

MEDYCyna DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



ROK/TOM X

WARSZAWA 1978

NR 1

SPIS TREŚCI

Od Redakcji	1
Konferencja sprawozdawczo-wyborcza PZPR w warszawskiej Akademii Medycznej (BG)	3
<i>Maria Guzowa</i> Przemiany społeczne a nauczanie medycyny — eksperymentalny wydział lekarski w Holandii	9
<i>Bernard E. Rollin</i> O naturze choroby	13
<i>Mirosława Głowacka, Marek Ruszczak</i> Zintegrowany egzamin testowy	27
<i>Urszula Włodarczyk</i> Diagnostyczne i prognostyczne funkcje efektywności kształcenia	33
<i>Henryk Kowalewski</i> Zasady nowego systemu finansowego w akademii medycznej	39
<i>Mirosława Głowacka</i> Seminarium w Ryni	47
<i>Joanna Majkowska, Małgorzata Śliwińska</i> Refleksje z praktyki studenckiej w Szwecji	49
<i>Ryszard Paruszewski</i> O działalności Związkowej Rady Uczelnianej warszawskiej AM	53
<i>Jan Tatoń</i> Sebastian Petrycy z Pilzna — lekarz-filozof	57
Regulamin dla autorów	66
Wybrane prace naukowe (pod redakcją doc. dr B. Gutkowskiej)	67
Kronika	81
Ci, którzy odeszli...: Prof. dr hab. Zbigniew Bochenek	93

MEDYCYNA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Rok/tom X

1978

nr 1

 *Od Redakcji*

Przed 10-ciu laty, gdy rozpoczynaliśmy wydawanie naszego kwartalnika, założeniem Redakcji było przedstawiać życie organizacyjne i naukowe uczelni w formie kronikarskiej. Już po roku działalności edytorskiej okazało się, że istnieje pilne zapotrzebowanie środowiska nauczycieli akademickich na materiały z zakresu dydaktyki i wychowania. W wyniku tych publikacji, zainteresowani Czytelnicy zaczęli nadsyłać uwagi dyskusyjne, nieraz niezmiernie ciekawe choć kontrowersyjne. Z każdym rokiem coraz wyraźniej kształtowało się oblicze pisma, aż wreszcie od ubiegłego roku zaczęło się ukazywać pod najwłaściwszym dlań tytułem „MEDYCYNA — DYDAKTYKA — WYCHOWANIE”. Wówczas trzeba było już sięgnąć do autorów z innych, bratnich uczelni medycznych i to nie tylko krajowych, ale i zagranicznych. W tym przypadku chodzi nam o wymianę doświadczeń, rozważanie propozycji z zewnątrz, być może korzystnych dla naszej uczelni. Pragniemy także przekazać nasze doświadczenia innym — wiemy bowiem, że współczesne nauczanie i wychowanie nie może zasklepić się w partykularyzmie.

Celem Redakcji jest rozpowszechnianie konkretnych osiągnięć dydaktyczno-wychowawczych, dla podniesienia poziomu oświaty medycznej w kraju. Dlatego w kolejnych wydaniach kwartalnika „Medycyna — Dydaktyka — Wychowanie” zamieszczać będziemy w roku bieżącym artykuły nie tylko znanych polskich nauczycieli akademickich, ale i młodych dydaktyków interesujących się szczególnie zagadnieniami kształcenia studentów. W numerze niniejszym drukujemy dwa ciekawe artykuły z zakresu dydaktyki, sądząc, że nie pozostaną one bez echa naszych Czytelników. Otwierając łamy kwartalnika na wymianę poglądów i doświadczeń dydaktyczno-wychowawczych, pragniemy doskonalić rolę szkolnictwa medycznego w kształtowaniu postaw i poziomu kwalifikacji zawodowych lekarzy,

którzy — jak ongiś — powinni być wzorem dla innych środowisk profesjonalnych.

Z okazji jubileuszu X-lecia istnienia Kwartalnika powołane zostało jury, zadaniem którego będzie wytypowanie trzech najlepszych publikacji 10-lecia. Skład jury stanowią: doc. dr hab. med. Ryszard Aleksandrowicz, dr n. hum. Janusz Kapuścik, dr med. Włodzimierz C. Korczak, doc. dr hab. med. Janusz Komender, prof. dr hab. farm. Halina Strzelecka — przewodnicząca. Najlepsza publikacja zostanie wydana w formie okolicznościowej edycji bibliofilskiej.

Informujemy naszych Czytelników o zmianach funkcyjnych w Kolegium Redakcyjnym czasopisma. Z dniem 1 stycznia br. sekretarzem redakcji został red. mgr Jerzy Celm a-P a n e k; stanowisko redaktora działu współpracy z uczelniami medycznymi objął dr med. Włodzimierz C. Korczak; dział naukowo-dydaktyczny powierzony został doc. dr hab. farm. Bożenie G u t k o w s k i e j; dział wychowawczy, kronikarsko-historyczny znajduje się w gestii dr n. hum. Janusza K a p u ś c i k a; kierownictwo spraw administracyjnych, reklamy i sekretariatu powierzone zostało lek. med. Annie T y l i c k i e j.

Zawiadamy jednocześnie, że administracja i sekretariat Redakcji mieszczą się obecnie w budynku Działu Wydawnictw AM w Warszawie, przy ul. Twardej nr 6; biuro Redakcji jest czynne we wtorki i czwartki w godz. 9—15.

KONFERENCJA SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZA PZPR W WARSZAWSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

Z udziałem sekretarza Komitetu Warszawskiego PZPR Władysława Kąty, I zastępcy ministra zdrowia i opieki społecznej prof. dra Józefa Grendy i I sekretarza Komitetu Dzielnicowego PZPR Warszawa-Ochota Henryka Szablaka odbyła się w dniu 28.XI.1977 r. konferencja sprawozdawczo-wyborcza PZPR w warszawskiej Akademii Medycznej.

Konferencję otworzył I sekretarz KU PZPR doc. dr hab. Jerzy Szczerbań, który stwierdził, że głównym celem pracy organizacji partyjnej w minionej kadencji było wzmocnienie oddziaływania politycznego i ideologicznego na nauczycieli akademickich i studentów oraz wdrożenie programu wytyczonego przez VI i VII Zjazd PZPR we wszystkich dziedzinach pracy warszawskiej Akademii Medycznej.

Zakładowa Organizacja Partyjna Akademii Medycznej liczy prawie 600 członków, pracujących w 9 podstawowych organizacjach partyjnych. Szczególnie wysoki procent upartyjnienia występuje wśród nauczycieli akademickich a zwłaszcza samodzielnych pracowników nauki (42,1%). Najmniej upartyjnione są grupy pielęgniarek i studentów. Fakt ten nakłada szczególny obowiązek na nauczycieli akademickich, aby swoją postawą polityczną i moralną oraz zaangażowaniem stanowili wzór dla młodzieży, a tym samym wpływali na wzrost szeregów partyjnych wśród studentów. Jednocześnie organizacja partyjna powinna jeszcze ściślej współpracować z Socjalistycznym Związkiem Studentów Polskich, stanowiącym naturalną bazę dopływu młodych kadr do partii.

Rzeczowa, wszechstronna dyskusja, w której wzięło udział 22 osoby, objęła szereg zagadnień związanych z pracą polityczną i dydaktyczno-wychowawczą, naukową, usługową, współpracą z wielkimi zakładami przemysłowymi i warszawską służbą zdrowia.

Wiceminister zdrowia i opieki społecznej prof. dr J. Grenda w swojej wypowiedzi szczególnie pozytywnie ocenił pracę dydaktyczno-wychowawczą Akademii Medycznej w Warszawie oraz jej wkład w rozwój społecznej służby zdrowia. Uznanie dla osiągnięć organizacji partyjnej Akademii Medycznej wyraził także sekretarz Ko-

mitetu Warszawskiego Wł. K a t a. W wypowiedzi swojej złożył podziękowanie za ofiarną pracę na rzecz ochrony zdrowia mieszkańców Warszawy i województwa stołecznego podkreślając, że dalsza pomoc warszawskiej uczelni medycznej dla lecznictwa stołecznego jest niezbędna.

W oparciu o sprawozdanie Komitetu Uczelnianego i wnioski z dyskusji konferencja przyjęła uchwałę wytyczającą organizacji partyjnej następujące zadania:

I. W zakresie pracy ideowo-wychowawczej i szkolenia partyjnego

1. Rozwijanie działalności ideowo-wychowawczej, której celem jest nie tylko przygotowanie dobrego fachowca, lecz również kształtowanie obywatela i działacza społecznego w socjalistycznym Państwie. Celowi temu musi na równi służyć działalność dydaktyczna, jak działalność partyjna i osobiste zaangażowanie nauczycieli akademickich.

2. Przestrzeganie zasady planowego charakteru pracy partyjnej, przez przygotowanie szczegółowych założeń tej działalności i ich konsekwentne realizowanie.

3. Realizowanie programu szkolenia politycznego w oparciu o przyjęte plany, zapewnienie udziału w tym szkoleniu bezpartyjnej kadry naukowo-dydaktycznej, a w szczególności kandydatów przygotowujących rozprawy doktorskie.

4. Umacnianie struktury organizacyjnej terenowych organizacji partyjnych przez zwiększenie ich udziału w pracach dyrekcji instytutów, ciał kolegialnych i poszczególnych jednostek organizacyjnych.

5. Stałe działanie w kierunku rozszerzania szeregów partyjnych, w szczególności wśród młodzieży akademickiej i młodej kadry naukowej oraz średniej kadry fachowej.

6. Otoczenie szczególną opieką partyjnych grup studenckich i zespołów partyjnych w domach studenckich oraz udzielanie im pomocy w przygotowaniu programów działania.

7. Zwiększenie aktywności wszystkich członków uczelnianej organizacji partyjnej w procesie dydaktyczno-wychowawczym. Dokonywanie okresowych ocen postaw i działalności członków i kandydatów partii, niezależnie od zajmowanego stanowiska.

8. Rozszerzenie liczby aktywów przez tworzenie komisji problemowych KU i ocenianie członków partii w pracy tych zespołów.

II. W zakresie dydaktyki i wychowania młodzieży

1. Doskonalenie organizacji zakładów nauk politycznych, filozofii marksistowskiej i studium wojskowego oraz udzielanie pomocy w

realizacji programu tych zakładów, jako jednostek pogłębiających wiedzę społeczną i polityczną, rozbudzających patriotyzm i zaangażowanie w sprawy kraju i społeczeństwa.

2. Traktowanie przyjętego programu dydaktyczno-wychowawczego uczelni jako otwartego, wymagające ciągłej nowelizacji, nowych opracowań oraz uzupełnień zgodnych z zadaniami wysuwanymi przez partię, organizacje studenckie i społeczne oraz z potrzebami socjalistycznej służby zdrowia.

3. Zapewnienie forum wymiany doświadczeń wychowawczych z innymi uczelniami w kraju i w innych krajach socjalistycznych.

4. Pogłębianie i doskonalenie współpracy z młodzieżą na szczeblu kolegia dziekańskie — rady wydziałowe SZSP — rady pedagogiczne, jako praktycznej formy współgospodarzenia i współzarządzania uczelnią.

5. Prowadzenie badań i analiz systemu rekrutacji, kształcenia, unowocześnienia procesu dydaktycznego, a także egzekwowania i sprawdzania wiadomości.

6. Wcielanie w życie zasady wychowania przez pracę. Opracowanie zasad zatrudnienia studentów.

7. Ciągła praca nad dostosowaniem systemu nauczania do potrzeb opieki podstawowej.

8. Podjęcie prac nad znowelizowaniem programów nauczania na latach pierwszych w związku z reformą systemu edukacji narodowej i tworzeniem pomaturalnych szkół przygotowawczych.

9. Powołanie społecznej rady szkoły jako organu wiążącego ściśle uczelnię z życiem regionu, w którym ona działa.

10. Rozwijanie działalności studenckiego ruchu naukowego oraz działań na rzecz pogłębiania praktycznych umiejętności zawodowych; popieranie studiów indywidualnych; włączanie studentów indywidualnych; włączanie studentów do realizacji badań naukowych prowadzonych przez zakłady i kliniki.

11. Kształtowanie oblicza politycznego uczelnianej organizacji SZSP przez aktywizację studenckich grup partyjnych, udzielanie pomocy w pracy politycznej wśród młodzieży, instruowanie aktywu, zwiększenie udziału przedstawicieli młodzieży w akcjach i pracach szkoły oraz jej ciał kolegialnych, a także przez rozwijanie nieformalnych kontaktów młodzieży i kadry nauczającej.

12. Popieranie wszystkich działań i inicjatyw prowadzących do dalszego rozwoju samorządności studenckiej i społeczno-politycznej aktywizacji studentów.

13. Stymulowanie ruchu młodych pracowników nauki do pogłębiania kontaktów wychowawczych i zwiększenie zaangażowania w pracy z młodzieżą oraz do kontynuacji pracy ideologicznej i wychowawczej wśród całej młodej kadry naukowej.

III. W zakresie rozwoju badań naukowych, współpracy z regionem i szkolenia podyplomowego

1. Dalsze koncentrowanie wysiłków badawczych na problematyce szczególnie ważnej dla kraju i regionu.

2. Pełne realizowanie umów z wielkimi zakładami przemysłowymi naszego regionu oraz nawiązywanie dalszych form współpracy z przemysłem.

3. Wprowadzanie w życie zasad pensum naukowego, jako ważnego instrumentu kierowania rozwojem pracowników nauki.

4. Przywrócenie charakteru interwencyjnego funduszowi bezosobowemu, przeznaczonemu na prowadzenie badań naukowych.

5. Doskonalenie metod sprawozdawczości naukowej w kierunku jej uproszczenia, przyjęcia głównego jej ciężaru przez wyspecjalizowane jednostki akademii oraz jej urealnienia.

6. Popieranie działań w kierunku lepszego wykorzystania posiadanej aparatury przez:

- a) szersze jej udostępnienie innym zainteresowanym jednostkom akademii,
- b) poprawę służby technicznej,
- c) szerszą konsultację zakupów.

7. Dalsze szerokie prowadzenie szkolenia podyplomowego oraz jego wzbogacanie o elementy wykraczające poza ściśle fachowe przygotowanie.

IV. W zakresie rozwoju kadry naukowo-dydaktycznej

1. Doskonalenie prac nad zapewnieniem dopływu najwartościowszej naukowo i społecznie młodej kadry naukowej przez:

- a) właściwą politykę awansową,
- b) wykorzystywanie w tym celu studiów doktoranckich,
- c) korzystanie z systemu stopni naukowych jako działania stymulującego,
- d) analizę, doskonalenie i ocenę kadry kierowniczej, od której rozwój młodej kadry zależy.

2. Stała troska o właściwą postawę etyczno-moralną lekarzy i średniego personelu; konsekwentne zwalczanie negatywnych zjawisk z tego zakresu.

3. Stałe analizowanie i regulowanie polityki zatrudnienia przez przestrzeganie przyjętych norm etatowych i uzależnianie ich od rzeczywistej funkcji naukowej, dydaktycznej i leczniczej poszczególnych jednostek.

4. Wzbogacanie kontaktów naukowych z zagranicą ze szczególnym zwróceniem uwagi na możliwości wymiany pracowników i doświadczeń z krajami socjalistycznymi.

5. Kontynuacja zasady delegowania samodzielnych pracowników nauki na kierownicze funkcje w miejskiej służbie zdrowia.

V. W zakresie funkcji leczniczych

1. Dalszy rozwój zaplecza technicznego, diagnostycznego i terapeutycznego szpitali klinicznych i przychodni przyszpitalnych.

2. Kontynuowanie prac nad poprawieniem efektów lecznictwa, nad racjonalizacją gospodarki lekiem, sprzętem i kadrami; poprawienie gospodarności i dyscypliny pracy personelu fachowego, pomocniczego i obsługi.

3. Opracowanie kompleksowych planów modernizacji szpitali klinicznych celem dalszej rozbudowy funkcji leczniczych akademii; dalsza rozbudowa Centralnego Szpitala Klinicznego.

4. Unowocześnianie infrastruktury szpitali klinicznych, ich systemu zarządzania oraz stała troska o pełną operatywność działania dyrekcji i służb szpitalnych.

5. Pogłębianie wszystkich form działalności prowadzących do zaciśnienia współpracy i związków pomiędzy stołeczną służbą zdrowia — wraz z placówkami przemysłowej służby zdrowia — a jednostkami warszawskiej AM.

6. Doskonalenie organizacji struktur instytutowych, zwłaszcza w kierunku rozszerzania zakresu ich działalności leczniczej zgodnie z potrzebami Warszawy i regionu.

VI. W zakresie inwestycji i kapitalnych remontów

1. Dalsza realizacja zadań inwestycyjnych zgodnie z planem resortu, miasta i uczelni, ze szczególnym przestrzeganiem jakości i terminów wykonawstwa.

2. Utrzymanie zasady opracowywania rocznych i wieloletnich planów remontów kapitalnych i bieżących w oparciu o faktyczne możliwości uczelni oraz możliwości przerobowe uczelnianych zakładów remontowo-budowlanych.

3. Zobowiązanie dyrekcji AM do opracowania planów dalszej mechanizacji transportu wewnątrzszpitalnego, prac porządkowych, przygotowania i rozdziału posiłków, pralnictwa oraz konserwacji sprzętu.

4. Podjęcie starań w celu zwiększenia nakładów na remonty aparatury oraz na rozbudowę uczelnianych zakładów konstrukcyjno-naprawczych precyzyjnego sprzętu medycznego. W związku z pla-

nowaną zmianą stanu prawnego tych zakładów, położenie nacisku na zachowanie ich roli dla całej uczelni.

5. Poprawa konserwacji i napraw aparatury diagnostyczno-leczniczej i naukowej.

6. Zwrócenie szczególnej uwagi na przyspieszenie budowy własnego domu akademickiego oraz zaplecza rekreacyjno-sportowego dla akademii. (B.G.)

* * *

Podczas konferencji zostały wybrane nowe władze KU PZPR.
W skład Egzekutywy weszli:

doc. dr hab. Jerzy S z c z e r b a ń — I sekretarz
lek. Janusz M ł y ń s k i — sekretarz
doc. dr Ryszard R a j s z y s — sekretarz
lek. Włodzimierz P i s a r s k i — sekretarz
doc. dr hab. Bożena G u t k o w s k a
doc. dr hab. Bogdan K a m i ń s k i
doc. dr hab. Tadeusz K r a s k a
doc. dr hab. Leszek K r y s t
dr Kazimierz K u c h a r c z y k
Henryk S k a r ż y ń s k i
prof. dr hab. Eugeniusz S p i e c h o w i c z

* * *

13 grudnia 1977 r. odbyła się dzielnicowa konferencja sprawozdawczo-wyborcza PZPR na Ochocie, na której wybrano nowe władze i wytyczono zadania na najbliższe lata.

W skład Egzekutywy KD PZPR Warszawa-Ochota został wybrany m.in. lek. Janusz M ł y ń s k i — sekretarz KU PZPR WAM.

*Mgr Maria Guzowa *)*

PRZEMIANY SPOŁECZNE A NAUCZANIE MEDYCyny — EKSPERYMENTALNY WYDZIAŁ LEKARSKI W HOLANDII

W służbie zdrowia, tak jak i w innych instytucjach społecznych, zachodzą przemiany dostosowujące ją do potrzeb życia. Dzisiejszy lekarz styka się na co dzień w swojej praktyce z wieloma problemami, których rozwiązanie nie wchodzi jak dotychczas w wystarczającym stopniu w zakres jego fachowej wiedzy medycznej. Zmieniający się profil chorób i dolegliwości ludzi zgłaszających się do lekarza (przewaga przewlekłych i wielopostaciowych stanów chorobowych), a co za tym idzie zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa, pociągają za sobą zmianę funkcji medycyny.

Obok działalności leczniczej, coraz większego znaczenia nabierają działania usprawniające i opiekuńcze. Rośnie znaczenie opieki środowiskowej. Problemem szczególnej wagi staje się zapobieganie chorobom. W obliczu tych przemian, zakres wiedzy przekazywanej przyszłym lekarzom w uczelniach medycznych, jak również model lekarza propagowany przez te uczelnie nie odpowiada już w pełni potrzebom zdrowotnym społeczeństwa. Kształcenie lekarzy nadal koncentruje się na wprowadzaniu ich w arkana pracy leczniczo-szpitalnej. Specjalista szpitalny stanowi ciągle jeszcze jedyny wzór kariery zawodowej. Zbyt mało mówi się o pracy lekarza ogólnego, o specyfice opieki ambulatoryjnej. W zbyt małym stopniu uczy się studentów umiejętności całościowego spojrzenia na człowieka; szerokiego, wieloaspektowego ujmowania zjawisk związanych ze zdrowiem i chorobą; pracy zespołowej i interdyscyplinarnej; programowania i podejmowania działalności zapobiegawczej itp.

Niedoskonałość programów i struktury nauczania medycyny staje się coraz częściej przedmiotem dyskusji, zmierzających do uzyskania odpowiedzi na pytanie: jak zreorganizować studia medyczne, aby zlikwidować, bądź przynajmniej zmniejszyć, pogłębiającą się rozbieżność między typem lekarza w pełni odpowiadającym rzeczywistym potrzebom społecznym a modelem kształtowanym w uczel-

*) Instytut Medycyny Społecznej AM w Warszawie

niach medycznych, który nie zmieniając się wraz z przemianami życia staje się coraz bardziej przestarzały?

Odpowiedzią na apel stworzenia programu, który by bardziej odpowiadał zmieniającej się współcześnie opiece zdrowotnej i jej organizacji było otwarcie we wrześniu 1974 r. na uniwersytecie w Maastricht w Holandii nowego wydziału lekarskiego, opartego na zupełnie zmienionym w swych założeniach programie nauczania. Fakt, że wydział ten powstał od początku a nie w wyniku modyfikacji jakiegś uczelni, stwarzał dogodne warunki realizacji założeń bez potrzeby tak trudnych z reguły do przeprowadzenia zmian struktur już istniejących. Punktem wyjścia do opracowania nowego programu było sformułowanie ogólnej wizji uczelni medycznej nowego typu. Oto, w skrócie, główne różnice między tradycyjnym ujęciem uczelni medycznej a owym nowym modelem:

Ujęcie tradycyjne	Nowy model
— <i>autonomia uczelni</i>	— <i>wbudowanie, wmontowanie w istniejący system opieki zdrowotnej</i>
— <i>główny nacisk na pomoc specjalistyczną</i>	— <i>czynne uczestnictwo we wszystkich rodzajach opieki zdrowotnej, włączając w to podstawową opiekę zdrowotną</i>
— <i>duży szpital akademicki</i>	— <i>współpraca z szeregiem szpitali i przychodni</i>
— <i>główny nacisk na medycynę leczniczą</i>	— <i>nacisk na profilaktykę i leczenie</i>

Te ogólne założenia pociągały za sobą następujące zmiany organizacyjne:

Model tradycyjny	Nowy model
— <i>cele nauczania ustalane przez poszczególne zakłady i przedstawicieli poszczególnych dyscyplin</i>	— <i>cele ustalane wspólnie przez cały wydział, uwzględniające potrzeby zdrowotne społeczeństwa</i>
— <i>podejście dyscyplinarne, tematyka zajęć ustalana przez poszczególne zakłady</i>	— <i>podejście interdyscyplinarne, problemowe, tematyka ustalana przez zespoły interdyscyplinarne</i>
— <i>różnorodność, wielość przedmiotów i tematów</i>	— <i>ograniczona liczba tematów</i>

Nowy system nauczania medycyny wynikający z wyżej wymienionych założeń miał się charakteryzować następującymi cechami:

System tradycyjny	System nowy
— <i>podejście dyscyplinarne</i>	— <i>podejście problemowe</i>
— <i>ściśle ustalony program</i>	— <i>elastyczność programu</i>

-
- | | |
|--|--|
| — uczenie się indywidualne | — uczenie się w grupach |
| — główny nacisk na przekazywanie wiedzy | — nastawienie na kształtowanie postaw |
| — przewaga egzaminów końcowych, jako forma oceny wyników nauczania | — systematyczne, etapowe sprawdzanie i ocenianie rezultatów nauczania w toku trwania zajęć i ciągłe doskonalenie form oraz metod kształcenia |

Rok akademicki w uczelni z Maastricht podzielony jest na 10 czterotygodniowych bloków tematycznych. Program 6—8 bloków jest studentom narzucany, 2—4 bloki przeznaczone na ocenę wyników oraz indywidualnie przez studentów podejmowane tematy uzgadniane z asystentem. Tematyka ustalonych bloków koncentruje się wokół konkretnych problemów, spotykanych przez lekarzy w ich codziennej praktyce, jak np. skargi pacjentów na zmęczenie i wyczerpanie, czy zagadnienia fizycznego i psychicznego rozwoju dziecka. Takie bloki problemowe przygotowywane są przez trzyosobowe grupy specjalistów różnych dyscyplin; np. blok poświęcony problemom zmęczenia został opracowany przez internistę, farmakologa oraz socjologa medycyny.

Przygotowanie bloku obejmuje:

- przedstawienie 4 lub więcej indywidualnych przypadków, stanowiących problemy do rozwiązania przez studentów w grupie;
- przygotowanie materiałów, takich jak książki, artykuły, filmy, itp., z których studenci mogą korzystać;
- dobór innych jeszcze pracowników uczelni lub specjalistów spoza uczelni, mogących fachowo pomóc studentom w rozwiązywaniu omawianych problemów;
- umożliwienie studentom kontaktów z praktyką lekarską, z rzeczywistymi sytuacjami odpowiadającymi problemom będącym przedmiotem zajęć;
- ustalenie programu kształcenia studentów w umiejętnościach koniecznych do rozwiązywania omawianych problemów.

Studenci w ramach bloku tematycznego podzieleni są na 8-osobowe grupy robocze. Każda grupa rozwiązuje problem samodzielnie pod kierownictwem asystenta, pełniącego rolę opiekuna grupy. Pracownicy uczelni przechodzą specjalne szkolenie do roli takich opiekunów. Uczą się jak grupę pobudzać do działania, jak kierować nią nie narzucając własnych poglądów, nie pokazując gotowych rozwiązań itd.

A oto niektóre z korzyści, jakie spodziewano się osiągnąć, wprowadzając nowy system nauczania medycyny:

- integracja dyscyplin,

- integracja teorii i praktyki,
- zwiększenie motywacji studentów,
- kierowanie się korzyścią studenta a nie potrzebami i możliwościami nauczycieli,
- czynny udział studentów w procesie uczenia,
- większy nacisk na umiejętności niż na przekazywanie wiedzy,
- wyrabianie umiejętności pracy zespołowej,
- zmniejszenie dystansu między studentami a pracownikami,
- zmniejszenie izolacji społecznej uczelni.

Czy taki system nauczania zda egzamin?

Pomijam już sprawę trudności, jakie wynikają z przyjęcia tego systemu zarówno dla nauczających (m.in. odejście od roli eksperta-wykładowcy na rzecz roli opiekuna sterującego samodzielną pracą studentów, konieczność podporządkowania wkładu własnej dziedziny do ujęcia problemowego), jak i dla studentów (m.in. aktywne uczestnictwo w pracy grupowej, uczenie się rozwiązywania problemów a nie opanowywanie przedmiotów). Trudności te można z czasem opanować, chociaż dziś mogą one zniweczyć cały wysiłek twórców programu — np. wtedy, gdy asystenci i profesorowie ulegną powszechnej tendencji do podkreślania ważności własnej dyscypliny i w praktyce sprowadzą zajęcia do systematycznego wykładu w jej zakresie.

Istotniejszym tutaj wydaje się jednak pytanie — czy możliwe jest przyswojenie sobie podstaw danej nauki, wyłącznie poprzez studiowanie jej elementów koniecznych do rozwiązania konkretnych problemów, wybieranych w końcu w sposób dość arbitralny. U podstaw optymistycznych prognoz leży przekonanie wyznawców tego systemu, iż uczenie metod i kształtowanie postaw jest ważniejsze niż przekazywanie, tak szybko zresztą zmieniających się w naszych czasach, treści. Jednakże miarodajnej odpowiedzi na postawione tu pytanie dostarczyć może tylko praktyka — przyszła działalność absolwentów, których jeszcze nie ma (wydział powstał 3 lata temu). Dlatego też warto śledzić dalsze losy Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Maastricht i losy jego absolwentów. Z pewnością wiele można będzie skorzystać z doświadczeń tam zebranych.

Dr Bernard E. Rollin *)

O NATURZE CHOROBY

NOTA TŁUMACZA

Dr Bernard E. Rollin urodzony 18.II.1943 r. w Nowym Jorku jest docentem filozofii w stanowym uniwersytecie w Colorado. Wykłada teorię znaczenia, historię filozofii nowożytnej, filozofię języka i filozofię biologii. Jest autorem licznych prac.

Artykuł obecnie prezentowany jest oryginalnym podejściem autora do zagadnienia choroby. Wprawdzie zarówno sam temat jak i dobór przykładów jest typowo amerykański, jako że wyrasta z tamtejszych warunków. Ponieważ jest to problem ogólnoludzki, artykuł może być z korzyścią przestudiowany nie tylko przez lekarzy, do których jest adresowany, ale i przez szersze grono ludzi, dla których zagadnienia zdrowia i jego ochrony nie są obojętne.

Czym jest choroba? Nie wystarczy już, jak dawno temu postąpił Platon, odpowiedzieć na tak postawione pytanie, przytaczając obszerny czy nawet pełny wykaz chorób. Zdawać by się mogło, że pytamy o takie cechy wspólne wszystkim jednostkom tej klasy, które pozwalają nadać im tę samą nazwę. Dla platończyków cechy takie stanowiłyby „istotę” choroby i zdaniem ich wtedy można by odpowiedzieć poprawnie na tak postawione pytanie, gdybyśmy potrafili podać określenie istoty choroby. Z punktu widzenia metodologicznego, można kwestionować znaczenie istoty już dlatego samego, iż na przestrzeni 2 400 lat, od czasów Sokratesa, bardzo niewielu ludzi uganiało się w poszukiwaniu za nią. W ostatnich natomiast latach filozofowie wzmocnili pozytywne racje wątpienia w esencjonalizm oraz jego odpowiednik językowy — definicję przez wyliczenie elementów koniecznych i wystarczających.

Otóż wbrew zasadniczym racjom sprzeciwu wynikającego z takiego założenia, zadanie filozofa pozostanie zasadniczo nie zmienione, a polega ono na ostrzeganiu przeciwko petryfikowaniu naszych pojęć do tego stopnia, że potrafimy je raczej chętnie krajać niż badać *in vivo*. Do filozofa bowiem ciągle należy przebadanie tych pojęć,

*) Univ. Colorado, USA.

ażeby ustrzec nas od zejścia z właściwej drogi, na skutek właściwości językowych, w których są one uwikłane, a przede wszystkim przez objaśnienie tych aspektów naszego sposobu myślenia, które stanowią wzorce pojęciowe, według nas uważane za wzorce do tego stopnia obowiązujące i niepodważalne, że jesteśmy nieomal ślepi na wszystko inne, dopóki ktoś wreszcie nie zwróci na to uwagi. Dokonawszy tego nie może oczekiwać sławy, dlatego że raz udało mu się wyjaśnić to, o co walczył jako o coś oczywistego, a nawet trywialnego, by w najlepszym wypadku okazało się to platońską metaforą, może kwestią zapamiętania, a nie prawdziwym odkryciem naukowym.

Stąd owo filozoficzne pytanie: „*Czym jest choroba?*” nasuwa przypuszczenie, że stawiający je doskonale zdaje sobie sprawę, czym jest choroba, a jedynym uzasadnieniem zapytania jest pogoń za nieistniejącą istotą w rozumieniu platońskim. Chociaż może odpowiedź taka ma w sobie spory ładunek dialektyki szkolnej, podsuwa zbyt nie obawy co do słuszności samego dociekania. Każdy bowiem z nas, zarówno lekarz, jak i pacjent, może w odpowiedzi podać coś rzeczywiście godnego uwagi. Można na przykład odpowiedzieć, że choroba jest pewnym stanem fizycznym lub psychicznym danej osoby (ale dajmy na to nie majątkowym), który przeszkadza prowadzić życie normalne. Odpowiedź taka może daleko odbiegać od platońskiej istoty, ale potrafi uwypuklić jedną z zasadniczych (jeśli nie zasadniczą) nici z pełnego zestawu wątków używania takich pojęć jak „*choroba*”, „*słabość*”, „*niemoc*”.

Czy cokolwiek sensownego da się powiedzieć na temat tak skromnego sformułowania, co wyraźnie odbijałoby się od naszego zwykłego sposobu myślenia w tym przedmiocie, a nawet od zwykłego traktowania go przez pracowników służby zdrowia? Niektóre podręczniki medycyny może nawet, zamiast odsyłać do intuicyjnej oczywistości, postawiłyby to pytanie i zamieściłyby kilka uwag, albo też ograniczyłyby się do zestawienia go z równie intuicyjnie uznawanym za oczywiste pojęciem „*zdrowia*”.

Jednakże powinno się powiedzieć coś więcej. Skłonni wszak jesteśmy uznawać chorobę za fakt należący do tego samego rodzaju jak wiele innych stanów fizycznych, w których może znaleźć się człowiek. Stwierdzenie takie jak: „*On ma astmę*”, „*on jest chory na drżączkę porażną (choroba Parkinsona)*” albo „*to jest epileptyk*”, w swojej postaci logicznej wygląda tak samo jak: „*on ma piegi*”, „*on jest leniwy*” albo „*on jest rudowłosy*”. Mówiąc prościej stwierdzenie odnoszące się do choroby odbiera się zupełnie inaczej niż większość innych określeń dotyczących stanu faktycznego, a dających się empirycznie potwierdzić albo odrzucić. By upewnić się, czy ktoś jest blondynem, spoglądam na jego włosy, żeby upewnić się, że ktoś jest cho-

ry mierzę mu temperaturę, ciśnienie krwi, poziom enzymów, sprawdzam wagę ciała itd. Domyślam się, że olbrzymia część zdumiewającego rozwoju medycyny jako nauki w istocie rzeczy polega na wykrywaniu oraz rozwoju wyrafinowanych metod empirycznych, mających na celu określenie zmian somatycznych i fizjologicznych towarzyszących fizycznemu zjawisku choroby. (Na razie poza nawiasem stawiamy kwestię choroby psychicznej). Czy jednak sposób empirycznego wykrycia stanu, w jakim znajduje się ciało decyduje o chorobie? Kiedy odkrywamy objawy klasyczne, to czy *ipso facto* mamy do czynienia z daną chorobą? Czy ma sens powiedzenie, że jakiś człowiek posiada wszelkie możliwe do wykrycia symptomy jakiejś choroby, np. hypoglykemie (niedoboru cukru we krwi), a jednocześnie nie jest chory?

Właśnie teraz zaczynamy stawiać sobie pytania, które z jednej strony są czymś nowym, a z drugiej są dobrze znane. Skoro choroba pociąga za sobą zaburzenia funkcjonalne, to o co tu chodzi? Skoro organ, jakiś system dajmy na to trawienny albo nawet całe ciało jest w istocie jednością funkcjonalną, to z pewnością zachodzi sprzeczność w stwierdzeniu, że ktoś wykazuje wszystkie objawy hypoglykemie, a jednocześnie nie jest chory. Przypuśćmy jednak, iż nie uwzględniamy całego aspektu funkcjonalności, a zamiast tego powiemy, że medyczny aspekt znaczenia funkcjonowania przerzucimy na osobę twierdząc, że kiedy „normalne” to znaczy nie napotykające trudności funkcjonowanie ciała albo organu jest cechą charakterystyczną zależną od „normalnego” czyli niespotykającego przeszkód funkcjonowania osoby, to nie koniecznie występuje tu współzależność. Zatem, przynajmniej z punktu widzenia logiki, można sobie wyobrazić osobę, która posiada wszelkie objawy danej choroby a zarazem w dalszym ciągu funkcjonuje „normalnie”. Czy nie powiedzielibyśmy, że jednostka taka, posiadając wszystkie symptomy choroby, mimo to nie jest chora?

Zdanie takie brzmi niewłaściwie prawdopodobnie dlatego, że wyrośliśmy w przyzwyczajeniu do myślenia redukcyjnego, mechanicznego, a w ostatecznym rozrachunku kartezjańskiego, mającego na celu pojmowanie okoliczności fizycznych nie tylko jako przejawów choroby, ale jako jej cech konstytutywnych. Nic też w tym dziwnego, ponieważ jest znacznie łatwiej leczyć ciało niż uzdrawiać ludzi, dlatego że nikt dokładnie nie wie czym jest osoba, podczas gdy nasza znajomość ciała i jego organów wzrasta niepomierne. Owa techniczna strona zagadnienia łatwo może sprawić, że zapominamy o istnieniu zasadniczej różnicy pomiędzy ciałem a osobą, a jeszcze większej pomiędzy zespołem objawów a samą chorobą.

Niektórzy myśliciele zbyt podkreślali przeciwstawienie ciało—osoba a, wyrażając się językiem ogólniejszym, odmienność tego, co

daje się obiektywnie obserwować od tego, co należy do psychiki a więc jest czymś subiektywnym. Jest to niebezpieczne uproszczenie. Albowiem wbrew fizykalistycznym skłonnościom minimalizującym, jest rzeczą jasną, że zarówno medycyna jak i praktyka codzienna, są skłonne uznawać również stany subiektywne przy wyliczaniu objawów choroby. (Naturalnie najbardziej oczywistym wśród tych stanów jest ból, a inne to złe samopoczucie, przygnębienie, niepokój, apatia itp.). Sprawą zasadniczą, na którą chciałbym tu zwrócić uwagę, jest kontekst społeczno-kulturalny oraz przyjmowanie wartości choroby jako kategorii społecznej określonej wartości, co wyróżnia ją od stanów fizycznych i psychicznych, które na nią się składają. Jeśli się nie mylę, dychotomia fizyczne—psychiczne albo obiektywne—subiektywne nie decyduje o różnicy pomiędzy symptomami (czyli stanami fizycznymi i umysłowymi) a chorobą. Objawy mogą być somatyczne, psychiczne, dostrzegalne, osobiste albo też stanowić ich kombinacje, a stają się chorobą jedynie na mocy roli i znaczenia jakie mają w życiu społecznym. Nadal też podtrzymuję przeciwko zdaniu Szasza a także innych „radykalnych terapeutów”, że stosuje się to zarówno do chorób umysłowych jak i fizycznych; a to, co godne uwagi w argumentacji Szasza, to nie fakt, iż umysł nie jest organem, a zatem nie może być chory, lecz raczej zaliczenie do rodzaju chorób fizycznych na podstawie jego twierdzenia, że choroba umysłowa zależy od stopnia kultury i wraz z nim zmienia się; czemu on zaprzecza.

Postaram się wykazać, że wszystkie choroby, przynajmniej z zasady, dają się określić w zależności od stanu kultury oraz, że rozbieżności pomiędzy objawami albo też stanami fizycznymi i umysłowymi z jednej strony a chorobą z drugiej polegają właśnie na kulturowym i waloryzującym scharakteryzowaniu danych obojętnych, dających się rozmaicie interpretować.

Warto podkreślić, że najbardziej chciałbym posłużyć się zarzuconą już metaforą o tak zwanym podejściu „mechanika samochodowego” do medycyny. Szczególnie interesuje mnie cecha zasadnicza tej metafory, że potrafimy empirycznie wykrywać fakt choroby, podobnie jak mechanik wykrywa zużycie lub też uszkodzenie mechanizmu. (Pokusa stosowania tej metafory wywodzi się w niemałej części stąd, że i lekarzy wzywa się dosłownie by zreperowali coś, np. złamanie kości — analogicznie jak w samochodzie. Warto jednak zauważyć, że zwykle o kimś, kto sobie coś złamał, nie mówimy, że jest chory.) W odróżnieniu od innych, nie występuję przeciwko materialistycznemu, mechaniczycznemu pojmowaniu medycyny, ignorującemu wymiary psychiczne i subiektywne doznań oraz osobowości. Większość koncentruje się na przyczynowości psychosomatycznej i reaguje na oczywisty fakt wzajemnego oddziaływania ducha i ciała. Przeciwwsta-

wiam się temu, iż nawet ci, którzy biorą pod uwagę czynniki umysłowe i subiektywne nadal kręcą się w ramach metafory mechanika samochodowego. Wymiary psychiczne i subiektywne są uważane za jakąś nieco inną część samochodu, która może się uszkodzić i zostać naprawiona w taki sam sposób, jak każda inna. Nieraz już podkreślano, że medycyna jest kartezjańska dlatego, iż uważa ciało za mechanizm. Jest jednak oczywiste, że medycyna jest nawet jeszcze bardziej kartezjańska, ponieważ patrzy na osobę ludzką jako na umysł i ciało, które razem wzięte stanowią to wszystko, co można powiedzieć na temat osoby, a chorobę jako właściwość albo zespół właściwości.

Cóż w tym niewłaściwego? Całkiem po prostu, niechęć przyznania, że ciało i umysł istnieją w kontekście społecznym, a ich aktywność dokonuje się na arenie społeczno-kulturalnej. Być osobą, przynajmniej na ile wiemy co znaczy być osobą, to być istotą społeczną. Kiedy zaś mamy mówić o osobie chorej, to w taki sposób, by uznać niezwykłą, nieomal magiczną władzę, jaką na nią wywiera kultura i społeczeństwo, władzę, która może zmienić zestaw faktów fizycznych jak i umysłowych, symptomów oraz stanów chemicznych itd. w stan choroby, która z kolei w innym kontekście społecznym może uniemożliwić ocenę takiego samego zespołu faktów.

Należy podkreślić, że nie chodzi mi o zdecydowanie idealistyczne wymaganie, by wszystkie fakty były zdeterminowane i powstawały społecznie. Przeciwnie, gotów jestem przyznać (a zależy to od trafności przytoczonych przeze mnie dowodów), iż niektóre fakty mają miejsce wbrew założeniom społecznym. To, że odczuwam zawroty głowy, że poziom cukru w mojej krwi wykazuje odpowiednią wysokość, że moje arterie utraciły elastyczność, iż rozwija się we mnie infekcja spowodowana obecnością gronkowca, to istotnie są fakty sprawdzalne empirycznie, bez względu na stopień kultury. Sugeruję natomiast, iż moment, kiedy te zestawy faktów stają się chorobą, zależy od determinant społeczno-kulturowych oraz sądów wartościujących w tym samym wymiarze. Można naturalnie dowodzić, że wszystkie fakty w ostatecznym rozrachunku są zdeterminowane społecznie włączając to, co nazwałem faktami fizycznymi i nawet sądy tak proste, jak o kolorach. Tego rodzaju dowodzenie strywalizowałoby jednak moją tezę. Interesuje mnie bowiem wyjaśnienie faktu, pomijanego często milczeniem nawet przez tych, którzy nie są zdecydowanymi idealistami, że znaczna część naszych sądów jest społecznie zdeterminowana.

Zgodnie z moim twierdzeniem utrzymuję, że choroba ze swojej natury jest pojęciem społecznie zdeterminowanym oraz, że jest to raczej pojęcie wartościujące niż dotyczące stanu faktycznego. Prosta analogia pozwoli uchwycić istotę sprawy. Przypuśćmy, że natrafiam

na kulturę całkowicie obcą w stosunku do mojego dotychczasowego doświadczenia i spotykam człowieka posiadającego dużo owiec, wołów, służby i ziemi — znacznie więcej niż ktokolwiek inny w danym środowisku. Mogę wnioskować, że tego rodzaju człowiek w tej społeczności jest kimś znacznym. Choć prawdopodobnie tak może być, logicznie nie mogę wnioskować o jego znaczeniu na podstawie tego, co posiada, ponieważ pierwsze to sąd wartościujący, drugie to ocena stanu faktycznego. Logicznie jest rzeczą możliwą, że z powodu różnych okoliczności zachodzących w danej grupie społecznej, wbrew temu, co mi się wydaje, znaczenie i bogactwo nie idą zupełnie w parze ze sobą. Przy pomocy takiego właśnie sformułowania logicznego staram się określić pojęcie choroby. Jako ilustracja niechaj posłużą liczne przypadki, które same nasuwają mi się, jako mające znaczenie w stosunku do twierdzenia, że choroba jest kategorią zdefiniowaną społecznie. Następnie powrócimy jeszcze do stwierdzenia, że jest to także sąd wartościujący.

1) Wielkość i kształt stóp napotykaną w Chinach w dawnych czasach, jako skutek praktyki kępowania ich małym dziewczynkom, rzecz zrozumiała w naszym społeczeństwie współczesnym można uważać za problem ortopedyczny (rodzaj choroby) dostatecznie ważny szczególnie, że chodzi tu o praktykę zarówno bolesną, jak też powodującą swego rodzaju kalectwo. Z drugiej jednak strony dla ówczesnych Chińczyków, ludzie z takimi stopami nie tylko nie byli chorzy, ale posiadali pewne walory estetyczne. A na specjalistę od formowania małych stóp patrzano niczym na chirurga-kosmetę, poprawiającego defekty natury.

2) Jest rzeczą oczywistą, że wbrew potocznemu mniemaniu, nikt nie umiera „ze starości”. Każdy przypadek śmierci „ze starości” rozkłada się na określone okoliczności lub stany patologiczne. Jednak przyczyny tego rodzaju śmierci nazywamy „naturalnymi” u ludzi starych, a „chorobami” u młodych, nawet jeśli somatycznie są to stany identyczne! Także i inne symptomy fizyczne, które uznajemy za „naturalne” u pacjentów geriatry, u ludzi młodych są uznawane za choroby.

3) Przez długi czas zapalenie płuc było uważane za „przyjaciela” osób starszych prowadząc do szybkiej, stosunkowo łatwej śmierci w wieku zaawansowanym, często męczących się i cierpiących silne bóle. Witano je nie jako chorobę, którą należałoby leczyć, ale jako naturalny sposób prowadzący do śmierci. Obecna tendencja, by uważać zapalenie płuc u osób starszych za chorobę, którą należy leczyć wszelkimi dostępnymi środkami, jest psychicznym obciążeniem dla wielu ludzi, którzy wyrosli w dawnej tradycji, kiedy na ten sam stan fizyczny patrzano jako na „błogosławieństwo”, ludzie ci są nieraz bardzo zaniepokojeni właśnie dlatego, że „pozwolili swoim własnym rodzicom albo osobom ukochanym umrzeć bez leczenia”.

4) Ogólnie wiadomo, że menstruacja może być albo nie być uznawana za chorobę. Jeśli jest, to takie pojmowanie sprawy jest raczej kwestią kultury niż empirycznych determinant, bo ci, którzy mówią, że to jest choroba nie posiadają innych danych niż ci, którzy twierdzą, że nią nie jest.

5) Prawdopodobnie okoliczności fizyczne uzasadniające chorobę, zwaną hypoglykemią, znacznie wyprzedziły wnikliwe studia poświęcone im w XX wieku. Można mieć pewność moralną, że zawsze żyli ludzie odczuwający słabość,

młodości i zawroty głowy, a poziom cukru w ich krwi był niski, zwłaszcza jeśli nie mogli dostatecznie często coś zjeść. Takich ludzi przeważnie nie uważano za chorych, ale po prostu za takich, którzy odczuwają potrzebę częstszego albo nieco odmiennego jedzenia. Tak też w rzeczy samej przedstawia się sprawa u wielu ludzi jeszcze dziś, zanim zostanie postawiona diagnoza o hypoglykemii.

6) Zarówno otyłość jak i niedożywienie (w ich wielorakich postaciach) są na ogół klasyfikowane jako choroby albo zaburzenia. Wiemy dobrze, że w innych warunkach społecznych „otyłość” jest uważana za coś „normalnego”, a w jeszcze innych za coś pożądanego, jako wartość estetyczna, albo też w klimacie zimnym jako rodzaj ochrony organizmu. A z drugiej strony to, co w Ameryce XX w. można uważać za niedożywienie albo wycieńczenie, więc za chorobę, może w odmiennym kontekście kulturowym być uznawane za całkiem normalny stan rzeczy.

7) Wielu osobników przeszło przez życie odczuwając pieczenie oczu i swędzenie nosa, kapało im z nosa, mieli złe samopoczucie, suchość gardła, lekki ból głowy, głos charczący, kaszel itp. W niektórych środowiskach było to uważane, i nadal tak jest, za mniej lub więcej „normalne” u niektórych ludzi, zwłaszcza że także wielu z nas doznaje niektórych albo nawet większości takich symptomów od czasu do czasu. Jednak wraz z pojawieniem się alergii jako specjalizacji klinicznej, objawy takie zyskały status choroby wymagającej specjalnego i długotrwałego leczenia.

8) Interesującym, choć trochę ezoterycznym przypadkiem, godnym wzmianki przynajmniej od chwili kiedy logikę rządzącą nim można stosować do wielu innych objawów chorobowych, należą stygmaty. To, co jest fenomenologicznie oczywiste (przyjmując, że chodzi tu o przypadki prawdziwych stygmatów) to różnorodność ran, często krwawiących i pojawiających się na określonych częściach ciała, zwłaszcza w tych miejscach, gdzie Chrystus cierpiał rany podczas ukrzyżowania. W katolickim środowisku społeczno-kulturalnym nikt nie będzie tłumaczył tych ran jako chorobę, chociażby nawet były one szkodliwe dla zdrowia. Z drugiej strony, w środowisku niekatolickim tego rodzaju zmiany fizyczne byłyby uznane za stan patologiczny, nawet jeśli ich etiologia pozostaje nie wyjaśniona pomimo usilnych badań, i diagnostyka takich stanów bardzo prawdopodobnie będzie utrzymywała, że chodzi tu o chorobę.

9) Przy tej okazji warto wspomnieć o szczególnym zjawisku tzw. chorób narodowych — zapalenia oskrzeli w W. Brytanii, dolegliwości wątroby we Francji, obstrukcji w Stanach Zjednoczonych. Jest to jeden z głównych tematów rozmowy i zainteresowania, który jednocześnie ludziom przedsiębiorczym dostarcza coraz bardziej chłonnego i dobrze prosperującego rynku zbytu najrozmaitszych leków. Chociaż w pewnym stopniu choroby te są powodowane takimi przyczynami jak pogoda czy sposób odżywiania się, jest również rzeczą prawdopodobną, że ich rozpowszechnienie jest wynikiem kulturowej skłonności oraz zwracania uwagi na przeróżne objawy, jak też zaliczanie ich w poczet chorób. Kiedy Anglik cierpiąc na ból żołądka przypisze go fasoli czy grzankom, którymi zbyt obiadł się w czasie lunchu, Francuz spojrzysz na każdy taki przypadek jako na przejaw dolegliwości wątroby i nie pomoże tu żadna oczywistość przeciwko jego przekonaniu. Jeśli Anglik powie mu, że zbyt sobie pozwolił podczas bankietu ubiegłej nocy, ten najprawdopodobniej odpowie mu, że tego rodzaju jedzenie nie byłoby wcale zbyt obfite dla człowieka o zdrowej wątrobie.

10) Następny przykład pochodzi z dziedziny ortodoncji. Chociaż wyrażenia takie, jak „choroba” czy „słabość” nie są tutaj stosowane jako typowe, to jed-

nak coraz większej ilości ludzi powiada się, że potrzebują „korekty” oraz, że ich zgryz jest „nieprawidłowy” do tego stopnia, że istotnie i w sposób paradoksalny z punktu widzenia ortodontycznego większość ludzi uważa się za „nieprawidłowych”. W tym znaczeniu rzecz jasna „normalny” to tyle, co „idealny”, a pojęcie to naturalnie jest relatywne i wartościujące. (Wyobraźmy sobie dzikusa, któremu powiedziano, że przez trzy lata musi nosić aparat ortodontyczny, bo nie ma doskonałego zgryzu).

Nie ma również znaczenia, że z dyskusji wyłączyłem całą gamę chorób umysłowych: nadpobudliwość, lekomanię, alkoholizm, „zbożenia” seksualne, jak choćby homoseksualizm, zaburzenia czynnościowe (behavioryczne), ponieważ one wszystkie doskonale ilustrują rozróżnienie pomiędzy somatycznymi, czynnościowymi i umysłowymi uwarunkowaniami oraz klasyfikowaniem ich jako „choroby”. Chodzi mi po prostu o to, że już istnieje szeroka literatura na temat tego zagadnienia, natomiast tu pragnę uwypuklić to, co zdaje się wymagać podkreślenia. Faktem jest, iż niektórzy autorzy jak Szasz przyznawali temu rację odnośnie chorób umysłowych, choć odmawiali jej chorobom fizycznym. Ściśle biorąc, to jakie czynniki czy okoliczności prowadzą do tego, że dany zespół objawów określa się lub nie jako chorobę, nie należy do zagadnień filozoficznych, a przede wszystkim stanowi temat badań empirycznych, socjologiczno-antropologicznych. Można wszakże łatwo dostrzec wiele przyczyn tego stanu rzeczy i jeszcze powrócimy do głośnych hipotez co do przyczyn tego, wysuwanych odnośnie współczesnych społeczeństw zachodnich.

Warto też podkreślić, że tak, jak we wszystkich przypadkach relatywizmu kulturalnego, samo występowanie różnorodności poglądów nie pozwala nam wyciągnąć wniosku, że wszystkie one są jednakowo uzasadnione. Stąd na przykład, dlatego że rozmaite cywilizacje miały różne poglądy na wielkość i kształt ziemi, nie wynika, że nie istniał pogląd prawdziwy. Jednak zagadnienie choroby nie jest analogiczne do sprawy kształtu ziemi. Kiedy bowiem istnieją określone metody empiryczne pozwalające określić, która cywilizacja (o ile taka była) posiadała pogląd słuszny na temat kształtu ziemi, to nie ma takiej metody stwierdzenia, że jakieś warunki somatyczne istotnie są chorobą. To, że wirus, a nie diabeł wywołują kurzajki, stanowi rzeczywiście stwierdzenie empirycznie sprawdzalne a prawdziwość tego nie jest społecznie zdeterminowana. (Chociaż niektórzy filozofowie nawet temu zaprzeczali!) Wszakże kwestia czy przypadek kurzajek jest (obiektywnie) chorobą, nie podlega takiemu empirycznemu doświadczeniu. Być może udałoby się przekonać jakieś plemię pierwotne, przy pomocy jakiegoś określonego przyrządu, że wirusy wywołują kurzajki, ale przez to nie przekonamy ich, że kurzajki należy leczyć. Dopóki nie istnieją metody empiryczne pozwalające okre-

ślić, które grupy społeczne mają rację w kwestii, co jest chorobą (a co normą), jesteśmy zmuszeni zaprzeczyć, iż sądy na temat choroby, są jedynie sądami dotyczącymi stanu faktycznego. Naturalnie nie zaprzeczamy, że choroby posiadają istotny wymiar fizyczny — kurzajki to coś rzeczywiście istniejącego.

Należy koniecznie nieco szerzej omówić i drugie stwierdzenie: mianowicie, obok tego, że choroba jest kategorią społecznie zdeterminowaną, jest ona także kategorią wartościującą. Zdaje się, że najlepszym sposobem wyjaśnienia jest ponowne zbadanie tego, co już dobrze znamy. Można to sformułować całkiem krótko: Kiedy raz wyodrębni się zestaw fizycznych i/albo umysłowych stanów czy warunków utożsamianych w naszym pojęciu z chorobą, to osobnik przejawiający owe symptomy podlega czemuś, co wywołuje zmiany w jego stanie ontologicznym. Osoba chora staje wobec ważnych przemian swojej osobowości — zmienia się jej postawa wobec własnej przyszłości, wobec własnego postępowania, zmienia się postawa dotycząca traktowania siebie przez inne osoby, jak i postawy innych wobec osoby chorej, jej stanowisko odnośnie tego, co jej przystoi, co należy wybaczyć w jej postępowaniu, na przykład w kwestii „wartości” często przeczulenie na punkcie znaczenia ulega drastycznym zmianom. Osoba chora też staje się przedmiotem całego wachlarza uczuć od strachu a nawet wrogości aż do współczucia. (Możemy tego sami doznać siedząc przy łóżku chorego bliskiego przyjaciela, kiedy czujemy się nieswojo nie wiedząc, co powiedzieć.)

Pozwolę sobie przypomnieć znany dobrze przykład „złego samopoczucia” charakteryzujący się nieokreślonym bólem żołądka, zmęczeniem, lekkim bólem głowy. Prawdę mówiąc, nie uważamy, by same tego rodzaju objawy pozwalały na zmianę postępowania i wymagały pomocy od innych. Zachowujemy się więc normalnie przez cały czas znosząc ból, starając się nie skarżyć i nie wymigiwać od obowiązków. Ale przypuśćmy, że skutkiem nalegań troskliwego przyjaciela idziemy do lekarza, a ten powiada: „Pan jest chory! W panu rozwija się pewien zarazek”. I nagle człowiek czuje się zwolniony z obowiązku, bo ma prawo nie czuć się normalnie, może iść do domu, opuścić szkołę, domagać się aby żona spełniała przy nim wszelkie posługi. Może czuć się tak samo, jak czuł się cały dzień i nie mieć żadnych dodatkowych dolegliwości. I chociaż wymówka w rodzaju: „nie czułem się dobrze” mogłaby mieć jakieś znaczenie, to o ileż bardziej autorytatywnie brzmi stwierdzenie: „Doktor powiedział, że jestem chory”, chociaż doktor w rzeczywistości, zanim postawił diagnozę, mógł nic innego nie zrobić, jak tylko wysłuchać naszego opisu objawów.

Jaskrawy przykład implikacji wartościujących skutkiem zamieszczenia wykazu objawów fizycznych w rubryce „choroba” można

spotkać w przypadku alergii lub astmy; człowiek może żyć kichając, kaszląc, sapiąc a nawet odczuwając duszności ale raz uświadomiwszy sobie swoje dolegliwości, postępować „normalnie”. Kiedy jednak zostanie przekazany specjalście od alergii i określony jako „uczuleniowiec”, zwłaszcza jako dziecko, to etykieta ta może stać się główną cechą całego dalszego jego życia. Od tej chwili cała uwaga zostanie skierowana jako na dziecko alergiczne zaś jego osobowość i samopoczucie może zostać podporządkowane i podległe jednej tylko myśli opartej na wydanym orzeczeniu. Przed postawieniem diagnozy, dziecko mogło rzeczywiście cierpieć, ale nie przestawało być dzieckiem. Potem jest to dziecko alergiczne albo astmatyczne, którego życie składa się z ostrożności, zastrzyków, zakazów, zaleceń, napomnień i powstrzymywania się. Przedtem było to dziecko, które nie mogło biegać zbyt długo, teraz to samo dziecko nie powinno biegać. Często i to bardzo tragicznie tak się dzieje, że samo zaczyna myśleć, iż jest kruche i zgoła odmienne, kimś którego świat jest zamknięty barierami i ograniczeniami, jakich ono w żadnym wypadku nie może przekroczyć. W końcu może zacząć pograżać się w osamotnieniu i wyobcowaniu od swoich rówieśników, czemu towarzyszy wstręt do siebie samego i poczucie winy. Jeśli będzie miało szczęście może z tego „wyrosnąć” gdy wyjdzie na świat a przypięta mu etykieta zblaknie, chociaż objawy pozostaną. Jeśli to się dziecku nie uda, całe jego życie może być podporządkowane orzeczeniu „astmatyk”.

Ocena związana z uważaniem ciąży i miesiączki jako choroby jest znana i posiada niemałe znaczenie w życiu społecznym. Jeśli kobiety są „chore” co miesiąc, nie mogą być zrównane z mężczyznami w produkcji, a więc i w życiu społecznym.

Ostatnią ilustracją dotyczącą implikacji wartościujących na skutek określenia choroby u kogoś odczuwającego niektóre objawy somatyczne dostarcza anegdota, opowiedziana mi przez studentkę kształcącą się na pielęgniarkę, ale pracującą w restauracji. Podczas ruchliwej pory obiadowej jakaś kobieta podeszła do niej zapytując, jak długo musi czekać zanim zostanie obsłużona. Kiedy dowiedziała się, że potrwa to ok. 45 minut, odpowiedziała tonem nie znoszącym sprzeciwu: Ależ ja nie mogę czekać 45 minut. Jestem hypoglykemiczką, a więc muszę zjeść. Można wątpić, czy odważyłaby się wypowiedzieć taką uwagę jedynie na podstawie samych objawów, niezależnie od tego, jak dokuczliwymi mogą one być, bez moralnego oparcia udzielonego jej na skutek postawienia diagnozy, na podstawie której przyznawała sobie prawo być osobą „chorą”.

Jeśli sprawa przedstawia się tak, że sądy odnoszące się do stanu fizycznego, zarówno kiedy chodzi o chorobę lub nie, są faktycznie decydujące i zmienne w zależności od warunków społeczno-kulturowych, trudno zrozumieć w jaki sposób mogą one być czymś innym

niż sądami wartościującymi. Skoro przekonujemy się, że stosowanie pojęcia choroby zmienia się w zależności od społeczeństwa i od grupy oraz, że niepodobna empirycznie uzasadnić tego rodzaju poglądów, wówczas zaczyna mieć znaczenie fakt, iż powiedzenia wskazujące na chorobę służą jako wymówka oraz podstawa do zakazów i udzielania sobie różnych ulg, albo przeciwnie bronięcia się przed czymś i żądania specjalnego traktowania. Jest rzeczą dobrze znaną, że ze stwierdzenia „jest” nie można wydedukować stwierdzenia „powinien” albo inaczej ze stwierdzenia faktycznego stwierdzenia wartościującego. A jednak z sądu o chorobie, wywodzimy twierdzenie „powinien”.

Można zarzucić, iż pojęcia takie jak „choroba” raczej powodują skutki wartościujące, niż że one same są wartościujące. Twierdzić tak, to ignorować fakt, iż filozofowie tacy, jak Wittgenstein, Wisdom i in. pokazali nam, że niepodobna poszukiwać znaczenia pojęcia niezależnie od jego stosowania. Kiedy powiedzenia określające chorobę są stosowane zgodnie z zasadami (a jak wykazałem, tak właśnie jest) w kontekście wartościującym jako podstawa wniosków odnośnie tego, co dobre, a co złe, co słuszne, a co błędne, co powinno się robić, a czego nie powinno, na co można pozwolić, a czego zabronić, wówczas bez wątplenia mamy prawo nazywać takie wyrażenia wartościującymi.

Zanim przejdziemy do dalszych rozważań niech mi wolno będzie krótko podsumować to, co napisałem. Starałem się pokazać, że pomiędzy faktami somatycznymi a chorobą zachodzi „luka” taka, jak pomiędzy przedmiotami fizycznymi a takimi samymi przedmiotami wytworzonymi jako dzieła sztuki i jedynie determinacja społeczno-kulturowa przerzuca pomost nad tą luką. Chociaż zachodzi obawa wyważania otwartych drzwi, jest rzeczą konieczną dać odpowiedź na niektóre możliwe zarzuty, jakie można wysunąć przeciwko mojemu twierdzeniu.

— Z pewnością nie twierdzę, że choroba nie jest czymś rzeczywistym. Twierdzić, iż coś jest wytworem społecznym nie znaczy bynajmniej, że nie posiada ono przyczyn i nie powoduje skutków. Prawo, język, kultura są wytworami społecznymi, a każde z nich jest czymś jak najbardziej rzeczywistym.

— Nie twierdzę też, że można wyleczyć chorobę przenosząc się do grupy społecznej, która nie uznaje jej objawów za chorobę. Dowodziłem, że fizyczne warunki choroby, oczywiście nie są funkcją społeczności, w której żyjemy, pominąwszy znane powszechnie związki przyczynowe, kiedy na przykład na skutek braku urządzeń sanitarnych tyfus może się rozprzestrzeniać.

— Najpoważniejszy i najbardziej samorzutnie nasuwający się zarzut dotyczy takich chorób, których jeszcze nie wymieniłem. Z pew-

nością krytyka może zarzucić, że takie choroby jak rak, trąd, gangrena, czarna ospa, które można nazwać chorobami ciężkimi, zwłaszcza kiedy powodują śmierć, nie mogą być uznane za społecznie zdeteterminowane. W dodatku wszystkie bez wyjątku społeczeństwa uznają je za choroby.

Aby odpowiedzieć na ten zarzut, posłużę się dwoma przykładami ze współczesnej filozofii. Pierre Duhem wykazał, że nie ma czegoś takiego jak eksperyment krzyżowy (*experimentum crucis*) w fizyce. Zawsze można podtrzymywać jakąś hipotezę badawczą wbrew negatywnym wynikom eksperymentów, przypisując te negatywne rezultaty jakimś, dotychczas nie znanym błędom zachodzącym gdzieś w niezmiernie złożonych założeniach teorii fizycznych, na których *implicite* każdy taki eksperyment opiera się. W podobny sposób W. V. O. Quine wykazał, iż nie ma prawd, których nie można by było uzupełnić, albo nie podlegających rewizji. W rzeczy samej możemy zanegować nawet logiczne prawo niesprzeczności, bylebyśmy byli w stanie zebrać dostateczną ilość poprawek do całej reszty naszego zbioru przekonań. Istota tych przykładów polega na tym: żaden z filozofów nie twierdzi, jakoby było rzeczą prawdopodobną móc czegoś takiego dokonać. W przeważającej większości uznajemy, że hipoteza podlegająca sprawdzeniu, co do prawdziwości, nie podważa w niczym substruktury teorii fizycznych, nie śpieszymy się też z negowaniem prawa niesprzeczności. Istota sprawy polega na tym, że logicznie jest rzeczą możliwą w taki sposób postąpić, a to ukazuje nam coś dotychczas niedostrzeżonego odnośnie natury naszych przekonań.

Stosownie do tego, nie twierdzę, że jest rzeczą prawdopodobną a nawet pożądaną, by jakaś grupa społeczna przestała nazywać raka chorobą i nie przeczę, że wiele społeczeństw uznaje wiele określonych zespołów symptomów za choroby. Moja teza stanowi punkt widzenia logiki, dotyczący pojęcia choroby, a mianowicie, że dany zbiór symptomów fizycznych, jakkolwiek rzucających się w oczy i drastycznych, nie stanowi logicznej konieczności by je uważać za „chorobę”. Logicznie jest zawsze rzeczą możliwą, iż jakaś grupa społeczna uzna raka za dopust bogów, za próbę z ich strony, albo też za czynnik oczyszczający. Ja podkreślam logiczny przeskok zachodzący pomiędzy symptomami a chorobą, nie stawiam natomiast tezy empirycznej. Jeśli rzeczywiście istnieją grupy społeczne, które przestaną uważać raka albo czarną ospę za chorobę, rad będę to usłyszeć. Nie przeprowadzam jednak badań empirycznych, lecz analizę pojęciową, tak iż niepowodzenie w znalezieniu takich grup społecznych, moją tezę pozostawia nietkniętą.

Odnośnie stwierdzenia, że wszystkie społeczeństwa w rzeczywistości uznają raka za chorobę, uznaję, że taka replika jest słuszna. Takie

bowiem twierdzenie jest empiryczne, ale nic nie mówi na temat związków logicznych, jakie zachodzą pomiędzy stanem fizycznym a chorobą. A to właśnie mnie interesuje — nie zaś to, że wszystkie społeczności nazywają zbiór określonych stanów fizycznych chorobą, ale czy jest się logicznie zmuszonym postępować w taki sposób. A ponieważ właśnie jest rzeczą możliwą, by jakaś grupa społeczna przestała nazywać zbiór symptomów fizycznych chorobą, to nie prowadzi w konsekwencji do wniosku, by taka grupa społeczna mogła rzeczywiście istnieć.

Końcowe kolorarium mojej tezy zawiera zastosowanie danych zebranych z wyjaśnień pojęciowych do naszego milieu społeczno-kulturalnego. Zastosowanie tego rodzaju nie następuje trudności. Skoro utożsamianie zbioru fizycznych i umysłowych warunków z chorobą jest sprawą determinacji społecznych i wartościujących, a ktoś nie należy do zdecydowanych deterministów społecznych, to z tego wynika, iż z zasady jest rzeczą możliwą ocenić a nawet zacząć wpływać na ten proces. Można zatem przynajmniej zasugerować następujące zagadnienia normatywne: Czy we wszystkich przypadkach, jak to na ogół się dzieje, powinniśmy wydawać wyrok, że coś jest „chorobą” i czy nie powinniśmy w przyszłości lepiej przebadać wszystkich sądów odnośnie implikacji wartościujących płynących z nich? Jest rzeczą jasną, że w pewnej mierze zostało to osiągnięte, biorąc pod uwagę orzeczenie wydane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, że homoseksualizm nie jest chorobą.

Zrozumienie straszliwych implikacji wartościujących wielu diagnoz powinno obudzić poważne zaniepokojenie w umysłach medyków. Pragnę to bardzo mocno podkreślić, że każda diagnoza to problem etyczny tak samo jak i naukowy. Wykonawszy przepisane badania i próby, lekarz powinien sobie postawić pytanie: Czy powinienem powiedzieć, np. rodzicom tego dziecka, że cierpi ono na chroniczną chorobę zwaną astmą, a tym samym narzucić im nowy sposób postępowania, zachowywania się, obaw itp., co z kolei będzie rzutowało na osobowość dziecka przez resztę jego życia, czy też jedynie opisać objawy i zachęcić do ich leczenia. Lekarz musi postawić sobie pytanie: Czy powinien temu człowiekowi powiedzieć, by jadł często i unikał węglowodanów celem niedopuszczenia do uczucia słabości oraz zawrotów głowy, czy też powinien powiedzieć mu, że cierpi na chroniczną chorobę zwaną hypoglykemią? Przed dokonaniem wyboru powinien być w pełni świadomy implikacji wartościujących: zmian u pacjenta w stosunku do siebie samego, może słabych, ale nieuniknionych obciążeń osobowości towarzyszących każdej chorobie chronicznej, domyślnie występującego domagania się szczególnego traktowania ze strony społeczeństwa.

Ten proces refleksji jest tym trudniejszy ze względu na to, co nazwałem metaforycznie podejściem mechanika samochodowego. Ze strony tej przenośni wiedza lekarska gromadzi coraz więcej symptomów chorób, to zaś prowadzi do odkrywania coraz większej liczby samych chorób, jak i do coraz bardziej skomplikowanego ich leczenia, do powstawania coraz liczniejszych specjalizacji, gdzie przyucza się ludzi do stwierdzania tych chorób drogą nieustannie rozwijających się i coraz bardziej wyszukanych sposobów leczenia, coraz większej liczby chorób. Jeśli nasze rozumowanie jest słuszne, należy stwierdzić, że rozwój specjalizacji w rzeczy samej stanowi sam w sobie problem, oraz że liczba chorób wzrasta w zależności od liczby lekarzy specjalistów, a nie vice versa. I tak dochodzimy do paradoksalnego wniosku: Chociaż w pewnym sensie lekarzy jest za mało, to w innym jest ich za dużo.

Tłumaczył:
doc. dr Jan Sułowski

*Doc. dr hab. med. Mirosława Głowacka, mgr inż. Marek Ruszczak *)*

ZINTEGROWANY EGZAMIN TESTOWY

(Artykuł dyskusyjny)

Celem egzaminu końcowego studenta medycyny jest nie tylko sprawdzenie zasobu jego wiadomości, ale głównie ocena przydatności studenta do wykonywania zawodu lekarza, ocena mierzona efektywnością wykorzystania nabytych wiadomości w procesie szeroko pojętego rozumowania lekarskiego, tj. analizy, syntezy i odpowiednich wniosków dotyczących diagnozy i terapii. Egzamin taki powinien obejmować również niezbędny zasób umiejętności praktycznych. W świetle powyższego, dotychczasowe metody egzaminacyjne posiadają zarówno szereg zalet, jak i wad.

Tradycyjny egzamin pisemny — polega na udzieleniu odpowiedzi opisowej na kilka zagadnień problemowych, lub szczegółowych z wybranej dziedziny. Egzamin taki — odrębny dla każdej specjalności (dziedziny) medycyny ma kilka zalet, z których najważniejsze to: indywidualizacja podziału czasu w ramach zagadnienia w stosunku do indywidualnych predyspozycji zdającego i ramowego trwania egzaminu, oraz ograniczenie zahamowań psychicznych wynikających z bezpośredniego kontaktu nauczyciel—zdający. Równocześnie powstaje trwała dokumentacja wyników egzaminu, względna możliwość porównania tych wyników oraz możliwość anonimowości odpowiedzi dla egzaminatora. Wadami są natomiast: niemożność skonstruowania znormalizowanej skali ocen, niejednoznaczność użytego języka naturalnego (Goszczyńska), czasochłonność oceny, ewentualnie przy wymaganiu szybkiej oceny nieporównywalność ocen. Zaznacza się również zależność oceny od poziomu wykształcenia ogólnego (styl, wyrażenia, naleciałości gwarowe, interpunkcja itp.). Ponadto egzamin pisemny opisowy nie może być adekwatną formą oceny wiadomości i umiejętności z szeregu dziedzin medycyny zwłaszcza klinicznych. Egzamin ustny — polegający na analogicznej formie sprawdzania wiedzy jak przy egzaminie pisemnym, jednak przy bezpośrednim

*) Kliniczny Zespół Nauczania AM w Warszawie, Miejski Szpital Dziecięcy im. prof. J. Bogdanowicza.

kontakcie z wykładowcą, posiada następujące zalety: może on się odbywać w naturalnej sytuacji problemowej, pozwala ocenić stosunek emocjonalny do zawodu w tym również do pacjenta, częściowo indywidualizuje podział czasowy zagadnień, a dzięki pytaniom dodatkowym pozwala dokładniej poznać zasób wiedzy egzaminowanego. Istnieje przy tym możliwość korygowania błędów egzaminowanego. Wadami jego są: brak anonimowości zdającego, a co za tym idzie wpływ czynników ubocznych jak wygląd, ubiór, zachowanie a nawet w przypadkach drastycznych kalectwo lub ułomność, wytworzenie stosunku zależności emocjonalnej nauczyciel—zdający (zahamowania od strony zdającego) i zależność oceny od sposobu wysławiania. Zachodzi przy tym niemożność skonstruowania znormalizowanej skali ocen, zaś dla względnej porównywalności i wyników odpowiedzi oceniać egzaminowanego powinien jeden i ten sam egzaminator, co zdecydowanie przedłuża czas trwania egzaminów (dla studentów).

Egzamin testowy niezintegrowany zamknięty — polega na wyborze właściwych spośród przygotowanych przez egzaminatora odpowiedzi, w ściśle ograniczonym czasie. Zasadą jest stosowanie dystraktorów maksymalnie zbliżonych do odpowiedzi prawidłowych. Zaletami są: anonimowość zdającego i częściowe usunięcie zahamowań psychicznych wywołanych egzaminem, prosta konstrukcja znormalizowanej skali ocen, jednolitej niezależnie od liczby egzaminatorów, łatwość i szybkość uzyskania oceny, możliwość zastosowania środków mechanizacji, porównywalność szeregu grup, szeroka gama szczegółowych zagadnień. Jest on jednak obarczony również szeregiem wad takich, jak: nieadekwatność testu do pełnej oceny niektórych dziedzin, zwłaszcza klinicznych; niemożność uwzględnienia złożonych zagadnień problemowych; konieczność weryfikacji testu po jego przeprowadzeniu (sprawdzenie rzetelności testu można wykonać dopiero *ex post*); konieczność poniesienia określonych nakładów finansowych i materialnych dla zabezpieczenia organizacyjno-technicznego testu (wymagany jest unikalny kod, który nie może być ponownie użyty).

Aktualnie ustalone cele kształcenia lekarza przewidują model fachowca, stale doksztalcającego się, umiejącego posługiwać się zasobem wiedzy bez względu na warunki. W tym aspekcie najistotniejsze są: umiejętność analizy — syntezy, wyciąganie wniosków i krytyczna ocena całości sytuacji, łącznie z oceną własnej osoby.

„Lekarz postawiony wobec zadania odnalezienia defektu w organizmie” może rozpocząć poszukiwania w kilku miejscach, ale skoro już wybierze punkt wyjścia jego procedura będzie się różnić od procedury innego lekarza, który rozpoczął swoje poszukiwania w innym miejscu. Zatem proces diagnozy może przebiegać różnorodnie; nie można więc niepozytywnie oceniać zdającego, za to tylko, że wyko-

nuje swoje zadanie inaczej niż wykonywałby je egzaminator, jeżeli wykonuje je skutecznie. Kryterium skuteczności jest tu najważniejsze, a może nim być, np. minimalizacja czasu wykonania zadania z jednoczesną minimalizacją liczby popełnionych błędów.

Zastosowane kryterium powinno być mierzone w sposób znormalizowany. Modelowy egzamin powinien zapewnić:

- sprawdzenie maksymalnego zasobu wiedzy i sprawności jej wykorzystania w ograniczonym czasie;
- możliwość symulacji naturalnych sytuacji problemowych;
- sprawdzenie umiejętności korzystania z wiedzy zintegrowanej;
- indywidualizację podziału czasu w ramach zagadnienia;
- możliwość korekcji i autokorekcji błędów;
- możliwość anonimowości odpowiedzi;
- trwałą dokumentację;
- szybkość prowadzenia egzaminu w sensie ograniczonego zaplanowanego czasu całej populacji;
- wielokrotność wykorzystania testu bez obawy o jego zdekodowanie;
- ograniczenia nakładów finansowych i materialnych;
- eliminację zahamowań psychicznych.

Autorzy uważają, że powyższe wymagania nie są możliwe do spełnienia w jednym egzaminie. Dlatego istnieje konieczność stworzenia zintegrowanego systemu egzaminu praktyczno-teoretycznego. W aktualnej praktyce egzaminacyjnej stosuje się często sprawdziany testowe oparte na zamkniętych zadaniach wielokrotnego wyboru. Prof. W. Tysarowski uważa, że sprawdziany te realizują zarówno cel oceniający, jak i informujący o stanie wiedzy. E. Mączyska oraz wielu innych autorów przedstawiają konkretne rozwiązania techniczne egzaminatorów elektrycznych i programów interpretacji wyników testu. Integrację tematyczną w tego typu testach osiąga się przez odpowiednią konstrukcję zadań zmuszającą do wykorzystania wiedzy z różnych dziedzin nauki.

Autorzy proponują nową metodę integracji sprawdzanych dziedzin wiedzy za pomocą zadań zamkniętych wielokrotnego wyboru połączonych w łańcuchy problemowe. Określenie „łańcuch problemowy” oznaczać będzie zbiór zadań, w których wybranie jednej z możliwych odpowiedzi determinuje przydzielenie następnego zadania. Wybór błędnej odpowiedzi w zależności od rangi błędu spowoduje wejście do pętli korygującej błąd i powtórzenie błędnie wykonanego zadania, a w krańcowych przypadkach dyskwalifikację egzaminowanego. Punktem wyjścia egzaminu winien być opis rzeczywistej sytuacji problemowej. Taka metoda egzaminu koresponduje z metodą programowanego nauczania przedstawioną przez Craiga. W praktycznej

realizacji takiego typu egzaminu nasuwają się dwie zasadnicze trudności:

- konstrukcja pęku łańcuchów zadań dostosowanych do poszczególnych sytuacji problemowych;
- konstrukcja techniczna środków egzaminowania realizujących założony model.

Aktualnie istnieje tylko jedyna możliwość realizacji takiego modelu egzaminu przy zastosowaniu elektronicznej maszyny cyfrowej, pracującej systemem wielodostępnym, w trybie konwersacyjnym. Prowadzone od wielu lat badania nad konstrukcją i przeznaczeniem maszyn egzaminujących dają kolejne przesłanki do twierdzenia, że jest to sposób realizacji, zbliżony do optymalnego. Autorzy pragną nawiązać do prezentowanego przez dr St. Kotysz-Marczak modelu optymalnego, maszyny egzaminującej. W naszym ujęciu jednak maszyna matematyczna jest traktowana jedynie jako wtórna forma technicznej realizacji, zaś za formę pierwotną uważamy program egzaminu. Program egzaminu — to logiczny, rozgałęziony łańcuch zadań i odpowiedzi, wychodzący z istniejącej lub symulowanej sytuacji problemowej i dopuszczający możliwość różnych poprawnych choć niejednakowo efektywnych dróg rozwiązania problemu.

Właśnie program winien spełniać wymagania założone przyjętym optymalnym modelem egzaminu, równocześnie determinując formę jego technicznej realizacji. Nie wykluczając możliwości skonstruowania specjalnej maszyny egzaminacyjnej, autorzy uważają za celowe wykorzystanie w tym celu terminala inteligentnego elektronicznej maszyny cyfrowej, który może być poza tym wykorzystywany do innych celów (np. obliczenia naukowe, zautomatyzowany system zarządzania uczelnią). W konfrontacji z optymalnym modelem maszyny egzaminującej widzimy przy użyciu EMC następujące zbieżności i różnice. Przeznaczenie proponowanych programów jest zgodne z założeniami modelu optymalnego, przy czym ze względów ekonomicznych wydaje się słuszne zrealizowanie w pierwszej kolejności egzaminu końcowego. Eksploatacja programu byłaby możliwa zarówno dla pojedynczego studenta (przy 1 monitorze terminala EMC) jak i dla pewnej zbiorowości, o liczności ograniczonej liczbą monitorów lub innymi założeniami (np. zespołu 2- lub więcej osobowego). Istnieje techniczna możliwość izolacji zdających i pracujących z programem egzaminacyjnym w tym samym czasie. Funkcje rzutnika i magnetofonu może spełniać ekran telewizyjny monitora. Wnoszenie odpowiedzi przez egzaminowanego (za pomocą klawiatury alfanumerycznej monitora) spełnia wszystkie wymagania stawiane przez model optymalny, z wyjątkiem klawisza o znaczeniu „nie wiem”. Można jednak jednemu z wolnych klawiszy przyporządkować kod takiej

odpowiedzi. Wymagania stawiane przez model optymalny oprogramowaniu maszyny egzaminacyjnej są takie same, jakie autorzy stawiają swoim łańcuchom pytań. Równocześnie program opracowany dla EMC umożliwia zarówno rejestrację czasów, jak też i ich ograniczenie do wartości założonych (w tym także związanie czasu oczekiwania na odpowiedź ze stopniem trudności pytania). Postulaty wysunięte przez dr Kotysz-Marczak odnośnie oceny egzaminu są całkowicie realizowane we współczesnych językach programowania. Autorzy jednak uważają, że możliwość wyboru sposobu oceny należy pozostawić egzaminatorowi. Rejestrację natomiast zapewnia drukarka. Odnośnie kodowania, to jest ono konsekwencją przyjętej technicznej metody rozwiązania problemu. Wydaje się jednak, że brak powodu do zawężania metod kodowania wyłącznie do magnetycznych i fotoelektrycznych, założenia typu ogólnego stawiane optymalnemu modelowi są w zasadzie prawie automatycznie spełniane przez końcówkę inteligentną EMC, zwłaszcza wymagania dotyczące odpowiedniego środowiska. Natomiast odnośnie narzuconych wymagań konstrukcyjnych wydaje się najistotniejsze spełnienie warunku przenośności monitora. Jednak aktualny stan prac z zakresu transmisji informacji, a zwłaszcza udane próby tworzenia sieci minikomputerowych za pomocą połączeń telefoniczno-telegraficznych stanowią podstawę do twierdzenia, że terminal inteligentny EMC, jako maszyna egzaminacyjna będzie (w pewnym ograniczonym ale wystarczającym stopniu) urządzeniem przenośnym. Jak wynika z powyższego propozycja zintegrowanego egzaminu testowego prowadzonego za pomocą końcówki inteligentnej EMC nie odbiega zasadniczo od modelu optymalnego, mimo że autorzy wychodzą z założenia, że pierwszoplanowym jest model (program) egzaminu, a środki techniczne jego pochodną.

Ponieważ w kraju dysponujemy terminalami inteligentnymi (DATAPOINT WANG), a nawet czynione są próby wprowadzenia do produkcji polskiego terminala inteligentnego, autorzy są zdania, że należy skoncentrować się w chwili obecnej na stworzeniu programów egzaminów i przetransponowaniu ich na język maszyny matematycznej. Ponadto w celu urealnienia sytuacji problemowej można zintegrowany egzamin testowy poprzedzić pewnymi zadaniami praktycznymi (np. ocena wizualna stanu pacjenta, badanie fizyczne, badanie neurologiczne), mającymi na celu wprowadzenie założonej sytuacji problemowej.

Osiągnięcie takie stanu rzeczy możliwe jest drogą naturalną, tj. doboru odpowiedniego pacjenta, lub drogą symulacji z wykorzystaniem fantomów. Metoda symulacyjna jest kosztowniejsza, ale uniezależnia przebieg egzaminu od przygotowania odpowiednich pacjen-

tów i umożliwi dołączenie do zintegrowanego systemu egzaminacyjnego zadań z zakresu interpretacji wyników badań dodatkowych, np. eeg, ekg, rtg, itp.

Wydaje się celowe wykorzystanie doświadczeń z prac nad zastosowaniem EMC w diagnostyce medycznej, z tym że problem byłby odwrócony. Zadaniem komputera nie byłoby rozpoznawanie i ocenianie objawów, a np. symulowanie ich w zależności od przebiegu egzaminu. Współczesny poziom techniki komputerowej użytkowanej w kraju i będącej w dyspozycji służby zdrowia pozwala na praktyczną realizację proponowanej idei. Podstawową trudność w realizacji proponowanego systemu egzaminacyjnego stanowiłoby zatem przygotowanie oprogramowania sterującego. Przedsięwzięcie to wymagałoby ścisłej współpracy specjalistów wielu dziedzin medycyny z informatykami. Dyskusyjne jest, czy nakłady poniesione na realizację systemu mogą być zrekomensowane efektem w postaci możliwości jednolitej, obiektywnej i szybkiej oceny przydatności egzaminowanego do zawodu lekarza.

Mgr Urszula Włodarczyk *)

DIAGNOSTYCZNE I PROGNOSTYCZNE FUNKCJE EFEKTYWNOŚCI KSZTAŁCENIA

Przemiany ustrojowe, społeczne, gospodarcze i kulturalne, jakie dokonały się w drugiej połowie naszego wieku w pełni potwierdzają marksistowską prognozę, że we współczesnej i przyszłej produkcji coraz ostrzej występować będzie zapotrzebowanie na ludzi o wysokim przygotowaniu zawodowym i bogatej osobowości. Wymagania te wynikają zarówno ze stałego rozwoju środków produkcji i doskonalenia organizacji pracy, jak i z ciągłych zmian w obrębie stosunków międzyludzkich.

Notowany ostatnio wzrost zainteresowania przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych kandydatami do szkół wyższych i oceną przygotowania zawodowego absolwentów jest uzasadniony naukowo i społecznie. W sytuacji, kiedy liczba kandydatów przekracza znacznie liczbę wolnych miejsc w uczelniach (np. na jedno wolne miejsce w Akademii Medycznej w badanym roczniku kandydowało ok. 5 osób), fakt ten staje się problemem interesującym nie tylko władze oświatowe, ale także szerokie kręgi społeczeństwa. Dlatego nie bez powodów tak dużo dziś się mówi i pisze o konieczności wzrostu efektywności kształcenia w całym systemie edukacji narodowej. Stwierdzenie, że „jesteśmy krajem ludzi kształcących się”, nie może nas już dziś zadowolić. Jak kształcimy, jak organizujemy proces nauczania w sensie treści i form, ile nas to kosztuje, jakie są tego społeczne efekty — oto centralne dzisiaj problemy. Jednym z istotnych zagadnień staje się właśnie tempo rozwoju nauki i kształcenia, mając swoje odzwierciedlenie, między innymi w sprawności kształcenia.

Problem efektywności studiów wyższych stanowi obecnie jedno z najważniejszych, a jednocześnie jedno z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień szkoły wyższej zarówno z uwagi na swoją złożoność i trudności, jakie się wyłaniają przy badaniach tego problemu, jak i ze względu na swoje powiązania z problemami gospodarki i kultury narodowej.

*) Dział Dydaktyki i Spraw Socjalnych Studentów AM w Warszawie.

U podłoża zainteresowań tym problemem leży perspektywiczna koncepcja rozwoju wyższego szkolnictwa, jak i poszukiwania efektywnych rozwiązań dla wielu zagadnień dydaktycznych i wychowawczych. Można uznać za miniony okres, kiedy to efektywność studiów rozstrzygano na gruncie rozważań, nie popartych empirycznymi badaniami. Ekonomiczny, społeczny i pedagogiczny aspekt zagadnienia efektywności studiów czyni to zagadnienie coraz częściej przedmiotem badań i analiz. Stąd tak istotny dla studiów wyższych jest problem efektywności kształcenia młodzieży studenckiej. Można to stwierdzić analizując dorobek literatury i publicystyki pedagogicznej. Przydatność tej literatury dla organizowania procesu kształcenia w uczelni wyższej jest duża. Brakuje w niej jednak najczęściej informacji dotyczących efektywności studiów, szczególnie zaś dokładnej analizy czynników, które przede wszystkim kształtują tę efektywność. Przedmiotem opracowania jest dynamiczna efektywność dydaktyczna oraz ogólna charakterystyka i ocena wyników nauczania na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie, zilustrowana na przykładzie wyników nauczania, osiągniętych przez studentów w latach 1968/69—1973/74.

Dynamiczna efektywność dydaktyczna obejmuje rezultaty pracy uczelni w zakresie kształcenia studentów i uzyskanych przez nich wyników, w całym toku kształcenia lekarza.

W badaniach ostatecznych wyników nauczania osiągniętych przez uczelnię w odniesieniu do tych, którzy ukończyli studia z dyplomem lekarza, można ustalić stronę ilościową i stronę jakościową tych wyników, co umożliwi wyodrębnienie dynamicznej efektywności dydaktycznej ilościowej i jakościowej.

Ilościowy aspekt wyników nauczania dotyczy liczbowego ujęcia zjawisk, związanych z przebiegiem studiów, obowiązującymi je przepisami i wynikami nauczania. Jakościowy natomiast aspekt wyników nauczania, to poziom osiągnięć dydaktycznych i poziom zmian, ukształtowanych pod wpływem nauczania w psychice studiujących.

Dynamiczną ilościową efektywność dydaktyczną ustalamy w oparciu o takie wskaźniki, jak terminowość studiów, ubytek w toku studiów i średni czas trwania studiów, natomiast do analizy i charakterystyki dynamicznej jakościowej efektywności dydaktycznej stosujemy średnie ocen z egzaminów, składanych w toku całych studiów oraz procentowe wskaźniki ilości ocen bardzo dobrych, dobrych i ostatecznych w strukturze wystawianych ocen.

TERMINOWOŚĆ STUDIÓW

Wgląd w ilościowe wyniki pracy dydaktycznej uczelni uzyskujemy, badając terminowość studiów. Wskaźnik terminowości ustalamy jako wyrażony w procentach stosunek liczby absolwentów, kończą-

cych dany tok studiów terminowo, bez opóźnień, do liczby studentów przyjętych na I rok studiów.

Badania terminowości studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie, oparto na danych dotyczących absolwentów badanego rocznika, to jest rocznika 1973/74, w zestawieniu porównawczym z pięcioma rocznikami z lat 1965/66—1969/70.

W zamieszczonej tabeli 1 podano w kolumnie A liczbę studentów przyjętych na I rok studiów, a w kolumnie B liczbę studentów, którzy ukończyli studia terminowo oraz wyrażony w procentach stosunek ilościowy kończących studia terminowo do liczby studentów przyjętych na I rok studiów.

Tabela 1. Terminowość studiów absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, przyjętych na I rok studiów, w kolejnych pięciu latach akademickich 1965/66—1969/70.

<i>Rok akademicki</i>	A <i>Przyjętych</i>	B <i>Ukończyli studia w terminie</i>	%
1965/66	294	202	68,7
1966/67	255	179	70,2
1967/68	224	157	71
1968/69	238	169	71
1969/70	199	164	82,4

Z porównawczego zestawienia wyników zawartych w tabeli wynikają następujące wnioski: po pierwsze, że terminowość studiów z roku na rok wzrasta, po drugie średnia terminowość jest dość wysoka i zamyka się w granicach 70%. Uogólniając można zatem zasadnie przyjąć, że dane dotyczące badanego rocznika są charakterystyczne dla wszystkich lat studiów.

Badania dynamicznej ilościowej efektywności studiów dotyczące terminowości studiów przeprowadzili w Politechnice Śląskiej w Gliwicach Leon Rowiński i Jadwiga Teliczek*). Z ich badań wynika, że terminowość studiów na wydziałach Automatyki, Budownictwa, Architektury, Elektrycznym, Górniczym, Inżynierii Sanitarnej, Mechaniczno-Energetycznym, Mechaniczno-Technologicznym i Inżynierii Chemicznej wynosiła w latach:

1963/64 — 43,9%

1964/65 — 45,1%

1965/66 — 47,1%

1966/67 — 50,4%

a zatem również z roku na rok wzrastała, choć uzyskiwane wyniki

*) L. Rowiński, J. Teliczek. Dynamiczna efektywność dydaktyczna wyższej szkoły technicznej. Dydaktyka Szkoły Wyższej 1971 nr 1.

są przeciętnie znacznie niższe w porównaniu, na przykład, z Wydziałem Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie.

UBYTEK Z TOKU STUDIÓW

Analizując, po terminowym upływie kształcenia absolwentów, zbiorowość studentów określonego toku studiów, wyodrębnić w niej można grupę, która studiuje z opóźnieniem, następnie grupę, która przerwała studia, wreszcie grupę, która przybyła z innych uczelni na różne lata studiów.

W roku akademickim 1968/69 rozpoczęło studia 238 studentów. Nie ukończyło studiów w przewidzianym przez plan studiów terminie 69 studentów, co stanowi 28,99%. Z liczby tej skreślono z listy studentów 14 studentów pochodzenia polskiego i 12 obcokrajowców, łącznie 26 osób. Pozostałe 43 osoby studiowały z opóźnieniem:

jednego roku — 29 studentów

dwóch lat — 13 studentów

trzech lat — 1 student.

Zachodzi pytanie, jak przedstawia się odpad na studiach w badanym roczniku w porównaniu z innymi rocznikami?

Materiału do odpowiedzi dostarczyć może tabela 2, w której w kolumnie A podano liczbę studentów przyjętych na studia w kolejnych pięciu latach akademickich 1965/66—1969/70, a w kolumnie B liczbę studentów, którzy nie ukończyli studiów w terminie oraz wyrażony w procentach stosunek liczby studentów przyjętych na I rok studiów do tych, którzy nie ukończyli studiów w terminie.

Tabela 2.

<i>Rok akademicki</i>	<i>A</i> <i>Przyjętych</i>	<i>B</i> <i>Nie ukończyli</i>	<i>%</i>
1965/66	294	92	31,3
1966/67	255	76	29,9
1967/68	224	67	30
1968/69	238	69	29
1969/70	199	35	

Tabela 2 ilustruje stosunek liczby studentów przyjętych na studia w kolejnych pięciu latach akademickich 1965/66—1969/70 do liczby

Tabela 3.

<i>Rok studiów</i>	<i>Liczba studentów korzystających z urlopu</i>		
	<i>zdrowotnego</i>	<i>dziekańskiego</i>	<i>Razem</i>
I	2	1	3
II	2	12	14
III	1	5	6
IV	1	3	4
V	3	4	7
VI	2	4	6
Łącznie	11	29	40

studentów, którzy nie ukończyli studiów w terminie lub zostali skreśleni z listy studentów. Okazuje się, że odpad na studiach w pięciu kolejnych latach akademickich 1965/66—1969/70 kształtował się w granicach około 30% i stopniowo, nieznacznie się zmniejszał.

Aby jednak dać pełną charakterystykę efektywności dydaktycznej ilościowej omawianego rocznika, należy zestawić porównawczo statystykę tej efektywności z danymi obejmującymi studentów, powtarzających dany rok studiów.

ŚREDNI CZAS TRWANIA STUDIÓW

Regulamin studiów dopuszcza w określonych warunkach przedłużenie okresu studiów w stosunku do programowego terminu toku studiów. Regulamin dopuszcza więc możliwość powtarzania semestrów, uzyskiwania przez studentów urlopów, przerywania studiów, a następnie reaktywowania.

Wśród 238 studentów, którzy ukończyli studia w roku akademickim 1973/74, pokazań grupę stanowili absolwenci, których okres studiów trwał kilka lat dłużej, niż to przewiduje programowy tok studiów. I tak:

178	studentów	studiowało	6 lat
46	„	„	7 lat
8	„	„	8 lat
6	„	„	9 lat

Analiza faktycznego średniego czasu trwania studiów nasuwa, między innymi jeden przede wszystkim wniosek, dotyczący organizacji studiów, mianowicie: potrzebę wyeliminowania z czasu ich trwania okresów czekania na możliwość powtarzania semestru. Przyczyniłoby się to do wydatnego skrócenia średniego czasu trwania studiów. Aby jednak dać pełną charakterystykę efektywności dydaktycznej należy wyjaśnić, w jakiej mierze obecna forma systemu egzaminów spełnia założone w niej funkcje prognostyczne, co do postępów w nauce w czasie studiów i co do przydatności zawodowej.

Zaistniała więc, między innymi i w naszej Akademii Medycznej, konieczność bliższego rozpatrzenia wyników matur i egzaminu wstępnego, jako kryteriów dla przewidywana sukcesu w studiach.

Całą grupę zagadnień, mającą wyjaśnić przyczynę niezadowolającej efektywności studiów lekarskich, można sprowadzić do następujących pytań podstawowych:

1. jak przedstawiają się pod względem uzdolnień, posiadanej wiedzy i realnych zainteresowań dla obranego kierunku studiów kandydaci przyjmowani na studia;
2. jakie kategorie tej młodzieży osiągają pomyślne wyniki podczas studiów;

3. jaka istnieje zależność pomiędzy wynikami matur i egzaminu wstępnego a ocenami uzyskiwanymi w czasie studiów;

4. czy wyniki matur, egzaminu wstępnego i oceny uzyskane w czasie studiów mogą być głównym miernikiem efektywności kształcenia;

5. jaka jest korelacja pomiędzy osiąganymi ocenami na poszczególnych kursach dla tych samych grup studentów.

Próbie odpowiedzi na te pytania postaram się przedstawić na podstawie gruntownej analizy przeprowadzonych badań w następnym artykule.

Henryk Kowalewski

ZASADY NOWEGO SYSTEMU FINANSOWEGO W AKADEMII MEDYCZNEJ

Roczny okres funkcjonowania nowego systemu finansowego w Akademii Medycznej w Warszawie to okazja do spojrzenia wstecz, w celu konfrontacji założeń, ustanowionych w obowiązujących przepisach z praktycznymi konsekwencjami, wynikającymi z ich stosowania. Wprawdzie rok 1977 należy traktować w sposób „poligonowy”, to jednak można już nakreślić pewne generalia, odznaczające się pozytywami jak i negatywami, które w sumie stanowią obraz aktualnego stanu rzeczy i mogą służyć jako baza wyjściowa do wprowadzenia uzupełnień o charakterze wewnątrzuczelnianym, jak i stworzyć pewne przesłanki do zmian w zamierzonej nowelizacji przepisów.

Jak wiadomo, w pierwotnej wersji Uchwały nr 289 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 1973 r. w sprawie zasad finansowania prac badawczych i wdrożeniowych oraz gospodarki finansowej jednostek badawczych i szkół wyższych (MP nr 2 z 1974 r. poz. 9) akademie medyczne nie podlegały ustalonym w niej zasadom i w tym względzie stanowiły wyjątek w szkolnictwie wyższym. Nie analizując przyczyn, dla których ówczasie wyłączono tego typu szkoły z jednolitego systemu finansowego, wydaje się celowe, aby bliżej zapoznać czytelnika zarówno z wprowadzonym do praktyki systemem w akademiach medycznych, jak również dokonać obrachunku w odniesieniu do specyficznych układów organizacyjnych, jakie cechują każdą szkołę wyższą, a więc i Akademię Medyczną w Warszawie. Na wstępie trzeba zaznaczyć, że Uchwała nr 289, jak każdy tego typu akt normatywny ustala pewne ramy o charakterze ogólnym i określa zasady systemu finansowego dla wszystkich szkół akademickich, zarówno o profilu uniwersyteckim, technicznym, ekonomicznym, rolniczym, jak i artystycznym. Zważywszy, że w pierwotnym swoim założeniu wyłączała ona z omawianego systemu akademie medyczne, można założyć z dużą dozą prawdopodobieństwa, że twórcy omawianego aktu normatywnego doceniali w pełni niewątpliwą złożoność

specyfikacji wyższej szkoły medycznej, w wyniku czego uznali za celowe wyłączyć ją z jednolitego systemu finansowego ustalonego dla szkolnictwa wyższego. Element ten godzien jest podkreślenia, gdyż wskazuje na rangę odmienności organizacji studiów medycznych.

Zanim omówione zostaną węzłowe zagadnienia funkcjonowania nowego systemu finansowego w akademii medycznej, wydaje się sprawą niezbędną zapoznanie czytelnika z nim w sposób bardziej zasadniczy, ponieważ system ten posiada określoną kompleksowość i nie ogranicza się wyłącznie do Uchwały nr 289 Rady Ministrów.

Aktem prawnym stanowiącym podstawę budowy omawianego kompleksowego systemu norm jest Ustawa z dnia 5 listopada 1958 r. o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 1969 r. nr 4, poz. 31) oraz Ustawa z dnia 25 listopada 1970 r. Prawo budżetowe (Dz.U. nr 29, poz. 244). Obie ustawy tworzą podwaliny całej konstrukcji. Nie wdając się w bliższe rozważania na temat ustawy z 25 listopada 1970 r. rzeczą konieczną jest unaocznienie podstawowych zadań określonych w ustawie o szkolnictwie wyższym, bowiem system finansowy stanowi instrument ich realizacji. Zgodnie z ustawą „podstawową zasadą w pracy szkoły wyższej jest jedność nauki, dydaktyki i wychowania”. Ustawodawca docenił tutaj wewnętrzną spójność tych dziedzin działalności, wzajemne powiązania i oddziaływania oraz niezbędną kompleksowość w ich stosowaniu praktycznym, jak i ochronie prawnej. Tak sprecyzowana zasada podstawowa ma zapewnić realizację zadań postawionych szkole wyższej określonych jako aktywne uczestnictwo w budowie socjalizmu w Polsce Ludowej, przy czym celowi temu służyć mają różne formy działania. Tak więc ustawa eksponuje na równi kształcenie i wychowanie inteligencji zawodowej i nowych kadr naukowych, jak i prowadzenie badań naukowych oraz pielęgnowanie i rozwijanie kultury narodowej, czynne stosowanie w praktyce zdobyczy nauki. Silnie akcentowana spójność nie oznacza jednak, że w trakcie realizacji zadań nie dadzą się wyodrębnić główne kierunki działań szkoły wyższej, które można określić w trzech węzłowych dziedzinach, a to jako: a) proces dydaktyczno-wychowawczy, b) proces naukowo-badawczy, c) współdziałanie z gospodarką narodową.

Uchwała nr 289 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 1973 r. jest więc konsekwencją postanowień ustawy i konkretyzuje założenia organizacji finansowej, która z jednej strony łączy się z ogólnopolskim systemem finansowym, z drugiej zaś określa formy gwarantujące realizację zadań rzeczowych postawionych przed szkolnictwem wyższym. Dla jasności należy podkreślić, że szczegółowe rozwiązania dotyczące szkolnictwa wyższego określone zostały w dziale IV — Zasady Gospodarki Finansowej Szkół Wyższych. Nie oznacza to jednak, że szereg sformułowań działań poprzedzających nie od-

noszą się do szkolnictwa wyższego, jak chociażby zamieszczone w dziale I — Przepisy Ogólne. § 3.1, w którym określono jednostki uprawnione do prowadzenia działalności badawczej, względnie działu II — Zasady Finansowania Prac Badawczych i Wdrożeniowych.

Pozostałe akty prawne, takie jak: Uchwała 232 Rady Ministrów z dnia 27.IX.1974 r. w sprawie zasad współpracy szkół wyższych z jednostkami gospodarki społecznej (MP nr 34, poz. 201), Zarządzenie Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 9.V. 1974 r. w sprawie ogólnych warunków umów o prace badawcze i umów związanych z wdrożeniem wyników tych prac oraz zasad udzielania zleceń przez jednostki nadrzędne (MP nr 18, poz. 109) oraz szereg pozostałych stanowią określony kompleks, zamykający całokształt systemu organizacji finansowej szkoły wyższej.

Jak już zaznaczono na wstępie, rzeczą istotną jest ustalenie w jakim stopniu ten ogólnie scharakteryzowany układ odpowiada specyfice akademii medycznej. Ze względów metodologicznych należy wydzielić te elementy, które w sposób niedwuznaczny uzasadniają objęcie wyższych szkół medycznych przepisami wynikającymi z Uchwały, jak również te, które nie znalazły odbicia w niej ze względu na różne czynniki, o których była już mowa na wstępie. Czynniki niezwykle zasadniczej rangi przemawiającymi za wprowadzeniem nowego systemu finansowego są:

a) unifikacja systemu finansowego szkół wyższych w wyniku realizacji jednej z podstawowych zasad działania państwa socjalistycznego, a mianowicie działania planowego, jako pogłębienia elementów racjonalizmu,

b) powiązanie szkół wyższych z ogólnokrajowym systemem niektórych form działalności, a w szczególności systemu organizacyjnego badań naukowych objętych programem rządowym, problemami węzłowymi, międzyresortowymi i resortowymi. Jak wiadomo w systemie tym uczestniczą placówki Polskiej Akademii Nauk, instytuty naukowo-badawcze, ośrodki badawczo-rozwojowe itp.,

c) powiązanie szkół wyższych z budżetem w części dotyczącej działalności dydaktyczno-wychowawczej w formie dotacyjnej, zaś w działalności badawczej i zleconej opartej na elementach rachunku ekonomicznego.

Zjawiskami utrudniającymi pełną adaptację zasad systemu finansowego szkół wyższych określonych w dziale IV Uchwały są:

a) specyfika wyższej szkoły medycznej odróżniająca ją od szkół typu uniwersyteckiego lub technicznego, a polegająca na charakterze studiów, w szczególności w tej części, która oparta jest o zajęcia kliniczne,

b) system organizacyjny wyższej szkoły medycznej, która nie może być oderwana od zespołu szpitali klinicznych. Wynikają z tego szczególne cechy i zadania odnoszące się do zespołu kadry nauczającej, w szczególności do nauczycieli akademickich, dla których ich pracownię-laboratorium stanowi w pierwszym rzędzie klinika, będąca szpitalną jednostką organizacyjną. Trudności pogłębiają się znacznie, jeżeli zespół dydaktyczny zostanie posadowiony na obcej bazie szpitalnej, jak to ma miejsce w Akademii Medycznej w Warszawie,

c) swoistość systemu finansowego praktykowana w akademiach medycznych polegająca na tym, że uczelnia jest równocześnie finansowana w oparciu o zasady wpływające z wyżej wymienionej Uchwały, a niezależnie od tego pozostała typową jednostką budżetową jako dysponent środków budżetowych II stopnia w stosunku do podległych szpitali klinicznych, a co dalej jako bezpośredni realizator budżetu w zakresie akcji zleczanych, takich jak: dystrybucja leków specjalistycznych, zwalczanie chorób wenerycznych, organizowanie zjazdów naukowych itp. Taka organizacja mąci przejrzystość i narusza pojęcie unifikacji systemu finansowego przewidzianego dla całego szkolnictwa wyższego. Tak więc, mimo wprowadzenia zasad systemu finansowego wynikającego z Uchwały, akademie medyczne znajdują się w sytuacji nieco odmiennej, niż szkoły wyższe zgrupowane w resorcie Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki.

Przechodząc do realizacji zasad nowego systemu finansowego w Warszawskiej Akademii Medycznej należy podkreślić, że zmieniając w sposób istotny finansowanie działalności uczelni, pociągnęły za sobą również częściowe zmiany strukturalne. Podstawowe zasady kształtujące nowy model określone zostały w piśmie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 lutego 1977 r. nr PC-34-Z-9. Wynikające z niego wytyczne dadzą się ująć w następujące główne grupy zagadnień:

a) zmiany dotyczące finansowania bezpośredniej działalności merytorycznej,

b) zmiany w strukturze jednostek administracyjnych,

c) zmiany w zakresie finansowego wyodrębnienia kierunków działalności akademii,

d) rozszerzenie funkcji koordynacyjno-nadzorczych w stosunku do jednostek podporządkowanych, przy równoczesnej decentralizacji niektórych form działalności bezpośredniej.

Wszystkie wymienione problemy pozostają w ścisłej wzajemnej zależności i stanowią przełom w dotychczas wypracowanym i praktykowanym modelu organizacyjno-finansowym. W pierwszym rzędzie należy podnieść fakt, że akademia nie finansuje bezpośrednio działalności leczniczej, zaś jednostki organizacyjne, takie jak przy-

chodnie stomatologiczne przekazane zostały do Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1. Podobne zmiany zaszły w stosunku do zespołów leczniczo-usługowych usytuowanych na bazie obcej (szpitale miejskich), finansowanych z działu „ochrona zdrowia”. Przeszły one do poszczególnych szpitali klinicznych wg orientacji lokalizacyjnej.

Jest sprawą oczywistą, że omawiane zmiany nie mogły zakłócać działalności merytorycznej tych ugrupowań, w związku z czym przeprowadzane były sukcesywnie.

Przesunięcia, o których mowa, dotyczyły zarówno kadry lekarskiej, średniego personelu medycznego, środków materialnych oraz bazy lokalowej. Środki finansowe będące w latach poprzednich w bezpośredniej dyspozycji uczelni, przekazane zostały poszczególnym szpitalom klinicznym. Akademia zachowała w stosunku do nich funkcje dysponenta środków budżetowych II stopnia.

Istotną reorganizację odnotować należy na odcinku działalności niektórych jednostek o charakterze usługowym zarządzanych dotąd bezpośrednio przez uczelnię, a posiadających w większości status gospodarstwa pomocniczego. Należą do nich:

- Zakład Remontowo-Budowlany,
- Zakłady Konstrukcyjno-Naprawcze Precyzyjnego Sprzętu Medycznego,
- Baza Transportowa,
- Zakłady Ortopedyczne w Warszawie,
- Zakłady Ortopedyczne w Konstancinie.

W zależności od zakresu działania, specyfiki, lokalizacji itp. zastosowano wielorakie rozwiązania, a mianowicie:

— Zakład Remontowo-Budowlany otrzymał ograniczone wyodrębnienie finansowe wynikające z zasad określonych w piśmie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 lutego 1977 r.

— Zakłady Konstrukcyjno-Naprawcze Precyzyjnego Sprzętu Medycznego, ze względu na specyfikę i zakres działania oczekują ostatecznej decyzji, co do form finansowania i powiązań organizacyjnych, co nastąpiło z dniem 1.I.1978 r. Aktualnie wchodzi w skład uczelni formalnie jako wydział produkcji pomocniczej zachowując wyodrębnienie organizacyjne.

— Baza Transportowa stanowi wydział produkcji pomocniczej szkoły, zaś jej działalność podlega wyodrębnionym zasadom kalkulacyjnym i jest rozliczana za świadczone usługi odrębnie na rzecz uczelni, odrębnie zaś na rzecz szpitali klinicznych.

— Zakłady Ortopedyczne w Warszawie i Konstancinie zachowują status gospodarstwa pomocniczego z tym, że powiązane zostają z jednostkami szpitalnymi.

Niezależnie od zmian strukturalnych, w zakresie niektórych funkcji usługowych świadczonych dotąd lecznictwu bezpośrednio przez szkołę, nowy system finansowy spowodował przesunięcie bezpośredniego wykonawstwa do szpitali klinicznych, pozostawiając organom uczelni uprawnienia nadzorczo-koordynacyjne. Wymienić tutaj należy nowe formy realizacji remontów kapitałowych i zakupów inwestycyjnych (aparatury).

Podstawowe założenia nowego systemu finansowego dotyczące akademii jako szkoły wyższej, oparte zostały na głównych zadaniach przez nią realizowanych, a mianowicie:

- działalności dydaktyczno-wychowawczej,
- działalności naukowo-badawczej,
- działalności pomocniczej (usługi transportowe, budowlane itp.),
- działalności bytowej (administracja budynków mieszkalnych),
- działalności wyodrębnionej finansowo, do której zalicza się:
 - a) pomoc stypendialną dla studentów,
 - b) pomoc w utrzymaniu domów i stołówek studenckich,
 - c) działalność społeczno-wychowawczą studentów.

Akademia przestała być klasyczną jednostką budżetową, zaś system finansowy, zgodnie z ogólnymi założeniami, oparty został zarówno na dotacjach budżetowych, jak i dochodach własnych, ujętych w jednolity plan finansowy. Dotacje budżetowe przeznaczone zostały na działalność dydaktyczno-wychowawczą oraz wszelkie formy pomocy dla studentów. Działalność naukowo-badawcza oparta została w zasadzie na systemie umów o prace badawcze i wdrożeniowe oraz uzyskane z tej działalności nadwyżki przeznaczone częściowo na fundusz prac badawczych.

Nie wdając się w zawilości poszczególnych rozwiązań i problematyki dotyczącej zasad tworzenia funduszków celowych, kalkulacji kosztów, wyodrębnienia jednostek kalkulacyjnych itp. trzeba podkreślić, że głównym problemem, który w nowym systemie finansowym nasuwa najwięcej kontrowersji i rozterek jest ustalenie właściwych relacji, zachodzących merytorycznie na odcinku kształcenie — prace badawcze — lecznictwo, zaś organizacyjnie da się sprowadzić w relacji leczenia: szpitale kliniczne i jednostki na bazie obcej.

Mimo stosunkowo krótkiego upływu czasu praktyka wykazała, że istnieje poważna liczba problemów, które dadzą się rozwiązać na szczeblu zarządzania szkołą, część zaś z nich wymaga bardziej zasadniczych decyzji.

Wprawdzie pismo Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 lutego 1977 r. rozstrzyga niektóre z problemów, takie jak utrzymanie zasady nie stosowania rozliczeń między uczelniami a podleg-

łymi im szpitalami klinicznymi za wzajemnie świadczone usługi, względnie zasady świadczeń finansowych w działalności dydaktyczno-wychowawczej na bazie jednostek terenowej służby zdrowia w sposób jednoznaczny, to jednak są to dyspozycje w wielu przypadkach natury teoretycznej. Konfrontacja z praktyką, ze złożonością problemów, wreszcie możliwością wytyczenia linii podziału między pojęciami „nauczania klinicznego” a usługami leczniczymi nie jest sprawą oczywistą. Pociąga to za sobą rozbieżności zdań i postaw.

Ujmowane są w planach finansowych w sposób często formalistyczny, daleko odbiegający od faktycznych rozwiązań i stanowią poważny problem w trakcie finansowania działalności merytorycznej. Należy przy tym brać pod uwagę, że o ile zależności i powiązania pomiędzy uczelnią i szpitalami klinicznymi są dość ścisłe i w wyniku pełnienia funkcji koordynacyjno-nadzorczych istnieje możliwość sterowania całokształtem działalności i łagodzenia występujących tu i ówdzie napięć, to w stosunku do działalności dydaktyczno-naukowej na bazie jednostek terenowej służby zdrowia możliwości takie są bardzo ograniczone ze względu na niezależność ośrodków dyspozycyjnych.

Jedną z głównych przesłanek powodujących powstanie nowego systemu finansowego określonego Uchwałą nr 289 Rady Ministrów był rachunek ekonomiczny, który prowadzić ma do prawidłowego ustalania jednostek kalkulacyjnych, a tym samym do rozliczania kosztów określonych kierunków działalności. Jest to niewątpliwie zagadnienie o dużym ciężarze gatunkowym. Wydaje się jednak, że ze względu na charakter działalności merytorycznej akademii medycznej, daleko odbiegającą od pojęć gospodarczych jej strukturą organizacyjną w postaci warsztatu dydaktycznego i naukowo-badawczego, wreszcie specyfikę zawodową lekarza akademickiego należy dołożyć wszelkich starań, aby w trakcie wprowadzania nowych zasad finansowania działalności szkoły nie popaść w formalizm. Wydaje się również, że szereg zagadnień trzeba będzie uregulować zgodnie z duchem i charakterem właściwym dla wyższej szkoły medycznej.

ZAWIADOMIENIE

Zrzeszenie Polskich Towarzystw Lekarskich uprzejmie zawiadamia o następujących sympozjach i zjazdach naukowych:

XXVII konferencja naukowa sekcji diabetologicznej
Towarzystwa Internistów Polskich
11.V.1978 r.

Przewodniczący: *prof. dr Artur Czyżyk, Warszawa,
ul. Lindleya 4*

Posiedzenie grupy roboczej stymulacji serca
Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego
15.V.1978 r.

Przewodniczący: *doc. dr Mariusz Stopczyk, Radziejowice,
ul. KRN 55*

Konferencja sekcji antynikotynowej
Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego
15.V.1978 r. Warszawa

Przewodniczący: *doc. dr Władysław Pręgowski, Białystok,
ul. Żurawia 14*

Konferencja naukowa sekcji gastroenterologicznej
Towarzystwa Internistów Polskich
21—22.V.1978 r.

Przewodniczący: *prof. dr Edward Rużyłło, Warszawa,
ul. Goszczyńskiego 1*

Sympozjum oddziału stołecznego Towarzystwa Anestezjologów Polskich
22.V.1978r.

Przewodniczący: *doc. dr Bogdan Kamiński, Warszawa,
ul. Lindleya 4*

Kongres sekcji spondylologii
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
4—5.VI.1978 r. Warszawa — Otwock

Przewodniczący: *prof. dr Stefan Malawski, Warszawa,
ul. Peszteńska 10b*

Sympozjum Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
4—5.VI.1978 r.

Przewodniczący: *dr Andrzej Różycki, Warszawa, ul. Nowiejska 27*

*Doc. dr hab. Mirosława Głowacka *)*

SEMINARIUM W RYNI

Proces pedagogizacji kadry nauczającej wyższych uczelni, w tym WAM, został podjęty przed kilku laty. Zakład Dydaktyki WAM pełni w tym zakresie doniosłą rolę. Do tradycji uczelni weszły już zorganizowane przez ten zakład doroczne seminaria grupujące ludzi rzeczywiście zaangażowanych w problemy dydaktyki. Seminarium ubiegłoroczne miało temat wiodący: „doskonalenie metod kontroli i oceny procesu kształcenia w warszawskiej Akademii Medycznej”. 44 pracowników dydaktycznych z 19 klinik i zakładów w ramach trzech grup podjęło trzy tematy robocze, przy czym udział w grupie był uzależniony od wyboru uczestników zgodnie z ich doświadczeniem i zainteresowaniami. Tematami tymi były — egzaminy konkursowe w AM, egzaminy praktyczne oraz formy bieżącej kontroli i oceny studenta. Po dokonaniu analizy stanu faktycznego istniejącego w naszej uczelni, każda z grup przedyskutowała kierunki i możliwości zmian w powyższych zakresach oraz sformułowała wnioski.

W zakresie form bieżącej kontroli i oceny najistotniejszym wydaje się być stworzenie studentom w ramach seminariów możliwości samodzielnego rozwiązywania problemów oraz weryfikowania i wzbogacania prezentowanych przez nich poglądów, zamiast dotychczas stosowanej praktyki sprowadzania seminariów do roli dodatkowych sprawdzianów. Oceny częściowe zaś uzyskane przez studentów w toku ćwiczeń muszą być oparte na podstawowych, uzgodnionych i znanych studentom celach kształcenia. Konieczne zatem jest dokonywanie weryfikacji programów kształcenia pod kątem:

- eliminacji treści nieaktualnych lub zbyt szczegółowych
- logicznego ich układu i hierarchii ważności
- związków logicznych i praktycznych z dyscyplinami obocznymi.

Grupa opracowująca postulaty odnośnie egzaminów praktycznych stanęła na stanowisku, że w dyscyplinach klinicznych jest on absolutnie podstawowy a udział jego w ocenie ogólnej winien być nie

*) Kiiniczny Zespół Nauczania AM w Warszawie, Miejski Szpital Dziecięcy.

mniejszy niż 50%. Podkreślano konieczność ujednoczenia kryteriów wymagań, celem większego zobiektywizowania ocen z tego egzaminu. Ustalono, że kolejność stosowania różnych form kontroli i oceny jest ważna, a ma szczególne znaczenie w egzaminie końcowym, teoretycznym i praktycznym.

Grupa robocza omawiająca egzaminy kursowe postulowała powołanie zespołów pracowników dydaktycznych, których celem byłoby wprowadzanie korektur programów nauczania na podstawie analizy merytorycznej wyników testów (zarówno przedmiotowych jak i zintegrowanych). Wydaje się również konieczne wprowadzenie dokładnej informacji dla studentów i nauczycieli akademickich o zakresie wiedzy, sposobie i kryteriach oceniania, a także wpływie ocen częściowych na ocenę końcową w danej dyscyplinie.

Poza pracę w grupach, bardzo istotnym elementem seminarium były wykłady, które pozwoliły, bodaj fragmentarycznie, wzbogacić wiedzę teoretyczną uczestników. Należy również podkreślić niewątpliwe korzyści wynikające z możliwości nieformalnych kontaktów przedstawicieli różnych dyscyplin i zakładów. Można zaryzykować twierdzenie, że zespół Zakładu Dydaktyki, skupiający w swym gronie różnych fachowców — nie lekarzy potrafił problemami pedagogizacji pracy naszej uczelni tak dalece zarazić uczestników, że dyskusje kuluarowe były również ześrodkowane wokół tych zagadnień.

Niewątpliwym brakiem seminarium był jednak zbyt mało reprezentatywny skład uczestników. Zaledwie pojedyncze jednostki warszawskiej Akademii Medycznej delegowały pracowników rzeczywiście kierujących dydaktyką. Stąd często wycinkowe spojrzenie na problemy dydaktyki w niektórych klinikach i zakładach, a co za tym idzie, brak pełnej informacji. Taki skład uczestników prowadzi do braku znalezienia obecnie wspólnego języka między kierownikami jednostek, a ich pracownikami, którzy już w pewnej mierze ulegli bakcyłowi pedagogizacji. Obawy te, nurtujące uczestników, znalazły swój wyraz na posiedzeniu podsumowującym. Wszyscy dyskutanci bardzo mocno postulowali, aby wnioski wypracowane w czasie trwania seminarium dotarły do władz uczelni oraz by podjęto działania w celu wdrożenia ich w praktykę dydaktyczno-wychowawczą.

Joanna Majkowska, Małgorzata Słowińska *)

REFLEKSJE Z PRAKTYKI STUDENCKIEJ W SZWECJI

Za nami okres gorączkowych przygotowań do wyjazdu a przede wszystkim pomyślnie zakończona sesja. Przed nami pobyt na międzynarodowym kursie medycznym, organizowanym przez Królewski Uniwersytet w Lund (Szwecja). Przed wyjazdem otrzymałyśmy bardzo miły list od opiekuna kursu z ramienia organizacji młodzieżowej FMS — Hansa Ivarssona, z wiadomością gdzie mamy zgłosić się po przyjeździe oraz z uwagą o zabranie ciepłej bielizny, ze względu na chłodny klimat.

Do Ystad przyplłynęłyśmy rano. W Lund przy Klostergatan był nasz punkt zborny i tam oczekiwał nas Hans. Dostałyśmy od niego plan zajęć na najbliższe trzy dni i klucze od domku, w którym miałyśmy spędzić cały miesiąc. Jeszcze tego samego dnia zobaczyłyśmy szpital, który pomimo imponującej wielkości wydawał się dziwnie spokojny i pusty. Po południu zwiedzanie miasta. Rolę przewodnika pełniła para studentów architektury, drobniotka blondynka Ulla i jej kolega Stefan.

Lund jest typowym miastem studenckim, w którym mieszka ponad 70 tys. ludzi, a w tym 35 tys. — to studenci. Punktem centralnym jest znana w całej Europie romańska katedra. Północno-wschodnią część miasta zajmują budynki uniwersyteckie. W skansenie zwanym przez Szwedów Kulturen zgromadzono najstarsze zabytki. Nas najbardziej zainteresowała kolekcja strojów. Odbyło się także powitalne party, na którym miał być twórca i opiekun szkoły doc. dr Stig Radner.

W 1977 roku minęło 27 lat od chwili założenia szkoły. Rokrocznie organizowano tu międzynarodowe sesje, prezentując najnowsze osiągnięcia szwedzkiej medycyny. Tym razem doc. dr Radner postanowił zamiast zgromadzenia na sympozjum znanych naukowców, dać możliwość spotkania się w tej szwedzkiej uczelni studentów medycyny różnych krajów świata. Uznał, że spotkanie takie służyć bę-

*) Studentki III roku I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie

dzie nie tylko wymianie myśli naukowej, ale i sprawie pokoju i współpracy, co jak stwierdził jest domeną ludzi młodych, bo od nich będzie zależała przyszłość świata.

Nasza grupa składała się z 16 osób, o trudnych do transkrypcji nazwiskach, stąd pozwalamy sobie dla uproszczenia operować tu imionami uczestników. Było więc dwoje Jugosłowian — Duszica i Arsen, dwóch Szwajcarów — Bruno i Markusz, Francuz Jean-Bernard, Austriaczka Heide, Tammah z Izraela, Costas z Cypru, Nadia z Egiptu, Mohameda z Sudanu, Stanisław z Czechosłowacji i pięć osób z Polski — Joanna i Ewa z Krakowa, my dwie oraz nasz opiekun starszy kolega Wladek, którego nazywaliśmy Vivax. Nasza piątka otrzymała przydomek „polish mafia”. Ze strony szwedzkiej opiekunami naszymi byli: Marianne, Susanne, Tina, Ulla, Hans, Lars, Lenart, Stefan, Jan i ulubieniec całego Lundu — Per nazywany od roli, którą grał w studenckim przedstawieniu — Kristina.

W poniedziałek nastąpiło jubileuszowe dwudzieste piąte oficjalne otwarcie „Medical Summer School” 1977. Każdy z nas otrzymał pamiątkowy znaczek, przedstawiający stylizowaną kulę ziemską z węzłem Eskulapa, a także szczegółowy plan zajęć na dwa tygodnie. Pierwsza część kursu obejmowała wykłady i wizyty we wszystkich instytutach naukowych i poszczególnych oddziałach szpitalnych. Druga to dwutygodniowa indywidualna praktyka na wybranym oddziale. Zajęcia odbywały się od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9—15, z krótkimi przerwami, które spędzaliśmy w szpitalnej cafferterii. Szpital — w normalny dzień pracy niczym nie przypominał poprzedniego obrazu z dni weekendu. Przede wszystkim zwracał w nim uwagę duży ruch personelu i chorych; pełno było kilkunastoletnich chłopców sprzątających korzytarze. Największe wrażenie zrobił na nas OJOM, głównie ze względu na swoją wielkość, wyposażenie a także liczebność personelu pomocniczego. W stacji krwiodawstwa zobaczyliśmy maszynę do oznaczania grup krwi, połączoną z systemem komputerowym.

Jednym z punktów naszego programu była wizyta w szpitalu dla chorych psychicznie i narkomanów St. Lars Hospital. Pozwolono nam obejrzeć oddział, w którym przebywali narkomani. Przymusową opieką objęci są ci, którzy aktualnie znajdują się w stanie szoku. Dalsze leczenie jest dobrowolne. Każdy pacjent może zawsze opuścić oddział lub ponownie do niego wrócić. Główną metodą leczenia jest psychoterapia grupowa lub indywidualna.

Oddziałem, który szczególnie różni się od placówek tego samego typu w Polsce jest oddział położniczy. Każda rodząca, kierowana jest do oddzielnego pokoju, w którym znajduje się kompletne wyposażenie zabezpieczające przebieg porodu fizjologicznego, a także zestaw

przygotowany dla noworodka. Aparatura kontrolująca akcję porodową umieszczona jest w specjalnym pokoju, gdzie przebywające stale pielęgniarki mają obowiązek ciągłego jej śledzenia. Przy porodzie obecna jest położna i dwie osoby z personelu pomocniczego. Sprawą nietypową dla naszej służby zdrowia jest obecność podczas całego porodu męża rodzącej, lub — rzadziej — kogoś z rodziny. Wydaje się nam, że jest to korzystne nie tylko ze względu na to, że mąż może spełniać rolę pielęgniarki, ale przede wszystkim ważki jest tu aspekt psychologiczny, szczególnie w przypadku młodych małżeństw. Oprócz pokoi przeznaczonych dla porodów fizjologicznych na tym samym oddziale znajduje się sala porodowa wykorzystywana w przypadkach przebiegających z komplikacjami, a także pomieszczenie dla noworodków, które rodzą się w zamartwicy. Lekarz wzywany jest tylko w przypadkach skomplikowanych, wymagających interwencji.

Naszym zdaniem dużym osiągnięciem medycyny szwedzkiej jest badanie ultrasonograficzne przeprowadzane dwukrotnie w czasie ciąży.

Jak już wspomnieliśmy druga część kursu obejmowała dwutygodniową praktykę na wybranym oddziale; my wybrałyśmy oddział położniczy. Oprócz zajęć w szpitalu miałyśmy możliwość zwiedzenia zakładów Gambro, produkujących między innymi sztuczne nerki. Odwiedziliśmy także odpowiednik polskich przychodni rejonowych, gdzie zapoznaliśmy się ze świadczeniami socjalnymi na rzecz pacjentów szwedzkich. W Malmö spotkaliśmy się z lekarzami, działającymi w prywatnej placówce, podobnej do naszych spółdzielni zdrowia. Zwiedziliśmy także fabrykę farmaceutyczną LEO.

Oprócz zajęć związanych z medycyną, organizatorzy przygotowali nam atrakcyjny program kulturalny. Otrzymaliśmy karty wstępu do LSRE (Lund Students Reservation Service), w którym odbywały się recitale, spotkania jazzowe i dyskoteki. Organizowane były także spotkania w prywatnych mieszkaniach naszych szwedzkich przyjaciół. Dostaliśmy także zaproszenie do domu jednego z profesorów, na uroczyste party, a także do letniego domku doc. Radnera. Weekendy spędzaliśmy zawsze poza Lundem. Mieliśmy wtedy możliwości zwiedzania pięknych architektonicznie, starych pałaców i zamków. Swoistą atrakcją, nie tylko dla nas cudzoziemców, ale i dla Szwedów był coroczny, organizowany w okresie naszego pobytu jarmark. Zobaczyliśmy Armię Zbawienia; kobiety w różnym wieku grały na instrumentach i śpiewały; było to rozśmieszające, żalodne widowisko. Popłynęliśmy także do Kopenhagi, gdzie głównym punktem programu było zwiedzanie Tivoli. Mieliśmy także możliwości poprawy naszej kondycji fizycznej w czasie rowerowej wycieczki po wyspie Wien. Pożegnalne party odbyło się w domku poprzedniego sekretarza organizacji studenckiej *Pere Åkesson*a. Ale rzeczywiście ostat-

nim naszym spotkaniem były urodziny Vivaxa, na które szwedzkie dziewczęta przygotowały wspaniałe torty. Nie obyło się bez łez i planowania następnych spotkań. Wybór padł na Warszawę. Następnego dnia opuściliśmy Lund.

Zastanawialiśmy się już w drodze powrotnej, co nam ten miesięczny kurs dał? Poznałyśmy działalność apteki szpitalnej i najnowsze metody histochemiczne, problemy medycyny lotniczej i morskiej, metody przeprowadzania sekcji, zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków i oddział radioterapii. I chyba możemy powiedzieć, że założenia doc. Radnera sprawdziły się. Poznałyśmy grupę młodych, bardzo miłych ludzi, o różnych zainteresowaniach, o których potrafili mówić w sposób bardzo ciekawy. Rozszerzyłyśmy nie tylko swą wiedzę profesjonalną.

Oprócz ciągłych dowodów wspólnego rozumienia się były nadto momenty naprawdę szczególnie dla nas — Polaków — miłe. Jednym z nich było przekazanie przez prowadzącego wykład w Instytucie Histologii pozdrowień dla naszego profesora dr. A. Trzebskiego. Drugą miłą niespodziankę zastaliśmy w Zakładzie Anatomii Patologicznej; otóż pokój prowadzącego z nami ćwiczenia był cały w polskich plakatach.

Myślmy, że każdy z nas przywiózł do swego kraju chociaż jakiś drobny fragment wspaniałych idei, zaszczepionych nam przez doc. Radnera w czasie trwania Medical Summer School 1977 w Lund.

*Dr farm. Ryszard Paruszewski *)*

O DZIAŁALNOŚCI ZWIĄZKOWEJ RADY UCZELNIANEJ WARSZAWSKIEJ AM

Organizacja związkowa Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w AM w Warszawie liczy obecnie 5544 członków, co stanowi ponad 80% wszystkich pracowników uczelni i szpitali klinicznych AM. Podstawowym kierunkiem działalności Rady Uczelnianej ZZPSZ są sprawy socjalno-bytowe oraz pomoc osobom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej. Na ten cel rady zakładowe i uczelniane przeznaczyły w ubiegłym roku ponad 370 tys. zł, udzielając zapomóg 355 osobom (nie licząc zapomóg losowych i zasiłków statutowych). W 1977 r. podniesiono wysokość zapomóg w szczególnie uzasadnionych przypadkach do 3 tys. zł. Rozwinięto akcję pomocy rzeczowej dla emerytów, na co uzyskano dotacje od Zarządu Głównego ZZPSZ w wysokości ponad 110 tys. zł; akcją kolijną objęto wszystkie zgłoszone dzieci, tj. 650. Do końca września 1977 r. zakupiono 2.394 skierowań na wczasy dla pracowników, o ok. 500 więcej niż w roku 1976. Liczba ta nie obejmuje wczasów zakupionych bezpośrednio przez samych pracowników, za które otrzymali oni częściowy zwrot kosztów. Pomimo tej istotnej poprawy istnieją jeszcze ciągle trudności z uzyskaniem wczasów w okresie szczytu urlopowego. Jedną z przyczyn tego jest fakt, że uczelnia nasza nie dysponuje własną bazą turystyczno-wypoczynkową, a wszelkie wysiłki idące w tym kierunku nie zostały jak dotychczas uwieńczone powodzeniem.

W 1976 roku skierowano do sanatoriów 135 pracowników, natomiast w 1977 r. do 15 listopada — 125 osób. Przy rozdziale skierowań do sanatoriów są również uwzględniani renciści i emeryci z naszej uczelni. Rada Uczelniana przykłada dużą wagę do stałych kontaktów z byłymi pracownikami, w tym celu organizowane są spotkania kierownictwa uczelni z emerytami. Nasi seniorzy są uwzględniani w rozdziałach karnetów i biletów do kin i teatrów, są dla nich

*) Sekretarz ZRU

organizowane wycieczki, odpowiednie pogadanki itp. W miarę potrzeby otrzymują też odpowiednią pomoc materialną.

Zakładowy Fundusz Socjalny wynosił w 1977 roku 10.568 tys. złotych i był o 1 milion zł. wyższy niż w roku 1976. Przewiduje się wydatkowanie ok. 8 mln zł. głównie na wczasy pracownicze, obozy i kolonie, działalność kulturalną, sport i turystykę, pomoc rzeczową dla pracowników i emerytów.

Sytuacja mieszkaniowa wielu pracowników uczelni jest nadal trudna. W okresie sprawozdawczym komisje mieszkaniowe interweniowały w 119 przypadkach, dzięki czemu 17 pracowników uzyskało mieszkania. W 1976 r. fundusz mieszkaniowy wynosił 2.903 tys. zł. Z sumy tej wydatkowano 786 tys. zł na wkłady do spółdzielni dla 51 pracowników, 888 tys. zł. na pożyczki na remonty i modernizację mieszkań dla 99 osób, 148 tys. zł. na pożyczki na budowę domków jednorodzinnych dla 6 osób oraz 82 tys. zł. na kaucje i koszty związane z zamianą mieszkań dla 7 osób. Ogółem udzielono 163 pożyczki na sumę 1.904 tys. zł.

Dużo wysiłku włożono również w organizację działalności kulturalno-oświatowej. I tak komisja kulturalno-oświatowa brała udział w organizacji Międzynarodowego Dnia Kobiet, Dnia Dziecka, Choinki Noworocznej, obchodów Dnia Pracownika Służby Zdrowia. Zorganizowano także kursy: samochodowe, kroju i szycia, żywienia, języków obcych, reaktywowano kilka kółek zainteresowań. Komisja kulturalno-oświatowa zajmuje się też zakupem i rozprowadzaniem biletów do teatrów, kart wstępu na pływalnię (w 1976 r. — 90 kart, w 1977 r. 115 kart), jak też bierze udział w organizowaniu wycieczek. W 1976 r. zorganizowano 25 wycieczek krajowych i 4 zagraniczne, w których uczestniczyło 1.005 osób.

Zarząd Rady Uczelnianej współpracuje z organizacją związkową Wydziału Medycznego Uniwersytetu Humboldta w NRD, w zakresie wymiany grup pracowników, zwykle 14 osób rocznie. Obecnie jesteśmy w trakcie nawiązywania podobnej umowy ze związkowcami z Instytutu Chirurgii Serca i Naczyń w Moskwie.

Jednym z istotnych problemów, którym w sposób szczególny zajmuje się Rada Uczelniana są sprawy bhp; dotyczą one remontów obiektów akademii, zabezpieczenia prawidłowego działania wentylacji, klimatyzacji, ogrzewania, przechowywania pojemników i butli z gazami, zabezpieczenia dróg ewakuacji i transportu, urządzeń elektrycznych, konserwacji aparatury, prania bielizny szpitalnej, sprzętania itp.

Rada Uczelniana, powołana w wyniku wyborów w dn. 12.III.76 r. pracowała w okresie sprawozdawczym, tj. od marca 1976 r. do listopada 1977 r. w następującym składzie osobowym:

przewodniczący	— Mieczysław Szostek
v-przewodniczący:	— Anna Markiewicz, Krzysztof Młosek i Robert Włodarczyk
sekretarz	— Ryszard Paruszewski
skarbnik	— Tadeusz Wróblewski
społeczny inspekt. pracy	— Aleksander Wagner
przew. R.Z. przy AM	— Andrzej Dworczyński
przew. R.Z. przy CSK i Za- rządzie Inwestycji AM	— Barbara Maniecka-Aleksan- drowicz
przew. R.Z. przy PSK nr 1	— Krzysztof Semenicki
przew. R.Z. przy PSK nr 3	— Krystyna Sidor
przew. R.Z. przy PSK nr 4	— Jan Ciszewski
przew. R.Z. przy Gospodar- stwach Pomocniczych AM	— Józef Sądkowski
przew. kom. socjalno-bytowej	— Zofia Solon-Ignaczak
przew. kom. sanatoryjno-wcza- sowej	— Jerzy Podleśny, obecnie Zyg- munt Ajewski
przew. kom. kulturalno-oświa- towej	— Andrzej Ilczuk, obecnie Krzy- sztof Niewiadomski
przew. kom. mieszkaniowej	— Walerian Staszewicz
przew. kom. bhp	— Aleksander Wagner, obecnie Grzegorz Stryjek
przew. kom. budżetowej	— Tadeusz Wróblewski
przew. kom. ds. współpracy	— Zbigniew Fałda
przew. kom. ds. seniorów	— Teresa Jeż
przew. kom. rewizyjnej	— Jan Szymański
przew. kom. kultury fizycznej i turystyki	— Adam Śliwowski

W wyniku konferencji sprawozdawczo-wyborczej Rady Uczelnianej podjęto 14-punktową uchwałę, której realizacja stała się naczelnym zadaniem naszej organizacji związkowej. Wytyczne uchwały zobowiązują m.in. do:

— Wzmocnienia pozycji i rangi męża zaufania oraz grup związkowych, stworzenia możliwości szerszego udziału w pracach społecznych grup związkowych.

— Usprawnienia pracy delegatów Rady Uczelnianej do rad instytutów.

— Prowadzenie stałej działalności i wykorzystania rezerw w sferze działania zawodowego i społecznego, poprzez usprawnienie i lepszą organizację pracy, efektywne wykorzystanie czasu pracy i wzmożenie dyscypliny pracy.

— Wzmoczonego nadzoru nad działalnością administracji w zakresie warunków bhp, czego rezultatem powinno być zmniejszenie wypadkowości przy pracy, poprawa warunków bezpieczeństwa i higieny pracy.

— Zapewnienie pracownikom pełnej możliwości korzystania z własnego lecznictwa.

— Otoczenie większą opieką socjalną młodych pracowników, samotne matki oraz seniorów.

— Usprawnienie pracy pielęgniarek przez uwolnienie ich od czynności nie związanych z bezpośrednią pielęgnacją chorych.

— Wprowadzenie jako zasady uroczystego zegnania pracowników odchodzących na emeryturę.

Rada Uczelniana realizuje swój program przy ścisłej współpracy i pełnym poparciu Komitetu Uczelnianego PZPR. Do tradycji należą coroczne oceny problemów socjalnych oraz działalności Rady Uczelnianej na posiedzeniu egzekutywy Komitetu Uczelnianego Partii. Także współpraca z kierownictwem Akademii Medycznej układa się bardzo dobrze. Propozycje Rady naszej znajdują pełne zrozumienie i akceptację władz uczelni, a udział przedstawiciela w kolegium rektorskim stwarza możliwości przedstawienia poglądów organizacji związkowej w omawianych przez kierownictwo problemach.

Praca aktywisty związkowego wymaga dużego zaangażowania, stałej inicjatywy oraz wrażliwości na problemy otoczenia. Dzięki zaangażowaniu dużej grupy aktywistów działalność naszej organizacji została wysoko oceniona, czego dowodem jest przyznanie w uznaniu za ofiarną pracę 13 złotych odznak związkowych, 18 srebrnych oraz 46 odznak XXX-lecia Związku.

Doc. dr hab. med. Jan Tatoń *)

SEBASTIAN PETRYCY Z PILZNA — LEKARZ, FILOZOF



Statuetka Sebastiana Petrycego wieńczy berło dziekana Wydziału Lekarskiego AM w Krakowie. Berło wykonane w 1864 r. z posrebrzanego mosiądzu przez krakowskiego rzeźbiarza Fr. Wyspiańskiego

MOTTO „bogaty dziesięciu Petrycych mieć może, ubogi żadnego”

Sebastian Petrycy urodził się w Pilźnie — miasteczku położonym nad rzeką Wisłoką, na pograniczu ziemi rzeszowskiej i krakowskiej, obecnie w woj. tarnowskim, w 1554 roku. Rodzinne Pilzno uczciło jego pamięć nadaniem jednej z głównych ulic miasteczka nazwiska Petrycego.

Sebastian Petrycy był synem mieszczanina pilźnieńskiego Stanisława. Po ukończeniu szkoły w Pilźnie wstąpił na Akademię Krakowską, w której uzyskał w 1574 roku stopień bakałarza filozofii. Warunki materialne zmusiły go widocznie do przerywania dalszych studiów, skoro przez następne lata do roku 1581 był nauczycielem w Olkuszu. Po przerwie podejmuje dalsze studia, uzyskując w końcu 1583 r. tytuł magistra. W 1584 r. zostaje seniorem bursy filozofów. W tym samym roku uzyskuje katedrę poetyki Kolegium Mniejszego; wykłada objaśnienia do Arystotelesa i Wergiliusza. W kwietniu 1588 r. (w wieku 34 lat) zostaje profesorem w nowo założonej szkole, przygotowującej młodzież do studiów na Akademii Kra-

*) Prorektor ds. Nauki AM w Warszawie

kowskiej (późniejsza nazwa szkoły — Kolegium Nowodworskiego), pozostając w dalszym ciągu w gronie profesorów uniwersyteckich.

Duży zapał i skrupulatność w pełnieniu obowiązków sprawiły, że już w roku następnym otrzymał dwuletni urlop naukowy z przeznaczeniem na studia w uniwersytecie w Padwie. Poświęca się z całą gorliwością studiowaniu medycyny. Dzięki niezwyklej pracowitości już w 1590 r. otrzymał promocję na doktora medycyny. Po powrocie do kraju Petrycy stara się usilnie o uznanie uzyskanego w Padwie stopnia doktora medycyny przez Akademię Krakowską. Zapewne na skutek małostkowych stosunków i dążności do monopolizacji praktyki lekarskiej przez członków Wydziału Lekarskiego nostryfikacja ta przeciąga się. W końcu rozpoczyna praktykę lekarską poza uniwersytetem. W 1592 r. żeni się na przedmieściu Lwowa w mieszczańskiej rodzinie Wenigów i w tym mieście pracuje jako wybijający się lekarz. Kontakt z Akademią w Krakowie nigdy jednak nie zrywa, o czym świadczy, np. ofiarowanie tej uczelni znalezionej w Sandomierzu XV-wiecznego tekstu „Kroniki” Kadłubka.

W 1603 roku następuje wreszcie zatwierdzenie inkorporacji Petrycego na Wydziale Lekarskim Akademii Krakowskiej. Jest już wtedy Petrycy wybitnym i znanym lekarzem, powoływanym na dwory ważnych ówczesnych osobistości. Do tego rodzaju zdarzenia, należy wyjazd do Lotaryngii (1603—1604) w roli lekarza nadwornego kardynała Bernarda Maciejowskiego, a także pełen różnych przygód, barwny wyjazd wspólnie z przyjacielem Mikołajem Oleśnickim, kasztelanem małopolskim do Moskwy w orszaku Maryny Mniszchówny (1606—1607), w czasie którego omal nie stracił życia. W Moskwie przebywa dłuższy okres w więzieniu. Dokonuje tam trawestacji Horacego.

W latach 1607—1615 Petrycy podejmuje wykłady z medycyny i praktykę lekarską w Krakowie. W 1615 r. wdaje się w namiętny spór z kolegą po fachu profesorem Walentym Fontaną, o pierwszeństwo na Wydziale. Spór ten przeobraża się w konflikt z całym Wydziałem. Wynikiem sporu jest wyrok skazujący Petrycego i powodujący w konsekwencji jego ustąpienie z Wydziału w 1616 r. Umarł 7 grudnia 1626 r. w Krakowie.

DZIAŁALNOŚĆ LEKARSKA

Petrycy wydał dwa dzieła lekarskie: „*De natura, causis, symptomatibus morbi gallici eiusque curatione*” w 1591 r. w Krakowie oraz *Instructia, abo nauka, jak się sprawować czasu moru w 1613 r.*, także w Krakowie. Poglądy wyrażone w tych dziełach należy uznać, na tle epoki autora, za ważne przejawy racjonalizmu w medycynie, próby uogólnień spostrzeżeń, jakie Sebastian Petrycy

czyni w swojej bogatej praktyce lekarskiej. Określano go (Muczkowski: *Liber promotionum*, Kraków 1949, str. 226), jako „najwięcej doświadczonego lekarza” („*Medicus experientissimus*”).

Instrukcja o zachowaniu się ludności w czasie epidemii była szczególnie cenna praktycznie, ponieważ mory (epidemie) z powodu chorób zakaźnych dziesiątkowały w jego epoce ludność. Podane w instrukcji proste wskazania Petrycego dotyczące higieny i izolacji chorych na epidemiczne choroby zakaźne (Petrycy stanowił w tej kwestii wielki autorytet) mogły w dużym stopniu hamować rozszerzanie się epidemii.

Sebastian Petrycy wypowiadał się racjonalnie i bardzo postępowo także w innych sprawach, a szczególnie w dziedzinie higieny i wychowania zdrowotnego.

Bezpośrednie doświadczenia społeczne, które Petrycy praktycznie nabywał w czasie pracy lekarskiej przebijają się w dziedzinie, w której osiągnął najwięcej, to jest filozofii. Dokonał on tłumaczenia trzech dzieł Arystotelesa na język polski, które ukazały się w Krakowie pod tytułem: 1) *Oekonomika Arystotelesowa abo raczej nauka domowego gospodarstwa* (w 1601 roku); 2) *Polityki Arystotelesowej to jest rządu Rzeczypospolitey z dokładem ksiąg ośmióro* (w 1605 r.) i 3) *Ethyki Arystotelesowej to jest iako się każdy ma na świecie rządzić z dokładem ksiąg dziesięciorga...* (w 1618 r.). Każde dzieło składa się z tłumaczenia Arystotelesa oraz z oryginalnych objaśnień i komentarzy Petrycego. W *Polityce* zwa się one „*przestrogamii*”, w *Ekonomice* „*dokładami*” oraz umieszczonymi na końcu „*przydatkami*”. Przestrogi, dokłady i przydatki Petrycego są najcenniejsze, zawierają bowiem jego własne i oryginalne poglądy, w których bardzo bystro i trafnie podaje obserwacje dotyczące swojej epoki, formułuje samodzielne koncepcje pedagogiczne i społeczno-medyczne, polityczne i filozoficzne.

Wykształcony, o bogatej praktyce i doświadczeniu lekarz, a więc umysł praktyczny jakim był Petrycy traktuje filozofię nie jako miłość mądrości ale jako naukę uczącą mądrze żyć. Wkracza tu w zagadnienia medyczno-społeczne. Z tego zapewne powodu pominął teoretyczne części filozofii Arystotelesa a zajął się jej praktycznymi księgami.

Naczelną zasadą jego filozofii praktycznej było określenie „*prawda w mowie i prawda w sprawach*”. Podkreśla on wszędzie znaczenie działania, a za największe ułomności Polaków uznaje „*odrazę do pracy i wysiłku oraz bierne poddawanie się losowi*”. Uważa, że aby być sprawiedliwym nie wystarczy nie czynić nikomu krzywdy ale konieczne jest czynne zwalczanie krzywd i czynne ich naprawianie.

Jako człowiek pracy skarży się na obyczaje (alkoholizm) swego wieku „*U nas niestety i najlepszy dworzanin co dobrze spełni i najlepszy szlachcic kufel wytrzęsie, najlepszy przyjaciel co przez zdrowie spełni, choć to zdrowie niejednego do grobu prędką przyczyną*”.

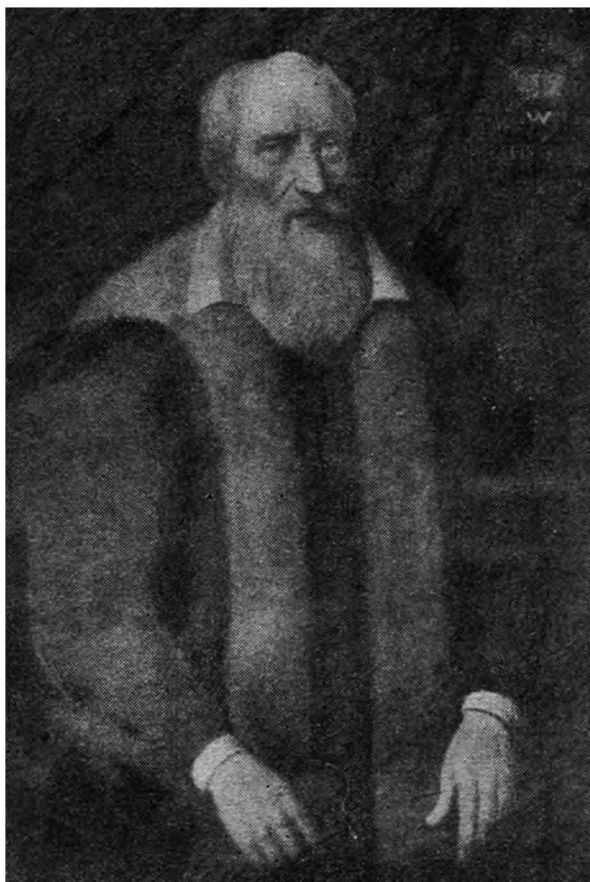
Petrycy — filozof i lekarz o szerokim doświadczeniu przedstawia drogi dobrego wychowania. Jego twórcze poglądy w tym zakresie są torowaniem dróg nowożytnym zasadom wychowania. Więcej kładzie nacisku na kształcenie charakteru, twórczej postawy umysłowej i obyczajów przez nauczanie, aniżeli na dostarczanie bagażu wiedzy. Bardzo żywo żąda wnikliwego zajmowania się dzieckiem w domu rodzinnym, bo wychowanie w domu łączy się z wychowaniem w szkole, a to jest podstawą dobrobytu ojczyzny.

W pismach *Polityka* (t. II, s. 294, 349, 304, 306, 351) dotyczących wychowania podkreśla przy tym trafnie potrzebę dostosowania ćwiczeń do okresu rozwoju fizycznego oraz koordynacji zajęć umysłowych i fizycznych. W zakresie wychowania fizycznego nie przemawia jako filozof (jak to można znaleźć u Arystotelesa) ale jako lekarz i przyrodnik. Dla każdego wieku przedstawia sposoby hartowania fizycznego i psychicznego oraz opanowywania namiętności. Bardzo silnie akcentuje znaczenie ćwiczeń fizycznych, jak gry i zabawy na wolnym powietrzu. Zwraca uwagę na ścisłą zależność pomiędzy uprawianiem ćwiczeń fizycznych a zdrowiem, opisuje możliwość leczenia lub usprawniania za pomocą zajęć gimnastycznych i gier na świeżym powietrzu w przypadkach inwalidztwa. W trosce o walory biologiczne dzieci, podkreśla Petrycy sprawy z zakresu eugeniki małżeńskiej, jak wiek małżonków najbardziej sposobny do prokreacji, higienę ciąży, regulację urodzin. Jest zwolennikiem umiarkowanego hartowania niemowląt i dzieci. W swoich *Komentarzach do Polityki Arystotelesa* przedstawia racjonalny poradnik dotyczący żywienia, ubierania i rozwoju fizycznego, a także ochrony dziecka przed lękiem i nadmiernymi emocjami. Jako lekarz praktyk, np. przestrzega przed zagrzewaniem dzieci nieodpowiednią odzieżą. Píše „*zimno mierne zdrowsze i czerstwe dzieci czyni, niżli gdy ustawicznie w ciepłe kisa. Zimno nie dopuszcza zatechnienia, wilgoci w ciele i słabszy żołądek do strawienia gotuje*” (S. Petrycy: *Ekonomika*, str. 94). Można więc Petrycego uznać za jednego z lekarskich prekursorów higieny wieku rozwojowego. W tym zakresie znacznie wyprzedza powszechnie uważanego za twórcę nowożytnych zasad wychowania fizycznego Locke'a.

Wyraźnie jest zwolennikiem szkół publicznych, żąda od nauczyciela nienaganych obyczajów i umiłowania zawodu, pragnie wprowadzić do szkół naukę malarstwa i muzyki. Ciekawe jest także, że Petrycy uznał w pełni kopernikańską teorię obrotów. Píše o zaćmieniu księżycy w „*Etyce*” na str. 67 „*Bo iż wszystkie planety i*

gwiazdy od słońca światło biorą, jeśli ziemia zastąpi i zastoni światło słoneczne, aby nie dochodziło do miesiąca nie będzie światła miesiąc miał”.

Sebastian Petrycy najwybitniejszy lekarz Polski przełomu XVI i XVII w., zyskał sobie szczególny szacunek, uznanie i miłość



Portret S. Petrycego w auli Uniwersytetu Jagiellońskiego

szerokich warstw społeczeństwa, a szczególnie wśród ludności ubogiej, swoją praktyką lekarską. H. Juszyński tak pisze o nim: „Leczył bezpłatnie z największą ochotą wszystkich ubogich mawiając: bogaty dziesięciu Petrycych mieć może, ubogi żadnego. Kiedy go namawiano, by jechał do wojewody łęczyckiego, powiedział: wojewoda zostawi po sobie majątność, a ja tu mam kilku rzemieślników chorych, którzy by wielu sierot zostawili. Kochany był od popólstwa, które go swym dobrodziejem nazywało”. („Dykcjonarz poetów polskich” przez X. M. Hieronima Juszyńskiego w Krakowie, 1820, T. II, str. 54—55. Cytuję za Karolem Soczyńskim „Śladami polskiego eskulapa”, Warszawa 1958).

Umiłowanie nauki i przywiązanie własne do Akademii Krakowskiej oraz do rodzinnego miasta zadokumentował Petrycy darowizną znacznej sumy pieniędzy na cele uniwersytetu. Procent od sześciu tysięcy złotych zaofiarowanych przez byłego ucznia i profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego miał być przeznaczony na ufundowanie stanowiska historiografa uniwersytetu oraz na stypendium dla dwóch niezamożnych studentów, pochodzących z rodzinnego miasta fundatora. Z fundacji jego, zapomnianej po pewnym czasie, po odgrzebaniu dokumentów korzystali studenci jeszcze na początku XX wieku.

POGLĄDY SPOŁECZNE

Życie Sebastiana Petrycego przypada na okres przejścia od schyłku Odrodzenia do kontrreformacji i Baroku. Jego działalność naukowa i poglądy społeczno-polityczne znajdują się pod wyraźnym wpływem epoki. Przemawia w nich także człowiek o wykształceniu przyrodniczym, bezpośrednio obserwujący życie różnych warstw społecznych w toku swojej działalności lekarskiej. Rozległością zainteresowań i horyzontów naukowych Petrycy jest człowiekiem schyłku Odrodzenia w Polsce. Lekarz i bystry obserwator życia, poeta, nauczyciel, wychowawca, filozof, ekonomista i polityk czuje się wyraźnie skrępowany atmosferą poglądów i stosunków społeczno-politycznych swoich czasów. Głębokiego patriotę żywo niepokoją przysze losy Państwa Polskiego, lekarza dręczy wszelka niesprawiedliwość społeczna. W wolnej elekcji jako źródle sporów, niezgody i anarchii szlacheckiej prowadzącej do coraz większego ograniczenia władzy królewskiej, widzi zgubę państwa. Opowiada się więc za tronem dziedzicznym. Występuje przeciw utrzymywaniu armii zaciężnej, bo uważa, że obcy żołnierze nie mogą z zapałem bronić cudzego kraju. Żąda armii narodowej. Wojnę uważa za „rzecz przeciw naturze” i podobnie jak Andrzej Frycz-Modrzewski usprawiedliwia jedynie wojnę obronną. Według poglądów Petrycego, wypowiedzianych na tyle lat przed wspomnianym już Lockiem, człowiek rodzi się „jako niezapisana tablica”. Ideologowie polskiego oświecenia wysoko i słusznie ocenili poglądy Petrycego nawiązując do niego jako do swego prekursora.

Znaczenie Petrycego nie polega na rysowaniu rewolucyjnych programów antyfeudalnych, bo takie u niego nie znajdują się, ale na głębokiej, racjonalnej krytyce szlachty i na płynących stąd wnioskach, na które polski arystotelik z logiczną konsekwencją naprowadza czytelnika. Istniejący stan rzeczy nie jest zgodny z rozumem — taki sam był późniejszy oświeceniowy punkt wyjścia krytyki feudalizmu. Rozum i doświadczenie stanowią kryterium prawdy. „Do

wiadomości rzeczy nieumianych i trudnych przychodzimy, albo przez doświadczenie, albo przez wywody — pisze lekarz-praktyk i filozof — doświadczenie w rzeczach jest najpewniejsze”. Racjonalista i krytyczny obserwator życia w wolności szlacheckiej widzi przyczynę egoizmu i anarchii. Nie tradycje, nie zasługi historyczne, nie wyższość krwi, jak to zwykli czynić ideolodzy szlacheccy, ale faktyczną rolę społeczną szlachty bierze on pod rozwagę rozumu. Używając logicznej argumentacji i powołując się na empiryczne fakty stwierdza co następuje: „Widzieliśmy, iż ludzie szlacheckiego stanu w Polsce raczej zuchwalstwem celują insze narody niżle prawą wolnością... i w innym miejscu — „Co jest częścią Rzeczypospolitej, to ma swoją wagę, swoją bytność, swoją swobodę według swojej własnej możności, ponieważ przedniejsze części przed nią mają wolność, pośrednie podług. Ale plebej są częścią Rzeczypospolitej, bo bez nich nie może być cała Rzeczypospolita, gdy przez oracza, przez kupca, przez rzemieślnika nie może być Rzeczypospolita zupełna i dostatnia”.

W świetle takich argumentów Petrycego warstwa szlachecka okazuje się zbyt ciężką w państwie, toteż jak groźne rewolucyjne memento brzmi następujące zdanie: „...plebej są większą częścią Rzeczypospolitej, albowiem więcej daleko likiem plebeios niżli szlachty”. Oto dalsze pełne pasji społecznej wywody Petrycego: „Ale plebej odprawują wszystkie ciężary i na siebie dźwigają Rzeczypospolitą: dają pobory, myta, stacje, podwody, przystapstwa, gospody szlachcie etc., tak iż żadnego nie masz albo ciężaru Rzeczypospolitej albo nakładu którego by nie mieli odprawować sami plebej. Tedyć plebej mają jaką wolność i obradę z Rzeczypospolitej...”.

Nikt chyba ze współczesnych nie przeprowadził równie uzasadnionej i szczegółowej krytyki stosunków społecznych Rzeczypospolitej szlacheckiej.

FILOLOG I PEDAGOG

Petrycy posiadał gruntowne wykształcenie filologiczne. Był świetnym znawcą literatury klasycznej. Większość swej pracy dydaktycznej na uniwersytecie poświęcił głównie interpretacji dzieł Cyserona i Arystotelesa. Owocem jego pracy nad literaturą starożytną było pierwsze tłumaczenie prawie całego Horacego na język polski. Wielką zasługą jego jest przekład Etyki, Ekonomiki i Polityki Arystotelesa. Wybór tych, a nie innych dzieł był skutkiem praktycznego, w duchu stoickim pojmowanego rozumienia zadań filozofii. Oprócz celów praktycznych poważnym motywem przyświecającym Petrycemu w pracy przekładowej było przyswojenie językowi i nauce polskiej dzieł wielkiego filozofa greckiego. Był pierwszym, który

udostępnił Arystotelesa polskiemu językowi i pierwszym pozostał aż do drugiej połowy naszego wieku. Ze swymi trudnościami uporał się nasz pilźnianin w sposób znakomity, dając świetny przekład i wyborny komentarz.



Epitafium Sebastiana Petrycego w bazylice o.o. franciszkanów w Krakowie *Foto Archiwum*

Petrycjański komentarz Arystotelesa zaliczany jest do lewicowego empirystyczno-racjonalistycznego nurtu arystotelizmu, pozbawionego średniowiecznych scholastycznych nawarstwień i teologicznych zafałszowań. W wielu partiach komentarza rozwinął Petrycy filozofię Arystotelesa, dając np. samodzielne opracowanie teorii indukcji i teorii poznania. W dziedzinie etyki, racjonalista Petrycy dochodził do głębokich naukowych uogólnień, głosząc, że życie moralne

polega na postępowaniu zgodnym z rozumem. Był więc jednym z prekursorów współczesnej teorii wychowania. Jego poglądy pedagogiczne noszą na sobie piętno mieszczańskiej ideologii. Przeciwnik średniowiecznego wychowania twórczo rozwija pedagogikę nowożytną. Żąda wychowania narodowego, przystosowanego do struktury, warunków i potrzeb państwa. Licząc się z sytuacją, wprowadza różnicuje wychowanie odpowiednio do stanów i ich funkcji w państwie, ale równocześnie występuje z postulatem demokratyzacji i upowszechnienia oświaty. Nowoczesnym i świadczącym o mieszczańskim patriotyzmie rysem Petrycego jest wysunięty przez niego postulat pomocy finansowej państwa dla zdolnej, niezamożnej młodzieży, aby móc wyzwolić i wykorzystać jej talent dla celów narodowych. W „przydatkach” do „Polityki” pisze: *„Tego żaden baczný nie może chwalić, aby tylko bogatych i szlacheccy synowie mieli się nauki filozofiej uczyć. Bo to nie słuszna rzecz jest, aby sposobność dobrego miała być zatlumiona; nigdzie tedy synowie ubogich ludzi z dowcipami ochotniejszymi do nauk będą, nie mają być oddaleni od szkół i akademij. Jeśli rzeczesz, iż nie mają o czym się uczyć, odpowiem, iż powinna Rzeczypospolita niedostatek rodziców swoim nakładem dać im uczyć się na pożytek swój”*.

Naczelnym przeświadczeniem wywierającym wpływ na pedagogiczne poglądy Petrycego jest głębokie przekonanie o znaczeniu, o społecznej i narodowej wartości wychowania. Oświeceniowe hasło Staszica: *„taka będzie Rzeczypospolita, jakie jej młodzieży wychowanie”* jest już niemal o wiek wcześniej szeroko propagowane przez Petrycego. Innym niemniej doniosłym momentem charakteryzującym jego poglądy pedagogiczne jest postulat wyjęcia szkolnictwa spod wpływu kościoła i podporządkowanie go kompetencjom i opiece państwa. Głosząc ten postulat, staje się prekursorem laicyzacji wychowania.

Dziełem Sebastiana Petrycego kończy się w Polsce Odrodzenie i wiek XVI, po nim już w epoce Baroku zmienia się poziom życia umysłowego. Jakże więc słusznie napis na nagrobku wielkiego filozofa i lekarza mówi *„Regno, urbi, omnibus, scripto, exemplo promoti, prodesse studui”* (Królestwu, miastu, wszystkim, pismem, przykładem, przestrogią starałem się być użytecznym” — nagrobek w kościele Zakonu Franciszkanów w Krakowie).

Piśmiennictwo u Autora (12 pozycji)

REGULAMIN DLA AUTORÓW

W kwartalniku „Medycyna — Dydaktyka — Wychowanie” drukowane są artykuły z zakresu:

- dydaktyki i wychowania
- działalności naukowej i leczniczo-usługowej
- działalności społecznej i organizacyjno-administracyjnej
- recenzje książek i streszczenia prac naukowych

Artykuły należy nadsyłać w 2 egzemplarzach. Objętość artykułów nie powinna w zasadzie przekraczać 10 stron maszynopisu, napisanych jednostronnie z interlinią, na pojedynczych arkuszach formatu A4, z marginesem 4-centymetrowym z lewej strony. Na marginesie tekstu należy zaznaczyć miejsca, w których powinny być umieszczone rysunki i tabele. Pożądane jest nadsyłanie tekstów streszczeń artykułów w języku angielskim.

Wszystkie tabele oraz zestawienia (unikać zbyt dużych wymiarów) powinny być wykonane osobno (na oddzielnych arkuszach) i ponumerowane kolejno liczbami rzymskimi. Wzory i oznaczenia można wpisywać ręcznie, używając jedynie liter łacińskich i greckich. Tabele nie powinny zawierać żadnych linii wewnętrznych (pionowych i poziomych), a jedynie linie oddzielającą treść od tzw. główki.

Rysunki i wykresy powinny być wykonane zgodnie z wymaganiami Polskich Norm (Maszynopis wydawniczy PN/P-55025) czarnym tuszem na białym, gładkim papierze rysunkowym lub na przezroczystej kalce kreślarskiej. Napisy na rysunkach powinny być wykonane czytelnie. Wielkość rysunków i wykresów, grubość i gęstość poszczególnych linii i napisów powinny uwzględniać zmniejszenie (maksymalne do szerokości łamu tekstu, tj. 11,5 cm). Fotografie czarnobiałe powinny być wykonane na gładkim i błyszczącym papierze fotograficznym.

Wszelkie rysunki, fotografie, wykresy należy nazywać rysunkami (w skrócie rys.) i nie używać takich określeń jak: figura, rycina, fotografia itp. Powinny być one ponumerowane kolejno, liczbami arabskimi. Rysunki powinny być składane w jednym egzemplarzu oddzielnie (nie wklejone do tekstu).

Do działu „Wybrane prace naukowe” należy nadsyłać krótkie streszczenia pracy zawierające zasadnicze jej tezy. Streszczenie nie powinno przekraczać 1 strony maszynopisu. Jeżeli praca została zgłoszona do publikacji, należy podać tytuł czasopisma, w którym ma być wydrukowana.

W pracach naukowych, monograficznych, dyskusyjnych pożądane jest podawanie piśmiennictwa (na osobnej stronie).

Maszynopis pracy powinien zawierać:

- tytuł pracy
- imię i nazwisko autora (autorów), tytuł zawodowy, stopień naukowy, stanowisko
- adres miejsca pracy, nr telefonu i ew. adres prywatny.

Materiały przekazywane Redakcji powinny być przez autorów podpisane. O przyjęciu do druku i ustaleniu kolejności publikacji decyduje Kolegium Redakcyjne.

Redakcji przysługuje prawo przeprowadzenia zmian redakcyjnych, niezbędnych skrótów, poprawek stylistycznych oraz dokonywania poprawek merytorycznych po uprzednim uzgodnieniu z autorem. W korekcie autorskiej uwzględnione będą tylko niezbędne poprawki; zmiany treści — z uwagi na duży koszt w nowym cenniku drukarskim — nie będą uwzględniane.

Autorzy publikowanych artykułów otrzymują honorarium, płatne po ich ukazaniu się w wysokości ustalonej w Tabeli Wynagrodzeń Autorskich oraz odpłatnie po 10 egz. odbitek drukarskich swych artykułów.



Wybrane
PRACE NAUKOWE

pod redakcją doc. dr hab. Bożeny Gutkowskiej

**** BAGDASARIAN MIROŚLAWA** — „*Inicjacja replikacji chromosomu u Salmonella typhimurium. Rola genu dnaA w inicjacji*”

Zakład Biochemii Instytutu Biofarmacji AM

W ramach problemu regulacji syntezy DNA u bakterii wydzielono i scharakteryzowano mutantą *Salmonella typhimurium* z termowrażliwą replikacją DNA (mutacja *dnaA1*). Wykazano, że mutacja dotyczy zdolności do inicjacji replikacji chromosomu. (Molec. gen. genet. 117, 129—142, 1972). Zlokalizowano badaną mutację na mapie chromosomu *S. typhimurium*. Wykazano, że włączenie niektórych replikonów, jak np. czynnika F lub tzw. kryptycznego plazmidu wywołuje supresję fenotypu *dnaA*. Mechanizm tej supresji polega najprawdopodobniej na replikowaniu całego chromosomu bakteryjnego jako części wintegrowanego plazmidu. Wydzielono i scharakteryzowano kryptyczny plazmid *S. typhimurium*, a także znaleziono niektóre miejsca jego insercji do chromosomu (Molec. gen. Genet. 139, 213—231, 1975).

Wykazano, że istnieją mutacje chromosomowe wywołujące supresję mutacji *dnaA* na drodze innej niż supresja integracyjna. Jedną z takich mutacji jest mutacja zmieniająca podjednostkę polimerazy RNA. Ponieważ inicjacja replikacji chromosomu wymaga syntezy krótkiego odcinka RNA, który służy jako primer dla wydłużania łańcucha DNA wydaje się, że mechanizm tej supresji wskazuje na bezpośrednią interakcję pomiędzy produktem genu *dnaA* a polimerazą RNA lub też na bezpośredni udział polimerazy RNA w regulacji częstotliwości inicjacji replikacji chromosomu.

*** BAŁUCKA-HORECKA MARIA** — „*Ocena wpływu wybranych leków na dynamikę zmian chorobowych w niedokrwieniach mózgu o ostrym początku*”

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital w Morawicy k.Kielc

Praca przeprowadzona na materiale 198 chorych, leczonych w latach 1973—1975, w oddziale neurologicznym Woj. Spec. Szp. dla Nerwowo i Psych. Chorych w Morawicy k.Kielc, z powodu ostrego niedokrwienia mózgu spowodowanego zakrzepem, zatorem lub ostrą uogólnioną niewydolnością krążenia mózgowego. Był to typowy materiał szpitalny, nieselekcjonowany, chorzy dokładnie statystycznie opracowani, a z punktu widzenia nasilenia objawów chorobowych i rokowania — porównywalni. Następnie, losowo podzieleni na 4 grupy, w każdej z grup podawano po 1 leku: Eufilina, Cardilan, Sadamina, Stugeron. Po 3 miesiącach oceniano wyniki leczenia i badania pomocnicze jako dodatkowy czynnik obiektywizujący.

* — prace doktorskie

** — prace habilitacyjne

Uzyskane wyniki badań upoważniają do stwierdzenia, że celowe jest stosowanie leków rozszerzających naczynia w terapii ostrego niedokrwienia mózgu, a zwłaszcza Stugeronu i Sadaminy.

**** BŁASZCZYK-KOSTANECKA MARIA** — „Związek między układową a skórą postacią liszaja rumieniowatego w świetle badań immunologicznych”

Klinika Dermatologiczna AM

Celem pracy było wyjaśnienie, czy istnieje związek między postacią skórną (DLE) i narządową (SLE) liszaja rumieniowatego, co jest dotychczas sprawą sporną, a co z punktu widzenia praktycznego może mieć znaczenie zasadnicze zarówno w rokowaniu jak i wyborze metody leczenia. Materiał obejmował 158 przypadków DLE, 170 przypadków SLE, 444 przypadki innych kolagenoz oraz 2967 przypadków kontrolnych. W oparciu o wieloletnią obserwację kliniczną, powtarzane badania przeciwciał przeciwjądrowych (ANA), przeciwciał skierowanych przeciw natywnemu DNA (DS-DNA) i badań immunopatologicznych skóry pozornie niezmienionej (immunoglobuliny na granicy skórno-naskórkowej — zjawisko charakterystyczne dla SLE) wykazano, że istnieją przypadki stojące na pograniczu DLE i SLE i są możliwe przejścia między odmianą skórną i narządową. Do tych postaci zaliczono skórną rozсіяną odmianę (DDLE), w której 4 na 23 zbadane przypadki zmian, odpowiadające początkowo klinicznie DLE, przeszły w ciągu wieloletniej obserwacji w SLE (rozpoznanie oparte o międzynarodowe kryteria klasyfikacyjne). Do przypadków stojących na pograniczu DLE i SLE zaliczono, na podstawie badań również odmiany odpowiadające morfologicznie DLE, ze współistniejącymi nawrotowymi zmianami typu erythema multiforme (3 dodatnie wyniki badań immunopatologicznych skóry zdrowej na 21 przypadków, 3 na 11 dodatnich wyników ANA). Podskórna odmiana liszaja rumieniowatego wykazuje także często odchylenia immunologiczne świadczące o możliwości przejścia w SLE (3 na 6 dodatnich wyników badań immunologicznych skóry zdrowej, 4 na 6 dodatnich wyników ANA). Chorzy z rozсіяną skórną postacią DLE, odmianą podskórną oraz ze zmianami typu erythema multiforme, jak to wynika z badań, powinni być dokładnie obserwowani, z okresowo powtarzanymi badaniami immunologicznymi dla stwierdzenia wczesnego przejścia w SLE. Narastanie miana ANA, zwłaszcza z obwodowym typem fluorescencji jądrowej, pojawienie się przeciwciał anty DS-DNA, szczególnie zaś stwierdzenie złogów immunologicznych na granicy skórno-naskórkowej w obrębie skóry pozornie zdrowej przemawia za przejściem w SLE, pomimo niewystępowania jakichkolwiek objawów narządowych. Badania immunologiczne mają dla rokowania i śledzenia postępu choroby podstawowe znaczenie, przewyższające inne metody laboratoryjne.

Stwierdzone przejścia między DLE i SLE przemawiają za związkiem patogenetycznym między skórną i narządową postacią liszaja rumieniowatego, które wydają różnić się głównie stopniem zaburzeń immunologicznych oraz odkładaniem się kompleksów immunologicznych w tkankach.

*** DAHLIG EWA** — „Badanie nad podjednostkową budową arginazy z tkanek ssaków”

Zakład Biochemii Instytutu Biofarmacji AM

Częściowo oczyszczone preparaty kationowych arginaz z płuca człowieka i z wątroby szczura pod wpływem EDTA dysocjują na nieaktywne podjednostki i ciężarce cząsteczkowym 30 000. Jony Mn^{++} umożliwiają reaktywację

i reasocjację badanych enzymów, co wskazuje na ich rolę w centrum aktywnym i w utrzymaniu struktury IV-rzędowej.

Anionowa arginaza z wątroby cielęcia, mimo pełnej inaktywacji przez EDTA, zachowuje pierwotny ciężar cząsteczkowy, tj. 120 000. Może to świadczyć o udziale jonów metalu jedynie w centrum aktywnym enzymu. Warunki reaktywacji zainaktywowanych przez EDTA preparatów arginazy z wątroby szczura i cielęcia są zbliżone niezależnie od ich różnego ciężaru cząsteczkowego i ładunku elektrycznego. Maksymalną reaktywację uzyskano stosując jony Mn^{++} w pH 9,5—10. Częściowej reaktywacji innymi jonami (np. Ni^{++}) towarzyszy resocjacja podjednostek arginazy z wątroby szczura do formy natywnej.

* GLIŃSKA WANDA — „*Synteza niektórych półsyntetycznych pochodnych ryfamycyny SV*”

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM

Przedmiotem pracy była synteza nowych półsyntetycznych pochodnych ryfamycyny SV, podstawionych w położeniu 3, zbliżonych swą budową do stosowanej w leczeniu ryfamycyny. Niektóre wprowadzone rodniki od cząsteczki ryfamycyny SV występują w lekach przeciwbakteryjnych, pochodnych 5-nitrofurfuralu. W tym celu kondensowano 3-formyloryfamycynę SV z 3-amino-1,3-oksazolidynonem-2, z pochodnymi 3-aminooksazolidynonu-2 podstawionymi w położeniu 5 rodnikami: dwuetyloaminometylowym, piroolidynometylowym, piperidynometylowym, morfolinometylowym, N-metylopiperazynometylowym, N-azacykloheptylometylowym, 1,2,3,4-tetrahydroizochinolinometylowym oraz 1-azinohydantoiną i 1-aminoimidazolidynonem-2. Tym sposobem otrzymano odpowiednie zasady Shiffa.

Jak wynika ze wstępnych badań mikrobiologicznych wszystkie związki posiadają właściwości przeciwbakteryjne, o niższej sile działania w porównaniu z ryfamycyną. Natomiast ostra toksyczność badanych związków jest niższa od ryfamycyny o około 10 razy.

* HOŁDA JOANNA — „*Absencja pracowników PKP spowodowana chorobami skóry, w świetle specjalistycznych badań dermatologicznych*”

Centralny Ośrodek Badawczy Kolejowej Służby Zdrowia w Warszawie

W 3 kolejowych zakładach pracy dokonano wśród pracowników analizy absencji spowodowanej przez choroby skóry w okresie 5-letnim. Materiał badawczy stanowiły druki L_4 oraz pracownicy z absencją z powodu chorób skóry. Dane uzyskane z druków L_4 poddano opracowaniu statystycznemu. Pracowników z absencją badano dermatologicznie (wywiad, badanie przedmiotowe, badania czynnościowe skóry).

Uzyskane wyniki badań przemawiają za tym, że na wysokość ogólnej absencji, z powodu choroby skóry, istotny wpływ wywiera niewielka liczbowa grupa osób, z często nawracającymi chorobami skóry ropnymi lub alergicznym wypryskiem zawodowym. Częste zachorowania osób w tej grupie wydają się być związane z określonymi predyspozycjami. W celu ograniczenia absencji tego rodzaju należałoby opracować odpowiednie kryteria doboru zdrowotnego na stanowiska pracy dla nowo wstępujących do zawodu.

* JAKUBCZYK ANTONI — „*Powstawanie i utrwalanie zależności lekowej u młodzieży wielkomiejskiej, w świetle „Konfliktu pokoleń” oraz niektórych procesów rodzinnych*”

Klinika Psychiatryczna AM

W grupie eksperymentalnej złożonej z młodocianych, leczonych z powodu przyjmowania środków odurzających, ich matek i ojców, zbadano przy pomocy skonstruowanej ankiety oraz kwestionariusza PARI systemu wartości życiowych, wartości związanych z wychowaniem dzieci oraz podstawy wychowawcze matek. Wyniki porównano z wynikami uzyskanymi od wylosowanej grupy kontrolnej. Analiza statystyczna potwierdziła częściowo hipotezy wyjściowe, zakładające istnienie różnic w systemach wartości życiowych młodzieży zdrowej i młodzieży przyjmującej środki odurzające, różnic w zakresie postaw wychowawczych rodziców z grupy eksperymentalnej i grupy kontrolnej oraz znacznie wyraźniejsze odrzucenie przez młodzież przyjmującą środki odurzające systemów wartości życiowych reprezentowanych przez populację rodziców.

* KŁOPOCKA JOLANTA — „*Opracowanie metod przygotowywania hemolizatów krwinek czerwonych do badań enzymatycznych*”

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Centrum Medyczne Szkolenia Podyplomowego w Warszawie

Opracowano metody przygotowywania hemolizatów krwinek czerwonych do oznaczeń aktywności dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej (G-6-dehydrogenazy 6-fosfoglukonianowej (6-PGD) i kinazy pirogronianowej (PK). Zakresy wartości prawidłowych aktywności ww. enzymów, wyznaczone przy pomocy opracowanych metod nie różniły się od odpowiednich wartości wyznaczonych metodą standardową.

W części klinicznej pracy, opracowane metody zastosowano do oznaczeń aktywności G-6-PD, 6-PGD i PK u 60 chorych z różnych rejonów Polski, ze stwierdzoną uprzednio niedokrwistością hemolityczną. W wyniku przeprowadzonych badań, niedobór G-6-PD stwierdzono u trzech chorych oraz u dwóch członków ich rodzin, natomiast niedobór 6-PGD wykryto u jednej chorej. W części doświadczalnej pracy wykonano oznaczenia aktywności PK u wybranych gatunków zwierząt, w celu ustalenia dla nich zakresu wartości prawidłowych.

Uzyskane wyniki przemawiają za celowością stosowania opracowanych metod do oznaczeń aktywności G-6-PD, 6-PGD i PK.

* KRÓLEWSKI ANDRZEJ — „*Metody leczenia hipoglikemizującego a umiarkowanie i chorobowość z powodu choroby wieńcowej wśród chorych na cukrzycę*”

Zakład Biostatystyki Instytutu Medycyny Społecznej AM

W rozprawie przedstawiono wyniki badań epidemiologicznych, w których podjęto próbę zweryfikowania hipotez, że stosowanie doustnych leków hipoglikemizujących wśród chorych na cukrzycę zwiększa ryzyko zgonu z powodu powikłań sercowo-naczyniowych. Przedmiotem badań była kohorta 5261 osób, u których cukrzycę rozpoznano w okresie: styczeń 1963, czerwiec 1973 r. W grupie tej prześledzono występowanie zawałów serca oraz zgonów z powodu niedokrwiennej choroby serca, w okresie od chwili rozpoznania cukrzycy do końca 1973 r. i nie stwierdzono związku między występowaniem tych zjawisk a stosowaniem doustnych leków hipoglikemizujących. Wśród chorych, którzy żyli w 1973 r. przeprowadzono badanie przekrojowe, określając chorobowość z powodu choroby wieńcowej oraz rozpowszechnienie czynników ryzyka tej

choroby w zależności od metod leczenia hipoglikemizującego. Podobnie jak poprzednio nie stwierdzono związku między chorobowością z powodu choroby wieńcowej a stosowaniem doustnych leków hipoglikemizujących. Podsumowując wyniki przeprowadzonych badań, nie potwierdzają one hipotez o szkodliwym działaniu doustnych leków hipoglikemizujących.

**** KUDEJKO JAN** — *„Liszaj rumieniowaty podskórny”*

Szpital Wojewódzki w Płocku

Przeprowadzono badania kliniczne, histopatologiczne, fluorescencyjne i mikroskopowo-elektronowe w 3 przypadkach podskórnej odmiany liszaja rumieniowatego, obserwowanego w ciągu 12—21 lat. Autor wykazał, że wykwity guzowate należą do obrazu chorobowego liszaja rumieniowatego głównie w oparciu o badania immunofluorescencyjne. Badania mikroskopowo-elektronowe wykazały, że w mechanizmie powstawania wykwitów guzowatych odgrywa rolę rozpad fibroblastów i komórek tłuszczowych, degradacja włókienek kolagenowych oraz długotrwałe utrzymywanie się pomiędzy włóknkami kolagenowymi organeli komórkowych rozpadłych komórek. Wykazano również, że występujące w tkance podskórnej zwyrodnienie sprężyste może być związane z degradacją włókienek kolagenowych.

*** LAMPRECHT JAN** — *„Morfologia oraz różnicowanie nabłonka dwunastnicy myszy w syngenicznym przeszczepie pod torebkę nerki, badania strukturalne i ultrastrukturalne”*

Instytut Biostruktury AM

Praca doktorska stanowi morfologiczną analizę nabłonka heterotopowych przeszczepów dwunastnicy myszy w układzie syngenicznym. Celem pracy była ocena stopnia zróżnicowania nabłonka dwunastnicy, izolowanego od wpływów środowiska przewodu pokarmowego poprzez przeszczepienie pod torebkę nerki. Ocenę histologiczną, histometryczną i ultrastrukturalną wykonywano w 4, 30 i 90 dni po przeszczepieniu. Wyniki pracy potwierdzają spostrzeżenie, że nabłonek dwunastnicy ma zdolność wzrostu i rozwoju w heterotrofowym środowisku. Ulega istotnej przebudowie cytoarchitektura błony śluzowej — zanik kosmków jelitowych, zmniejszenie ilości i długości krypt. Procentowy udział poszczególnych typów komórkowych w budowie nabłonka przeszczepów ulegał istotnie statystycznym zmianom. Obserwowano hyperplazję komórek Panetha oraz obecność komórek o morfologii pośredniej między komórkami śluzowymi a komórkami Panetha. Badanie ultrastruktury nabłonka ujawniło istotną zmianę budowy enterocytów oraz komórek Panetha. Wyniki pracy wskazują, że morfologicznym zmianom określanym jako tzw. przystosowanie jelitowe może towarzyszyć czasowe zaburzenie różnicowania (modulacja).

*** LIS EWA** — *„Zastosowanie reakcji NADI przy ustalaniu narażenia na pyły zawierające pięciotlenek wanadu”*

Zakład Chemii Toksykologicznej Instytutu Biofarmacji AM

Przedmiotem wykonanej pracy było ustalenie metody analitycznej umożliwiającej szybką diagnostykę laboratoryjną narażenia robotników pracujących w Mazowieckich Zakładach Rafineryjnych i Petrochemicznych w Płocku, narażonych na zatrucia tlenkami wanadu.

Część teoretyczna pracy została wykonana na zwierzętach, a następnie praktyczna jej część została potwierdzona na robotnikach zatrudnionych w kombinacie w kontakcie z wanadem.

W badaniach na zwierzętach ustalono, że reakcja NADI jest specyficzna przy narażeniu na wdychanie pyłów zawierających tlenki wanadu. Jednocześnie następuje wzrost innych wskaźników biochemicznych (ACA, PBG, koproporfiryny), natomiast nie mają wpływu inne metale, które mogą towarzyszyć przy pracy z wanadem. Badania robotników przeprowadzono wśród osób narażonych na wanad, osób narażonych na działanie innych pyłów poza wanadem oraz narażonych na działanie pyłów ołowiowych. Badania te potwierdziły specyficzność reakcji NADI jako metody znajdującej zastosowanie przy wczesnym wykrywaniu narażenia na wanad, jeszcze przed wystąpieniem klinicznych objawów zatrucia.

* LISTOPADZKI ZBIGNIEW — „*Synteza w grupie piperidylo amidów kwasu chinuklidyno-4-karboksyłowego i bis-(piperidylo)-amin*”

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Instytutu Nauki o Lekach AM

W pierwszym etapie pracy otrzymano kwas chinuklidyno-4-karboksyłowy wg Groba i Tefferta. Następnie zsyntetyzowano 1-metylo-3-aminopiperidyne wg metody opisanej przez Kenkichi, Tomita oraz 1-metylo-4-aminopiperidyne, poddając 1-metylopiperidon-4 amonolizie z równoczesną redukcją wodorem. W drugim etapie pracy kondensowano chlorowoderek chlorku kwasu chinuklidyno-4-karboksyłowego z dwiema wyżej wymienionymi aminami. W trzecim etapie pracy sprzęgano 1-metylopiperidon-4 z 1-metylo-3 i 4-aminopiperidyne, a uzyskane zasady Schiffa poddano uwodornieniu katalitycznemu. Otrzymano N,N-bis-(1-metylopiperidylo)-aminy kondensowano z 3-chloropropanolem-1.

Otrzymane związki przekazano do badań farmakologicznych.

* LABUSZEWSKI RYSZARD — „*Modyfikacja własna operacji Mitchella w zwichnięciach stawu obojczykowo-barkowego*” (ocena doświadczalna i kliniczna)

Miejski Szpital Chirurgii Urazowej w Warszawie

Modyfikacja własna operacji Mitchella w zwichnięciu stawu obojczykowo-barkowego umożliwia w sposób prosty i technicznie łatwy repozycję i wewnętrzne ustalenie zwichnięcia. Działania poliestrowa użyta do rekonstrukcji więzadła obojczykowo-barkowego jest mocna, elastyczna, odporna na tarcie i zginanie. Przeprowadzone badania doświadczalne wykazały, że jest ona bardziej wytrzymała od więzadeł barkowo-obojczykowych i kruczo-obojczykowych. Przeprowadzone badania na zwierzętach wykazały, iż działania poliestrowa jest bezodczynowa. Wyniki odległych obserwacji klinicznych wskazują na pełną stabilizację i zwartość operowanego tym sposobem stawu obojczykowo-barkowego, z zachowaniem pełnej siły i funkcji ruchu kończyny górnej. Wszczępione więzadła poliestrowe pozostają na stałe. Odpada wobec tego konieczność wykonania drugiego zabiegu operacyjnego, co ma miejsce w większości współcześnie stosowanych metod operacyjnego leczenia zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego.

* ŁOCH TERESA — „Kinetyka poziomu antygeny HB_s w surowicy oraz gine-tyka poziomu dopełniacza i immunoglobulin klas G, A i M w różnych postaciach wirusowego zapalenia wątroby typu B”

Klinika Chorób Zakaźnych AM

W pracy badano kinetykę poziomu antygeny HB_s w surowicy w przebiegu ostrego i przewlekłego wzw B, marskości wątroby oraz u nosicieli antygeny HB_s. W każdym z badanych przypadków analizowano także kinetykę poziomu dopełniacza i trzech podstawowych klas immunoglobulin.

Badania wykazały, że kinetyka poziomu antygeny HB_s, immunoglobulina i dopełniacza kształtuje się odmiennie w różnych kliniczno-morfologicznych postaciach zakażenia wirusem HB. Seryjne oznaczenie powyższych parametrów może zatem stanowić jeden z ważniejszych elementów oceny uszkodzenia wątroby i ma duże znaczenie diagnostyczne i prognostyczne.

* MATUSIAK JADWIGA — „Oznaczenie alfa-fetoproteiny w surowicy krwi noworodków oraz wykorzystanie tego badania dla oceny wieku ciążowego”

I Klinika Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Ginekologii AM

Prześledzono występowanie alfa-fetoproteiny w surowicy krwi pępowinowej i żyłnej w pierwszej dobie życia oraz w okresie pourodzeniowym w trzech grupach noworodków, tj. urodzonych przed terminem, w terminie i po terminie porodu.

Badaniom poddano 104 noworodki. Alfa-fetoproteiny oznaczono metodą podwójnej dyfuzji w żelu agarowym wg metody Ouchterlony. W grupie noworodków urodzonych przed terminem porodu stwierdzono najwyższe poziomy alfa-fetoproteiny, niższe w grupie noworodków urodzonych w terminie porodu i najniższe w grupie noworodków urodzonych po terminie porodu. Utrzymywanie się alfa-fetoproteiny w okresie pourodzeniowym było najdłuższe w grupie noworodków urodzonych przed terminem porodu (powyżej 2 tygodni), krótsze w grupie noworodków urodzonych w terminie porodu (do 2 tygodni) i najkrótsze w grupie noworodków urodzonych po terminie porodu (do 1 tygodnia). Badanie alfa-fetoproteiny w surowicy krwi noworodków może stanowić dodatkowy, cenny wskaźnik oceny wieku ciążowego i dojrzałości noworodka.

* MILEWSKA-BOSUŁA BOGUMIŁA — „Klinika mozangialnego kłębkowego zapalenia nerek u dzieci z uwzględnieniem badań biopsyjnych”

II Klinika Ogólnopediatryczna Instytutu Pediatrii AM

Rozprawa doktorska dotyczy przebiegu klinicznego mozangialnego kłębkowego zapalenia nerek (m.k.z.n) u dzieci, które rozpoznano w oparciu o wynik badania biopsyjnego nerki 37% przypadków nieostrych kłębkowych chorób nerek. M.k.z.n. stwierdzono u dzieci w wieku od 9 miesięcy do 15 lat, ze znaczną przewagą dziewczynek i w analizowanym materiale występowało pod 5 postaciami: zespół nerczycowy, bezobjawowy krwinkomocz, niewydolność nerek, bezobjawowy białkomocz i nadciśnienie tętnicze. Dostrzeżono pewną zależność między przebiegiem klinicznym a obrazem morfologicznym nerki. U pacjentów z dominującym zespołem nerczycowym i bezobjawowym białkomoczem rozpadem komórek mezangium i przybytek macierzy mezangium, w większości przypadków były niewielkie, w przeciwieństwie do znaczniejszego stopnia rozpla-

mu i przyrostu macierzy mezangium u dzieci z bezobjawowym krwinkomoczem. Włóknienie lub szkliwienie kłębków nerkowych, przy znacznym przybytku macierzy mezangium, spotykano przeważnie w przypadkach przebiegających z niewydolnością nerek. Ze względu na sterydoodporność lub sterydozależność zespołu nerczycowego w przebiegu m.k.z.n. w przypadkach tych oraz u dzieci z niewydolnością nerek i masywnym krwinkomoczem zastosowano leczenie immunosupresyjne endeksanem i imuranem uzyskując remisję w 23 na 32 leczonych dzieci (nie można w tych przypadkach wykluczyć możliwości remisji samoistnej).

* MOSZCZYŃSKA-KOWALSKA ALICJA — „Badania przepływu krwi w oku królika z zastosowaniem promieniotwórczego ksenonu ^{133}Xe ”

Klinika Okulistyczna Instytutu Chirurgii AM

Wykonano badania przepływu krwi w mięśniu prostym górnym, w spojówce oraz w obrębie komory przedniej i ciała szklatego oka królika przy pomocy zaadaptowanej metody klirensów tkankowych z użyciem ^{133}Xe . Określono liczbę ml krwi przepływającej w ciągu 1 min przez masę 1 g badanej tkanki. Stwierdzono, że w obrębie spojówki największy przepływ krwi jest w okolicy rąbka rogówki, mniejszy w załamku dolnym. Przepływ badany po zakropieniu roztworu izotopu do worka spojówkowego osiąga najmniejsze wartości co jest związane ze złożonym mechanizmem dyfuzji poprzez spojówkę. Przepływ w mięśniu prostym górnym jest równy przepływowi w załamku dolnym spojówki i większy niż w mięśniach szkieletowych. Względny przepływ kapilarny w obrębie komory przedniej jest większy niż w obrębie ciała szklatego. W ostatniej części pracy oceniono przydatność metody do badania zmian w przepływie pod wpływem wybranych leków naczyniowych.

* MIZIKOWSKI ZBIGNIEW — „Wyniki medyczno-socjalne stosowania rehabilitacji leczniczej u chorych po operacji przepukliny pachwinowej pierwotnej” Zespół Opieki Zdrowotnej nr 1 w Warszawie

Celem podjętej pracy było ustalenie wpływu rehabilitacji leczniczej u chorych z rozpoznaną i operowaną przepukliną pachwinową na ich stan fizyczny i psychiczny oraz związaną z tym czasową niezdolnością do pracy.

Grupę badaną stanowiło 81 mężczyzn rehabilitowanych a grupę kontrolną 31 mężczyzn nier rehabilitowanych. Rozpoznanie kliniczne, metoda wykonywania operacji i postępowanie pooperacyjne w obu grupach było jednakowe. Stosowano dobrany zestaw ćwiczeń ruchowych na 6—7 dni przed operacją, 8—10 dni po operacji oraz 14 dni po opuszczeniu szpitala. Ćwiczenia miały na celu zwiększenie wydolności oddechowej, oraz wzmocnienie mięśni brzucha, co w założeniach miało prowadzić do wcześniejszego uruchomienia po operacji, szybszego osiągnięcia pełnej sprawności ruchowej oraz skróceniu okresu rekonwalescencji. Przy pomocy wskaźników wydolności krążeniowo-oddechowej kontrolowano w jaki sposób stosowane ćwiczenia wpływają na poprawę wydolności fizycznej u chorych rehabilitowanych.

Uzyskane wyniki pozwoliły stwierdzić, że u chorych rehabilitowanych uległa znacznej poprawie wydolność fizyczna oraz uzyskano skrócenie o 6,6 dnia absencji chorobowej, w porównaniu do grupy kontrolnej.

**** PRZYBYLSKA HALINA — „Hipoksemia w zaburzeniach czynności układu oddechowego u dzieci”**

III Klinika Ogólnopediatria Instytutu Pediatrii

Tematem pracy jest hipoksemia, czyli obniżenie ciśnienia parcjalnego tlenu w krwi tętniczej (PaO_2), zależna od zaburzenia czynności układu oddechowego u dzieci. Praca składa się z kilku części, ponieważ badania prowadzono w kilku kierunkach. Pierwsza część pracy dotyczy problemów związanych z wykonywaniem badań gazometrycznych u niemowląt. Przedstawiono metody pobierania krwi tętniczej i arterializowanej krwi włóścikowej. Wykazano, że oznaczenia PaO_2 i parametrów równowagi kwasowo-zasadowej w krwi tętniczej u niemowląt można zastąpić badaniami krwi włóścikowej pod warunkiem przestrzegania prawidłowej „arterializacji” i techniki pobierania. Oceniono wpływ krzyku niemowlęcia na gazy krwi tętniczej. U niemowląt zdrowych stwierdzono w czasie krzyku statystycznie znamienne obniżenie PaO_2 przy nieistotnych zmianach PaCO_2 . U niemowląt z chorobami układu oddechowego i hipowentylacją pęcherzykową krzyk może nasilać hiperkapnię. W dalszej części opracowano normy PaO_2 u niemowląt. Dolna granica normy PaO_2 u niemowląt wynosi 75 mm Hg. Wartość ta jest niższa niż u dzieci w wieku szkolnym. Następnie oceniono występowanie hipoksemii w chorobach układu oddechowego u dzieci. Hipoksemia występuje u dzieci częściej w ostrych chorobach układu oddechowego niż w przewlekłych. Zapalenia płuc, które są najczęstszą chorobą u dzieci powodującą hipoksemię opracowano szczegółowo pod kątem zaburzeń gazów krwi i korelacji tych zaburzeń z obrazem klinicznym.

Oddzielnym tematem badań była ocena udziału niektórych patomechanizmów w powstawaniu hipoksemii — hipowentylacji pęcherzykowej i oznaczonego metodą tlenową przecieku krwi prawo-lewego. Stwierdzono, że hipowentylacja pęcherzykowa występuje najczęściej w przebiegu zapaleń płuc u niemowląt; czynnikami predysponującymi są: wcześniactwo, okres niemowlęcy zwłaszcza pierwszy kwartał życia i szereg chorób współistniejących, zwłaszcza choroby wrodzone, w których odgrywa rolę obturacja dróg oddechowych. W grupie niemowląt z wrodzonym „łagodnym” świstem krtaniowym stwierdzono, że niewielkiego stopnia hipowentylacja pęcherzykowa może występować jedynie w ciężkich postaciach tego zaburzenia. Odległe rokowanie u dzieci z wrodzonym świstem krtaniowym i hipowentylacją pęcherzykową jest dobre.

Przeciek krwi prawo-lewy badano u niemowląt z zapaleniem płuc, u dzieci z astmą oskrzelową w okresie międzynaпадowym i u dzieci ze zwłóknieniem płuc. Znaczne podwyższenie przecieku prawo-lewego stwierdzono w zapaleniu płuc. W przewlekłych chorobach układu oddechowego rola tego mechanizmu hipoksemii jest niewielka.

**** RAFAŁOWSKA JANINA — „Wybrane problemy rozwoju i starzenia w układzie nerwowym”**

Klinika Neurologiczna AM

Badań dokonano na materiale ludzkim, obejmującym 6 rdzeni kręgowych i związanych z nimi korzeni rdzeniowych płodów w wieku 16—34 tyg. życia śródmacicznego, 6 rdzeni i korzeni rdzeniowych noworodków, niemowląt i dzieci po 3 roku życia, 6 rdzeni ludzi w wieku 15—58 lat oraz 8 rdzeni osobników w wieku starczym, od 72 do 93 lat. Proces mielinizacji oceniano w przypadkach płodowych i dziecięcych, natomiast badania metryczne przeprowadzono w gru-

pie przypadków płodowych, dziecięcych i zmarłych w wieku 15—93 lat. Stwierdzono, że najwcześniej mielinizują się włókna rogu przedniego rdzenia kręgowego (odcinek szyjny w 18 tyg. ż.pl., a odcinek lędźwiowy ok. 20 tyg. ż.pl.). Pierwsze mielinizujące się włókna stwierdzono w powrózku Burdacha w 20 tyg. życia płodowego, w pozostałych drogach występujących i starszych filogenetycznie szlakach zstępujących w 27 tyg. ż.pl. W odcinku lędźwiowo-krzyżowym rdzenia mielinizacja ww. szlaków rozpoczyna się z ca. 7-tygodniowym opóźnieniem. Szlak piramidowy przedni zaczyna się mielinizować około 34 tyg. ż.pl., początek mielinizacji szlaku piramidowego bocznego przypada po urodzeniu. Najwcześniej rozpoczyna się mielinizacja korzeni przednich w odcinku C₈—Th₁. Wyrażna mielinizacja występuje w nich już w 18 tyg. ż.pl. Korzenie tylne tego odcinka w tym okresie wykazują jedynie pojedyncze zmielinizowane włókna, podobnie jak korzenie przednie odcinka L₅—S₁. W korzeniach tylnych odcinka lędźwiowo-krzyżowego mielinizacja rozpoczyna się średnio z 2-tygodniowym opóźnieniem. Korzenie przednie i tylne w odcinku szyjnym mielinizują się intensywniej niż w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Część wewnątrzkrzyżowa korzeni tylnych mielinizuje się intensywniej niż ich część zewnątrzrdzeniowa, zarówno w odcinku szyjnym jak i lędźwiowo-krzyżowym. W odcinku szyjnym mielinizacja rozpoczyna się o 2 tygodnie wcześniej niż w odcinku lędźwiowym. Przy pomocy analizy metrycznej wykazano zwiększenie się rozmiarów komórki ruchowej rogow przednich rdzenia kręgowego, postępujące w miarę rozwoju osobniczego ustroju, osiągających maksymalne wartości w wieku dojrzałym. W wieku starczym obserwuje się zmniejszenie się rozmiarów motoneuronów. Podobnie zmienia się liczba motoneuronów w badanych ugrupowaniach komórkowych (w życiu płodowym największa, w starczym wieku najmniejsza). Porównując rozmiary motoneuronów w poszczególnych ugrupowaniach jądrowych wykazano statystycznie znamienne różnice komórek ruchowych unerwiających różne grupy mięśniowe. Komórki ruchowe unerwiające powolne, mięśnie kręgosłupowe są znamienne mniejsze niż motoneurony uczestniczące w inercji mięśni biorących udział w precyzyjnych ruchach ręki. Stwierdzono znamienne ilościowe różnice między motoneuronami prawej i lewej strony rdzenia.

* RZEWUSKI MAREK — *„Otrzymywanie estrów i amidów 2-(4-izobutylofenylo)-propyloowych wybranych kwasów farmakologicznie czynnych”*

Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Instytutu Nauki o Leku AM

Celem pracy było otrzymanie nowych, niesterydowych związków o działaniu przeciwzapalnym, o lepszych własnościach farmakologicznych od dotychczas stosowanych leków z tej grupy. Wykonano syntezę siedmiu estrów i siedmiu amidów 2-(4-izobutylofenylo)-propyloowych wybranych kwasów, a mianowicie: kwasu 2-(4-izobutylofenylo)-propionowego (Brufeny), kwasu acetylosaliicylowego (Aspiryny), kwasu 1-(p-chlorobenzoiło)-2-metylo-5-metoksyindolilo-3-octowego (Indometacyny), kwasu 2-fenylocynchoninowego (Atofanu), kwasu dwufenylooctowego, kwasu p-chlorobenzoesowego i kwasu dwuacetylogentyzynowego.

Według wstępnych badań farmakologicznych 2-(4-izobutylofenylo)-propyloamid kwasu 2-(4-izobutylofenylo)-propionowego dorównuje siłą działania Brufenowi, przy ponad dwukrotnie niższej toksyczności ostrej.

**** SIEDLECKI JERZY** — „Zaburzenia homodynamiczne u ludzi w następstwie intubacji dotchawiczej i ich modyfikacja przez farmakologiczne wyłączenie układu współczulnego”

Zakład Anestezjologii AM

U 94 pacjentów autor mierzył ciśnienie tętnicze metodą bezpośrednią i rejestrował zapis EKG podczas laryngoskopii bezpośredniej i intubacji dotchawiczej. Średnie ciśnienie tętnicze wzrastało z 104 do 153 mm Hg. Komorowe pobudzenia przedwczesne wystąpiły podczas laryngoskopii u 40 procent badanych, przy czym zaburzenia rytmu serca były wtórne w stosunku do wzrostu ciśnienia tętniczego. Powierzchniowe znieczulenie gardła, krtani i tchawicy nie zapobiegało wzrostowi ciśnienia tętniczego podczas laryngoskopii i intubacji. Sam zabieg znieczulenia powierzchniowego gardła, krtani i tchawicy, wymagający zastosowania laryngoskopii bezpośredniej, wyzwał podobne zaburzenia rytmu serca i powodował identyczny wzrost ciśnienia tętniczego, jak w grupie kontrolnej. Wyłączenie receptorów beta układu współczulnego zmniejszyło nasilenie opisanych zaburzeń hemodynamicznych. Wyłączenie receptorów alfa wyraźnie nasilało hipertensyjny efekt laryngoskopii i intubacji, czemu towarzyszyły zaburzenia rytmu serca o cechach nadpobudliwości komórek. Wyłączenie zwojów współczulnych przez wlew dożylny trójmetafonu całkowicie zapobiegało wzrostowi ciśnienia tętniczego i występowaniu zaburzeń rytmu serca. Autor zwraca uwagę na niebezpieczeństwa związane z nie kontrolowanym wzrostem ciśnienia tętniczego u chorych z tętniakami aorty lub naczyń mózgowych.

*** SKIBA BRONISŁAW-EDWARD** — „Kliniczna i gazometryczna ocena różnych sposobów wentylacji płuc podczas badania bronchoskopowego”

Szpital Wojewódzki w Płocku

Ocena kliniczna i gazometryczna 3 różnych sposobów wentylacji płuc podczas badania bronchoskopowego w celu znalezienia metody najwłaściwszej, która zapewniałaby w czasie spokojnego, nieprzerywanego badania dobre natlenienie i należytą eliminację dwutlenku węgla z organizmu badanych a tym samym ich pełne bezpieczeństwo i komfort. Metodą, która zapewnia to w najwyższym stopniu, okazała się bronchoskopia w znieczuleniu ogólnym z użyciem środków zwiotczających i wentylacją płuc za pomocą wdmuchiwania tlenu pod zwiększonym ciśnieniem przez otwarty bronchoskop.

**** SKOPIŃSKA EWA** — „Badania nad wpływem lipopolisacharydu *E. coli* na reakcję graft-versus-host u myszy”

Instytut Transplantologii AM

Tematem pracy były badania wpływu, jaki wywiera podanie różnych dawek lipopolisacharydu *Escherichia coli* na reakcję przeszczepu przeciw gospodarzowi (GVH) u myszy. Całość pracy składa się z czterech niezależnych części. W części pierwszej prowadzonej w układzie silnej niezgodności tkankowej zastosowano dwa modele doświadczalne reakcji GVH — reakcję wywołaną przez podanie limfocytów rodzicielskich nienapromienionym dorosłym F1 hybridom i reakcję wywołaną podaniem limfocytów rodzicielskich subletalnie napromienionym F1 hybridom. Uzyskano następujące wyniki: LPS podany czar-

tego dnia po przeszczepieniu rodzicielskich komórek śledziony (ale nie grasicy) nasilił istotnie statystycznie splenomegalię u leczonych zwierząt. Nasilenie to było wyraźne 21 dnia reakcji GVH. Podobnego efektu nie uzyskano podając LPS w innych dniach. Podanie surowicy anty-LPS nie zniosło efektu nasilającego, znosząc jednocześnie bezpośredni wpływ LPS na śledziony zwierząt. Nasileniu splenomegalii towarzyszyło zaostrenie zmian histopatologicznych w wątrobach myszy. Podanie biorcom analogicznej dawki LPS czwartego dnia przed wywołaniem u nich reakcji GVH prowadziło do statystycznie znaczącego obniżenia reakcji splenomegalii. Podanie LPS subletalnie napromienionym myszom czwartego dnia reakcji GVH wyraźnie zwiększyło śmiertelność wywołaną przez tę reakcję.

W części drugiej pracy przebadano wpływ 20 μ g LPS na reakcję GVH (ocena-test splenomegalii) w dwóch słabych układach niezgodności tkankowej różniących się miejscem genetycznym H-4 oraz H-3 + H-13. W obu przypadkach uzyskano nasilenie reakcji, wystąpiło ono jednak wcześniej, niż w układzie silnej niezgodności tkankowej, a ocenę stopnia nasilenia utrudniał fakt, że myszy stosowanych w tym doświadczeniu krzyżówek F1 wykazywały dużą reaktywność bezpośrednią na LPS.

W części trzeciej pracy zbadano wpływ 5 μ g LPS podanych noworodkom mysim F1 hybrydom w układzie silnej niezgodności tkankowej na przebieg reakcji GVH wywołanej u nich podaniem komórek rodzicielskiej śledziony. Kryterium oceny reakcji stanowiła krzywa wzrostu wagi ciała w pierwszym miesiącu po urodzeniu oraz czas przeżycia zwierząt. Wykazano, że LPS wyraźnie nasilił reakcję GVH w tym układzie, powodując zarówno upóźnienie wzrostu wagi ciała jak i zwiększoną śmiertelność.

Część czwarta pracy stanowiła bezpośrednią kontynuację części pierwszej i była prowadzona na analogicznych modelach reakcji GVH. Postanowiono w niej znaleźć odpowiedź na następujące pytania: 1. Czy uzyskane w części pierwszej efekty (pobudzający i hamujący) wystąpią również po podaniu dawki pięciokrotnie większej (100 μ g); 2. Czy można uzyskać przeniesienie efektu nasilającego splenomegalię z biorców pierwszych do F1 hybrydów — biorców drugich; 3. Czy można uzyskać efekt nasilający splenomegalię i śmiertelność podając LPS biorcom niepełnych zawiesin komórkowych (pozbawionych frakcji komórek przylegających do szkła lub komórek wrażliwych na hydrokortyzon). Uzyskano następujące wyniki: LPS podany myszom w przebiegu reakcji GVH w dawce 100 μ g działał pobudzająco na tę reakcję jeśli podany był w tym samym dniu co komórki rodzicielskiej śledziony, lub hamująco jeśli podany był cztery dni przed wstrzyknięciem komórek. Podany cztery dni po — nie wywarł efektu. Tak więc, podając LPS myszom w trakcie reakcji GVH możemy uzyskać przeciwstawne efekty, a charakter i nasilenie efektu może zależeć nie tylko od czasu podania LPS ale również i od jego dawki, wieku badanych zwierząt i różnic szczepowych. Komórki rodzicielskiej śledziony odpowiedzialne za wystąpienie efektu nasilenia reakcji GVH są wrażliwe na hydrokortyzon, nieadherentne i najprawdopodobniej rozwijają się w pierwszym tygodniu poza śledzioną biorcy zasiedlając śledzionę dopiero w późniejszym okresie reakcji GVH (nie udało się uzyskać w pierwszym tygodniu przeniesienia z komórkami śledziony efektu nasilającego do biorców wtórnych).

* SZAROSZYK JANUSZ — „Schodkowa resekcja żołądka jako metoda choroby wrzodowej żołądka, w tym głównie wrzodów krzywizny malej wysoko położonych”.

Zespolony Szpital Wojewódzki w Płocku

Wymieniona rozprawa doktorska liczy 40 stron maszynopisu, zawiera 7 rycin, 13 tabel i 4 wykazy badań operowanych chorych. Spis piśmiennictwa obejmuje 45 pozycji, w tym 12 pozycji autorów polskich. Praca składa się z 9 części. We wstępie autor omawia i uzasadnia założenia i zalety resekcji żołądka wykonywanej sposobem Rydygiera oraz celowość wykonywania resekcji schodkowej w przypadkach wrzodów usytuowanych wysoko na krzywiznie małej żołądka.

Celem pracy było:

1) dokonanie oceny wartości wycięcia schodkowego wykonanego specjalną techniką, jako metody leczenia wrzodu położonego na krzywiznie małej, z uwzględnieniem wyników doraźnych i odległych;

2) zbadanie, ile wycina się krzywizny małej oraz ile żołądka operując tą metodą.

Materiał badań stanowiło 102 chorych, u których autor wykonał resekcję schodkową, z zastosowaniem zaproponowanej przez siebie techniki. Na podstawie całego szeregu badań autor sprecyzował ostrożne wnioski uzasadniające wartość stosowanej metody operacyjnej i cel pracy.

* WISNIEWSKA ELŻBIETA IRMINA — „*Interferometryczna ocena zmian zachodzących w jądrach pierwotnego raka wątroby (Hepatoma malignum) pod wpływem wybranych onkostatyków*”.

Zakład Farmakodynamiki Instytutu Nauk Fizjologicznych AM

Posługując się techniką interferometryczną podjęto próbę określenia zmian ilościowych zachodzących w jądrach pierwotnego raka wątroby (wątrobiaka Morrisa symbol 7777 i 5123D) pod wpływem kolchicyny, aktynomycyny D i alkoholu etylowego. W oparciu o badania planimetryczne określano objętość badanych jąder (50 z każdego przypadku). Na podstawie pomiarów różnicy drogi optycznej obliczano całkowitą suchą masę i współczynnik załamania światła jąder obu przeszczepianych na szczury szczepu Buffalo wątrobiaków Morrisa.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że kolchicyna, aktynomycyna D i alkohol etylowy wywołują odmienne pod względem ilościowym zmiany w jądrach badanych wątrobiaków Morrisa (symb. 7777 i 5123).

Na podstawie wyników uzyskanych z badań histopatologicznych, jak również obserwacji makroskopowych nie stwierdzono cech remisji obu wątrobiaków Morrisa (symb. 7777 i 5123D) pod wpływem kolchicyny, aktynomycyny D i alkoholu etylowego.

* ŻELAZNA KRYSZYNA — „*Wiązanie pestycydów z białkami krwi*”.

Zakład Chemii Toksykologicznej Instytutu Biofarmacji AM

Do badań użyto pięć znakowanych pestycydów, radioaktywność których oznaczano metodą płynnej scyntylicacji. Badania prowadzono z albuminą surowicy ludzkiej, z surowicą ludzką, kozią i baranią. Ilościową ocenę insektycydów z białkami krwi *in vitro* przeprowadzono stosując metodę dializy wyrównawczej. Stwierdzono wiązanie się z białkami wszystkich badanych insektycydów należących do trzech różnych grup chemicznych. Celem ustalenia czy insektycydy wiążą się z innymi frakcjami białkowymi poza albuminą, przeprowadzono badania elektrofonetyczne. Stwierdzono różny sposób wiązania się insektycydów z białkami różnogatunkowych surowic. Dla oceny siły i charakteru wiązania badanych insektycydów z albuminą, wyznaczono współczynnik eliminacji, stałą wiązania oraz maksymalną liczbę miejsc wiązanych.

* ZIELENIEWSKA BARBARA LUCYNA — „Wpływ chondroityno-4-siarczanu na układ krzepnięcia krwi”

Instytut Badań Jądrowych w Warszawie

Przeprowadzono analizę chondroityno-4-siarczanu (Ch-4-S) produkcji Instytutu Farmaceutycznego i przedstawiono sposoby usunięcia z niego zanieczyszczeń papainą. Opracowano nową metodę oznaczania aktywności papainy przy użyciu Bz-Fen-Wal-Arg-pNa. Badania *in vitro* wykazały, że Ch-4-S hamuje bezpośrednio trombinę, działa podobnie jak heparyna jako kofaktor antytrombiny III, przyspiesza procesy polimeryzacji fibryny, zmienia strukturę skrzepu, hamuje agregację płytek krwi wywołaną trombiną, nie wpływa na agregację wywołaną ADP i kolagenem. *In vivo*, po podaniu dożylnym Ch-4-S królikom, stwierdzono przedłużenie czasu protrombinowego i skrócenie fibrynolizy we frakcji euglobulinowej osocza oraz brak wpływu na ilość fibrynogenu, liczbę płytek i ich adhezyjność. Po podaniu adrenaliny stwierdzono w grupie królików otrzymujących uprzednio Ch-4-S, w porównaniu z grupą kontrolną, brak zmian adhezyjności płytek i w znacznie mniejszym stopniu pojawianie się kompleksów rozpuszczalnej fibryny.

Kronika

ZASZCZYTNE SPOTKANIE



W dniu 18 stycznia 1978 r. I sekretarz KC PZPR Edward Gierek odwiedził niektóre ośrodki naukowo-badawcze stolicy. W sali Senatu Uniwersytetu Warszawskiego, w której zebrali się licznie profesorowie wszystkich wyższych uczelni stołecznych, I sekretarz KC PZPR wita się z rektorem Warszawskiej Akademii Medycznej prof. zwyczaj. dr med. Szczęsnym Leszkiem Zgliczyńskim.

Foto: CAF

I SEKRETARZ KW WIZYTUJE WARSZAWSKĄ AM

14 grudnia 1977 r. gościł w Warszawskiej Akademii Medycznej sekretarz KC PZPR, I sekretarz KW Alojzy Karkoszka. Na spotkaniu z Kolegium Rektorskim i Komitetem Uczelnianym PZPR przedstawiony został dorobek i kłopoty Uczelni.

WIZYTA PRZYJAŹNI

W ramach obchodów uroczystości poświęconych 60-leciu Rewolucji Październikowej bawiła 25 października 1977 r. w Warszawskiej Akademii Medycznej delegacja naukowców-lekarzy ze Związku Radzieckiego, której przewodniczył minister zdrowia Republiki Armenii.



I sekretarz KW PZPR A. Karkoszka w rozmowie z rektorem AM prof. dr S. L. Zgliczyńskim, obok I sekretarz KU AM doc. dr hab. J. Szczerbań i kier. W-tu KW K. Kruszewski, stoi dyrektor CSK AM dr A. Zaorski

SPOTKANIE W ZLP

W dniu 3 grudnia 1977 r. z-ca członka Biura Politycznego, sekretarz KC PZPR, Jerzy Łukaszewicz spotkał się z nowo wybraną egzekutywą podstawowej organizacji partyjnej Związku Literatów Polskich w Warszawie. W spotkaniu uczestniczył m. in. doc. dr hab. n. med. Marcin Łyskanowski — kierownik Zakładu Historii Medycyny i Farmacji AM.

WYWIAD I SEKRETARZA KU PZPR

I sekretarz KU PZPR AM, doc. dr hab. n. med. Jerzy Szczerbań udzielił wywiadu tygodnikowi „Służba Zdrowia” (nr 47 z 20 listopada 1977 r.), w którym m.in. stwierdził, że „nie powinno być ważnych spraw, które nie interesują nauczyciela akademickiego, a jego zadania i misja do spełnienia

znacznie przekracza obowiązek lekarza i pedagoga. Jest on bowiem wzorem, którego postępowanie student kopiuje nawet sobie tego nie uświadamiając. Dlatego wpływu nauczycieli akademickich na rozwój osobowości nie sposób nie docenić.”

SESJA W INSTYTUCIE BIł

W dniach 28—29 października 1977 r. odbyła się w Uniwersytecie Warszawskim Sesja Naukowa zorganizowana z okazji 25-lecia działalności Instytutu Bibliotekoznawstwa i Informatyki UW.

M.in. referat o prof. dr. Aleksandrze Birkenmajerze — założycielu i pierwszym kierowniku Katedry Bibliotekoznawstwa UW — wygłosił dr Janusz Kapuścik — dyrektor Biblioteki Głównej WAM.

ODZNACZENI PRACOWNICY

Podczas uroczystości inauguracji nowego roku akademickiego w dniu 3.X.1977 r. odznaczenia państwowe nadane uchwałą Rady Państwa otrzymali następujący pracownicy warszawskiej AM:

Tytuły Honorowe Zasłużonych Nauczycieli PRL

prof. dr Włodzimierz Januszewicz — kier. Kliniki Chorób Naczyń IChW
prof. dr Bertold Kassur — dyrektor Instytutu Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych

Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia

Józefa Rechnio — kier. stołówki pracown. AM
dr med. Konstanty Ślidyński — kier. poradni kardiolog. PSK nr 1

Złoty Krzyż Zasługi

doc. dr Krystyna Białowas-Wysocka — I Kl. Chir. Dzieci IP
doc. dr Jerzy Bidziński — prodziekan I Wydz. Lek.
dr hab. Jacek Brzeziński — z-ca dyrektora Inst. Biofarm.
dr hab. Barbara Emeryk-Szajewska — adiunkt Kl. Neurologicznej
doc. dr Hanna Jędrzejowska-Kułakowska — Kl. Neurologiczna
doc. dr Jan Kuś — ordynator Oddz. Laryngologii Szpitala Bielańskiego
Barbara Łodyńska — pielęgniarka w CSK
dr hab. Witold Mazurowski — adiunkt Kl. Neurochirurgii
inż. Zdzisław Sztajer — z-ca dyrektora ds. Techn. AM
doc. dr Stanisława Wiernicka — I Kl. Chir. Dzieci IP
mgr Urszula Włodarczyk — kier. Działu Dydaktyki i Spraw Bytowych Studentów AM

Srebrny Krzyż Zasługi

Zofia Drozdowska — techn. dent. PSK nr 1
Halina Rek — pielęgniarka PSK im. prof. M. Michałowicza

Brązowy Krzyż Zasługi

Stanisława Karny — z-ca przeł. Piel. CSK
lek. Grzegorz Opolski — asystent Kliniki Kardiolog. IChW
Krystyna Sypuła — pielęgniarka w PSK im. prof. M. Michałowicza

60 ROCZNICA REWOLUCJI PAŹDZIERNIKOWEJ

W dniu 4 listopada 1977 r. odbyła się w Domu Medyka w Warszawie uroczysta akademii poświęcona 60 rocznicy Rewolucji Październikowej. Uroczystość zajął rektor WAM prof. S. L. Zgliczyński, a referat okolicznościowy wygłosił doc. dr hab. n. med. Marcin Łyskanowski.

Na akademii wręczono odznaczenia państwowe następującym pracownikom WAM oraz państwowych szpitali klinicznych:

Złoty Krzyż Zasługi

mgr Anna Antosiewicz — z-ca kier. Studium Jęz. Obcych
mgr Edeltrauta Janik — lektor Studium Języków Obcych
doc. dr hab. Ewa Kossowska-Dubanowicz — kier. Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej IP
dr med. Maria Kostrubała — adiunkt II Kliniki Ogólnoped. IP
dr Krzysztof Ludwicki — adiunkt Zakładu Medycyny Sądowej
dr Teresa Laskowska-Klita — adiunkt Zakładu Biochemii IB
dr Alicja Malik-Grabowska — adiunkt Instytutu Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych
dr Maria Misiura — adiunkt Zakł. Biologii i Parazytologii IB
mgr Tadeusz Obrębalski — z-ca kier. Studium Wych. Fizycz.
doc. dr Edward Rudzki — Klinika Dermatologiczna
dr Anatol Sidorcuk — adiunkt Zakł. Biofizyki INF
dr n. przyr. Halina Tubylewicz — adiunkt Zakł. Mikrobiologii i Immunologii IB

dr Bożena Wociał — adiunkt Instytutu Chorób Wewn.

Srebrny Krzyż Zasługi

Stanisław Łuczyński — kier. Działu Techn. PSK nr 1

Brazowy Krzyż Zasługi

Teresa Jeż — pielęgniarka PSK nr 1
Maria Wojciechowska — prac. adm.
Kwestury AM

Anna Wójcik — pielęgniarka PSK nr 1

DAWID J. WATERSTON DOKTOREM HONORIS CAUSA

3 października 1977 r. odbyło się w gmachu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej uroczyste posiedzenie Senatu warszawskiej Akademii Medycznej, na którym nadano doktorat honoris causa prof. Dawidowi Waterstonowi z Londynu.

Sylwetkę dostojnego doktoranta, którego bliskie więzy łączą z naszym krajem, przedstawiła prof. dr hab. med. Irena Giżycka — kierownik Kliniki Chirurgii Dzieci Instytutu Pediatrii WAM. W swej wypowiedzi prof. D. J. Waterston stwierdził, iż uważa Polskę „za swą drugą ojczyznę i drugi dom.” Uroczystość zaszczylił obecnością ambasador Wielkiej Brytanii w Polsce G. F. N. Reddaway.

PROF. ST. BINIECKI — DOKTOREM H.C. POZNAŃSKIEJ AM

W marmurowej sali pałacu Działyńskich, pałacu zdobiącego Rynek Starego Miasta w Poznaniu, 5 października 1977 r. odbyło się uroczyste posiedzenie senatu poznańskiej Akademii Medycznej. Szczególnym akcentem tego posiedzenia było nadanie tytułów doktorów honoris causa AM w Poznaniu dwóm wybitnym naukowcom: profesorowi doktorowi Helmutowi Kraatzowi z NRD oraz profe-

sorowi doktorowi Stanisławowi Binieckiemu z Warszawy.

W uroczystości tej oprócz Senatu Akademii, której przewodniczył rektor prof. dr Marian Góral m.in. udział wzięli: doc. dr Józef Grenda — pierwszy zastępca ministra zdrowia i opieki społecznej, Konstantin Spies — wiceminister zdrowia Niemieckiej Republiki Demokratycznej.



Prof. St. Biniecki w galowym ubiorze w okresie, gdy pełnił funkcję dziekana Wydz. Farmaceutycznego warszawskiej AM

Foto Archiwum

Prof. Witold Michałkiewicz — promotor prof. Helmuta Kraatza — kierownika Kliniki Chorób Kobięcych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Berlinie — przedstawił jego bogaty dorobek naukowy w dziedzinie ginekologii i położnictwa.

Wybitne osiągnięcia naukowe prof. Stanisława Binieckiego — kierownika Zakładu Technologii Chemicz-

nej Środków Leczniczych WAM — przedstawił zebrany promotor jego prof. dr Jerzy Tułeczki — kierownik analogicznego Zakładu AM w Poznaniu. W wystąpieniu swoim scharakteryzował on sylwetkę prof. Binieckiego jako naukowca, społecznika i dydaktyka. To wysokie wyróżnienie nadano Uczonemu jako twórcy nowoczesnej szkoły i programu nauczania technologii chemicznej środków leczniczych.

Prof. St. Biniecki, jak się okazuje, jest pierwszym naukowcem Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie, którego poznańska Alma Mater uhonorowała tak zaszczytnym tytułem. Nie jest to przypadkowe. Prof. Biniecki bowiem jest absolwentem dwóch wydziałów poznańskiego Uniwersytetu a mianowicie farmaceutycznego i lekarskiego. W Poznaniu też w latach 1945—1947 był kierownikiem katedry technologii chemicznej środków leczniczych. Od 30 lat naukowiec ten urodzony w Sławnie, w pobliżu historycznego Gniezna związany jest z warszawską Akademią Medyczną, a ściślej mówiąc z działającym przy niej Zakładem Technologii Chemicznej Środków Leczniczych. Zakład ten zajmuje się poszukiwaniem nowych leków, mających zastosowanie w kardiologii. Tu opracowano preparaty obniżające ciśnienie tętnicze, rozszerzające naczynia wieńcowe, poprawiające ukrwienie mięśnia sercowego. W efekcie tych poszukiwań prof. Biniecki wraz ze swoim zespołem jest twórcą 3 oryginalnych polskich leków. Są to: *bicordin*, *binazin* oraz *bitenzin*. Ten ostatni preparat podwyższający ciśnienie jest jeszcze w fazie badań klinicznych. Ponadto zaawansowane są badania kliniczne nad czwartym nowym związkiem z grupy chinuklidyny, który w doświadczeniach na zwierzętach wykazuje działanie przeciw arytmii serca.

Miernikiem oceny ogromnego dorobku Profesora w tej dziedzinie jest fakt, że we wszystkich innych zakładach naszego kraju, w czasie minio-

nych 30 lat opracowano tylko 3 oryginalne polskie leki, tj. edan, ipronal i ostatnio ledakrin.

Prof. St. Biniecki jest autorem 8 patentów. Preparaty jego opatentowano we Francji, Anglii, RFN, Belgii, USA, Pakistanie i w innych krajach, zaś substancje binazyny „Polfa” na zasadzie sprzedaży licencyjnej eksportuje do Japonii. W tym kraju lek ten nosi nazwę *apiracohl* i przynosi naszemu krajowi około 2 mln złotych dewizowych rocznie.

— Wiedza chemiczna, farmaceutyczna i lekarska Profesora sprawiła — mówią współpracownicy — że w naszym Zakładzie nie syntetyzowało się związków chemicznych, o których z góry było wiadomo, że nie będą działać farmakologicznie. Te przewidywania opierały się na wszechstronnej wiedzy naszego nauczyciela. Światowe normy przewidują np., że dla uzyskania jednego leku należy przebadać od 3 do 10 tys. nowych związków. Okres tych badań wynosi przeciętnie około 5 lat. W naszym Zakładzie osiągnęliśmy ten cel w znacznie krótszym czasie, przy nieporównywalnie mniejszym nakładzie środków finansowych i pracy.

Dorobek Profesora poza wymienionymi lekami stanowi również ponad 130 prac eksperymentalnych ogłoszonych w piśmiennictwie fachowym. Poza tym wykształcił on 33 doktorów farmacji a 5 jego asystentów uzyskało tytuł doktora habilitowanego.

Prof. St. Biniecki jest także członkiem korespondentem Belgijskiej Królewskiej Akademii Nauk Medycznych, członkiem honorowym Węgierskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. W ubiegłym roku został odznaczony tytułem Zasłużonego Nauczyciela Polski Ludowej. Najnowsza godność doktora honoris causa jest okazją do lapidarnego przedstawienia sylwetki Człowieka prawdziwie zasłużonego dla polskiej farmacji i dla społeczeństwa.

IZABELLA SZENKOWA

NOMINACJE PROFESORSKIE

W dniu 19.X.1977 r. w siedzibie przewodniczącego Rady Państwa PRL — warszawskim Belwederze zostały wręczone dyplomy nominacyjne grupie nowo mianowanych profesorów. Z warszawskiej AM tytuł naukowy profesora zwyczajnego nauk medycznych otrzymał: prof. nadzw. dr med. Józef Towpik, dyrektor Instytutu Wenerologii WAM.

23.XI.1977 r. następna grupa nowo mianowanych profesorów tradycyjnym zwyczajem spotkała się w Belwederze, by z rąk przewodniczącego Rady Państwa — prof. dr Henryka Jabłońskiego odebrać akty nominacyjne. Z warszawskiej AM tytuły naukowe profesora nadzwyczajnego nauk medycznych otrzymały: Alicja Blaim — doc. dr hab. n. med., kierownik Zakładu Propedeutyki Pediatrii Instytutu Pediatrii WAM; Halina Smosarska — doc. dr hab. med., kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Instytutu Stomatologii WAM; Irena Steckiewicz-Krzeska, doc. dr hab. med. w Instytucie Pediatrii WAM.

SPRAWY ORGANIZACYJNE

Z dniem 1 października 1977 r. prof. dr hab. med. Bertold Kassur powołany został na stanowisko Przewodniczącego Rady Instytutu w Instytucie Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych z jednoczesnym powierzeniem mu do odwołania funkcji kuratora.

Z dniem 1 października 1977 r. na stanowiska kierowników powołani zostali:

— doc. dr hab. farm. Jacek Brzeziński — Zakład Chemii Toksykologicznej IB

— doc. dr hab. farm. Bożena Gutkowska — Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych INoL

— doc. dr hab. med. Grzegorz Janeczowski — Klinika Otolaryngologiczna ICh

oraz na stanowisko p.o. kierownika:

— dr med. stom. Irena Kozłowska — Zakład Stomatologii Zachowawczej Instytutu Stomatologii

Z dniem 1 listopada 1977 r. powołani zostali: na stanowisko z-cy dyrektora administracyjnego ds. działalności podstawowej — mgr inż. Elżbieta Kahul-Chlebowska; a na stanowisko kierownika Kliniki Pneumologii w Instytucie Chorób Wewnętrznych — doc. dr hab. med. Waclaw Droszcz.

WALNY ZJAZD DELEGATÓW PTL

W Szczecinie odbyło się nadzwyczajne walne zgromadzenie delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego połączone z jubileuszową sesją naukową dla uczczenia 25-lecia Towarzystwa. Na wniosek Zarządu Głównego godność członka honorowego PTL, otrzymał m.in. prof. dr med. Józef Towpik — dyrektor Instytutu Wenerologii WAM.

WALNE ZEBRANIE PTH

W dniu 11 listopada 1977 r. odbyło się Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Higienicznego. Sekretarzem Zarządu Głównego wybrano ponownie dr med. Cezarego Włodzimierza Korczaka — kierownika Zakładu Higieny Środowiska Instytutu Medycyny Społecznej WAM.

ZJAZD PISARZY MEDYKÓW

W dniach 19—20 listopada 1977 r. obradował w Warszawie VIII Zjazd Unii Polskich Pisarzy Medyków, zorganizowany z okazji dziesięciolecia jej działalności. Na zjeździe wybrano nowy zarząd UPPM, w którego skład weszli m.in. prof. dr hab. med. Bolesław Górnicki — dyrektor Instytutu Pediatrii WAM oraz doc. dr hab. n. med. Marcin Łyskanowski — kierownik Zakładu Historii Medycyny i Farmacji WAM, który został wyróżniony odznaką „Zasłużonego Działacza Kultury”.

PRZYSIĘGA WOJSKOWA STUDENTÓW MEDYCZYNY

W dniu 20 listopada ub. roku odbyła się uroczysta przysięga wojskowa studentów V roku Wydziału Lekarskiego i IV roku Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie. W uroczystości wzięła udział kompania honorowa WP wraz z pocztem sztandarowym.



Foto Ewa Matusiak



darowym. W ceremonii asystował również poczet sztandarowy AM. W uroczystości uczestniczył J.M. Rektor AM prof. dr S. L. Zgliczyński, I sekretarz KU PZPR doc. dr hab. J. Szczerbani, zaproszeni goście oraz rodziny i znajomi studentów składających przysięgę. Po odegraniu hymnu państwowego i przeglądzie pododdziałów ślubowanie przyjmował płk. lek. H. Grass — kierownik Studium Wojskowego AM.



KONFERENCJA SPRAWOZDAWCZO- -WYBORCZA SZSP

Dnia 14.XI.1977 r. w gmachu „Domu Medyka” odbyła się IV Uczelniana Konferencja Sprawozdawczo-Wyborcza. W toku kilkugodzinnej dyskusji dokonano oceny dotychczasowego dorobku uczelnianej organizacji SZSP oraz nakreślono horyzonty przyszłej działalności. Kolejni mówcy skupiali swą uwagę na konkretnych problemach, które podjęte do realizacji mogłyby usprawnić i wzbogacić wachlarz form i rozwiązań w pracy organizacyjnej. Na pierwszym miejscu postawiono problematykę związaną z działalnością ideowo-polityczną. Podkreślano, iż praca w tym zakresie jest szczególnie potrzebna i musi wzbogacać swe formy dla realizacji zadań postawionych przed młodzieżą na VII zjeździe PZPR.

wianych przez studentów. Problem jest tym bardziej niepokojący, że organ ten jest ogniwem łączącym władze uczelni ze studentami tylko ściśle w sprawach naukowych. Należy sądzić, że w sprawach „innych” takiego pomostu nie ma.

Wielu dyskutantów poświęciło swoją uwagę działalności sportowej, turystycznej i rekreacyjnej. Obiektem wypowiedzi było tutaj nadanie większej rangi i zbudowanie prestiżu ww. działalności, która wyrażała się ogólnym odczuciem potrzeby, celowości i korzyści. Wspólnym wnioskiem, w tym zakresie, był fakt atrakcyjności form w odniesieniu ogólnooorganizacyjnym.

Kultura, jej baza i udział samych studentów w jej tworzeniu to odrębny temat dyskusji. Wspólnie podjętym przekonaniem wyrażono głębię problemu, iż kultura, obiekty kulturalne oraz program powinny być wizytów-



Zaproszeni goście — kierownictwo Uczelni z uwagą śledzą przebieg konferencji

W zakresie nauki poddano szczegółowej analizie kwestię współudziału ogółu studentów w usprawnianiu pracy dydaktycznej uczelni. Dyskusja w tym zakresie wykazała, że rady pedagogiczne poszczególnych lat nie spełniają większości oczekiwań sta-

ką naszego środowiska. Licniejszy udział studentów w pracach tej dziedziny urzeczywistni hasło.

Nie brakowało też licznych głosów odosobnionych, ale traktujących o bardzo ważnych problemach naszego codziennego życia. Poruszano proble-



Młodzież studencka głosuje

my socjalno-bytowe, organizacyjne i finansowe. Wielu mówców poruszało również sprawy związane z integracją i wzajemną współpracą poszczególnych szczebli drabiny organizacyjnej. Podawano różne wnioski i spostrzeżenia, zmierzające do usprawnienia przepływu informacji i współpracy na szczeblach grup dziekańskich. W końcu dokonano generalnej oceny realizacji jednego z naczelnych zadań postawionych przed naszą uczelnianą organizacją na III Konferencji Sprawozdawczo-Wyborczej, które brzmiało: „*należy wypracować program, który w maksymalnym stopniu odpowiadałby aspiracjom i dążeniom środowiska studenckiego naszej uczelni*”. Realizację oceniono jako dobrą, niemniej jednak wiele należy jeszcze zrobić dla dogłębnego sprostania temu zadaniu.

W całokształcie dyskusji oprócz delegatów uczestniczyli również zaproszeni goście: władze rektorskie, dziekańskie, przedstawiciele KU PZPR, rad pedagogicznych, kierownicy zakładów i instytutów. Dość licznie byli reprezentowani przedstawiciele Rady Uczelnianej Młodych Pracowników Nauki.

Na konferencji wybrano 35-osobowe plenum, w którego skład weszli przedstawiciele wszystkich wydziałów. Następnie na pierwszym swym posiedzeniu plenum wybrało prezydium Rady Uczelnianej, na którego czele powtórnie stanął student V roku I Wydziału Lekarskiego Henryk Skarżyński.

R. Pogorzelski

NOWY OŚRODEK NAUCZANIA STUDENTÓW

Z inicjatywy II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, w Miejskim Szpitalu Dziecięcym Saska Kępa przy ul. Niekłańskiej został otwarty Oddział Pulmunologii dla Niemowląt, w którym od listopada 1977 r. rozpoczęto nauczanie kliniczne dla studentów IV roku. Placówka ta bowiem obok czynności usługowych — leczenia niemowląt ze schorzeniami dróg oddechowych, spełnia funkcje dydaktyczne dla ok. 100 studentów II Wydziału Lekarskiego AM.

Kierownikiem Oddziału została doc. dr hab. Mirosława Elżbieta Glowacka, dotychczasowy kierownik Praco-

wni Pulmunologii II Kliniki Instytutu Pediatrii AM, która prowadzić będzie sprawy dydaktyczne przy pomocy dr Bogumiły Milewskiej-Bobuli. Plan zajęć z pediatrii obejmuje 105 godzin, w tym 20 godz. przeznaczono na seminaria, które gwarantują bardziej aktywny stosunek studentów do tego typu nauczania. 3-osobowe grupy studenckie pod kierunkiem asystentów prowadzić będą chorych, począwszy od przyjmowania ich do szpitala, poprzez zbadanie ich, zaplanowanie leczenia, opracowywanie historii choroby itp. W ramach seminariów dokonywana będzie demonstracja wszelkich przypadków chorobowych niemowląt. Po zakończeniu cyklu tematycznego przeprowadzony będzie sprawdzian teoretyczny oraz wiadomości praktycznych na terenie woj. płockiego, gdzie 6-osobowe grupy studenckie badać będą dzieci w wieku od 6 do 18 lat.

W programie dydaktycznym znajdują się również dyżury szpitalne, a ściślej uczestnictwo w dyżurach szpitala. Podstawowym założeniem dydaktycznym jest ograniczenie szczegółowych treści na korzyść szkolenia kompleksowego (diagnostyka, leczenie różnicowane, terapia). Zamiast tradycyjnego skryptu zostaną wydane 30-stronicowe materiały pomocnicze.

(c-p)

XXX-LECIE PTFarm.

W dniu 17.XI.1977 r. z okazji XXX-lecia założenia Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego odbyło się uroczyste posiedzenie, w którym uczestniczyło ok. 100 zaproszonych gości, w tym 25-osobowa grupa działaczy Towarzystwa, którym Zarząd Główny PTFarm. przyznał odznaczenia pamiątkowe „Medal Łukasiewicza”. Posiedzenie otworzył prezes PTFarm. doc. dr hab. Wincenty Kwapiszewski (kierownik Zakładu Chemii Farmaceutycznej AM w Warszawie), podkreślając rolę, jaką spełnia Towarzystwo w społecznej służbie zdrowia w Polsce.

W imieniu resortu zdrowia okolicznościowe przemówienie wygłosił v-min. J. Grenda — wysoko oceniając działalność PTFarm., szczególnie w



Przemawia prezes ZG PTFarm. doc. dr hab. farm. W. Kwapiszewski, obok przy stole prezydiąlnym, po lewej stronie siedzi mgr farm. E. Szyszko członek honorowy PTFarm., po prawej stronie prof. dr hab. farm. Z. Jerzmanowska — członek honorowy PTFarm. oraz sekretarz generalny Towarzystwa doc. dr hab. farm. R. Olędzka

Foto: M.Ch.

dziedzinie rozwijania nauk farmaceutycznych. Życzenia dalszego pomyślnego rozwoju złożył w imieniu Zrzeszenia Polskich Towarzystw Medycznych prezes prof. dr B. Górnicki, a w imieniu dziekanów wydziałów farmaceutycznych wszystkich akademii medycznych doc. dr A. Zejc (AM Kraków). Genealogię Towarzystwa omówił w krótkim referacie prof. dr H. Bukowiecki (AM Warszawa). PTFarm. jest spadkobiercą działającego w okresie międzywojennym Towarzystwa Przyjaciół Wydziału i Oddziałów Farmaceutycznych przy Uniwersytetach w Polsce (późniejsza nazwa Tow. Przyjaciół Studiów Farmaceutycznych), przekształconego z byłego Komitetu Budowy Gmachu dla Wydziału Farmaceutycznego U.W., działającego przy Polskim Powszechnym Towarzystwie Farmaceutycznym.

Referat podstawowy o działalności PTFarm. w okresie 30-lecia, wygłosił

prof. dr hab. Leszek Krówczyński (AM Kraków); obok zarysu historycznego i sylwetek zasłużonych

dziei dla Towarzystwa zasłużonych; wśród odznaczonych znaleźli się m.in.: prof. dr R. Adamski (AM Poznań),



Medal im. Ignacego Łukasiewicza otrzymali najbardziej zasłużeni członkowie Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

Foto: M. Chmurzyńska

działaczy Towarzystwa przedstawił bieżące prace i zadania na najbliższe lata. PTFarm. skupia w 18 Oddziałach i licznych kołach terenowych prawie 9 tys. członków, w tym około 90% kobiet, co stanowi jednak zaledwie 60% polskich farmaceutów.

Ostatnim punktem uroczystości było wręczenie dyplomów i medali im. I. Łukasiewicza 27 członkom, najbar-

prof. dr H. Bukowiecki (AM Warszawa), prof. dr M. Eckstein (AM Kraków), prof. dr S. Gill (AM Gdańsk), prof. dr L. Krówczyński (AM Kraków), dr H. Pankiewicz (AM Łódź), doc. dr J. Pawlacyk (AM Poznań), prof. dr Wł. Rusiecki (AM Warszawa) oraz dr T. Kikta (Tow. Historii Medycyny).

(c-p)

ZAWIADOMIENIE NR 2

Zrzeszenie Polskich Towarzystw Lekarskich uprzejmie zawiadamia o następujących sympozjach i zjazdach naukowych:

XXXII międzynarodowy kongres nt. alkoholizmu i uzależnień lekowych
3—8.IX.1978 r.

Przewodniczący: *prof. dr Stanisław Dąbrowski, Warszawa, ul. Sobieskiego 1/9*

Sympozjum sekcji nefrologicznej
Towarzystwa Internistów Polskich
28.IX.1978 r.

Przewodniczący: *prof. dr Tadeusz Orłowski, Warszawa, ul. Nowogrodzka 59*

II regionalna konferencja naukowa na temat padaczki;
oddziałów Polskiego- Włoskiego- Zach. Niemieckiego
Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej
5—7.X.1978 r.

Przewodniczący: *prof. dr Jerzy Majkowski, Warszawa, ul. Grenadierów 51/59*

IV sympozjum stymulacji serca
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
9.X.1978 r.

Przewodniczący: *doc. dr Mariusz Stopczyk, Radziejowice, ul. KRN 55*

Sympozjum sekcji alergologii i immunologii
Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego
23.X.1978 r.

Przewodniczący: *dr Jan Cizek, Warszawa, ul. Płocka 26*
Konferencja naukowa sekcji chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej
Towarzystwa Chirurgów Polskich
22—23.X.1978 r.

Przewodniczący: *doc. dr Michał Krauss, Warszawa, Czerniakowska 231*

Sympozjum Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
29—30.X.1978 r.

Przewodniczący: *doc. dr Elżbieta Kawenoki-Minc, ul. Spartańska 1*

CI, KTÓRZY ODESZLI...



Prof. zwycz. dr hab. med.
ZBIGNIEW BOCHENEK
1923—1977

Ostatnie miesiące przyniosły naszej uczelni bolesną stratę mającą znaczenie dla całej społeczności akademickiej: śmierć profesora zwyczajnego dr hab. med. Z b i g n i e w a B o c h e n k a, kierownika Kliniki Otolaryngologicznej Instytutu Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie.

Ogromna żywotność Profesora, Jego dynamizm, wielki urok osobisty sprawiają, że niełatwo jest napisać wspomnienie Jemu poświęcone, jesteśmy bowiem świadomi fragmentaryczności takich refleksji w stosunku do bogactwa dokonań Zmarłego. Kiedy przegląda się Jego życiorys, studiuje obszerny spis Jego prac naukowych, zna się bogactwo dokonań, trudno uwierzyć, że tragiczny dzień 14 lipca 1977 r. był ostatnim w życiu człowieka tak młodego.

Z b i g n i e w B o c h e n e k urodził się 8 lutego 1923 r. we Lwowie, w rodzinie nauczycielskiej. Dyplom lekarza uzyskał na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w 1948 r. Stopień naukowy doktora medycyny nadała Mu w roku 1951 Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie za pracę pt. „Badania audiometryczne w kile późnej”. W 1963 r. ta sama Rada Wydziału nadała mu tytuł naukowy docenta w wyniku przewodu habilitacyjnego przeprowadzonego po przedstawieniu pracy pt. „Badania kliniczne i doświadczalne nad przydatnością elektronystagmografii w

ocenie czynności narządu przedsionkowego". 16 marca 1969 r. zostaje mianowany profesorem nadzwyczajnym, a 1 września 1969 r. obejmuje kierownictwo Kliniki Otolaryngologicznej Akademii Medycznej w Warszawie. W 1976 r. Rada Państwa nadała Mu tytuł naukowy profesora zwyczajnego nauk medycznych. Mimo ciężkiej choroby wszystkie swe siły i zdolności oddał kierowanej przez siebie klinice i czynił tak do ostatniej chwili swego życia.

Ogromny dorobek naukowy prof. dr hab. med. Z b i g n i e w a B o c h e n k a świadczy o tym, że była to osobowość wybitna i wielostronna. Podejmował problemy trudne, a zarazem niezmiernie aktualne z punktu widzenia współczesnej otolaryngologii. Jego publikacje i wystąpienia naukowe obok walorów czysto poznawczych zawierały zawsze elementy pożyteczne dla kliniki, wzbogacające metody diagnostyczne i lecznicze w sposób twórczy i nowatorski tak w skali krajowej, jak i międzynarodowej.

Jeszcze długo będą ukazywały się dzieła, które zainicjował, rozpoczął, napisał, które redagował i którym patronował. Poliglota łączył wielką erudycję z łatwością nawiązywania kontaktów międzyludzkich. Zdobywał tym wiele cennych kontaktów zagranicznych, zaproszenia na zjazdy, sympozja, wykłady. Liczne Jego publikacje ukazywały się na łamach najpoważniejszych czasopism międzynarodowych z zakresu otolaryngologii (Acta Oto-laryngologica — Stockholm, Audiology — Basel, Journal of Laryngology and Otology — London, International Audiology — Leiden, Vestnik Otorinolaryngologii (Moskwa, H.N.O. — Berlin i inne).

Nie sposób tu omówić szerzej dorobku naukowego prof. dr hab. med. Z b i g n i e w a B o c h e n k a, bowiem lista Jego publikacji obejmuje ponad 150 pozycji. W historii otolaryngologii polskiej nazwisko Profesora będzie zawsze synonimem pioniera takich kierunków działalności klinicznej i naukowej, jak:

1) otoneurologia — wprowadził elektronystagmografię jako rutynową metodę oceny narządu przedsionkowego, redagował pierwszą polską monografię dającą pełny przegląd otoneurologii klinicznej;

2) audiologia — jako pierwszy wprowadził w naszym kraju i krajach obozu socjalistycznego audiometrię potencjałów elektrycznych (ERA i E.Co.G) podobnie jak audiometrię automatyczną poświęcił cykl prac urazowi akustycznemu oraz procesowi starzenia się narządu słuchu;

3) chirurgia otologiczna — wprowadził do praktyki klinicznej homogenne przeszczepy konserwowanej błony bębenkowej i kosteczek słuchowych, jako materiału w operacjach rekonstrukcyjnych ucha;

4) otoneurochirurgia — jako pierwszy w Polsce wykonał operacje mikrochirurgiczne, na kanale słuchowym wewnętrznym u chorych z zawrotami głowy i guzami nerwu ósmego;

5) farmakologia kliniczna — opracował zagadnienia dotyczące wpływu wybranych leków i alkoholu na reakcje słuchowe i błędnikowe;

6) onkologia laryngologiczna — opracował technikę i wskazania do operacji guzów przyusznic i krtani.

Profesor Zb. Bochenek stworzył szkołę naukową, z której wyszło 7 doktorów habilitowanych i 16 doktorów nauk medycznych. Jego dynamizmowi naukowemu i zdolnościom organizatora nauki Warszawska Klinika Otolaryngologiczna zwdzięcza swoją pozycję. Uczniowie Profesora godnie reprezentowali swego Nauczyciela i polską otolaryngologię na licznych zjazdach, sympozjach i w codziennej pracy klinicznej w ośrodkach naszej specjalności Europy, Stanów Zjednoczonych Ameryki i Afryki.

Świadectwem przynależności prof. dr hab. med. Zb. Bochenka do czołówki światowej otolaryngologów było wybranie Go na członka zarządu Międzynarodowej Grupy Badawczej Audiometrii Odpowiedzi Wywołanych, Międzynarodowej Komisji Ekspertów w dziedzinie audiologii, w kolejnictwie, Międzynarodowego Towarzystwa Audiologicznego, Kolegium Otolaryngologicznego Świętej Przyjaźni (Collegium Otorhinolaryngologicum Amicitiae Sacrum), Czechosłowackiego Towarzystwa Lekarskiego im. Purkiny'ego i in.

Prof. zwyczaj. dr hab. med. Zbigniew Bochenek zasłużył się również Akademii Medycznej w Warszawie swą długoletnią i owocną działalnością społeczno-polityczną i organizacyjną. Przez pięć lat (1964—1969) był I sekretarzem Komitetu Uczelnianego PZPR, przez sześć lat (1966—1972) członkiem Komitetu Warszawskiego Partii. W latach 1969—1972 piastował urząd dziekana Wydziału Lekarskiego, a następnie od 1972 do 1975 prorektora ds. nauki i rozwoju kadry naukowej. Wyrazem uznania pozycji, jaką zajmował prof. Bochenek w polskiej społeczności otolaryngologicznej było powołanie Go przez ministra zdrowia i opieki społecznej na przewodniczącego zespołu specjalisty krajowego ds. otolaryngologii, obdarzenie Go zaszczytną funkcją I vice-przewodniczącego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego oraz stanowiskiem przewodniczącego Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN.

Zmarły posiadał liczne odznaczenia państwowe i resortowe, w tym między innymi Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Krzyż Zasługi, medal „Siły Zbrojne w Służbie Narodu”, „brązowy i srebrny medal „Za Zasługi dla Obronności Kraju”, odznakę „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, złotą odznakę honorową „Za zasługi dla m.st. Warszawy”.

Warszawska Klinika Otolaryngologiczna i współpracownicy, których osierocił, otolaryngologia polska nie uświadamiają sobie jeszcze

w pełni rozmiarów straty spowodowanej Jego odejściem. W nadchodzących miesiącach i latach odkrywamy ile spraw codziennych kliniki, uczelni, środowiska laryngologicznego, spraw istotnych dotyczących personalnie wielu z nas opierało się na Jego inicjatywie, Jego żywotności, pracowitości i wielkich zdolnościach. Już dzisiaj zdajemy sobie sprawę ile zespolonego wysiłku wymaga kontynuowanie drogi, na którą wprowadził Warszawską Klinikę Otolaryngologiczną nasz drogi i niezapomniany Szef, Nauczyciel i Przyjaciel. O zasługach Zmarłego nad Jego grobem mówili: prof. dr I. Szumilin-Cichočka oraz dyrektor Instytutu Chirurgii AM prof. dr hab. J. Nielubowicz.

Doc. dr hab. Grzegorz Janczewski

CONTENTS

Editorial	1
The Election Conference of the Polish Union Workers' Party at Warsaw Medical Academy (BG)	3
<i>Maria Guzowa</i>	
Social Changes and Teaching Medicine: An Experimental Faculty of Me- dicine in Holland	9
<i>Bernard E. Rollin</i>	
On the Nature of Disease	13
<i>Mirostawa Głowacka, Marek Ruszczak</i>	
The Integrated Test Examination	27
<i>Urszula Włodarczyk</i>	
Diagnostic and Prognostic Function of Educational Efficiency	33
<i>Henryk Kowalewski</i>	
The Principles of the New Financial System at Medical Schools	39
<i>Mirostawa Głowacka</i>	
The Seminar at Rynia	47
<i>Joanna Majkowska, Małgorzata Śliwińska</i>	
Reflections on the Student Vacation Training in Sweden	49
<i>Ryszard Paruszewski</i>	
On the Activities of the Trade Union Committee at Warsaw Medical Academy	53
<i>Jan Tatoń</i>	
Sebastian Petrycy of Pilsen, a physician-philosopher	57
Author's Guide	66
Selected Research Works (edited by Assistant Professor B. Gutkowska MD)	67
Chronicle	81
Obituary... Professor Zbigniew Bochenek MD	93

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor naczelny
prof. dr hab. med. JERZY MAJKOWSKI

Sekretarz redakcji
Redaktor techniczny
red. mgr JERZY CELMA-PANEK

Redaktorzy działów:
doc. dr hab. farm. BOŻENA GUTKOWSKA
dr n. hum. JANUSZ KAPUSCIK
dr med. WŁODZIMIERZ C. KORCZAK

Korekta
MAŁGORZATA STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI
00-105 Warszawa, ul. Twarda 6

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

telefony:
Red. naczelny 25-02-16; 25-21-06
Sekretarz redakcji 20-81-44; 35-55-32
Administracja i sekretariat Redakcji czynny:
wtorki i czwartki w godz. 9—15

WARUNKI PRENUMERATY

Cena prenumeraty rocznej 60.— zł.
Informacji o warunkach prenumeraty udzielają urzędy pocztowe i oddziały RSW „Prasa-Książka-Ruch”.

Prenumeratę ze zleceniem wysyłki za granicę, która jest droższa o 40% od prenumeraty krajowej, należy wpłacać na konto PKO nr 1-6-100024 RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Biuro Kolportażu Wydawnictw Zagranicznych, Warszawa, ul. Wronia 23.

Nr indeksu: 36573

Cena egz. 15 zł

Z.G. „Tamka”. Z. 2. Zam. 47. Nakład 550 egz. S-80.