swojego życia i praca w obrębie danej specjalizacji musi przynosić nam satysfakcję. Dlatego wszystkim niezdecydowanym, życząc dobrego i głęboko przemyślanego wyboru!



*Dawid Groth*

## Spis treści

- Ankiety wirtualne, problem rzeczywisty ..... 4
- Who run the world? –Girls! ..... 5
- Ministerstwo Prowizorki ..... 6
- Lekcja – fotoprotekcja ..... 7
- Granice prawnokarnej ochrony życia ludzkiego ..... 8
- Niemcy, Wielka Brytania, USA, a może... Polska? ..... 10
- Teatrzyk „Sir Wociesz” ..... 12
- HERKULESY ..... 12
- „y-hy, y-y” ..... 13

### Skład redakcji Młodego Medyka:

<b>Redaktor naczelny:</b> Dawid Groth	<b>Korekta:</b> Iza Uss	<b>Webmaster:</b> Andrzej Janczarek, Agnieszka Pietrzykowska	<b>Sekretarz:</b> Agnieszka Pietrzykowska
--	-------------------------	---	--

**Członkowie:** Katarzyna Czaban, Mateusz Maciejczyk, Karolina Nowak, Wojtek Nowak, Anna Puścion-Jakubik, Anna Palejko, Natalia Racewicz, Maja Rakowska, Karol Rogowski, Natalia Tobiasz, Agnieszka Tyimińska, Krystian Wojtkiewicz, Rafał Zadykowicz

### Siedziba Główna Redakcji:

Pałac Branickich, ul. Jana Kilińskiego 1,  
15-089 Białystok (Prawe Skrzydło)

### Kontakt:

Tel. 787 897 754 (Dawid Groth)  
mm.umb.edu.pl ; facebook.com/mlodymedyk.umb ;  
mlodymedyk@gmail.com



# Ankiety wirtualne, problem rzeczywisty

Owiane tajemnicą formularze, o których studenci zewsząd słyszą powtarzane, jak mantrę jedno słowo: „wypełniajcie!”. Jednak niewielu z nich się na to ostatecznie decyduje. Wg zeszłorocznych statystyk zostały one uzupełnione przez około 20% studentów. Skąd tak niski wynik? Wystarczy przejść się uczelnianym korytarzem, by usłyszeć nieustanne narzekania młodych medyków, że: „nikt nas nie słucha”, albo „nikogo nie obchodzi nasze zdanie”, lub „i tak nic nie zmienimy”. Dlaczego więc główni zainteresowani nie reagują odzewem, gdy w końcu pojawia się owo „ktoś”, kto i wysłucha i kogo obchodzi opinia studentów i przede wszystkim, kto wykazuje inicjatywę wprowadzenia zmian na UMB?

## Droga pełna zakrętów

Skąd tak niska popularność internetowych ankiet? Studenci, krzywo uśmiechając się, nazywają je „niedoskonałymi”. Ten problem ma wiele źródeł. Pierwszą przeszkodę w wypełnianiu kwestionariuszy napotykamy już na starcie. Otóż niezbędne są nam do tego login i hasło (indywidualnie przyznane każdemu studentowi), które uzyskuje się po osobistym stawieniu się w Dziekanacie danego wydziału. Dane otrzymuje się bezproblemowo w dosłownie parę minut, co powinno zachęcać do ich pozyskiwania, ale okazuje się, że wygosparowanie czasu na pieszą wycieczkę do dziekanatu jest nie lada wyzwaniem. Na „niestety” dla zabieganych, to jeszcze nie koniec przygody z Wirtualnym Dziekanatem. Najwytrwalsi, którym uda się pozyskać informacje do zalogowania się, przechodzą test cierpliwości, odświeżając stronę, w oczekiwaniu, aż okienko z informacją o „błędzie” przestanie się pojawiać z każdym kliknięciem na zakładkę z ankietami. Wreszcie, gdy uda się nam dotrzeć do formularzy, naszym oczom ukazują się zamknięte pytania o konkretnych wykładowców/ asystentów (co ciekawe, my również jesteśmy oceniani przez nich!). W każdym mamy do wyboru odpowiedzi w skali 1-5 i... tyle.

A jak to wygląda z drugiej strony? Za opracowanie wyników odpowiedzialne jest Biuro ds. Zapewnienia i Doskonalenia Jakości Kształcenia oraz Dział Informatyki i Teletransmisji UMB. Wyniki są przekazywane do Dziekanatów oraz do Biura ds. Zapewnienia i Doskonalenia Jakości Kształcenia, a następnie Uczelniany Zespół, przedstawia sporządzony na ich podstawie raport Radzie Wydziału, Rektorowi i Senatowi. Aby dana opinia była brana pod uwagę, musi być wypełniona odpowiednia liczba ankiet, prof. Adrian Chabowski (prorektor ds. studenckich) tłumaczy, że: „W założeniu minimum 50% uprawnionych studentów na danych zajęciach musi głosować” i aby informacja trafiła do rektora, negatywna ma być co najmniej połowa z nich.

## Gdzie jest pies pogrzebany?

„Najważniejsza rzecz: powinniśmy mieć możliwość skomentowania każdej oceny, którą wydajemy”- mówi studentka lekarskiego, a jej koleżanka dodaje, że: „Miło by było móc napisać uwagi własne. Szczególnie część dotycząca wykładowców jest uboga, nie ma opcji czy wykłady są dobrze prowadzone, albo czy prezentacje nie są plagiatem z innych uczelni..” Wielu studentów zwraca też uwagę na niejasność instrukcji, tj. jeżeli ocenimy spóźnianie się asystenta na „1”, to stwierdziliśmy właśnie, że jest on niezwykle punktualny, czy dokładnie na odwrót? Niedociągnięć nie trzeba się specjalnie doszukiwać, lecz na szczęście są wśród nas tacy, którzy próbują interweniować w sprawie korekt.

## Rozwiązujemy problemy?

Samorząd Studentów UMB, jak sam deklaruje na swoim facebookowym fanpage’u zgłasza w imieniu swoich podopiecznych mankamenty w funkcjonowaniu internetowych kwestionariuszy, niestety z różnym skutkiem. (Np. mimo udzielenia odpowiedzi na kilka pytań, program wyświetla nam, że nie zrobiliśmy tego wcale, co jest niezgodne ze stanem faktycznym- problem nierozwiązany do dziś).

Na szczęście nasz Samorząd na tym nie poprzestaje. W walce z brakiem zainteresowania wirtualnymi ankietami zorganizował akcję losowania nagród o łącznej wartości 6 tys. zł, spośród osób, które wypełniły chociaż jedną i pojawiły się na Wykładzie Medykaliowym (6 maja 2014r w ECF). Motywacja fantastyczna, bo zadziałała i ilość wypełnionych arkuszy wzrosła. Ale czy rzeczywiście trzeba było uciekać się do tego typu metod: „Wypełnij ankietę- wygraj nagrodę”? Czy największą gratyfikacją dla narzekającego na brak uwagi żaka nie powinien być sam fakt, że otrzymał on właśnie unikalną szansę anonimowego wypowiedzenia tego, co myśli na głos? To on w końcu stanął po stronie nagradzających i wskazujących na niedociągnięcia. Jednak z jakiegoś powodu nie chce korzystać z tej jedynej w swoim rodzaju możliwości. Pytanie, dlaczego garstka studentów, która z niej skorzystała to zrobiła.

## Bo liczą się priorytety...

„Wypełniłem ankietę, bo uważam, że mimo, iż nie jest ona doskonała, to jest to jednak jakaś forma informacji, którą wysyłamy w stronę Uczelni. Możemy w ten sposób docenić osoby, które na to zasługują, ale też mamy szansę wskazać, co jest nie tak. (...) żeby cokolwiek zmienić, Władze Uczelni muszą widzieć gdzie leży problem, a wskazać to możemy właśnie my. Bo jak nie my, to kto?”- pyta Adrian, jeden z 21% studentów drugiego roku lekarskiego, deklarujących wypełnienie kwestionariuszy. Dostrzega on możliwości „wirtualnych

formularzy”. Kuba dodaje: „ludzie, których oceniłem powinni wiedzieć, czy to, co robią pasuje studentom, czy nie, że ta praca nie jest dla szefa zakładu czy dla nich samych, tylko dla nas, którzy się od nich uczą”. Podobnie, jak jego koledzy, którzy podjęli wyzwanie poinformowania UMB o swoich uwagach, wypowiada się Szymon: „Pomimo potwierdzonej niesławnej opinii ankiet, zdecydowałem się wziąć w nich udział. Oprócz oczywistych powodów informacyjnych, uważam że należy propagować i doceniać wszelkie przejawy pomocy, troski i profesjonalizmu wśród kadry. Są one jednym ze sposobów komunikacji z Uczelnią, a rozmowa, jak wiadomo jest pełna jedynie wtedy, gdy obie strony wymienia się poglądami.”

### Chcieć to móc

Jak widać po powyższych wypowiedziach, stara prawda, że: „dla chcącego nic trudnego” sprawdza się również

i w tej sytuacji. Otóż ankiety, mimo trudności ostatecznie dało się wypełnić. Nie tłumaczy to jednak faktu, że dostęp do nich powinien być łatwiejszy, a także, że sugestie studentów w ich tworzeniu powinny być bardziej brane pod uwagę, bo nawet ci, którzy się z nimi zmierzli, mieli swoje zastrzeżenia. Tak niska ich „zwracalność” nie wzięła się przecież z nikąd, a obecnemu systemowi oceniania naszych nauczycieli będziemy musieli jeszcze stawiać czoło do końca przyszłego roku akademickiego. W regulaminie ankietyzacji możemy przeczytać, iż zakres merytoryczny pytań ustalany jest „w wyniku konsultacji z interesariuszami wewnętrznymi i zewnętrznymi”. Ironią jest fakt, że do systemu, którego zadaniem miało być poznawanie opinii studentów, to oni właśnie mają najwięcej zastrzeżeń.

Maja Rakowska

# Who run the world? –Girls!



Dni otwarte jak zwykle zaskoczyły atrakcjami, dając szansę przyszłym studentom na zapoznanie się z możliwościami rozwoju na naszej uczelni. Tym razem kosmetologia postawiła na pokaz mody ślubnej z różnych stron świata. Pomysł zrodził się z chęci przedstawienia zachwycającej różnorodności kulturowej, której wbrew pozorom doświadczamy na co dzień, chociażby mijając studentów z programu Erasmus. Sama pomysłodawczyni przyznaje, że główną inspiracją była studentka 3. roku, Karina Do Ha Trang pochodząca z Wietnamu, która podczas pokazu reprezentowała swój kraj. Zależało nam także na promocji kierunku jako formy łączenia nauki ze sztuką, dlatego w naszym namiocie nie zabrakło profesjonalnego sprzętu do badania struktury skóry, poziomu jej nawilżenia i natłuszczenia oraz jak zawsze chętnych do pomocy studentek, które dzieliły się swoją wiedzą w kwestii pielęgnacji skóry.

Mówi się, że ślub jest najważniejszym dniem w życiu kobiety, dlatego przygotowania do tego jakże ważnego wydarzenia zwykle zaczynają się dużo wcześniej. Tak samo było z nami. Kiedy usłyszałyśmy o pomysłe, który przedstawiła nam mgr Iwona Kuźmicz będąca kierownikiem Samodzielnej Pracowni Kosmetologii, wszystkie zareagowałyśmy bardzo entuzjastycznie na myśl o czekającej nas dobrej zabawie. Niestety wcale nie było tak łatwo. Głównym problemem był brak modelek wpisujących się w kanony piękna obowiązujące na różnych kontynentach. Na szczęście obyło się bez castingów, a pomysłowość dziewczyn przeszła najsmielsze oczekiwania. I tak można było oglądać panny młode z Turcji, z krajów arabskich, Wietnamu, Pakistanu, RPA, Indii, Hiszpanii i Polski. Modelkom towarzyszyły opisy zwyczajów ślubnych występujących w danym kraju.



autor: Michał Rutkowski

Każda panna młoda chce wyglądać pięknie i zjawiskowo, a jak powszechnie wiadomo - kobiecie trudno dogodzić. Nasze modelki też mogą coś powiedzieć w tej kwestii ;) Ważne, by przygotowania zacząć odpowiednio wcześniej i aby właściwymi zabiegami sprawić, że to piękna skóra, a nie tona makijażu była prawdziwą ozdobą. Biała suknia najlepiej wygląda na opalonej skórze, niestety nie zawsze jest to możliwe, dlatego wiele pań przed ślubem nałogowo korzysta z solarium. Zabieg ten z uwagi na dalsze konsekwencje nie jest bezpieczny dla skóry. Warto więc zamiast niego wybrać opalanie natryskowe, a dla uzyskania zniewalającego efektu - pójść na zabieg 24 karatowym złotem. Obecnie wiele gabinetów oferuje tzw. pakiet przedślubny pełen zabiegów upiększających. Jeśli któraś z Was szykuje się do wielkiego dnia, to zapraszamy do Samodzielnej Pracowni Kosmetologii, gdzie zawsze służymy dobrą radą.

Magdalena Leśniewska

# Ministerstwo Prowizorki

Chcę podzielić się ze wszystkimi przyszłymi stażystami oraz pacjentami wiedzą na temat realiów pracy lekarza-dentysty współpracującego z NFZ.

W pracy stomatologa na NFZ często nie ma czasu na nawiązywanie trwałych, opartych na wzajemnym zaufaniu relacji z pacjentami. Dentysta jest tu pracownikiem wykonującym pracę na akord. Ile zrobił, tyle mu zapłacą. Zarobki są niepewne, bo pacjenci „funduszowi” mają tendencję do nieprzestrzegania terminów umówionych wizyt. Codziennie zdarza się przynajmniej jeden pacjent, który mimo umówionej wizyty nie zgłasza się na nią.

Przyczyny są różne – roztargnienie, pomylenie daty, godziny, a czasem po prostu decyzja pacjenta tłumaczona najróżniejszymi wymówkami. Jedno jest pewne – myślenie typu „Należy mi się, ale nie ma z tego powodu konsekwencji, dlatego nie muszę dzisiaj przychodzić” trzeba zmienić.

Pół godziny na pacjenta i koniec, kropka. Trzeba przyjąć jak najwięcej i zrobić jak najwięcej – jest to gwarancją zarobku. Za wypełnienie ubytku klasy I (w bruzdach i anatomicznych zagłębieniach szkliwa, ograniczonego do jednej powierzchni zęba) dentysta otrzymuje 38 punktów. W zależności od gabinetu świadczenia ogólnostomatologiczne przelicza się w przybliżeniu 1,00–1,19 zł za 1 punkt. Rachunek jest prosty. Trzeba od tego odjąć koszt eksploatacji i wymiany narzędzi, koszt pracy asysty, sterylizacji narzędzi wielorazowego użytku oraz rzeczy jednorazowych, takich jak kubeczki, serwety, lignina, rurki do ślinociągu, osłonki na czujnik RVG itp. Sprzęt jaki jest, każdy widzi. Często trzeba improwizować. Raz psuje się jedno, raz drugie. Wszystko ma już swoje lata, ale -o dziwo- starsze sprzęty bywają solidniejsze i dłużej służą bezawaryjnie.

Jeśli dentysta jest przez kogoś zatrudniony, wykorzystując sprzęt, narzędzia i materiały pracodawcy, może liczyć na 35-40% z tego, co sam wypracował. Jeśli pominiemy koszty gabinetu, o których już wspominałem, to zatrudniony przez kogoś dentysta za wypełnienie jednego ubytku klasy I otrzymuje około 16 zł. Za wypełnienie kanału zęba jednokanałowego Fundusz przyznaje 19 pkt., czyli w przybliżeniu 20 zł, podczas gdy zużycie narzędzi i płynów do jego przepłukania często przewyższa kwotę przychodu. Operator ma z tego dokładnie 8 zł.

Materiały też nie są najlepsze. Skoro gabinet „funduszowy” niewiele zarabia, to i niewiele inwestuje. Wiecznie wypadające wypełnienia są normą. To jest strata też dla Funduszu. Taki pacjent, zgłaszając się za kilka miesięcy z ubytkiem, w którym jeszcze niedawno było wypełnienie, pozbawia Fundusz kolejnych pieniędzy. Przecież inwestując w nieco lepsze materiały, za jeden ząb NFZ płaciłby tylko jeden raz, nie kilka. No chyba że ktoś nie jest wyczulony pod względem estetyki - najtrwalszym spośród refundowanych materiałów jest ...amalgamat. Odpowiednio założony i skondensowany - potrafi niewzruszenie i szczelnie tkwić w zębie przez kilkanaście, kilkadziesiąt lat. Tu jednak też są ograniczenia. Nie wszystkie ubytki kwalifikują się do wypełnienia ich tym materiałem. Poza tym Prawo Rebla mówi: pacjent nie powinien mieć więcej niż 7 wypełnień amalgamatowych średniej wiel-

kości – żeby dzienna ilość pochłanianej przez niego rtęci nie przekraczała ilości tego pierwiastka zawartego w liściu sałaty rosnącej opodal drogi, czyli nie przekraczała dziennej normy, którą -chcąc, nie chcąc- i tak spożywamy. W praktyce jest tak, że większość „funduszowych” pacjentów może pochwalić się znacznie większą ilością metalu w swoich ustach.

Zdarzają się pacjenci, którzy chcą zapłacić za lepszy materiał – światłoutwardzalny. I tutaj też Fundusz wylewa kubek zimnej wody na głowę. W godzinach wyznaczonych do pracy na NFZ lekarz nie może przyjąć pacjenta prywatnie ani wziąć od niego pieniędzy. Ten sztuczny podział godzinowy (przykładowo 8:00-16:00 NFZ, 16:00-20:00 pacjenci prywatni) również utrudnia życie. W starym systemie pacjent mógł skorzystać z tzw. „dopłaty”, czyli zapłacić kilkadziesiąt złotych jako zwrot kosztów materiału, dzięki czemu mógł otrzymać to, czego żądał. Jednak zdarza się i odwrotnie. Niektórzy pacjenci nie mają pieniędzy na leczenie, które jest nier refundowane, np. leczenie endodontyczne zębów trzonowych u osób dorosłych. Co zatem jest refundowane? Refundowane jest usuwanie takich zębów. Bardzo często zdarza się wtedy, że pacjent nie wyraża zgody na leczenie kanałowe, składa podpis w karcie i chce taki ząb usunąć. Nie ma zęba, nie ma problemu. Czyżby?

No cóż... Drogi pacjencie, jeśli brakuje ci mniej niż sześciu zębów w obrębie jednego łuku zębowego, to mam dla ciebie złą wiadomość. Proteza częściowa ci nie przysługuje.

Dodatkowo Fundusz ignoruje pacjentów niestandardowych. Wszystko jest „wepchnięte” w ramy. Jeśli coś nie jest zgodne z klasyfikacją i przypadek jest nietypowy (np. leczenie nadwrażliwości szyjek zębowych przy użyciu lakieru z fluorem u osoby dorosłej), to dentysta nie może przyznać sobie za to punktów, bo takich punktów w klasyfikacji nie ma. Czyli zdarza się pół godziny wolontariatu i mimo niesienia pomocy, co jest naszym obowiązkiem, nie zarabiamy, a gabinet traci.

Diagnostyka bywa uboga. Fundusz nie płaci za robienie zdjęć radiologicznych w celu diagnostycznym. Płaci dopiero wtedy, gdy oprócz zdjęcia wykona się jakąś procedurę leczniczą, czyli chociażby płukanie kieszonki czy trepanację komory zęba. Kiedy jednak okazuje się, że po zrobieniu zdjęcia nie ma wskazań do interwencji, to pieniądze za zdjęcie nie zostają zwrócone.

Wszystko to jest przyczyną często napiętej atmosfery w pracy, dziwnych, odgórných nakazów, przemęczenia lekarza i frustracji. Przekłada się to na jego (dys)komfort psychiczny, jakość wykonywanej pracy oraz -co najważniejsze- na jakość kontaktu z pacjentem, który nie rozumie, dlaczego dentysta nie chce podjąć się niektórych działań.

W tych ciężkich realiach do każdego pacjenta należy podejść z taktem, wyczuciem i uśmiechem, abyśmy obwarowani zasięgami absurdałnych wytycznych sprościli jego potrzebom i nie popadali w paranoję.

**Adam Zyśk**

lekarz dentysta  
lekarze.bridgehead.pl



# Lekcja – fotoprotekcja

Nadszedł długo wyczekiwany okres słonecznych, ciepłych dni. Dla wielu osób słońce to symbol radości, wakacji czy pięknej opalenizny. To już naukowo potwierdzone, że przebywanie na słońcu pobudza nasz organizm do syntezy endorfin, które wywołują efekt poczucia szczęścia. Poza tym promienie ultrafioletowe są niezbędne do wytwarzania witaminy D3, które gwarantowane jest przez bezpieczne 15 minut dziennej ekspozycji na słońce.

Czym właściwie jest opalenizna? Z fizjologicznego punktu widzenia jest to reakcja immunologiczna skóry, która pod wpływem nadmiernej ilości UVA zwiększa produkcję melaniny i jej uwalnianie z komórek. Nasz naturalny barwnik jest swoistym parasolem ochronnym, a jego synteza zachodzi w warstwie podstawnej naskórka w melanocytach. Melanina zawsze gromadzi się nad jądrem komórkowym, w którym znajduje się DNA, i w ten sposób zapobiega wszelkim uszkodzeniom i niekorzystnym transformacjom genetycznym. W wyniku odnowy komórkowej (czyli keratynizacji) komórki z melaniną stopniowo wędrują na powierzchnię naskórka. Po 2-3 dniach od momentu ekspozycji na słońce za sprawą UVB zauważamy opóźnioną opaleniznę. Poza tym dochodzi do generacji czynników hormonalnych, które powodują powstawanie melanocytów nie tylko w miejscach narażonych na działanie słońca. To dlatego czerniak złośliwy może pojawiać się na skórze chronionej przed promieniowaniem słonecznym. Gdy melanina dotrze do warstwy rogowej, ulega obumarciu, a opalenizna blednie.

Promieniowanie ultrafioletowe jest najistotniejszym czynnikiem zewnętrznym wpływającym na proces starzenia się skóry. Generuje bowiem wolne rodniki, które przyczyniają się do degeneracji wielu białek (w tym kolagenu i elastyny), depolimeryzacji kwasu hialuronowego i utleniania lipidów oraz wywołują mutacje genetyczne sprzyjające rozwojowi nowotworów. Co za tym idzie, skóra traci swoją elastyczność, jędrność, staje się sucha, szorstka, a także pojawiają się na niej niechciane zmarszczki i teleangiektazje. Niektóre leki i kosmetyki pod wpływem działania promieni słonecznych dają reakcje fototoksyczne i fotoalergiczne. Wówczas łatwo o oparzenia, odczyny rumieniowe czy przebarwienia skórne.

Do skutecznej ochrony przed niekorzystnym działaniem słońca na co dzień nie wystarczy melanina, gdyż działa ona jedynie w zakresie 2-3 SPF (ang. Skin Protection Factor). Warto zatem zaopatrzyć się w kosmetyki o wysokim filtrze. Dzieli się je na dwa rodzaje: fizyczne (ZnO, TiO<sub>2</sub>) i chemiczne (kwas paraaminobenzoesowy, salicylany, kwas cynamonowy, ekstrakt z aloesu, antyoksydanty, np. witamina A i E).

Filtry fizyczne działają na zasadzie odbijania i rozpraszania promieni UV. Ich cząsteczki są na tyle duże, że nie są w stanie wnikać w głąb naszej skóry. Tworzą za to na jej powierzchni film chroniący przed działaniem UV. Z kolei filtry chemiczne mają za zadanie absorbować energię emitowaną przez promieniowanie ultrafioletowe.



Filtry nowej generacji działają kompleksowo przeciwko obydwu typom promieniowania, przy czym nie zaburzają syntezy witaminy D3 i są dostępne w różnych postaciach kosmetycznych.

Warto również wspomnieć o znaczeniu współczynnika SPF. Jego wartość oznacza czas, o jaki możemy wydłużyć przebywanie na słońcu po zastosowaniu preparatu ochronnego do momentu wystąpienia rumienia - w porównaniu z czasem pobytu bez fotoprotekcji. Należy też pamiętać, że wskaźniki SPF nie sumują się, a im wyższy faktor, tym lepsza ochrona.

Na rynku dostępne są kosmetyki o SPF 2-50+, jednak w rzeczywistości nie istnieje żaden produkt, który chroni naszą skórę przed słońcem w 100%. Niech nas to jednak nie zniechęca do inwestowania w wysoki filtr, bo w ten sposób naprawdę znacznie spowalnimy proces starzenia się skóry i zmniejszymy ryzyko powstawania zmian nowotworowych.

Ważne jest, aby odpowiednio dobrać preparat ochronny, w tym celu należy kierować się fototypem naszej skóry. Według Fitzpatricka wyróżniamy ich 6, a różnią się ilością melaniny w skórze.

Pamiętajcie o racjonalnych zasadach korzystania ze słońca: krem z filtrem aplikujemy 15 minut przed wyjściem na słońce i powtarzamy tę czynność regularnie, co 2h oraz unikamy słońca w godzinach jego największej intensywności (między godziną 11 a 15). Opalamy się nie dłużej niż 45 min, nawet przy zabezpieczonej filtrem skórze. Nosimy nakrycia głowy, okulary przeciwsłoneczne oraz pijemy dużo wody.

Już teraz pomyślcie o właściwej fotoprotekcji, nie czekajcie z tym do wakacji, bo czas płynie na naszą niekorzyść. Możemy zachować młodość, jeśli podejmiemy odpowiednie kroki pielęgnacyjne i profilaktyczne w myśl złotej zasady po pierwsze zapobiegać!

# Granice prawnokarnej ochrony życia ludzkiego

Problematyka zakresu oraz intensyfikacji prawnokarnej ochrony poszczególnych faz życia istoty ludzkiej od dawna rodzi spory, zwłaszcza wobec dynamicznego rozwoju nauk medycznych i coraz szerszych możliwości ingerencji na obszarze poczęcia, w fazie prenatalnej czy w okresie porodu. Szczególnie w trakcie porodu, bardzo trudnego z medycznego punktu widzenia, kiedy niejednokrotnie podejmowane są ryzykowne zabiegi i postępowania medyczne, dziecko jest narażone na utratę życia lub zdrowia. To rodzi potrzebę jednoznacznego i klarownego unormowania odpowiedzialności karnej osób należących do personelu medycznego.

Wobec powyższych, niezwykle istotnych dla praktyki wymiaru sprawiedliwości problemów interpretacyjnych, Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 26 października 2006 r.<sup>1</sup> - podjętej jako odpowiedź na skierowane doń pytanie prawne, czy ochronie z art. 160 k.k. podlega zdrowie i życie dziecka już od rozpoczęcia się jego porodu, czy też dopiero od momentu oddzielenia dziecka od ciała matki bądź od rozpoczęcia przez dziecko oddychania za pomocą własnych płuc - stanął na stanowisku, że: „**Przedmiotem ochrony przewidzianej w art. 160 k.k. jest życie i zdrowie człowieka od rozpoczęcia porodu (wystąpienia skurczów macicy dających postęp porodu), a w przypadku operacyjnego zabiegu cesarskiego cięcia kończącego ciążę - od podjęcia czynności zmierzających do przeprowadzenia tego zabiegu**”. Teza ta świadczy o tym, że organ w sposób jednoznaczny opowiedział się za **kryterium położniczym**, co spotkało się z aprobatą doktryny<sup>2</sup>. Stanowisko Sądu Najwyższego zaprezentowane w powyższym judykacie zostało następnie potwierdzone i nieco rozwinięte w innych jego rozstrzygnięciach<sup>3</sup>, których omówienie stanowi przedmiot niniejszego artykułu.

<sup>1</sup> Uchwała SN z dnia 26 października 2006 r., sygn. I KZP 18/06, OSNKW 2006, nr 11, poz. 97.

<sup>2</sup> R.A. Stefański, Przegląd uchwał Izby Karnej Sądu Najwyższego w zakresie prawa karnego materialnego, prawa karnego wykonawczego i prawa karnego skarbowego za 2006 r., WPP 2007, nr 1.

<sup>3</sup> Postanowienie SN z dnia 30 października 2008, sygn. I KZP 13/08, OSNKW 2008, nr 11, poz. 90.; wyrok SN z dnia 27 września 2010 r., sygn. V KK 34/10, OSNKW 2010, nr 12, poz. 105

Wobec różnorodności formułowanych w piśmiennictwie poglądów oraz niejednorodności orzecznictwa sądów powszechnych dotyczącego możliwości stosowania przepisów art. 155 oraz 160 k.k. w przypadkach, kiedy nie mamy do czynienia z „życiem narodzonym”, lecz we wcześniejszych fazach (fazie porodu oraz w okresie prenatalnym), przełomowe znaczenie miała wspomniana we wstępie uchwała Sądu Najwyższego (I KZP 18/06). W sprawie, w której wyłoniło się zagadnienie prawne będące jej podstawą, dwie położne zostały uniewinnione od zarzutu popełnienia przestępstwa z art. 160 § 3 k.k. w zw. z art. 160 § 2 k.k. Zarzut ten polegał na nieumyślnym narażeniu noworodka na bezpośrednie niebezpieczeństwo

ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i utraty życia w ten sposób, że „podczas porodu z niedostateczną częstotliwością dokonywały osłuchiwania czynności serca płodu, co przyczyniło się do uniemożliwienia wykrycia zagrożenia niedotlenieniem i podjęcia interwencji położniczej”. Komentowana uchwała Sądu Najwyższego, zasadniczo zasługująca na aprobatę i z pozoru nie budząca większych wątpliwości, razi jednakże brakiem precyzji w odniesieniu do określenia przez organ prawnokarne relevantnego momentu rozpoczęcia porodu w przypadku zabiegu cesarskiego cięcia. Sąd Najwyższy w przywoływanym judykacie nie precyzuje, o jakie czynności chodzi, co może prowadzić do znaczącego wydłużenia czasookresu, w którym możliwe jest zrealizowanie znamion przestępstwa z art. 160 k.k. w ramach omawianej problematyki<sup>4</sup>.

Dosłowna analiza sformułowania użytego przez Sąd Najwyższy prowadzi bowiem do niepewności, czy czynności zmierzające do przeprowadzenia porodu oznaczają takie działania, jak na przykład przygotowywanie przez personel medyczny sali operacyjnej, diagnostykę poprzedzającą wykonanie cesarskiego cięcia czy wyłącznie czynności bezpośrednio poprzedzające zabieg (mających już miejsce w sali operacyjnej). Ów brak precyzji znamionujący omawiane orzeczenie Sądu Najwyższego może powodować rozbieżności w orzecznictwie sądów powszechnych, przejawiające się zawężaniem lub poszerzaniem zakresu prawnokarnej dolegliwości w zależności od ocen formułowanych przez skład orzekający. W ramach prób

<sup>4</sup> Tak np. A.T. Olszewski, glosa do uchwały SN z dnia 26 października 2006r., I KZP 18/06, PIP 2007, z. 5.



określenia dokładnego momentu, od którego w grę wchodziłyby odpowiedzialność z art. 160 k.k., formułowane są w piśmiennictwie różne propozycje. Przykładem może być sugestia, że trafniejszym początkiem ochrony w kontekście art. 160 k.k. jest nie tyle rozpoczęcie przygotowań do cesarskiego cięcia, lecz już samo przecinanie powłok skórnych kobiety ciężarnej, którego celem jest wydobywanie dziecka<sup>5</sup>. Wydaje się jednak, że jest to propozycja zbyt sztywno *in abstracto* wyznaczająca zakres normowania art. 160 k.k., ponieważ wobec bogactwa możliwości różnorodnych komplikacji, jakie w praktyce medycznej mogą mieć miejsce, mogłyby doprowadzić do wydawania orzeczeń krzywdzących i sprzecznych aksjologicznie, a uwalniających od odpowiedzialności karnej podmioty, wobec których już *prima facie* dostrzegalna jest konieczność zastosowania prawnokarnej reakcji.

W kolejnym z orzeczeń SN skonstatował jednakże, dokonując tym samym swoistej redefinicji swojej dotychczasowej linii orzeczniczej przedstawionej w omówionym uprzednio orzeczeniu o sygnaturze I KZP 18/06, że: „Pełna prawnokarna ochrona zdrowia i życia przysługuje dziecku nienarodzonemu od: a) rozpoczęcia porodu (naturalnego), b) w wypadku operacyjnego zabiegu cięcia cesarskiego kończącego ciążę na życzenie kobiety ciężarnej - od podjęcia pierwszej czynności medycznej bezpośrednio zmierzającej do przeprowadzenia takiego zabiegu, c) w wypadku konieczności medycznej przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego lub innego alternatywnego zakończenia ciąży - od zaistnienia medycznych przesłanek takiej konieczności”.

W uzasadnieniu do komentowanego postanowienia Sąd Najwyższy odniósł się do sytuacji, w której poród naturalny nie następuje pomimo upływu 9-miesięcznego okresu ciąży i zachodzi konieczność jego wywołania, np. za pomocą środków farmakologicznych. Organ wyjaśnił, że w takich przypadkach pełna ochrona prawnokarna przysługuje rodzącemu się dziecku od chwili rozpoczęcia się w ten sposób porodu wywołanego zastosowaniem tego rodzaju środka. Jest to rozwiązanie logiczne z punktu widzenia stanowiska przyjętego w orzeczeniu Sądu Najwyższego o sygnaturze I KZP 18/06, wobec czego zasługuje ono na aprobatę. W dalszej kolejności organ omówił sytuację, gdy poród już się rozpoczął, jednakże jest on przedwczesny i stosuje się zabiegi, np. podaje się środki farmakologiczne w celu zatrzymania postępu porodu, aby kontynuować w ten sposób ciążę. W takim przypadku za zasadne Sąd Najwyższy uznał stanowisko, że „pełna prawnokarna ochrona przysługuje dziecku nienarodzonemu nie tylko do chwili zatrzymania porodu, który, przedwcześnie, ale już się rozpoczął, ale także w okresie późniejszym zatrzymania porodu (utrata już uzyskanej ochrony prawnokarnej jawi się jako wręcz niedorzeczność) oraz, co oczywiste, gdy znów poród się rozpocznie - przedwcześnie albo w czasie właściwym, także w wyniku przeprowadzenia zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego”. Wydaje się, że Sąd Najwyższy posunął się o krok za daleko, nadmiernie rozszerzając w tym przypadku granice prawnokarnej ochrony właściwej „człowiekowi”, która w takich okolicznościach może trwać przez bardzo długi okres. Tak szerokie przyjęcie „okresu porodu”, które w tym przypadku nie ma nic wspólnego z interpretacją art. 149 k.k., jaką ów organ poczynił w swoim wcześniejszym rozstrzygnięciu o sygnaturze I KZP 18/06, zdaje się stanowić wykładnię rozszerzającą na niekorzyść sprawcy.

W komentowanym orzeczeniu Sąd Najwyższy dokonał pozornego jedynie doprecyzowania momentu, od którego przy dokonywaniu zabiegu cesarskiego cięcia „życie rodzące się” uzyskuje przewidzianą przez ustawę karną pełną ochronę właściwą dla „życia narodzonego”. W stosunku do zabiegu cesarskiego cięcia dokonywanego na życzenie kobiety ciężarnej organ po raz kolejny użył sformułowania, że ochrona prawnokarna właściwa „człowiekowi” rozpoczyna się od podjęcia pierwszej czynności bezpośrednio zmierzającej do przeprowadzenia takiego zabiegu.

Przeprowadzona w uzasadnieniach omówionych orzeczeń analiza pozwala dostrzec niesymetryczność ochrony dziecka nienarodzonego. Ochrona ta okazuje się być węższa w przypadkach porodu naturalnego (dopiero po upływie dziewięciu miesięcy prawidłowo przebiegającej ciąży), zaś szersza w okolicznościach zakończenia ciąży zabiegiem cesarskiego cięcia, gdy zabieg ten jest wykonywany przed upływem dziewiątego miesiąca ciąży albo kiedy zaistnieje medyczna konieczność jego przeprowadzenia.



Pomimo wydania przez Sąd Najwyższy wspomnianych dyktatów, w których organ ten dokonał wieloaspektowej i wnikliwej analizy granic prawnokarnej ochrony życia i zdrowia istoty ludzkiej, nie uniknął on braku precyzji przy formułowaniu prawnokarnej relewantnego momentu, od którego dziecku nienarodzonemu ma przysługiwać pełna ochrona właściwa dla życia narodzonego. Tak mało precyzyjne wyznaczenie momentu, w którym „życie rodzące się” otrzymuje ochronę właściwą „życiu narodzonemu”, trudno jest pogodzić z nacelną zasadą *nullum crimen sine lege certa*. Poddając ten fakt krytycznej analizie, należy jednak zadać pytanie: czy w ogóle możliwe jest sformułowanie *in abstracto* dla omawianej ochrony takiej granicy, która we wszystkich przypadkach będzie adekwatna i satysfakcjonująca z punktu widzenia aksjologii oraz poczucia sprawiedliwości żywionej w społeczeństwie, a zarazem nie będzie stanowiła wykładni rozszerzającej na niekorzyść sprawcy ani nie okaże się stanowiskiem zbyt wąsko zawężającym granice ochrony udzielanej owym dobrom prawnie chronionym? Zdaje się, że nie sposób sformułować tak uniwersalnego kryterium z chirurgiczną niemal precyzją, jaką powinno się cechować prawo karne.

**Barbara Kamińska**

V rok prawa i administracji  
UAM Poznań

<sup>5</sup> J. Potulski, *glosa...*, s. 145.

# Niemcy, Wielka Brytania, USA, a może... Polska?

**K**omfortowe warunki pracy, szansa na poznanie nowoczesnych, lecz niedostępnych w Polsce metod diagnostycznych i terapeutycznych, wysokie zarobki, a także możliwość funkcjonowania w międzynarodowym środowisku – to wszystko sprawia, że studenci kierunków medycznych po ukończeniu studiów coraz częściej rozważają wyjazd z kraju.

*Zastanawiam się nad wyjazdem za granicę po studiach – mówi Ewa Dereszkiwicz, studentka III roku kierunku lekarskiego na UMB – Chciałabym wyjechać do Wielkiej Brytanii lub Norwegii na specjalizację. Uważam, że taki wyjazd da mi dużo więcej możliwości rozwoju zawodowego. Są to kraje, które dysponują lepszą infrastrukturą, mogą zaoferować naukę najnowszych technik i wymianę doświadczeń z kolegami po fachu. Zderzenie z inną kulturą na pewno poszerzy moje horyzonty, nauczy pokory i tolerancji. Znajomości zawarte za granicą dają możliwość współpracy z różnymi ośrodkami medycznymi, podejmowania wartościowych inicjatyw, angażowania się w ciekawe projekty – stwierdza. Z badań wykonanych na zlecenie Work Sevice S.A. wynika, że obecnie aż 79% Polaków nie wyklucza możliwości emigracji zarobkowej. Niemcy, Skandynawia i Wielka Brytania to obecnie najpopularniejsze kierunki wyjazdów za pracę. Dużym zainteresowaniem cieszą się także Kanada i Stany Zjednoczone. Zdecydowanie zamierzam wyjechać za granicę po studiach, myślę o tym, od kiedy rozpoczęłam studia, czyli od 3 lat – deklaruje Kamila Saramak, była studentka kierunku lekarskiego na UMB, obecnie kontynuująca naukę na WUMie – Biorę pod uwagę USA ze względu na świetne*



autor: Karolina Nowak

*warunki pracy. Studia medyczne są tam bardzo drogie, zbyt mało osób je podejmuje, a Amerykanie potrzebują lekarzy i zachęcają obcokrajowców do robienia u nich specjalizacji po zdaniu kilku egzaminów. Bardzo dobrze znam angielski, więc nie będę musiała się dodatkowo uczyć języka. Jeśli mój plan nie wypali, może spróbuję wyjechać do Wielkiej Brytanii. Do USA zachęciły mnie głównie opowieści ludzi, którym udało się wyjechać. Żadna z tych osób nie żałuje ciężkiej pracy, którą musiała wykonać, żeby się tam dostać – dodaje.*

*Chęć wyjazdu do krajów Ameryki Północnej i Półwyspu Skandynawskiego deklarują głównie osoby z dyplomem wyższej uczelni. Warto zaznaczyć, że studenci UMB podkreślają, iż korzystne warunki finansowe to nie najistotniejszy czynnik, który zadecyduje o ewentualnym wyjeździe. Jak najbardziej brałam i biorę pod uwagę wyjazd do pracy w Wielkiej Brytanii – stwierdza studentka IV roku kierunku lekarskiego UMB – głównie ze względu na wielokulturowość, urok Londynu, w którym jestem zakochana od zawsze. Poza tym myślę, że są tam większe możliwości rozwoju naukowego, nie ma miejsca na nepotyzm, a docenia się pracę własną. Zawód lekarza cieszy się dużym szacunkiem i odpowiednim wynagrodzeniem. Poza tym możliwość kształcenia się w wybranej specjalizacji nie jest ograniczona przez znikomą liczbę miejsc, lecz zależy od faktycznych zainteresowań i umiejętności kandydata – wylicza studentka. Skandynawii już nie biorę pod uwagę po wycieczce do Norwegii – mówi – niesprzyjający klimat, depresyjna pogoda i ogólnie panująca tam atmosfera sprawiła, że nie zdecydowałabym się tam zamieszkać, nawet jeżeli wynagrodzenie za pracę byłoby bardzo wysokie.*

*Dlaczego myślę o wyjeździe? – zastanawia się Kamila Saramak – Głównie dlatego, że w Polsce bardzo ograniczone są możliwości rozwoju, nawet jeśli komuś bardzo na tym za-*





leży. Poza tym nie są to raczej względy finansowe, a bardziej ciekawość świata. Oczywiście chciałabym żyć w godziwych warunkach i w pracy martwić się wyłącznie o pacjentów, a nie o to, że po powrocie do domu dowiem się, iż odcięli mi prąd, bo nie zapłaciłam rachunków. Planuję żyć skromnie i rozwijać swoje pasje, a przecież największą z nich jest medycyna – stwierdza studentka.

Okazuje się, że studentom towarzyszy nie tylko zainteresowanie i fascynacja funkcjonowaniem służby zdrowia poza granicami Polski. Wyjazd to nie tylko nadzieja, ale także niepewność, obawa przed odmienną organizacją służby zdrowia i odnalezieniem się w obcej rzeczywistości. Zastanawiam się nad wyjazdem do jednego z krajów anglojęzycznych (UK, USA) – mówi student III roku kierunku lekarskiego – Tam, ponieważ lubię język angielski, a do tego są to kraje, w których medycyna jest na bardzo przyzwoitym poziomie. No i oczywiście zarobki lekarzy są wyższe niż w Polsce. Jednak cały czas się zastanawiam. Być może w ciągu tych kilku lat, które pozostały mi do ukończenia studiów, coś się poprawi. Do tego jest jeszcze obawa przed opuszczeniem kraju, w którym się mieszkało przez całe życie, obawa przed pozostawieniem bliskich, ale też strach, że tamtejsza służba zdrowia funkcjonuje inaczej niż u nas, a wdrożenie się w tamtejszy tryb będzie kosztować wiele stresu. Lęk i niepewność przed nieznanym, a także konieczność pozostawienia bliskich to główne przyczyny długotrwałych rozważań, czy opuszczenie kraju będzie rzeczywiście najbardziej korzystnym rozwiązaniem. Strasznie trudne jest podjęcie decyzji o wyjeździe, przynajmniej dla mnie – mówi Emilia Puchalska, studentka III roku położnictwa na UMB – Fajnie byłoby dużo zarabiać, mieć własny dom, samochód i w dodatku pracować w zawodzie. Ale jesteś daleko od rodziny, znajomych, w zupełnie obcym kraju, mieście... Naprawdę największy dylemat to: kierować się sercem czy rozumem? Chcę zostać w Polsce, ale też chcę, aby zawód położnej i pielęgniarki stał się zawodem bardziej cenionym przez przedstawicieli innych zawodów medycznych. I nie mam tutaj na myśli tylko i wyłącznie wynagrodzenia za świadczone usługi – dodaje.



Coraz więcej studentów zauważa jednak, że odległość od domu rodzinnego i bliskich nie jest w dzisiejszych czasach problemem. Wyższe zarobki, rozwijająca się infrastruktura komunikacyjna i sieć połączeń lotniczych mogłyby w dużym stopniu ułatwić regularne odwiedzanie rodziny w kraju. Myślę, że kwestia wyjazdu za granicę po studiach w moim przypadku to otwarta sprawa – mówi student III roku kierunku lekarskiego – Sam się jeszcze zastanawiam, bo widzisz, gdyby nie było w mojej okolicy miejsc na wybraną przeze mnie specjalizację, to zamiast wyjazdu na drugi koniec kraju, wyjazd za granicę, np. do Niemiec wydaje się równie dobrym rozwiązaniem – stwierdza. Uczysz się w warunkach spełniających najwyższe standardy, a dzięki trochę wyższym zarobkom czas podróży do Twojego miejsca zamieszkania może być nawet krótszy.

.....

- Chciałabym żyć w godziwych warunkach  
i w pracy martwić się  
wyłącznie o pacjentów.

.....

Studenci kierunków medycznych nie tylko zastanawiają się nad ewentualnymi korzyściami lub stratami związanymi z podjęciem decyzji o wyjeździe za granicę. Wielu z nich podejmuje już konkretne kroki po to, aby brak określonych umiejętności nie zamknął im drogi rozwoju poza granicami kraju. Myślę, że nawet jeżeli ktoś nie planuje wyjazdu za granicę od razu po studiach, to wszelkie staże i praktyki zagraniczne zawsze się przydadzą – stwierdza studentka IV roku kierunku lekarskiego na UMB - Dla mnie dużą szansą okazała się działalność w IFMSA, dzięki której mogę wyjechać na praktyki do Hiszpanii. Poza tym, za rok planuję odbyć praktyki wakacyjne w ramach programu Erasmus, najchętniej w Wielkiej Brytanii. Mam zamiar na 5. roku studiów zdawać IELTS, który jest przepustką do wszelkich rekrutacji na staż w krajach anglojęzycznych – dodaje.

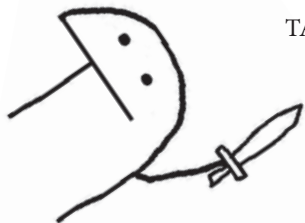
Bardzo wymagające są przygotowania do odbywania specjalizacji w Stanach Zjednoczonych. USMLE wymaga zarówno pewnych nakładów finansowych, jak i doskonałego przygotowania merytorycznego. Jak na razie odkładam pieniądze na egzaminy, które będę musiała zdać, żeby dostać się na specjalizację w Stanach - opowiada Kamila - Poza tym uczę się przedmiotów medycznych w języku angielskim, kiedy tylko mogę. Zebrałam książki, z których będę przygotowywać się do egzaminów. Staram się też nawiązywać znajomości z obcokrajowcami z naszej uczelni – część z nich zdawała lub, podobnie jak ja, ma zamiar zdawać USMLE.

Kontynuowanie nauki lub praca w zawodzie medycznym poza granicami kraju wydają się być znakomitą szansą na rozwój pasji, jaką jest medycyna. Warto jednak przed podjęciem decyzji o wyjeździe poważnie zastanowić się nad własnymi predyspozycjami, a także rozważyć, czy wyjazd w naszym konkretnym przypadku paradoksalnie nie będzie wiązać się z odrzuceniem doskonałych perspektyw, jakie oferuje nam rodzinny kraj.

Karolina Żbikowska

**Teatrzyk „Sir Wociesz”  
ma zaszczyt przedstawić sztukę  
pod tytułem:**

## **„Tajemnicza piękna niewiasta”**



### **WYSTĘPUJĄ:**

TAJEMNICZA PIĘKNA NIEWIASTA  
CHYTRY RZEZIMIESZEK  
KRZYK  
CIOS  
KOPNIAK  
DZIEŃ  
NIESMAK PO CAŁEJ SYTUACJI

TAJEMNICZA PIĘKNA NIEWIASTA:  
(Jest piękna i tajemnicza)

CHYTRY RZEZIMIESZEK:  
(Pojawia się znikąd z nożem w ręce)

KRZYK:  
(Wydobywa się z gardła pięknej niewiasty, uciszając niespokojne szepty publiczności)

CHYTRY RZEZIMIESZEK:  
(Podbiega do niewiasty i próbuje wyrwać jej torebkę)

CIOS:  
(Celnie trafia w szczękę rzezimieszka)

CHYTRY RZEZIMIESZEK:  
(Zamroczone i zdezorientowane zatacza się do tyłu)

KOPNIAK:  
(Dosięga przyrodzenia agresora)

KRZYK:  
(Występuje po raz drugi, lecz tym razem jest jakby niższy)

CHYTRY RZEZIMIESZEK:  
(W popłochu zaczyna uciekać od karcących uderzeń)

TAJEMNICZA PIĘKNA NIEWIASTA:  
(Nic już nie robi. Jest piękna, tajemnicza i więcej się o niej nie dowiadujemy)

DZIEŃ:  
(Toczy się dalej)

CHYTRY RZEZIMIESZEK:  
(Ucieka)

NIESMAK PO CAŁEJ SYTUACJI:  
(Pozostaje)

KURTYNA  
(Opada)

**Wojtek Nowak**

*IV rok, W. Lekarski*

# HERKULESY

Dziękujemy,  
że byliście z nami cały rok!

**WIDZIMY SIĘ WE WRZEŚNIU ;D  
5!**



więcej na info na: [www.herkulesy.pl](http://www.herkulesy.pl)  
i Facebooku: **Herkulesy klub**



# „y-hy, y-y”

W liceum miałam dylemat - pójść na kierunek lekarsko-dentystyczny czy na lekarski. Rozmawiałam na ten temat ze znajomymi i większość mówiła tak: „Jesteś gadułą, będziesz fajną dentystką.” Jak to jest z tym „gadaniem”?

Nie każdy pacjent lubi, gdy rozmawia się podczas zabiegu. Jednak nie można tutaj w skrócie napisać, że jedni lubią, a inni nie. To jest bardziej skomplikowane.

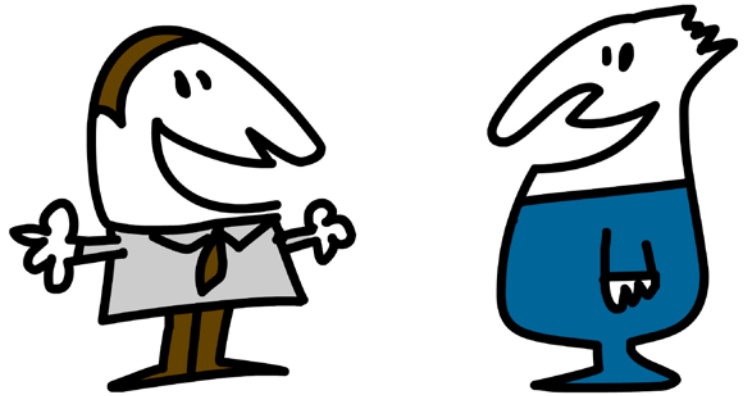
Po pierwsze trzeba wyczuć pacjenta, poznać go. Poczucie jego osobowości. Jeśli już znamy pacjenta, to trzeba zwrócić uwagę na to, w jakim nastroju jest danego dnia. Trzeba poświęcić czas na rozmowę przed zabiegiem i bacznie obserwować.

Jakże często zdarzają się pacjenci nieufni i podejrzliwi. Ich wątpliwości sięgają zenitu, gdy widzą młodą twarz lekarza. Podjęcie tematu niezwiązanego z zabiegiem może spowodować, że pacjenci odczuwają, iż nie skupiamy na nich 100% uwagi, przez co zwiększa się możliwość popełnienia przez nas błędu. Poza tym uważają, że ten czas całkowicie powinniśmy poświęcić tylko ich zdrowiu.

Ciekawą grupą pacjentów są gaduły. Podczas naszego monologu czują ogromny dyskomfort, bo chcieliby skomentować, a nie mogą. Jeden z moich pacjentów ciągle wyjmował ślinociąg, żeby wypowiedzieć się w danym temacie. Wtedy trzeba ich poinformować półżartem, że niestety to jest monolog, a oni są słuchaczami. Należy liczyć się tym, że po zabiegu trzeba będzie poświęcić trochę czasu na wysłuchanie zdania pacjenta na tematy, które poruszaliśmy w czasie wizyty.



Gdy pacjent jest skrupowany, to żart lub ciekawa, krótka historia może rozluźnić atmosferę i przy okazji - samego pacjenta. Przestraszeni pacjenci zazwyczaj chcą, żeby lekarz opowiadał o czymś, co nie jest związane ze stomatologią, aby odwrócić uwagę od tego, co robimy w jamie ustnej. Grupa ludzi, którzy zazwyczaj wolą „gadającego stomatologa” to



dzieci i młodzież. Miałam kiedyś praktyki w miejscu, gdzie jedni lekarze mówili dużo, żartowali, a inni przez cały zabieg milczeli. Rozmawiałam na ten temat ze znajomymi - nie stomatologami. Większość uważała, że gdy lekarz przez cały zabieg milczy lub tylko wydaje suche polecenia asystentce, to atmosfera jest nie do zniesienia. Czas płynie wolniej, pacjent się nudzi i szuka zajęcia - tu wypatrzy plamę na lampie unitu, tu rozmazaną kreskę na oku asystentki.

Może jednak zdarzyć się, że pacjent będzie tak zmęczony, iż leczenie w pozycji Trendelenburga i relaksacyjna muzyka wprawia go w stan na pograniczu snu i jawy. Może nawet lekko odpłynąć. Dajmy takiemu pacjentowi spokój. Nie zadreczajmy go naszym monologiem czy rozmową z asystą. To drugie ograniczymy do poleceń, które wypowiadamy cicho i delikatnie.

Nie każdy z lekarzy ma dar opowiadania. Jedni potrafią rozmawiać na każdy temat w każdej chwili, strzelając słowami jak z karabinu, a inni są bardziej introwertyczni. Nie ma nic gorszego niż opowiadanie o czymś na siłę. Musimy przede wszystkim być sobą, bo każde nienaturalne zachowanie będzie łatwo wychwycone przez pacjenta, co może zburzyć zaufanie, a na pewno zepsuje atmosferę. Jednak nawet małomówni powinni kontakt z pacjentem nawiązać.

Dobrym pomysłem jest zapytanie pacjenta, czy chce, żebyśmy tłumaczyli mu krok po kroku, co robimy, czy wolą o tym nie myśleć.

Pamiętajmy, żeby nie zagalopować się z rozmową z asystą i raz na jakiś czas zwrócić się do pacjenta, włączając go w rozmowę lub chociaż zapytać: „Wszystko w porządku? Unikajmy gestykulacji, nadmiernego ekscytowania się oraz podnoszenia głosu.

Można rozmawiać z pacjentem, ale nie zapomnijmy o zadawaniu pytań, na które można odpowiedzieć: „y-hy” albo „y-y”.

**Lidia Marzec**

lekarz dentysta  
lekarze.bridgehead.pl

13