

O NAS DLA NAS

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁYMSTOKU

W tym wydaniu:

Z naszego regionu

■ Vivat Academia,
vivant Professores!
Inauguracja roku akademickiego
2025/2026 na UM w Białymstoku

Praktyka zawodowa

■ Menopauza,
czy mamy na nią wpływ?

■ Rola technologii AI
w profilaktyce raka piersi

■ Opieka nad pacjentami
z zaburzeniami psychicznymi
– rola pielęgniarki
psychiatrycznej

Samorząd to MY

■ Najistotniejsze
aktywności ORPiP
w Białymstoku

■ Choroba Alzheimer
to najczęstsza przyczyna otępienia
– statystyki, objawy, leczenie

Na naszej okładce
mgr pielęgniarstwa Ewa Gryka,
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa
operacyjnego, członek Polskiego
Towarzystwa Pielęgniarek Stomijnych



O NAS DLA NAS

**Informator Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Białymstoku**

Wydawca

OIPiP w Białymstoku
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 12/19
15-097 Białystok
e-mail: izba@oipip.bialystok.pl
tel. kom. 510 835 623
tel. 85 747 00 16

Zespół redakcyjno-promocyjny

dr n. med. Beata Janina Olejnik,

redaktor naczelna

mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz,

sekretarz redakcji

dr n. med. Anna Baranowska

redaktor prowadząca

mgr pielęgniarstwa Katarzyna Marta Malibo

mgr pielęgniarstwa Elżbieta Wasilko

mgr pielęgniarstwa Elżbieta Waluk

dr n. med. Anna Sienkiewicz

mgr pielęgniarstwa Katarzyna

Dziwiątkowska-Wigda

Social Media

lic. pielęgniarstwa Weronika Puchalska

Social Media

Opracowanie graficzne i skład

emildruk.pl

**Informator ukazuje się wyłącznie w formie
elektronicznej – do pobrania ze strony
internetowej www.oipip.bialystok.pl**

Zapraszamy do grona autorów

- Artykuł powinien być podpisany imieniem i nazwiskiem autora, prosimy o podanie tytułu naukowego i miejsca pracy i danych do kontaktu, np. numer telefonu, adres e-mail.
- Objętość artykułu nie powinna przekraczać 8 tysięcy znaków ze spacjami.
- Fotografie, ryciny, tabele prosimy przesłać w osobnym pliku.
- Artykuł prosimy zapisać w programie Word for Windows i przesłać na adres redakcja@oipip.bialystok.pl
- Artykuł nie powinien być wcześniej publikowany.
- Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, a także zastrzega sobie prawo do redagowania i skracania nadesłanych artykułów i listów.

**Wykorzystywanie części i całości tekstów bez
pisemnego zezwolenia jest zabronione.**

**Wydawca nie ponosi odpowiedzialności
za treści ogłoszeń i konsekwencje opinii
wyrażonych przez autorów.**

Spis treści

Samorząd to MY. OIPiP w Białymstoku

- 5** Kartki z Kalendarza. Najistotniejsze aktywności ORPiP
- 6** Spotkania warsztatowe „Dramat w trzech aktach. Menopauza bez tabu” w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Zawód w praktyce

- 8** Menopauza. Czy mamy na nią wpływ?
- 10** Rosnąca rola technologii AI w profilaktyce raka piersi – diagnostyka i personalizacja leczenia
- 12** Opieka nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Rola pielęgniarki psychiatrycznej

Promocja zdrowia

- 14** Światowy Dzień Choroby Alzheimerera

InspirujeMY

- 15** Pielęgniarka stomijna w praktyce – specjalistka od trudnych momentów i nowych początków

Z naszego regionu

- 18** Vivat Academia, vivant Professores!
Uroczysta inauguracja roku akademickiego 2025/26



Beata Janina Olejnik

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Szanowni Państwo,

w tym numerze zapraszam na relację z kilku ciekawych wydarzeń z naszego regionu, które miały miejsce w ostatnim czasie – chcemy wam opowiedzieć m.in. o warsztatach pod znaczącym tytułem „Dramat w trzech aktach. Menopauza bez tabu”, które zorganizowałyśmy w naszej izbie. Miały nie tylko charakter edukacyjny, ale również integracyjny i wspierający. Spotkanie potwierdziło, że menopauza to temat, o którym należy mówić otwarcie, bez tabu i z pełnym zrozumieniem dla indywidualnych doświadczeń każdej kobiety.

W biuletynie znajdziecie także informacje o cennych inicjatywach z okazji dni promujących zdrowie, np. Światowym Dniu Choroby Alzheimer. 21 września to co roku szczególny dzień, który skłania do tego, by zatrzymać się na chwilę i pomyśleć o tych, którzy mierzą się z tą trudną diagnozą – zarówno o pacjentach, jak i o ich rodzinach. W październiku obchodzimy Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego, który zainicjowała w 1992 roku Światowa Federacja Zdrowia Psychicznego (ang. World Federation for Mental Health). Ma on zawsze hasło przewodnie – w tym roku brzmi ono tak: „Zdrowie psychiczne w sytuacjach kryzysowych”. Może w tym kontekście przyjrzymy się

wspólnie zadaniom i pracy pielęgniarek psychiatrycznych, które nie tylko dbają o codzienne budowanie relacji i wnikliwą obserwację pacjentów, ale podejmują trudne, niezwykle obciążające psychicznie decyzje, które jednocześnie wymagają od nich perfekcyjnej znajomości przepisów i procedur – chodzi np. o przymus bezpośredni. Gorąco polecam zatem lekturę artykułu „Rola pielęgniarki psychiatrycznej w opiece nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi”.

Gościem specjalnym tego numeru O NAS DLA NAS jest mgr pielęgniarstwa Ewa Gryka, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Stomijnych. Opowiada Weronice Puchalskiej o tym, że pielęgniarka stomijna nie tylko uczy pielęgnacji stomii, pomaga w doborze odpowiedniego sprzętu, ale przede wszystkim towarzyszy pacjentowi w procesie odzyskiwania samodzielności i poczucia bezpieczeństwa. Taka praca to połączenie wiedzy, doświadczenia oraz empatii, bez których trudno wyobrazić sobie skuteczną opiekę nad osobą ze stomią.

Mamy także ciekawą propozycję dla tych z Państwa, których pasjonują najnowsze rozwiązania technologiczne – artykuł

dr n. med. Anny Sienkiewicz „Rosnąca rola technologii AI w profilaktyce raka piersi – diagnostyka i personalizacja leczenia”. Dla położnych, radiologów i zespołów interdyscyplinarnych oznacza to nowe możliwości: wcześniejsze wykrywanie zmian, lepsze obrazowanie ognisk, bardziej trafną selekcję pacjentek do dalszej diagnostyki oraz coraz wyraźniejszy potencjał personalizacji opieki. Brzmi jak science-fiction? A jednak taka przyszłość staje się naszą rzeczywistością.

Sztuczna inteligencja to dziedzina, która w ostatnich latach rozwija się w zawrotnym tempie, zdobywając coraz większe zainteresowanie i znajdując zastosowanie w różnych branżach. Przełomem w tej dziedzinie było uruchomienie 30 listopada 2022 roku publicznie dostępnego programu ChatGPT. Dziś, dzięki gigantycznemu postępowi, sztuczna inteligencja stała się podstawą całej gamy narzędzi. Rozwój AI w pielęgniarstwie przyniesie wiele korzyści, ale również wyzwania np. natury etycznej. Mimo to daje nadzieję na sprostanie wielu wyzwań i stworzenie rzeczywistości, w której technologia wspiera opiekę zdrowotną, pacjentów oraz personel medyczny. Warto być na bieżąco z rozwojem AI, by lepiej rozumieć jej coraz większy wpływ na nasze życie.

BIURO Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

ul. M. Curie-Skłodowskiej 12/19, klatka II, 15-097 Białystok



PRZEWODNICZĄCA

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Beata Janina Olejnik

tel. kom. 505 854 995

e-mail: b.olejnik@oipip.bialystok.pl

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Dorota Rodziewicz

tel. kom. 500 017 005

e-mail: d.rodziewicz@oipip.bialystok.pl

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Agata Panas

tel. kom. 696 674 190

e-mail: oroz@oipip.bialystok.pl

OROZ pełni dyżur w OIPIP w Białymstoku:

w 2 i 4 środę miesiąca

w godzinach: 15:00 – 17:00

SKARBNIK

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Elżbieta Waluk

e-mail: e.waluk@oipip.bialystok.pl

SEKRETARIAT BIURA

Alina Klimczuk

tel. kom. 510 835 623

tel. 85 747 00 16 wew. 32

tel. 85 744 11 09

e-mail: izba@oipip.bialystok.pl

REJESTR PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych

Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny

Biuletyn Informacji Publicznej System IMI

(Internal Market Information System)

Katarzyna Rymarczyk

tel. kom. 780 598 527

tel. 85 747 00 16 wew. 33

e-mail: k.rymarczyk@oipip.bialystok.pl

Godziny pracy biura

poniedziałek	7:30 – 15:30
wtorek	7:30 – 15:30
środa	10:00 – 18:00
czwartek	7:30 – 15:30
piątek	7:30 – 15:30

DZIAŁALNOŚĆ MERYTORYCZNA

Rejestr podmiotów wykonujących

działalność leczniczą

Rejestr podmiotów prowadzących

kształcenie podyplomowe

Przeszkolenia po ponad 5-letniej przerwie

w wykonywaniu zawodu

Biblioteka

Istnieje możliwość zamówienia książek

telefonicznie i odbiór w godzinach pracy

biura OIPIP

IBUK Libra

Obsługa SMK System Monitorowania

Kształcenia Pracowników Medycznych

Dorota Rojsza

tel. kom. 690 537 891

tel. 85 747 00 16 wew. 34

e-mail: d.rojsza@oipip.bialystok.pl

każdy pierwszy wtorek miesiąca

praca w terenie (kontrole)

KSIĘGOWOŚĆ

Biuro Rachunkowe Anna Zubrycka

ul. Józefa Marjańskiego 3/204,

15-004 Białystok

tel. 85 676 52 59

KASA

Alina Packiewicz

tel. kom. 786 972 094

tel. 85 747 00 16 wew. 36

RADCA PRAWNY

Dariusz Prokopowicz

tel. kom. 510 835 668

Udziela członkom OIPIP w Białymstoku

porad prawnych, dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej:

w każdy poniedziałek w godz. 12-15 – osobiście

w siedzibie OIPIP (po uprzednim uzgodnieniu

z sekretariatem tel. 85 747 00 16 wew. 32)

od wtorku do piątku w godz. 9-15

INSPEKTOR DANYCH OSOBOWYCH

tel. kom. 510 835 668

e-mail: ido@oipip.bialystok.pl

Numer konta:

PKO Bank Polski S.A. I O/Białystok

21 1020 1332 0000 1702 0026 1180

Kartki z kalendarza

Najistotniejsze aktywności ORPiP w Białymstoku.

Autor tekstu: mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz, sekretarz ORPiP w Białymstoku

Wrzesień i październik 2025 r.

22.09.2025 r.

W siedzibie OIPiP w Białymstoku odbyły się warsztaty „Dramat w trzech aktach: Menopauza bez tabu”, poprowadzone przez Agatę Płońską, Anetę Klinowską i Magdalenę Kulmaczewską. W wydarzeniu wzięło udział 20 uczestniczek.

23.09.2025 r.

Druga Deбата nie/akademicka „Badania profilaktyczne – To nie/dział” zorganizowana przez Kierownika Kliniki Ginekologii Onkologicznej z Chemioterapią prof. Pawła Knappa w Auli Magna Pałacu Branickich – w wydarzeniu uczestniczyła Wiceprzewodnicząca ORPiP w Białymstoku Elżbieta Wasilko.

24.09.2025 r.

Wykłady wspierające Program „Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” Ministerstwa Zdrowia, które zostały zorganizowane przez Diagnostykę S.A., Konsultanta wojewódzkiego w zakresie ginekologii onkologicznej i Wiceprezesa Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej Prof. Pawła Knappa oraz PO NFZ w UDSK w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym. W wydarzeniu uczestniczyła Wiceprzewodnicząca Elżbieta Wasilko.

24.09.2025 r.

Posiedzenie Komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku – uczestniczyła w nim Przewodnicząca Beata Janina Olejnik.

24.09.2025 r.

Posiedzenie Komisji ds. Etyki w OIPiP w Białymstoku.

24.09.2025 r.

Kompleksowa kontrola działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku w zakresie finansów i w sprawach gospodarczych realizowanych od 01.04.2025 r. do 30.06.2025 r.

26.09.2025 r.

Wizytacja Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Białymstoku w zakresie działalności w terminie od 19.03.2023 r. do 26.09.2025 r. przeprowadzona przez Wiceprzewodniczącą Naczelnej Komisji Rewizyjnej Monikę Kowalską i Członka NKR Jolantę Arendarczuk.

26.09.2025 r.

Posiedzenie Rady Społecznej Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Białymstoku, w którym uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Białymstoku Beata Janina Olejnik.

27.09.2025 r.

Kontrola procesu kształcenia w ramach specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgniarek realizowanej w terminie 27.12.2025–17.04.2026 przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku przeprowadzona przez Zespół ds. Kontroli Szkolenia Centrum Medycznego Kształcenia

Podyplomowego w Warszawie z udziałem eksperta merytorycznego Anny Dawidowicz Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

01.10.2025 r.

Spotkanie Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w OIPiP w Białymstoku.

03.10.2025 r.

Uroczysta inauguracja roku akademickiego 2025/2026 na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, w którym uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Beata Janina Olejnik.

06.10.2025 r.

Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych, w którym w trybie online uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Beata Janina Olejnik.

06.10.2025 r.

Posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej w OIPiP w Białymstoku. Przedmiotem posiedzenia było przyznanie zapomóg:

- » z powodu trudnych sytuacji losowych 26 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- » w ramach funduszu emerytalnego 162 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- » w ramach funduszu samopomocowego 1 członkowi samorządu OIPiP w Białymstoku.

06.10.2025 r.

Posiedzenie Zespołu Redakcyjno-Promocyjnego w OIPiP w Białymstoku.

07.10.2025 r.

Zaliczenie przeszkolenia pielęgniarek w związku z nie wykonywaniem zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat – komisji przewodniczyła Dorota Rojsza, członkowie komisji: Martyna Mazur i Agata Panas.

07.10.2025 r.

Posiedzenie Komisji ds. Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego, którego przedmiotem było przyznanie dofinansowania:

- » kosztu udziału w studiach II stopnia i I stopnia (pomostowe) kierunku pielęgniarstwo i położnictwo 6 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- » kosztu udziału w szkoleniu specjalistycznym 6 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- » kosztu udziału w kursie specjalistycznym 1 członkowi samorządu OIPiP w Białymstoku.

08.10.2025 r.

XXIII Inauguracja roku akademickiego 2025/2026 w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku z udziałem Przewodniczącej ORPiP Beaty Janiny Olejnik.

Spotkania warsztatowe „Dramat w trzech aktach. Menopauza bez tabu”

w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

22.09.2025 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku odbyło się spotkanie dedykowane pielęgniarkom i położnym, a dotyczące tematu menopauzy.

Autor: mgr położnictwa Agata Płońska

Warsztat „Dramat w trzech aktach. Menopauza bez tabu” poprowadziły dr n. med. i n. o zdr. Magdalena Kulmaczewska, mgr Aneta Kalinowska, mgr Agata Płońska – trzy położne, które reprezentowały naszą OIPiP i ukończyły pierwszy w Polsce pilotażowy kurs: „Poradnictwo w okresie transformacji menopauzalnej”. Prowadzące nie tylko podzieliły się swoją wiedzą, ale stworzyły przestrzeń do rozmowy i refleksji.

W spotkaniu wzięło udział 20 uczestniczek, w tym również Przewodnicząca OIPiP w Białymstoku, co podkreśla potrzebę podejmowania tej tematyki w środowisku kobiet pracujących w ochronie zdrowia.

Program warsztatów podzielono symbolicznie na trzy akty, co odzwierciedlało wielowymiarowy charakter transformacji menopauzalnej. Rozmawialiśmy o aspektach psychologicznych i społecznych zmian zachodzących w tym okresie, m.in. o wpływie menopauzy na samopoczucie, relacje międzyludzkie, poczucie własnej wartości, czy jakość życia. Szczególną uwagę poświęcono temu, jak postrzeganie menopauzy – zarówno indywidualne, jak i kulturowe – może wpływać na sposób, w jaki kobiety przeżywają ten etap życia.

Nie zabrakło również części poświęconej biologicznym i fizjologicznym aspektom menopauzy, w tym omówieniu zmian hormonalnych i ich konsekwencji zdrowotnych. Wiedza ta była nie tylko teoretyczna – miała wymiar praktyczny i została uzupełniona konkretnymi zaleceniami.

Dużym zainteresowaniem cieszyła się dyskusja dotycząca stylu życia w okresie okołomenopauzalnym. Wymieniliśmy się doświadczeniami i zaleceniami dotyczącymi odżywiania, aktywności fizycznej, suplementacji



W trakcie warsztatów szczególną uwagę poświęcono temu, jak postrzeganie menopauzy może wpłynąć na to, jak kobiety przeżywają ten etap życia.

oraz technik radzenia sobie ze stresem. Skupiłyśmy się na obalaniu mitów i stereotypów dotyczących menopauzy, podkreślając znaczenie rzetelnej, naukowo potwierdzonej wiedzy.

Warsztaty miały nie tylko charakter edukacyjny, ale również integracyjny i wspierający. Spotkanie potwierdziło, że menopauza to temat, o którym należy mówić otwarcie, bez tabu i z pełnym zrozumieniem dla indywidualnych doświadczeń każdej kobiety.

Spotkanie zakończyło się wspólnym wnioskiem: menopauza to nie dramat, lecz ważny i naturalny etap życia kobiety, który – przy odpowiednim wsparciu i świadomości – może stać się czasem rozwoju, zmiany i nowej jakości życia. □



Od lewej: mgr Aneta Kalinowska, dr Magdalena Kulmaczewska, mgr Agata Płońska.



rozkwita

Hortensja to niezwykle kwiat, który nawet przekwitając, nie traci swojego uroku – płatki stopniowo zmieniają barwę, nabierając głębi i szlachetności. Podobnie jak kobieta w okresie transformacji menopauzalnej, hortensja rozkwita na nowo w inny sposób – dojrzały, spokojniejszy, pełen wewnętrznej siły i piękna, które nie przemija, lecz się przemienia.

MENOPAUAZA.

Czy mamy na nią wpływ?

18 października obchodzony jest Światowy Dzień Menopauzy i Andropauzy. To okazja, aby zwrócić uwagę na problemy i możliwości radzenia sobie z objawami i następstwami zmian związanych z przekwitaniem.

Autor: mgr położnictwa Aneta Kalinowska, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego i neonatologicznego

Menopauza to według definicji WHO „ostateczne ustanie miesiączkowania w wyniku utraty aktywności pęcherzykowej jajników, po którym przez okres 12 miesięcy nie wystąpiło już żadne krwawienie”. Najczęściej przypada między 45. a 55. rokiem życia. Jest to naturalny proces biologiczny, który czeka każdą kobietę. Dokładnie to czysta biologia. Wiele kobiet zastanawia się, czy można wpłynąć na moment jej pojawienia się lub złagodzić jej objawy.

Według badań przeprowadzonych przez ośrodki badawcze istnieją czynniki, które wpływają na przyspieszenie lub opóźnienie tego etapu.

Wydaje się, że najsilniejszym czynnikiem jest genetyka. Należy przyrzeć się swojej rodzinie: siostrze, mamie, babci. Badania wykazały, że dziedziczność ma silny związek z momentem wygasania funkcji jajników. Jeśli matka przeszła menopauzę wcześniej, to prawdopodobnie u córki zacznie się ten proces również w młodszy wieku.

Co ciekawe, wpływ na ustanie miesiączkowania ma również fakt, czy kobieta była w ciąży i czy karmiła piersią. Okazuje się, że ciąża oraz karmienie piersią mogą nieco opóźnić menopauzę. Organizmy kobiet, które rodziły i karmiły, dłużej pozostają pod wpływem hormonów chroniących jajniki przed przedwczesnym wygasaniem.

W przypadku krótszych cykli menstruacyjnych – poniżej 26 dni, może dojść do wcześniejszego wygaśnięcia jajników. Może to oznaczać szybsze tempo dojrzewania pęcherzyków jajnikowych, co w konsekwencji prowadzi do szybszego wyczerpania rezerwy jajnikowej.

Kolejnym z powodów przedwczesnej menopauzy jest palenie papierosów. W sposób znaczący przyspiesza ono utratę aktywności pęcherzykowej jajników – średnio nawet o dwa lata. Szkodliwe substancje zawarte w papierosach powodują degenerację komórek



jajowych oraz zmniejszenie poziomu estrogenu. Jednocześnie badania pokazują, iż zerwanie z nałogiem może te ryzyko skutecznie obniżyć.

Wpływ na czas pojawienia się menopauzy ma również waga kobiety. Większy poziom tkanki tłuszczowej, a co za tym idzie większa ilość estrogenu w organizmie kobiet z nadwagą i otyłością, może, choć nie musi opóźniać proces wygasania funkcji jajników. U osób z niedowagą proces ten zazwyczaj zachodzi

wcześniej niż u pań z wagą prawidłową. Co nie oznacza, że warto drastycznie schudnąć w okresie przekwitania. Należy mieć prawidłową masę ciała. Pozwala to w sposób bardziej prawdopodobny przewidzieć, kiedy nadejdzie moment menopauzy.

Aktywność fizyczna oraz dieta co prawda nie mają większego wpływu na moment przekwitania, ale mogą w sposób istotny zmniejszać lub nasilać objawy menopauzy takie, jak: uderze-



nia gorąca, problemy ze snem, wahania nastroju. Posiłki bogate w wapń (np. jogurty, mleko, rośliny strączkowe, orzechy, szpinak, brokuł) oraz witaminę D (tłuste ryby, żółtka jaj) wpływają również na ryzyko osteoporozy, zmniejszając je. Warto zadbać dodatkowo o dietę bogatą w białko (rośliny strączkowe, chude mięso), kwasy omega-3 (ryby, orzechy), fitoestrogeny (siemię lniane, soja) oraz antyoksydanty (jagody, zielona herbata), by wspomóc organizm. W tym celu ograniczamy produkty zawierające dużą ilość cukrów, tłuszczy trans, kofeiny czy alkoholu. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca regularne ćwiczenia – co najmniej 150 minut aktywności fizycznej tygo-

dniowo. Zdecydowanie przełoży się to na podniesienie jakości życia na tym etapie.

Ostatni z poruszanych czynników (co nie czyni go wcale najmniej ważnym), jest wpływ pracy nocnej na życie kobiety. Praca, która zakłóca rytm dobowy ma ogromny wpływ na działanie osi podwzgórze – przysadka – jajniki. Ma ona wpływ na wydzielanie melatoniny, regulację rytmów hormonalnych i cyklu miesięczkowego, zwiększenie produkcji kortyzolu, zaburzenia w wydzielaniu hormonów LH i FSH oraz na spadek estradiolu. Prowadzi to do zaburzeń cyklu menstruacyjnego i niekiedy do przyspieszenia pojawienia się menopauzy. Badania pokazują, że im organizm jest

dłużej narażony na pracę zmianową w nocy, tym większy ma to wpływ na wyczerpanie funkcji jajników. □

Warto pamiętać

Nie mamy pełnej kontroli nad tym, kiedy menopauza się rozpocznie – o tym w dużej mierze decyduje genetyka. Jednak styl życia, dieta, masa ciała, palenie papierosów, czy aktywność fizyczna mogą mieć znaczny wpływ na przebieg tego procesu i jego objawy. Dlatego warto dbać o zdrowie na co dzień – nie tylko z myślą o menopauzie, ale o ogólnej jakości życia.

Piśmiennictwo:

1. van Asselt, K. M., Kok H. S., Pearson P. L. i inni. Heritability of menopausal age in mothers and daughters. *Fertility and Sterility*. 2004;82(5), 1348–1351.
2. Mishra, G. D., Pandeya N., Dobson A. J. i inni. Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early menopause. *Human Reproduction*. 2017;32(3):679–686.
3. Zhu D., Chung H. F., Dobson A. J. i inni. Age at natural menopause and risk of incident cardiovascular disease: a pooled analysis of individual patient data. *The Lancet Public Health*. 2018;4(11), e553–e564.
4. Freeman E. W., Sammel M. D., Lin H. i inni. Duration of menopausal transition is related to pattern of menstrual cycle changes and FSH levels. *Menopause*. 2012;19(9):1020–1027.
5. Whitcomb B. W., Purdue Smithe A. C., Szegda K. L. Cigarette Smoking and Risk of Early Natural Menopause. 2018;25(8):928–936.
6. Gold E. B., Bromberger J., Crawford S. i inni. Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *American Journal of Epidemiology*. 2001;153(9):865–874.
7. Elavsky S., McAuley E. Physical activity and symptoms of menopause: the role of affect and self-worth across time. *Menopause*. 2007;14(4):456–465.
8. National Institutes of Health (NIH). Witamina D i zdrowie kości u kobiet po menopauzie. 2020 Dostęp internetowy w dn. 11.07.2025r. www.nih.gov
9. Weaver C. M., Alexander D.D., Boushey C.J. i inni. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of fractures. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(24):2367–2376.
10. Freeman E. W., Sammel M.D., Lin H. i inni. Associations of hormone levels and menopausal status with depressive symptoms in women experiencing menopause. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(12):1270–1276.
11. Stock D., Redline S., Wright K.P. i inni. Night shift work and risk of early menopause in a prospective cohort. *Human Reproduction*. 2019;34(3):539–548.
12. Jensen M. A., Hansen A. M., Kristansen J. i inni. Shift work and menopause-related symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2016;42(5):409–416.
13. Zhu D., Chung H.F., Dobson A.J. i inni. Night shift work, age at natural menopause, and reproductive duration among nurses. *Menopause*. 2020;27(4):393–400.

Rosnąca rola technologii AI w profilaktyce raka piersi – diagnostyka i personalizacja leczenia

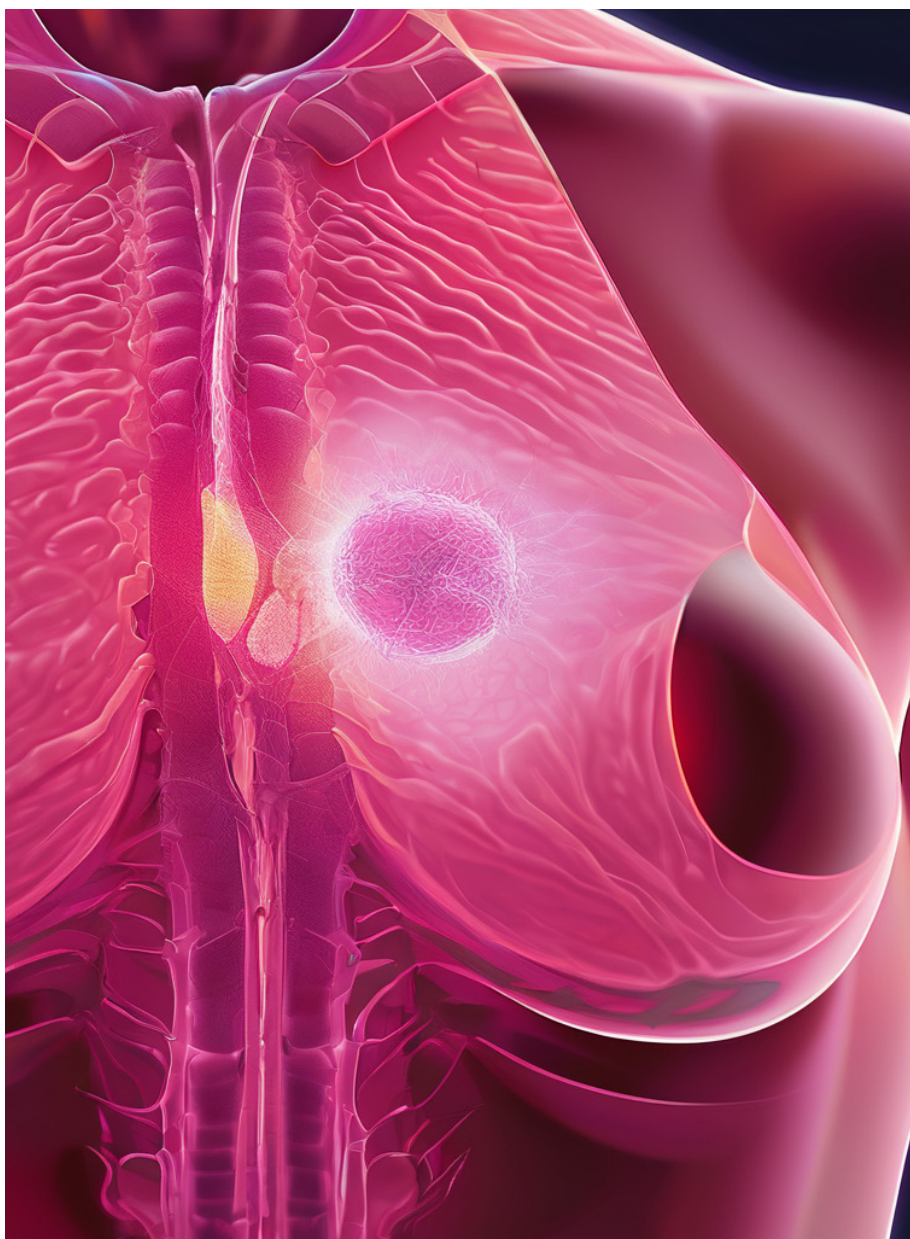
Październik jest miesiącem świadomości raka piersi, a od 2008 roku w dniu 15 października obchodzony jest Europejski Dzień Walki z Rakiem Piersi. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Najwięcej zachorowań wykrywa się u kobiet między 50. a 70. rokiem życia. Problem dotyczy jednak wszystkich kobiet po 20. roku życia, gdyż już wtedy trzeba zadbać o profilaktykę.

Autor: dr n. med. Anna Sienkiewicz

Szybki rozwój narzędzi cyfrowych i sztucznej inteligencji przekształca profilaktykę raka piersi z procesu opartego głównie na rutynowej mammografii w dynamiczny, wielowarstwowy ekosystem diagnostyczny. Dla położnych, radiologów i zespołów interdyscyplinarnych oznacza to nowe możliwości: wcześniejsze wykrywanie zmian, lepsze obrazowanie ognisk, bardziej trafna selekcja pacjentek do dalszej diagnostyki oraz coraz wyraźniejszy potencjał personalizacji opieki. Kluczowe innowacje, które przyspieszają te zmiany, to uniwersalne modele segmentacyjne, fuzja danych z mammografii 2D i tomosyntezy 3D oraz systemy wspomagające decyzje kliniczne – wszystkie łączone w coraz bardziej przemyślane, multimodalne rozwiązania.

Większa precyzja

Modele segmentacyjne, takie jak tzw. Segment Anything Model (SAM), wnoszą do obrazowania niemal rewolucyjną praktyczność: automatycznie wydzielają obszary zainteresowania na obrazie, niezależnie od modalności, co ułatwia lokalizację drobnych ognisk i mikrozwapnień. Z punktu widzenia klinicznego przekłada się to na dokładniejsze wskazanie miejsc do biopsji, lepsze monitorowanie zmian i bardziej przejrzystą komunikację z pacjentką – maski i heatmapy stają się narzędziem, które ułatwia pokazanie, dlaczego dana decyzja diagnostyczna została podjęta. Trzeba jednak pamiętać, że modele te wymagają dostrojenia na obrazach medycznych i lokalnej walidacji: szkolone na ogólnych zbiorach mogą generować błędne maski przy artefaktach czy niestandardowych prezentacjach.



Mniej fałszywych diagnoz

Drugim istotnym kierunkiem jest świadoma integracja informacji z klasycznej mammografii 2D i tomosyntezy 3D. W praktyce oznacza to, że zamiast traktować kolejne techniki obrazowania oddzielnie, systemy uczące się AI łączą cechy z obu modalności i dobierają je zależnie od regionu piersi i charakteru zmiany. Wynik jest obiecujący: w dużych analizach taka fuzja obniża liczbę fałszywych diagnoz nawet o około 30% przy jednoczesnym zachowaniu wysokiej czułości wykrywania nowotworów. Klinicznie ma to ogromne znaczenie – mniej niepotrzebnych biopsji, mniejsze obciążenie psychiczne dla pacjentek i lepsze wykorzystanie zasobów systemu opieki. W praktyce jednak wdrożenie tej strategii wymaga inwestycji w tomosyntezę, starannej rejestracji obrazów 2D, 3D oraz rygorystycznej lokalnej oceny wydajności modelu.

Wspomaganie decyzji klinicznych

Równolegle do lepszej segmentacji i multimodalnej fuzji rozwijają się systemy wspomagające decyzje kliniczne, które pełnią rolę „drugiego oka” dla diagnostów. W badaniach crossoverowych wsparcie AI poprawia dokładność interpretacji średnio o około 20%, skraca czas analizy i zmniejsza rozbieżności między obserwatorami. To szczególnie cenne w centrach z ograniczonym dostępem do doświadczonych radiologów: mniej doświadczeni lekarze szybciej osiągną poziom ekspertów, a doświadczeni zyskują większą pewność w przypadkach trudnych. Należy jednak zachować ostrożność – pojawia się zjawisko nadmiernego polegania na sugestii systemu. Dlatego w każdym miejscu, gdzie wdrażane są takie narzędzia, konieczne są protokoły wymagające uzasadnienia decyzji niezgodnych z rekomendacją AI oraz mechanizmy audytu wyników.

Największy potencjał w perspektywie ma łączenie danych obrazowych z informacjami klinicznymi i molekularnymi. Modele multimodalne, które uwzględniają wiek, historię rodzinną, gęstość tkanki czy profile genetyczne, potrafią lepiej ocenić ryzyko i pomóc dobrać optymalne następne kroki: obserwację, biopsję czy natychmiastowe leczenie. Taka integracja umożliwia bar-



dziej precyzyjne kierowanie pacjentek na terapie celowane oraz lepsze kwalifikowanie do badań klinicznych. Jednocześnie wymaga to solidnej infrastruktury IT, wysokiej jakości danych i dowodów z prospektywnych badań, że zastosowanie takich modeli prowadzi do rzeczywistej poprawy wyników zdrowotnych.

Narzędzie w edukacji

Wdrażanie tych technologii nie jest wolne od wyzwań. Modele często tracą wydajność przy przenoszeniu do innych populacji lub przy użyciu innego sprzętu – stąd konieczność lokalnej walidacji. Interpretowalność pozostaje problemem: heatmapy i maski pomagają, ale nie zastępują krytycznego myślenia klinicznego. Organizacyjnie potrzebne są mechanizmy wersjonowania modeli, audytu po wdrożeniu oraz jasne reguły odpowiedzialności za decyzje podejmowane z udziałem AI. Niezbędna jest także transparentna komunikacja z pacjentkami o roli technologii w diagnostyce oraz przestrzeganie zasad ochrony danych.

Co to oznacza dla zespołów klinicznych na co dzień? Dla położnych i pielęgniarek to szansa na lepsze narzędzia do edukacji pacjentek – obrazy z wyraźnie zaznaczonymi obszarami podejrzanymi ułatwiają wyjaśnienie, dlaczego proponowane są kolejne badania. Dla radiolo-

gów i onkologów oznacza to możliwość precyzyjniejszej selekcji pacjentek do tomosyntezy, MRI czy biopsji, a dla całego zespołu – bardziej przewidywalne i uporządkowane ścieżki diagnostyczne. Najważniejsze jest jednak aktywne zaangażowanie: uczestnictwo w pilotażach, lokalne walidacje, szkolenia w czytaniu wyników AI oraz tworzenie procedur przeciwdziałających nadmiernemu zaufaniu do algorytmów. □

Technologie oparte na sztucznej inteligencji i multimodalnej analizie obrazów już dziś zmieniają praktykę w profilaktyce raka piersi. Uniwersalne modele segmentacyjne, fuzja 2D+3D i systemy wspierające decyzje kliniczne oferują realne korzyści – poprawę wykrywalności, redukcję fałszywych alarmów i większą precyzję w personalizacji opieki. Aby jednak innowacje te przekuć na trwałe korzyści dla pacjentek, konieczne są krytyczne wdrożenia: lokalna walidacja, szkolenia personelu, jasne mechanizmy nadzoru i etyczna, przejrzysta komunikacja z pacjentkami. To moment, w którym profesjonalne zespoły medyczne mogą aktywnie kształtować, jak technologia będzie służyć bezpieczeństwu i jakości opieki nad kobietami.

Piśmiennictwo

1. Rofena A., Piccolob C. L., Zobel B.B., Soda P., Guarrasia V.: Augmented Intelligence for Multimodal Virtual Biopsy in Breast Cancer Using Generative Artificial Intelligence. Information Fusion. 03.2.2025 online: <https://arxiv.org/pdf/2501.19176>, dostęp: 16.10.2025
2. Park J., Witowski J., Xu Y., Trivedi H., Gichoya J., Brown-Mulry B. Et.all.: A Multi-Modal AI System for Screening Mammography: Integrating 2D and 3D Imaging to Improve Breast Cancer Detection in a Prospective Clinical Study, 11.04.2025 online: <https://arxiv.org/pdf/2504.05636>, dostęp: 16.10.2025
3. Vo H.Q., Zare S., Ly S.T., Wang L., Ezeana C. F., Yu X., et al.: Revisiting Invariant Learning for Out-of-Domain Generalization on Multi-Site Mammogram Datasets. 9.03.2025 online: <https://arxiv.org/pdf/2504.05636>, dostęp: 16.10.2025

Opieka nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi.

Rola pielęgniarki psychiatrycznej

Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego zainicjowany został w 1992 roku przez Światową Federację Zdrowia Psychicznego (ang. World Federation for Mental Health), globalną organizację zajmującą się zdrowiem psychicznym. Hasło przewodnie tegorocznego Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego to „Zdrowie psychiczne w sytuacjach kryzysowych.”

Autor: mgr pielęgniarstwa Justyna Hołownia, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, pielęgniarka oddziałowa oddziału psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choroszczy

Problemy ze zdrowiem psychicznym to jedno z największych wyzwań, jakie obserwujemy obecnie zarówno w ochronie zdrowia, jak i w codziennym życiu społecznym. Coraz więcej osób szuka wsparcia specjalistów, co dostrzegam także podczas mojej pracy na oddziale. Z jednej strony to pozytywne, bo wzrasta świadomość, z drugiej – pokazuje skalę problemu. Do szpitali trafiają nie tylko pacjenci z ciężkimi zaburzeniami, jak schizofrenia, ale też osoby z zaburzeniami adaptacyjnymi, lękowymi czy uzależnieniami. Co ważne, coraz częściej są to młodzi ludzie, nastolatki, którzy zupełnie nie radzą sobie z presją otoczenia, mediów społecznościowych, czy trudnościami w szkole. Jako praktyk widzę, jak ogromne znaczenie w leczeniu tych pacjentów ma nie tylko sama terapia czy leki, ale też sposób, w jaki budujemy z nimi relację – od pierwszego kontaktu po wypis ze szpitala.

Konsekwencje tych zaburzeń dotyczą nie tylko samego pacjenta. Cierpi na tym jego rodzina, bliscy oraz całe otoczenie społeczne. Problemy te prowadzą do kryzysów rodzinnych, trudności w pracy, a często także do izolacji społecznej. To wszystko dodatkowo utrudnia proces leczenia i wychodzenia z choroby [1].

Skuteczna pomoc wymaga zintegrowanego podejścia łączącego farmakoterapię, psychoterapię, rehabilitację oraz profesjonalne wsparcie ze strony pielęgniarek [2]. Ogromne znaczenie ma także współpraca ze środowiskiem lokalnym i różnymi instytucjami wsparcia, które pomagają pacjentowi po wyjściu ze szpitala, ułatwiając mu powrót do codziennego życia [2].

To właśnie pielęgniarki psychiatryczne utrzymują z pacjentami najbliższy i najbardziej regularny kontakt podczas hospitalizacji. Poza kontrolowaniem stanu somatycznego, ich codzienne zadania obejmują również bieżącą ocenę kondycji psychicznej pacjenta oraz reagowanie na pojawiające się trudności. Bardzo często są pierwszymi osobami, do których pacjent się zwraca, a ich postawa decyduje o tym, czy poczuje się bezpiecznie i będzie zrozumiany [3]. Zakres ich zadań wykracza daleko poza typową opiekę pielęgnacyjną – obejmuje również wsparcie emocjonalne, edukację pacjenta i jego bliskich oraz budowanie relacji terapeutycznej, opartej na wzajemnym zaufaniu [3]. To ostatnie jest kluczowe, bo pacjenci psychiatryczni często boją się stygmatyzacji i oceny, co bardzo utrudnia otwartą rozmowę [3].

Farmakoterapia w pracy pielęgniarki psychiatrycznej

Jednym z ważniejszych obszarów pracy pielęgniarki psychiatrycznej jest uczestnictwo w farmakoterapii. Psychotropy – leki przeciwdepresyjne, neuroleptyki, stabilizatory nastroju czy anksjolityki – stanowią podstawę leczenia wielu zaburzeń [6]. Pielęgniarka nie tylko podaje leki zgodnie z zaleceniem lekarza, ale też uważnie obserwuje efekty leczenia oraz ewentualne skutki uboczne.

Codzienny kontakt z pacjentem pozwala pielęgniarkom dostrzegać drobne zmiany – zarówno poprawę, jak i niepożądane objawy, takie jak nadmierne uspokojenie, przyrost masy ciała czy objawy neurologiczne. Ich rola to także



edukowanie pacjentów i ich bliskich na temat regularnego przyjmowania leków, ryzyka nagłego odstawienia oraz tego, jak leczenie wpływa na codzienne życie [6].

Farmakoterapia jest oczywiście ważnym elementem naszej pracy, ale nie ogranicza się do samego podawania leków. Bardzo często pacjenci mają ogromne obawy przed leczeniem – obawiają się uzależnienia, skutków ubocznych, a niektórzy nie wierzą, że leki mogą im pomóc. Nasza rola to nie tylko kontrola dawek i obserwacja reakcji organizmu, ale też edukacja prowadzona prostym, zrozumiałym językiem.

Zdarzało się, że pacjent, który dobrze funkcjonował w szpitalu, po powrocie do domu sam odstawiał leki, bo nikt mu nie wyjaśnił, jakie mogą być tego skutki. Dlatego rozmowy edukacyjne muszą być prowadzone prostym, zrozumiałym językiem – bez nadmiaru fachowych terminów. Dostosowanie komunikatu do pacjenta bywa trudniejsze niż sama farmakoterapia.

Rehabilitacja psychiatryczna

Rehabilitacja jest nieodłącznym elementem całościowej opieki nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi. Pielęgniarki psychiatryczne aktywnie uczestniczą w planowaniu i realizacji programów rehabilitacyjnych, które obejmują zarówno aspekty fizyczne, jak i psychospołeczne. Celem jest przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej samodzielności oraz wsparcie go w powrocie do życia społecznego i zawodowego [5].

Pielęgniarki współpracują z terapeutami zajęciowymi, psychologami i pracownikami socjalnymi, pomagając organizować zajęcia rozwijające umiejętności społeczne i poprawiające samoocenę pacjentów. Wspierają ich też w nauce codziennych czynności i w szukaniu konstruktywnych sposobów na spędzanie wolnego czasu [5].

Wyzwania zawodowe pielęgniarki psychiatrycznej

Opieka nad pacjentami w ostrym kryzysie, niekiedy agresywnymi lub skrajnie wycofanymi, to duże obciążenie psychiczne. Ciągły kontakt z cierpieniem, zachowaniami autodestrukcyjnymi czy manipulacjami emocjonalnymi wymaga dużej odporności psychicznej.

Pielęgniarki współpracują z terapeutami zajęciowymi, psychologami i pracownikami socjalnymi, organizując zajęcia rozwijające umiejętności społeczne, poprawiające samoocenę pacjentów i przygotowujące ich do życia poza placówką. Wspierają pacjentów w nauce codziennych czynności, planowaniu czasu wolnego oraz w poszukiwaniu konstruktywnych form spędzania czasu [5].

Praca pielęgniarki psychiatrycznej jest pełna wyzwań, które wynikają zarówno ze specyfiki pacjentów, jak i ograniczeń systemowych. Wyzwaniem jest konieczność stałego balansowania między ochroną praw pacjenta a zapewnieniem bezpieczeństwa jemu i otoczeniu. Sytuacje wymagające zastosowania przymusu bezpośredniego są dla personelu niezwykle obciążające psychicznie, a jednocześnie wymagają perfekcyjnej znajomości przepisów i procedur [7].

Pielęgniarki psychiatryczne narażone są na zjawisko wypalenia zawodowego, które wynika z chronicznego stresu, braku wsparcia psychologicznego i przeciążenia obowiązkami. Dlatego też w wielu placówkach wprowadza się programy profilaktyki wypalenia, takie jak grupy wsparcia, warsztaty radzenia sobie ze stresem czy superwizje kliniczne [4].

Stosowanie przymusu bezpośredniego

W szczególnych sytuacjach, gdy pacjent stwarza zagrożenie dla siebie lub otoczenia, pielęgniarki psychiatryczne mogą być zmuszone do zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego przymus może obejmować przytrzymanie, unieruchomienie, izolację lub podanie leków wbrew woli pacjenta [7]. Każda taka interwencja wymaga precyzyjnego dokumentowania, uzasadnienia medycznego oraz stałego monitorowania stanu pacjenta, tak aby minimalizować ryzyko nadużyć i naruszeń jego godności.

Prawa pacjenta w opiece psychiatrycznej

Respektowanie praw pacjenta stanowi kluczowy element pracy pielęgniarki psychiatrycznej. Pacjenci z zaburzeniami zdrowia psychicznego, z uwagi na specyfikę swoich schorzeń oraz częste hospitalizacje, są szczególnie narażeni na ryzyko naruszeń ich praw, dlatego personel medyczny ma obowiązek stałego dbania o ich godność i bezpieczeństwo.

Każdy pacjent, niezależnie od diagnozy, ma prawo do pełnej informacji o stanie zdrowia, proponowanych metodach leczenia oraz potencjalnych skutkach ubocznych. Pielęgniarki odgrywają istotną rolę w procesie przekazywania tych informacji, dostosowując je do możliwości poznawczych pacjenta, jego stanu emocjonalnego i poziomu gotowości do współpracy [7].

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, pacjenci mają prawo do wyrażania zgody na leczenie, a każda forma terapii – farmakologiczna, psychoterapeutyczna czy rehabilitacyjna – powinna być poprzedzona uzyskaniem świadomej zgody pacjenta. Wyjątek stanowią sytuacje, w których pacjent, ze względu na swój stan psychiczny, nie jest zdolny do wyrażenia zgody lub stwarza zagrożenie dla siebie i innych. W takich przypadkach obowiązują ściśle określone procedury, a każda decyzja o zastosowaniu leczenia bez zgody pacjenta podlega rejestracji i kontroli [7]. Pielęgniarki psychiatryczne mają także obowiązek monitorowa-

nia przestrzegania prawa pacjenta do prywatności i intymności. Dotyczy to zarówno warunków pobytu na oddziale, jak i prowadzenia rozmów diagnostycznych i terapeutycznych. Właściwa organizacja przestrzeni oraz sposób komunikowania się z pacjentem sprzyjają budowaniu atmosfery szacunku i bezpieczeństwa [7].

Ważnym aspektem pracy pielęgniarek psychiatrycznych jest również edukacja pacjentów i ich rodzin na temat przysługujących im praw oraz mechanizmów odwoławczych. Pacjent powinien mieć świadomość, że w każdej chwili może zwrócić się o pomoc do rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego lub skorzystać z pomocy instytucji zewnętrznych, takich jak Biuro Rzecznika Praw Pacjenta [7]. □

Praca pielęgniarki psychiatrycznej to nie tylko wykonywanie zleceń lekarskich. To codzienne budowanie relacji, wnikliwa obserwacja pacjentów w kierunku zmian w zachowaniu pacjentów. Każdy dzień przynosi coś nowego – od trudnych decyzji związanych z przymusem bezpośrednim, po chwilę, gdy pacjent po raz pierwszy po dłuższym pobycie na oddziale wykazuje zainteresowanie farmakoterapią czy planowanym procesem terapii. To praca, która uczy pokory, cierpliwości i szacunku do drugiego człowieka – bez względu na jego diagnozę czy historię życia. I choć bywa trudna, to momenty, w których pacjent zaczyna odzyskiwać zdrowie, dochodzi do remisji przynosi wiele satysfakcji z wykonywanego zawodu.

Piśmiennictwo:

1. Bilikiewicz A. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021: 23–48, 311–356.
2. Jaracz K., Rybakowski J. Pielęgniarstwo psychiatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 45–87, 204–229.
3. Kowalik S., & Stawiarska P. Komunikacja terapeutyczna w opiece psychiatrycznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2019: 63–102, 175–192.
4. Kiejna A., & Piotrowski P. System opieki psychiatrycznej w Polsce. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2019: 15–34, 89–114.
5. Grzywa A. Rehabilitacja psychiatryczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018, s. 101–136, 205–217.
6. Rabe-Jabłońska J. Farmakoterapia w psychiatrii. Urban & Partner, Wrocław 2017: 39–76, 145–162.
7. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz.U. 2022, poz. 2123), art. 3, 18, 23–26.

Światowy Dzień Choroby Alzheimera

21 września obchodziliśmy Światowy Dzień Choroby Alzheimera – choroby, która wciąż pozostaje jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny i społeczeństwa. Po raz pierwszy obchodzono go w 1994 roku, dokładnie w 10 rocznicę powstania międzynarodowej organizacji Alzheimer Disease International (ADI), a od 2001 roku to właśnie wrzesień został ogłoszony Światowym Miesiącem Choroby Alzheimera.

Autor: mgr Michalina Krakowiak

CŚwiatowy Dzień Alzheimera to szczególny moment, by zatrzymać się na chwilę i pomyśleć o tych, którzy mierzą się z tą trudną diagnozą – zarówno o pacjentach, jak i o ich rodzinach. Jest okazją do zwiększenia świadomości społecznej, zwalczania stygmatyzacji choroby, wspierania chorych i ich rodzin, a także do promowania badań nad nowoczesnymi metodami profilaktyki i leczenia.

STATYSTYKI

Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną otępienia. Szacuje się, że na świecie żyje ponad 55 milionów ludzi z demencją, z czego 60–70% przypadków to choroba Alzheimera. Natomiast w Polsce mówi się o kilkuset tysiącach chorych, choć wielu z nich nigdy nie otrzymuje formalnej diagnozy. Z uwagi na starzenie się społeczeństwa do 2050 roku liczba chorych w naszym kraju może się podwoić, a na świecie nawet potroić. Dlaczego? Początkowe objawy bywają mylące. Starsze osoby zaczynają zapominać o drobnych sprawach – jak miała na imię poznana osoba, co wydarzyło się dzień wcześniej, gdzie położyły klucze czy portfel. Wiele osób tłumaczy to zwykłym „roztargnieniem” czy „starzeniem się”. Niestety, z czasem problemy narastają. Chorzy zaczynają mieć trudności w prowadzeniu rozmów, gubią się w znanych miejscach, nie potrafią zaplanować prostych czynności życia codziennego. Późniejsze stadia choroby sprawiają, że pacjenci tracą samodzielność i wymagają całodobowej opieki.

OBJAWY

Alzheimer to nie tylko choroba pamięci. To także zaburzenia nastroju, lęk, niepokój czy apatia. Bliscy często mówią, że „znikają” osoby, które znali – ktoś dawniej aktywny i towarzyski staje się cichy, zamknięty w sobie, nie-



kiedy rozdrażniony. To bardzo bolesne doświadczenie dla rodzin, które muszą zmierzyć się z nieustannym stresem i odpowiedzialnością. Opiekunowie nie rzadko sami cierpią na przemęczenie i poczucie bezradności. Dlatego tak ważna jest świadomość społeczna i wsparcie. Światowy Dzień Choroby Alzheimera przypomina nam, że osoby dotknięte tym schorzeniem nie mogą zostać same. Potrzebują nie tylko profesjonalnej opieki medycznej, ale również zrozumienia, cierpliwości i empatii ze strony otoczenia.

LECZENIE

Choć dziś nie ma leku, który całkowicie zatrzymałby rozwój choroby, wczesne rozpoznanie daje szansę na spowolnienie jej postępu. Istnieją terapie farmakologiczne, które poprawiają funkcjonowanie mózgu oraz zajęcia aktywizujące – ćwiczenia pamięci, muzykoterapia, zajęcia ruchowe. Ważna jest także dobra organizacja życia codziennego: spokojne otoczenie, stały rytm dnia, unikanie nadmiernych bodźców. To drobne elementy, które pomagają chorym czuć się bezpieczniej i bardziej komfortowo.

Nie można zapominać o rodzinach – to one ponoszą największy ciężar choroby. Dlatego potrzebne są grupy wsparcia, punkty konsultacyjne, a także kampanie edukacyjne, które pokażą, jak opiekować się osobą z Alzheimerem i jednocześnie pozwolić zadbać o siebie.



21 września to dzień, w którym powinniśmy mówić głośno: Alzheimer nie może być tematem tabu. Każdy z nas może zrobić coś dobrego – poszerzyć swoją wiedzę, okazać cierpliwość sąsiadowi, który zapomina imion, wesprzeć rodzinę, która opiekuje się chorym. Pamiętajmy, że choroba Alzheimera nie odbiera człowieczeństwa. Każdy chory zasługuje na szacunek, uwagę i troskę.

Światowy Dzień Choroby Alzheimera to nie tylko data w kalendarzu. To także okazja, aby okazać zrozumienie osobom chorym i ich bliskim, a jednocześnie promować wiedzę, badania i działania, które mogą poprawić jakość życia milionów ludzi na całym świecie. To wezwanie do empatii i solidarności – bo jutro problem może dotyczyć nas samych lub naszych bliskich.

Pielęgniarka stomijna w praktyce

– specjalistka od trudnych momentów i nowych początków

5 października obchodzony jest Dzień Stomika – z tej okazji mgr Weronika Puchalska spotkała się z pielęgniarką stomijną mgr pielęgniarstwa Ewą Gryką, specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Stomijnych.

PStomia to dla pacjenta ogromna zmiana – zarówno fizyczna, jak i psychiczna. Adaptacja do nowej sytuacji życiowej wymaga czasu, cierpliwości i profesjonalnego wsparcia. Właśnie tutaj niezastąpioną rolę odgrywa pielęgniarka stomijna. To specjalistka, która nie tylko uczy pielęgnacji stomii i pomaga w doborze odpowiedniego sprzętu, ale przede wszystkim towarzyszy pacjentowi w procesie odzyskiwania samodzielności i poczucia bezpieczeństwa. Jej praca to połączenie wiedzy, doświadczenia oraz empatii, bez których trudno wyobrazić sobie skuteczną opiekę nad osobą ze stomią.

W. P.: Co sprawiło, że wybrała Pani taką specjalizację i pracuje Pani w tej dziedzinie?

E. G.: Właściwie to nie do końca był mój wybór, ponieważ dostałam propozycję pracy z pacjentami ze stomią od pielęgniarki naczelnej naszego szpitala. Odeszła osoba, która pracowała na tym stanowisku wcześniej i należało znaleźć kogoś, kto przejąłaby jej obowiązki. Nie ukrywam, że moja pierwsza reakcja była negatywna, chciałam odmówić, ale potem przemyślałam wszystko na spokojnie i uznałam, że może jednak warto zająć się edukacją pacjentów ze stomią i przyjąć na tę ofertę pracy.

W. P.: Czyli potrzebowała Pani czasu, aby przemyśleć tą propozycję?

E. G.: Wydaje mi się, że w naszym środowisku zawodowym pojawia się strach oraz niepewność przed opieką nad pacjentem ze stomią. To nie zachęcało do podjęcia decyzji o pracy w tej profesji.

W. P.: Czy myśli Pani, że ten strach wynika z tego, że jesteście niedostatecznie wyedukowani w tym temacie – zarówno personel, jaki i pacjenci?

E. G.: Tak, rzeczywiście. W sytuacji, kiedy pacjent przebywa na oddziale i dochodzi



mgr pielęgniarstwa Ewa Gryka

na przykład do podciekania przy stomii, niejednokrotnie nie wiemy, co robić, jakie działania podjąć, jaki wykorzystać sprzęt. Podejmując decyzję o pracy z pacjentem ze stomią, miałam świadomość, że będę zdana „sama na siebie”. Wiązało się to z bardzo dużą odpowiedzialnością za pacjenta.

W. P.: Jak wyglądało Pani przygotowanie do pracy z takimi pacjentami?

E. G.: Przygotowanie to przede wszystkim ukierunkowana edukacja. Zrobi-

łam kurs specjalistyczny „Opieka nad pacjentem ze stomią” – to jest podstawa. Brałam udział w szkoleniach organizowanych przez Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych, którego jestem członkiem. Towarzystwo dodatkowo proponuje nam wsparcie w zakresie edukacji. Oczywiście ważnym elementem była też współpraca z firmami, które zapraszają na szkolenia i przygotowują materiały edukacyjne. To ważne w okresie edukacji, ponieważ firmy edukują na swoim sprzęcie, a ja dzięki temu mam

Fot. archiwum Ewy Gryki.

ogromną wiedzę na temat poszczególnych akcesoriów, jakie są dostępne na rynku. Jednak ważne jest przede wszystkim doświadczenie, którego nabiera się podczas pracy z pacjentami.

W. P.: Jak wygląda Pani typowy dzień w pracy? Jakie są Pani najważniejsze zadania? Czy pacjenci przychodzą od rana, czy są umawiani na konkretne godziny?

E. G.: Tak, są umawiani na konkretne godziny. W Polsce nie ma poradni stomijnych, pacjenci ze stomią są przyjmowani na NFZ w ramach poradni chirurgicznych. Gabinety pielęgniarek stomijnych w szpitalach nazywane są różnie, natomiast faktycznie działają one przy poradniach zabiegowych. Pacjenci rejestrowani są na konkretny dzień i godzinę. Przy wypisie pacjenta z oddziału automatycznie jest ustalana pierwsza wizyta w poradni chirurgicznej. Kolejne wizyty są ustalane na bieżąco. Istnieją też sytuacje, kiedy pacjent przekierowywany jest z powodu różnych problemów bądź dolegliwości związanych ze stomią, gdy pomoc musi być udzielona natychmiastowo, ale najczęściej jest tak, że pacjent po odbyciu pierwszej wizyty jest rejestrowany na kolejną. Później, w razie potrzeby, zalecamy pacjentowi, aby pojawił się u nas za 3–4 miesiące w celu kontroli, oczywiście z zastrzeżeniem, że gdyby cokolwiek się wydarzyło, ma prawo pojawić się wcześniej. Trafiają do nas nie tylko pacjenci z naszego szpitala. Mamy obowiązek objęcia opieką każdego potrzebującego pacjenta ze stomią.

W. P.: Jeśli pacjenci zgłaszają się wcześniej (przed planowaną wizytą), to jakie są to zazwyczaj dolegliwości?

E. G.: Są to bóle brzucha, nudności, wymioty, przeciekanie przy założonym sprzęcie stomijnym. Często pacjenci nie są w stanie nazwać tego, co się dzieje, ale są zaniepokojeni stanem stomii. Czasami wystarczy, że przyjmimy chorego i dokładnie zbadamy, zapytamy o dolegliwości, obejrzymy uważnie stomię i skórę wokół niej, a pozwala nam ocenić całą sytuację. Niejednokrotnie stwierdzamy, że nie dzieje się nic niepokojącego, ale dzięki temu pacjent czuje się uspokojony. Sama stomia nie jest chorobą. Najczęściej wyłoniona jest ona z powodów onkologicznych i w takiej sytuacji pacjenci muszą być pod kontrolą lekarza. Ważne jest, żeby choroba podstawowa była prowadzona prawidłowo, dodatkowo bardzo ważna jest właściwa opieka nad stomią – to się wszystko łączy.

W. P.: Czy współpracuje Pani z rodziną pacjenta?

E. G.: Tak, rodzina pacjenta to ogromne wsparcie. Ważni też są opiekunowie, jeśli pacjent przebywa w ośrodku, np. w DPS. Często bez nich moja praca byłaby bardzo trudna lub wręcz niemożliwa. Bardzo lubię spotykać się nie tylko z pacjentami, ale również z osobami, które ich wspierają i pomagają w opiece. Natomiast zawsze trzeba pamiętać o tym, żeby nie stracić z pola widzenia samego pacjenta – to on jest najważniejszy w trakcie wizyty. Chorego nie można pomijać podczas wizyty w obecności rodziny. On chce posiąść wiedzę, to jest jego zdrowie, jego ciało, jego stomia.

W. P.: Czy ma Pani może jakieś wskazówki jak wspierać pacjentów stomijnych? Nie da się ukryć, że taka sytuacja negatywnie wpływa na jakość ich życia. Czy pacjenci często są załamani sytuacją, w jakiej się znaleźli?

E. G.: Początki życia ze stomią są naprawdę bardzo trudne. Nie można od razu zapewniać, że będzie dobrze i łatwo. To przyjdzie z czasem, po kilku miesiącach. W początkowym okresie pacjent po zabiegu jest obolały, ma trudności ze wstaniem z łóżka. Do tego dochodzi dren, opatrunki, worek – to utrudnia funkcjonowanie w początkowym etapie. Wszystko to dla pacjenta jest nowe i sam

nie jest w stanie sobie z tym poradzić. Ponadto zmienia się fizjologia, ciało. Pacjenci mają bardzo wiele pytań – pytają o zapachy, o to, czy to wszystko będzie widać. W swojej pracy zawodowej miałam niewielu pacjentów, którzy od początku mieli pozytywne, wyciszone podejście do sytuacji, w jakiej się znaleźli. U większości pojawiają się negatywne emocje, niepokój i strach. U pacjentów onkologicznych jest to dodatkowo trudny czas, ponieważ równocześnie czekają na wynik histopatologii, co będzie miało decydujący wpływ na dalsze leczenie. Działam krok po kroku, mam świadomość, że nie da się zrobić wszystkiego w przeciągu 2–3 dni. Budowanie relacji z pacjentem, jego rodziną czy bliskimi wymaga czasu. Na pewno dużo łatwiej jest, kiedy już od pierwszej wizyty udaje się pozyskać zaufanie pacjenta. To też jest dla mnie bardzo satysfakcjonujące.

Tak naprawdę pacjent jest zdany na mnie – mogę mu pomóc najlepiej, jak tylko potrafię, potraktować go w sposób profesjonalny i ludzki. Pacjenci to wszystko czują i widzą, jak się zachowuję. Ważne, żeby zauważył, że mam szacunek do niego, jego choroby i problemów, że chcę mu pomóc. To jest ogromne zaufanie i krok do poczucia bezpieczeństwa. Dzięki temu pacjent ma świadomość, że na nowej drodze jest ktoś, kto mu pomoże i czuje się zaopiekowany.



Lubię zdanie, którego nauczyła mnie Pani, która zakładała pierwszą poradnię stomijną w Polsce (Pani Grażyna Majewska) – „Muszę przepracować traumę pacjenta”. Kiedyś pacjent powiedział mi „Proszę słuchać, bo dwa razy nie powtórzę, to jest dla mnie trudne”.

Pacjenci są różni – młodszy, starszy, ci ostatni gorzej słyszą, mniej rozumieją – oni potrzebują o wiele więcej mojego czasu. Kiedy pacjent jest w poradni, nie mogę go pospieszać. Kiedy uczę pacjenta obsługi stomii, on musi przy mojej obserwacji i kontroli zrobić wszystko samodzielnie, a to wymaga czasu.

W. P.: Wydaje mi się, że często zapominamy o mówieniu pacjentom, co robimy, wtedy nie do końca czują się bezpiecznie. Jakie ma Pani do tego podejście?

E. G.: Zgadza się. Pacjent potrzebuje usłyszeć, potrzebuje zobaczyć, potrzebuje dotknąć. Nawet proste dla nas czynności muszą być dokładnie wytłumaczone i pokazane. Pacjenci otrzymują dużo materiałów edukacyjnych, ale przyznam szczerze, że zazwyczaj tego nie czytają. Łatwiej przyswajają wiedzę, którą zdobywają na wizytach. Może wynika to z tego, że w początkowym etapie otrzymują dużo dokumentów, skierowań i to ich przytłacza. Do materiałów wracają w późniejszym etapie. Bardzo dużo materiałów edukacyjnych jest w Internecie, np. filmiki i rzeczywiście część osób z tego korzysta – szczególnie osoby młode.

W. P.: Czy pacjenci chętnie mówią o swoich obawach?

E. G.: To tak naprawdę kwestia osoby i tego, jakie ona ma problemy. Niektórzy przychodzą i otwarcie mówią, ale są też tacy, którzy wymagają czasu. Są też takie osoby, które nie mówią zupełnie nic, ale wtedy przyglądam się stomii i jestem w stanie zauważyć, że coś jest nie tak i wtedy próbujemy rozpisnąć problemy. Wiem, że zaufanie u pacjenta muszę zbudować. Większość jednak woli zapytać, wolą upewnić się niż zostać bezradni w weekend lub w nocy.

W. P.: Czy ma Pani takie przykłady ze swojej pracy? O tym, że to dobre przygotowanie pacjenta zmieniło jego życie i podejście do choroby?

E. G.: To jest główny cel mojej pracy. Na przykład jeśli chodzi o panię, to zdarzyło mi się wiele razy, że – kiedy są one jeszcze na oddziale, to pojawiają się w szlafrokach, często nieuczesane, a kiedy już pojawiają się ambulatoryjnie, przychodzą do mnie elegancko ubrane i umalowane. Wtedy mam takie po-

czucie, że to rzeczywiście osoba, która musiała się odnaleźć w zupełnie nowej sytuacji i sobie poradziła. Z czasem niektórzy pacjenci mówią, że na co dzień są w stanie zapomnieć o stomii, funkcjonują w życiu rodzinnym, społecznym, rodzinnym, małżeńskim. Natomiast na to wszystko potrzeba czasu. Głowa każdego z nas pracuje inaczej. Jeden potrzebuje kilku tygodni, inny kilku miesięcy.

W. P.: Czyli to bardzo indywidualna kwestia.

E. G.: Dla mnie najważniejsze jest, aby pacjent był samodzielny i zdrowy. Bardzo wiele stomii jest wylonionych czasowo, a tych na stałe jest naprawdę niewiele. Pacjent ze stomią czasową żyje z nadzieją, że za kilka miesięcy będzie po wszystkim. Natomiast Ci, którzy muszą mieć stomię na stałe, zaczynają z czasem rozumieć i akceptować, że potrzebują ich do życia. Pacjenci uczą się funkcjonować w nowej rzeczywistości – wyjeżdżają nad morze, w góry, uprawiają sport. Staram się uświadamiać pacjentom, że osób funkcjonujących ze stomią jest naprawdę wiele i podaję przykłady, jak świetnie można sobie z nią radzić i normalnie funkcjonować w społeczeństwie.

W. P.: Jakie są największe trudności, z którymi Pani się mierzy na co dzień?

E. G.: To chyba emocje pacjentów. No i oczywiście cierpliwość do nich. To, że muszę się dopasować do ich potrzeb, do ich tempa pracy i rozumienia pewnych rzeczy. To wymaga ode mnie wiele cierpliwości, bo jeśli ja jej nie okażę, to pacjent będzie czuł, że ja się irytuję i spieszę, a to nie będzie dobre. Tego wszystkiego trzeba się też uczyć. Bardzo ważna jest uważność, by dostrzegać pojawiające się powikłania, właściwie dobrać sprzęt stomijny, ważne jest, by brać pod uwagę oczekiwania pacjenta, jego możliwości. Praca z pacjentem jest bardzo indywidualna, bo to, co ja wiem i czego się nauczyłam, trzeba przełożyć na indywidualną osobę i jego potrzeby. Zawsze lubię moment, kiedy pacjent jest u mnie po raz pierwszy, pierwszy raz zdejmuję jego worek stomijny i mam okazję zobaczyć stomię. Trzeba słuchać pacjenta, chociaż czasem zdarza się, że to czego on chce, nie jest dla niego dobre i właściwe. Zdarza się też, że pacjent postawi na swoim, a na kolejnej wizycie przyznaje mi rację. To najlepsza lekcja, kiedy pacjent sam się przekona, że coś nie działa.

W. P.: Jakie cechy charakteru pomagają być dobrą pielęgniarką stomijną?

E. G.: Myślę, że przede wszystkim empa-

tia, cierpliwość, sprawność manualna, dokładność. Trzeba też mieć chęć, czuć stomię – ciężko to opisać. Trzeba mieć to coś, żeby pracować z pacjentem ze stomią. Trzeba mieć też otwartą głowę na edukację. Muszę mieć dużą wiedzę, żeby móc odpowiedzieć na każde pytanie pacjenta. Tak naprawdę ciągle uczę – jestem pewna, że warto pojechać na konferencję, usłyszeć ekspertów, zobaczyć nowy sprzęt stomijny – tu naprawdę bardzo dużo się zmienia.

W. P.: Jak zmieniło się Pani spojrzenie na zawód pielęgniarki, pracując z pacjentami ze stomią?

E. G.: Generalnie bardzo lubię swój zawód i pracę. Mam wrażenie, że pacjent ze stomią jest bardzo specyficznym pacjentem. Dzięki pracy z nim zrozumiałam, jak ogromnym wsparciem może być pielęgniarka – w bardzo pozytywnym znaczeniu. Na co dzień widzę, jak moja wiedza i doświadczenie może pomóc pacjentowi w jego powrocie do zdrowia i życia. Czuję się naprawdę bardzo spełniona dzięki swojej pracy zawodowej.

W. P.: Ilu pacjentów dziennie przychodzi do Pani na wizytę? Ile mniej więcej trwa taka wizyta?

E. G.: To bardzo różnie. Dzisiaj były 4 osoby. Długość wizyt zależy od tego, czy są to wizyty pierwszorazowe, czy kontrolne. Sprawa jest bardzo indywidualna – jeśli pacjent potrzebuje godziny, to tą godzinę otrzymuje. Czasami wizyta może trwać 15 minut i to też w danej sytuacji jest wystarczające. Pacjent nie zawsze jest w stanie samodzielnie wszystko ocenić. Dlatego tak ważne są te wizyty raz na 3–4 miesiące, żeby wykluczyć wszelkiego rodzaju powikłania.

W. P.: Jakie przesłanie chciałaby przekazać Pani pacjentom, którzy dopiero rozpoczynają swoje życie ze stomią? Może jakieś słowo otuchy dla tych osób?

E. G.: Przytoczę to, co często lubię powtarzać swoim pacjentom – z czasem naprawdę wszystko się ułoży. Trzeba dać sobie czas, cierpliwość. Rolą pielęgniarki stomijnej jest towarzyszenie w drodze pacjentowi ku lepszemu funkcjonowaniu w codziennym życiu.

W. P.: Jestem pełna podziwu, z jaką pasją i zainteresowaniem opowiada Pani o swojej pracy. Myślę, że jest Pani ogromną inspiracją dla innych. Bardzo dziękuję za rozmowę.

E. G.: Uważam, że każdy powinien znaleźć dla siebie profesję, w której się spełnia i czuje najlepiej. Dziękuję bardzo za rozmowę.

W. P.: To było niezwykle spotkanie. □

Vivat Academia, vivant Professores!

Uroczysta inauguracja roku akademickiego 2025/26

3 października w sali Opery i Filharmonii Podlaskiej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku uroczystie rozpoczął rok akademicki 2025/26. To była szczególna inauguracja, bo połączona ze Zjazdem Absolwentów oraz świętowaniem 75-lecia działalności uczelni.

Autor: dr n. med. Anna Baranowska

W operze zgromadzili się liczni zaproszeni goście, przedstawiciele władz państwowych, samorządowych i miejskich, duchowieństwa oraz najważniejszych instytucji państwowych i medycznych, ale przede wszystkim studenci, nauczyciele akademicki oraz pracownicy UMB. Bo uczelnia to ludzie – taki też był tytuł zaprezentowanego filmu „Uczelnię budowali ludzie”, w którym pojawiły się fragmenty kultowej Polskiej Kroniki Filmowej okresu powojennego Białegostoku i odbudowy Pałacu Branickich. A czarno-białe fotografie profesorów oraz pierwszych studentów dzięki animacji ożyły na ekranie, wzruszając uczestników.

Uczelnia połączyła przeszłość z teraźniejszością, o czym mówił w swoim przemówieniu inauguracyjnym Rektor UMB prof. Marcin Moniuszko:

– Nie możemy sobie pozwolić na przeciętność, nie możemy sobie pozwolić na święty spokój. Nie MY, nie w tym miejscu, nie w tym czasie – odniósł się do znakomych wyników Uczelni w rankingach Rektor Moniuszko. W rankingu Perspektyw Uniwersytet Medyczny w Białymstoku został uznany za najlepszą uczelnię medyczną w Polsce (razem z Gdańskiem i Łodzią) oraz znalazł się na 12. miejscu w rankingu ogólnym, wszystkich polskich uczelni.

W ostatnim słynnym rankingu szanghajskim UMB jest jednym z najwyższej ocenionych polskich uniwersytetów w dyscyplinie nauk farmaceutycznych oraz w naukach biologicznych o człowieku. Ponadto liczne grono naukowców z UMB znalazło się w zestawieniu Elsevier, które wyróżnia 2% najlepszych naukowców świata.



Fot. 1. Rektor UMB prof. Marcin Moniuszko (Archiwum UMB).

UMB aktualnie oferuje kształcenie na 16 kierunkach studiów i w planach mamy kolejne, między innymi psychologię. Mamy już ponad 6 tysięcy studentów, z czego pół tysiąca z zagranicy, z 30 krajów całego świata, prawie 250 doktorantów, w tym z zagranicy, kształcących się w języku angielskim.

Rektor podkreślał również, że nowoczesnie rozumiany system odporności państwa w ogromnym stopniu zależy od odpowiedniego przygotowania syste-

mu ochrony zdrowia – zarówno od ludzi i procedur, jak i od infrastruktury gotowej na wyzwania demograficzne, epidemiologiczne i transgraniczne.

Rektor przedstawił też trwające inwestycje w uczelni w ramach Krajowego Planu Odbudowy. Jak 9 innych polskich uczelni medycznych, obecnie jesteśmy też w trakcie realizacji inwestycji dydaktycznych z Krajowego Planu Odbudowy w wysokości 190 mln złotych, które stanowią skok jakościowy, jeżeli chodzi

o kształcenie studentów. Budujemy między innymi nowe Centrum Pielęgniarstwa na Dojlidach i kompleks dydaktyczno-egzaminacyjny, tzw. „Abecadło”.

Uczelnia chce kontynuować swoje ambitne projekty, które umożliwią wykorzystanie najnowszych technologii badawczych, badań genomicznych, metabolomicznych, proteomicznych, radiomicznych, tworzonych także dzięki badaniom populacyjnym (Białystok PLUS), nowych metod medycyny spersonalizowanej, nowych metod spersonalizowanej prewencji, bo gram prewencji znaczy więcej niż kilogram interwencji, rozwoju działań z pogranicza medycyny i bioinformatyki.

Rektor przedstawił również plany Uniwersytetu w zakresie żywności funkcjonalnej.

Podczas uroczystości list gratulacyjny od Prezydenta RP Karola Nawrockiego odczytał Minister Adam Andruszkiewicz, kolejno list od Marszałka Sejmu – Posłanka Barbara Okuła.

Życzenia na nowy rok akademicki oraz słowa uznania w kierunku Uczelni przekazali również obecni znakomici goście: Minister Zdrowia Jolanta Sobieńska-Grenda, Główny Inspektor Farmaceutyczny Łukasz Pietrzak, Wojewoda Podlaski dr Jacek Brzozowski, Marszałek Województwa Podlaskiego Łukasz Prokorym oraz Prezydent Białegostoku Tadeusz Truskolaski.



Fot. 2. Rektor UMB prof. Marcin Moniuszko (Archiwum UMB).

Kolejnym ważnym punktem ceremonii była immatrykulacja nowych studentów. Ślubowanie złożyło 16 studentów pierwszego roku, reprezentujących wszystkie kierunki UMB, a także nowi doktoranci Szkoły Doktorskiej.

Po złożeniu ślubowania Rektor oficjalnie otworzył rok akademicki słowami: *Quod bonum felix, faustum, fortu-*

natumque sit (Niech ten rok będzie ku dobru, szczęściu i pomyślności).

Wykład inauguracyjny psychologa Jacka Walkiewicza pt. „Życie nie ma sensu, życie jest sensem” zakończył tegoroczną odświeżoną inaugurację roku akademickiego.

Fotografie zamieszczone w artykule pochodzą z archiwum UMB.



Fot. 3. Od lewej: prof. Marcin Moniuszko, Rektor UMB, prof. Adrian Chabowski (Archiwum UMB).



ROK ZAŁOŻENIA 1991

