

MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA 1979

ISSN 0137-6543

ROK XI NR 3

SPIS TREŚCI

Od Redakcji	193
<i>Julian Aleksandrowicz</i>	
Refleksje nauczyciela medycyny	197
<i>Irena Heszen-Klemens, Elżbieta Łapińska, Maria Nowakowska</i>	
Kontakt lekarz—pacjent, jego psychologiczne uwarunkowania i następstwa (program badań)	207
<i>Piotr Tyszko, Jacek Putz</i>	
Miejsce organizacji ochrony zdrowia jako przedmiotu nauczania	215
<i>Wincenty Klimczak</i>	
Przysłowia i sentencje łacińskie przedmiotem konkursu	220
<i>Miron Paciorkiewicz</i>	
HONORATIONES: Doktor h.c. Joseph Shellard	224
<i>Janina Galasińska-Landsbergerowa</i>	
Szczątkowe Kliniki Akademii Stomatologicznej w Warszawie	229
<i>Mirosława Głowacka-Ruszczak, Stanisław Palczewski</i>	
Pierwowzory placówek leczniczych w społecznej działalności lekarzy	236
<i>Stanisław Szpilczyński</i>	
Początki Towarzystw Lekarskich w Polsce	243
<i>Tadeusz Bilikiewicz</i>	
Współudział nie-lekarzy w służbie zdrowia	249
<i>Zdzisław Rajkowski</i>	
O wdrożenie programu informatycznego „Tezaurus” do farmacji klinicznej	256
<i>Paweł Krych</i>	
„Interpharm 79”	261
<i>Leszek Tomaszewski</i>	
Alkoholizm czynnikiem utrudniającym wychowanie	266
<i>Teodor Kikta</i>	
Działalność naukowej informacji na przykładzie Tarchomińskich Zakładów Farmaceutycznych	270
Kronika	279
Medyczne informacje prawne	283

MEDYCINA
DYDAKTYKA
WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Rok/tom XI

1979

nr 3

 *Od Redakcji*

Podczas rozszerzonego posiedzenia Senatu Warszawskiej Akademii Medycznej, w dniu 27 czerwca br., Jego Magnificencja Rektor AM prof. dr Szczesny Leszek Zgliczyński po wygłoszeniu programowego sprawozdania z 7-letniej kadencji, kierowanej przez siebie uczelni, poinformował zebranych o swej rezygnacji z piastowanego stanowiska.



Rektor S. L. Zgliczyński wznosi toast za pomyślność swego następcy

W pełnym serdecznych słów przemówieniu, podkreślając zasługi JM Rektora S. L. Zgliczyńskiego, pożenał Go w imieniu Senatu AM prorektor prof. Jan T a t o ń. Następnie sekretarz KW PZPR doc. dr Krzysztof K r u s z e w s k i podziękował ustępującemu Rektorowi za Jego zasłużoną pracę w imieniu I sekretarza KW A. Karkoszki. Z kolei wiceminister zdrowia i opieki społ. doc. dr Ryszard B r z o z o w s k i wręczył pismo ministra zwalniające prof. S. L. Zgliczyńskiego z piastowanej godności, zaznaczając, że minister M. Sliwiński wysoko

ocenił Jego rektorską działalność. Następnie v-min. R. Brzozowski wręczył akt nominacyjny na stanowisko rektora prof. dr hab. Jerzemu Szczerbańowi. Po przyjęciu nominacji prof. J. Szczerbań wygłosił krótkie przemówienie, wyrażając głęboką wdzięczność za powierzenie mu tej najwyższej w hierachii akademickiej godności, dziękując w serdecznych słowach dotychczasowemu Rektorowi za satysfakcjonującą z nim współpracę.



Członkowie Senatu AM słuchają z uwagą sprawozdania z 7-letniej kadencji rektora AM — prof. S. L. Zgliczyńskiego

FOTO: Z. M. CHMURZYŃSKA

Korzystając z łamów własnego pisma — za zainteresowanie rozwojem naszego kwartalnika — *Foliae nostrae tutor, gratias tibi Rector Magnifice!*

Szczegółowe sprawozdanie z posiedzenia Senatu, wraz z przemówieniem JM Rektora S. L. Zgliczyńskiego i życiorysem nowego rektora, zamieścimy w n-rze 4/XI „M—D—W”.

Zarządzeniem JM Rektora AM prof. dr S. L. Zgliczyńskiego, l.dz. AO-”2-5/79, z dniem 8.V.1979 r. zostało powołane nowe kolegium redakcyjne kwartalnika „Medycyna—Dydaktyka—Wychowanie” w następującym składzie:

przewodniczący kolegium i redaktor naczelny kwartalnika — prof. dr hab. Bogdan Kamiński

członkowie: prof. dr med. Wiesław Tysarowski, doc. dr hab. med. Jan Kopczyński, doc. dr hab. med. Andrzej Budkiewicz, doc. dr hab. farm. Bożena Gutkowska, dr n. hum. Janusz Kapuścik, dr hab. med. Andrzej Karwowski.

Sekretarzem redakcji czasopisma pozostał red. mgr Jerzy C e l m a - P a n e k.

Po przeszło 10 latach piastowania funkcji redaktora naczelnego kwartalnika, prof. dr hab. med. Jerzy M a j k o w s k i zmuszony był zrezygnować z dalszego kierowania pracami Redakcji, wobec podjęcia ważnych badań naukowych za granicą. Ten 10-letni okres działalności edytorskiej prof. dr hab. J. M a j k o w s k i e g o zaznaczył się wybitnie na obliczu czasopisma. Edukacyjna funkcja kwartalnika, jego rola w międzyuczelnianej wymianie doświadczeń i publikacji jest zasługą dotychczasowego Redaktora Naczelnego czasopisma. Za tę pełną poświęcenia, wydatną i ukierunkowaną pracę redaktorską JM Rektor AM prof. dr S. L. Z g l i c z y ń s k i wyraził w specjalnym liście, skierowanym pod adresem prof. dr hab. J. M a j k o w s k i e g o, pełne dlań uznanie i podziękowanie.

Korzystając z przywileju drukowanego słowa na łamach własnego czasopisma dotychczasowy Zespół Redakcyjny serdecznie dziękuje prof. dr. hab. J. M a j k o w s k i e m u za szczególnie wyróżniającą się koleżeńską atmosferę, dzięki której działalność edytorska każdego ze współpracowników była prawdziwą przyjemnością.

Życząc prof. J. M a j k o w s k i e m u sukcesów najwyższej rangi w Jego badaniach naukowych, liczymy na nowe, ciekawe publikacje na naszych łamach po Jego powrocie do kraju.

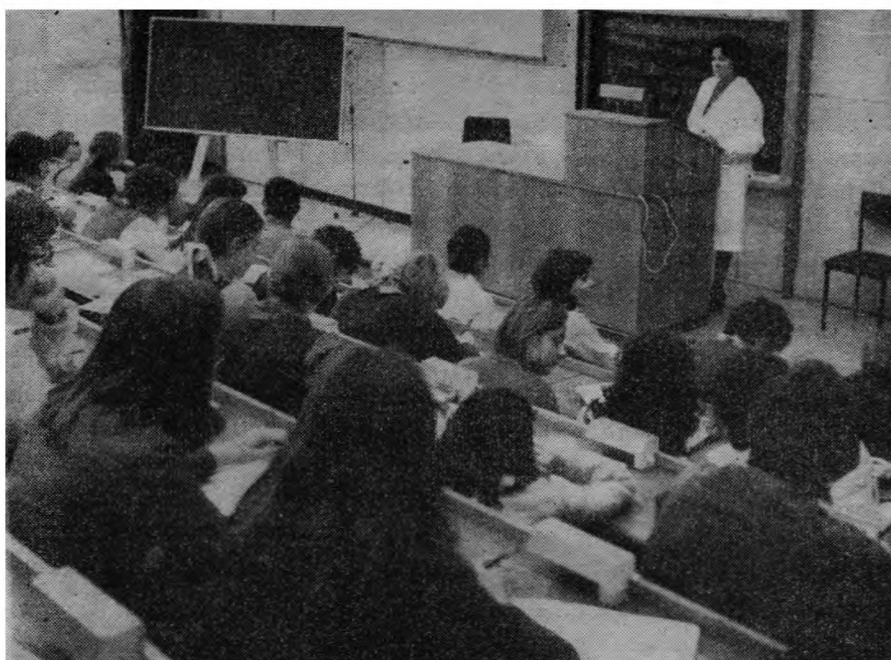
Nowo powołane Kolegium Redakcyjne czasopisma „M—D—W” zainaugurowało swoją działalność zebraniem w dniu 22 maja br., na którym postanowiono: utrzymać dotychczasowy profil pisma, jego formę edytorską i zgodnie z wnioskiem przyjętym na sympozjum jubileuszowym związać pismo z kadrą asystentów, st. asystentów i adiunktów uczelni medycznych. Zorganizować w listopadzie br. zebranie Kolegium Redakcyjnego, rozszerzone współudziałem w nim współpracowników Redakcji, autorów i przedstawicieli ośrodków akademickich jako odbiorców — czytelników pisma.

Red. naczelny czasopisma prof. dr hab. B. K a m i ń s k i (którego życiorys opublikujemy w n-rze 4/XI „M—D—W”) dokonał nowego podziału tematycznego pracy w zespole redakcyjnym, powierzając kierownictwo edytorskie red. Jerzemu C e l m a - P a n k o w i, dział dydaktyczny — doc. dr hab. Bożenie G u t k o w s k i e j, dział wychowawczy i kronikarski — dr n. hum. Januszowi K a p u ś c i k o w i, a zatrzymując dla siebie medyczne zagadnienia naukowo-lecznicze.



Cwiczenia studenckie (I rok) w Zakładzie Botaniki Farmaceutycznej AM w Warszawie

FOTO: KAW



Wykłady z botaniki farmaceutycznej prowadzone przez prof. dr Mirosławę Furmanową dla studentów I roku Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie (sala wykładowa przy ul. Banacha) cieszą się zawsze pełną frekwencją

*Prof. dr hab. Julian Aleksandrowicz *)*

REFLEKSJE NAUCZYCIELA MEDYCYNY

Medycyna jako system wiedzy empirycznej i naukowej, służąca łagodzeniu cierpień, bólów i zapobieganiu przedwczesnym zgonom, kształtowała się w toku kulturowego rozwoju ludzkości. Dziś medycyna pomimo indywidualnych sukcesów nie spełnia oczekiwań ludzkości. Miejsce dawnych epidemii, chorób zakaźnych, zajęły choroby psychiczne, metaboliczne, nowotworowe i inne. Chociaż postęp techniki leczenia i zapobiegania jest niewątpliwie ogromny, lecz nie dotrzymuje kroku przemianom współczesnego świata. Sytuacja ludzi w naturalnym dążeniu do zdrowia i szczęścia zmienia się bowiem w historycznym czasie, stając się coraz bardziej skomplikowana. Wzrasta dystans między pragnieniami, zamierzeniami a realnymi osiągnięciami. Powstają napięcia wewnętrzne i sprzeczności, których chorobotwórcza rola jest dziś coraz lepiej poznawana.

Jednak ideologie, normy moralne, tracą współcześnie coraz bardziej swą normalizującą siłę. Ileż to okaleczeń, a więc przyczyn chorób, ile zabójstw i ludobójstw dokonał człowiek, mimo że nasycany był normami moralnymi. Nie doceniono bowiem natury tkanki mózgowej, a zwłaszcza jej zdolności percepcyjnej i transformującej etyczne informacje. Farmakoterapia, sterowana nie tylko zdrowotnymi, lecz i ekonomicznymi motywami, nasycając ludzi środkami uspakajającymi i ekscytującymi na przemian, oraz środkami odurzającymi, zdołała zacierać kontakt z rzeczywistością.

Współczesna medycyna nie spełnia więc oczekiwań ludzi, nie mogąc zagwarantować zdrowia psychicznego i fizycznego wszystkim mieszkańcom globu.

Coraz wyraźniej dostrzega się, że ciężar zainteresowań przenosi się z osobowego na społeczny system zabezpieczenia zdrowia, którego wizja zaczyna się coraz bardziej konkretyzować. Skoro bowiem zachorowalność mieszkańców globu różni się znamiennie w poszczególnych krajach w czasie, to przekonywująca wydaje się hipoteza o ekologicznym uwarunkowaniu chorób.

*) b. dyrektor III Kliniki Chorób Wewn. AM w Krakowie.

Medycyna profilaktyczna będzie miała przeto jako swe docelowe zadanie eliminowanie ze środowiska czynników chorobotwórczych. Nic dziwnego, że nabrzmiewa dziś krytyka medycyny. Jednym z jej sygnałów jest praca Iwana Illicha „Medical Nemesis”, oraz jego ucznia R. J. Carlsona pt.: „The Frontiers of Science and Medicine”.

Skoro my — odchodzące pokolenie naczycieli medycyny — dostrzegamy obok oczywistych osiągnięć — klęski naszej dyscypliny, winniśmy się zastanowić, jak uniknąć niepowodzeń by przysporzyć ludziom zdrowia, które jest spójne z pojęciami szczęścia, harmonii a więc homeostazy środowiskowej. Dlatego wydaje mi się celowa refleksja nad wiedzą, nauką i techniką lekarską ongiś określanymi przez starożytnych jako „techne” — czyli „ars”.

*

*

*

Sprecyzowanie pojęć ułatwić nam może poszukiwanie dróg wiodących do społecznego zdrowia. Pozwoli to zbliżyć nas do uzyskania trafniejszych odpowiedzi na pytania: jakie przekazywać treści kształtujące osobowość; jakie cechy osobowości winien reprezentować nauczający i nauczany; jak uzyskać zwrotne sprzężenie wiedzy lekarskiej empirycznej i naukowej, by przepływ informacji profilaktycznych zapewnił homeostazę społeczną rozumianą jako zdrowie.

Rozważania moje rozpocznę od prób zdefiniowania pojęć, którymi się posługuję.

Przez *w y c h o w a n i e* rozumiem proces świadomy i celowy, zmierzający do pełnego, harmonijnego rozwoju wychowanka. Rezultatem wychowania ma być człowiek zdrowy, rozwijający się prawidłowo umysłowo, politechnicznie, moralnie, fizycznie, etycznie i estetycznie. Innymi słowy, ma być to człowiek rozumny i dobry, który cechy te świadomie doskonali w toku swojego życia; ma on „być” coraz lepszy, a nie tylko „mieć” coraz więcej.

W wychowaniu wyróżniamy sytuacje wychowawcze, które warunkują proces rozwojowy wychowania i rezultat tego procesu. Zdajemy sobie sprawę z tego, że świadoma ewolucja, rozumiana jako szeroko pojęty proces wychowania, może być wywołana przez celowe, planowe i systematyczne oddziaływanie innych ludzi. Z drugiej strony na ukształtowanie człowieka wpływają warunki środowiska biologicznego, fizyko-chemicznego i psycho-społecznego. Modele kultury i ich produkty z rozmaitych dziedzin życia oddziałują — zwłaszcza przez środki masowej informacji — na naszą psychikę. Efektywność i sugestywność przekazywanych obrazów narzuca nieraz odbiorcom — nawet nieświadomym tego faktu — wartości i wzorce życia, nie zawsze zgodne z wartościami i tradycjami dotychczasowego wychowania.

Pomijamy w tym miejscu rolę samowychowania człowieka w toku jego adaptacji do nowych warunków środowiska, które świadomie zmienia w kierunku dla siebie korzystniejszym. Zaznaczamy tylko, że gdy wyniki tych przemian zostają przyjęte przez większość członków społeczności i zostają przeniesione z pokolenia na pokolenie, powstają z czasem określone wzory kulturowe, uwarunkowane środowiskiem ekologicznym. Jest to jeden z ważnych czynników, nadających piętno i wyróżniających jedną grupę rasową lub narodową od innej. W wychowaniu dla zdrowej przyszłości chodzi o to, żeby, zachowując różnice narodowe, sprząć ludzkość prawidłami, które eliminują cechy niekorzystne dla społeczności międzynarodowej, jak nacjonalizm, rasizm, agresja, imperializm, poczucie wyższości narodu nad narodem.

Wiedza, którą przyswajamy, to zasób wiadomości z określonej dziedziny ludzkiego działania. Według kryteriów socjologów stanowi ona wszelkie zobiektywizowane i utrwalone formy kultury umysłowej i świadomości społecznej powstałe w wyniku kumulowania doświadczeń.

Nauka natomiast stanowi zorganizowany system wiedzy opierający się na racjonalistycznym założeniu. Jednym z jej aksjomatów jest zasada przyczynowości, czyli przekonania, że każde zjawisko jest spowodowane przez dającą się wykryć przyczynę, zakładając, że postęp nauki uwarunkowany jest stałym udoskonalaniem metod badawczych. Nauka stanowi jedną z dróg poznawania rzeczywistości, zarówno istniejącej w otaczającym nas świecie, jak i istniejącej w nas samych. Świat zewnętrzny mierzony jest dziełami techniki, polityki, gospodarki itd. Świat istniejący w nas samych, jako nasz wewnętrzny świat mierzony ideami, wartościami, symbolami, które w sobie odkrywamy i przetwarzamy, zbliżyć się winien najbardziej do istoty zdrowia, czyli subiektywnego stanu sprawności psycho-fizycznej i społecznej.

Od zarania dziejów poszukiwał człowiek określonych sposobów postępowania, prowadzących do osiągnięcia zamierzonego celu, opartego oczywiście na zasobie wiedzy empirycznej i naukowej. Całokształt tych sposobów jest według współczesnych kryteriów nie nauką lecz techniką. Uprawa roli, hodowla zwierząt, przemysł spożywczy, sposób odżywiania, zapobieganie chorobom i leczenie ich to we współczesnym ujęciu technika. Nauka bada relacje między obserwowanymi zjawiskami i na tej podstawie tworzy hipotezy, prawa, teorie. Technika natomiast interesuje się poznanymi zjawiskami, lecz tylko o tyle, o ile bezpośrednio są użyteczne w praktycznym przedsięwzięciu.

Dla naszych dalszych rozważań ważne jest uświadomienie sobie, że technikę można zachować w stanie nie zmienionym przez wieki, gdy będzie spełniała swą rolę nawet bez dalszego postępu. Np. techniką jest konserwowanie produktów spożywczych solą naturalną, co zostało

potwierdzone przez wiedzę empiryczną. Nauka natomiast wymaga poszukiwań nowych wyjaśnień i uogólnień potrzebnych do zrozumienia tego mechanizmu. Nauka służy np. do odkrycia praw, które pozwalają zrozumieć dlaczego naturalna sól, zawierająca mikroelementy, przeciwdziała procesom gnilnym i może zapobiegać chorobom z niedoboru biopierwiastków.

Nauka rozwija się na podstawie swojej własnej logiki i wymaga uporczywego i odważnego dążenia do prawdy ale z zachowaniem krytycyzmu. Zgodnie ze stanowiskiem Karla Poppera, uczonego nie czyni wyłącznie zasób przyswojonej wiedzy, lecz zdolność do twórczego poszukiwania śmiałych rozwiązań, gdyż stanowią one jedyną drogę poznania świata. Ci z pracowników naukowych, którzy obawiają się ogłaszać swoje koncepcje z lęku przed ich obaleniem lub ośmieszeniem, nie są rzeczywistymi uczestnikami w poszukiwaniu naukowej prawdy o osiąganiu subiektywnego poczucia zdrowia, jak i ochrony przed przedwczesnym uszkodzeniem narządów. W tym sensie twórczość uczonego jest bliska twórczości artysty. Różni się jedynie „materia” przetwarzana w dzieło nauki lub dzieło sztuki. Dla uczonego, a więc człowieka obdarzonego wyobraźnią twórczą, pojęcie nieuleczalności hamujące postęp medycyny nie istnieje i imperatywem jego działania jest poszukiwanie metod leczenia nieuleczalnych.

Proponowałbym zdefiniować uczonego, jako człowieka, w którego umyśle współdziała twórcza wyobraźnia artysty, z precyzyjnie zweryfikowaną wiedzą naukową. Sukces medycyny uwarunkowany jest procesem intelektualnym jak i emocjonalnym lekarzy; jest on wspólny dla twórczości artystycznej i naukowej. Wiedza medyczna wówczas spełni nasze oczekiwania, o ile w gronie adeptów będą nie tylko odtwórcy zastanej, wyuczonej wiedzy ale i uczeni. Jest to zgodne ze stanowiskiem prof. Władysława Tatarkiewicza, że sztuka, nauka i technika, pojęcia tak przeciwstawne w naszych czasach, były ongiś wyrażone jednym greckim słowem „techne” lub łacińskim „ars”. Sztuka więc określała jedną wielką rodzinę wytwórczości ludzkiej, do której zaliczano zarówno budowanie okrętów, jak i malarstwo, a więc to co zaliczamy dziś do sztuki oraz geometrię, którą zaliczamy do nauki.

Kto wie, czy w dalszym rozwoju nie wróci znów medycyna do tego pojęcia, które jak integron obejmuje zarówno technikę, sztukę jak i naukę służącą zapewnieniu ludzkości poczucia zdrowia. Wielkiej więc sztuce przywracania ludziom subiektywnego poczucia sprawności psychofizycznej i społecznej — medycynie jutra — przypadnie szczególnie rola eliminowania z różnych dziedzin życia tych czynników, które wiodą do cierpień i niekiedy przedwczesnych zgonów, a czynniki te mają swą genezę w naturze i rozmaitych kręgach ludzkiej działalności. W tych refleksjach zawarta jest odpowiedź na pytanie — jakie treści należy przekazywać studentom medycyny. Wyraża je parafraza słów

Seneki, że „nam lekarzom nic co ludzkie nie powinno być ani obce, ani obojętne”. Winniśmy przeto wykorzystywać wiedzę zastaną i poszukiwać w dziedzinach nauko nie zweryfikowanych tych zjawisk, które mogą przywrócić ludziom zaburzone subiektywne poczucie sprawności psychofizycznej i społecznej, spowodowane niedostrzegalnymi dżdżaburzeniami struktury i funkcji narządów wewnętrznych a zwłaszcza mózgu.

Nie powinno nam być też obojętne zagadnienie zasadniczego źródła cierpień, chorób i przedwczesnych zgonów, jakim jest wojna. Problem mechanizmów wojen, militaryzacja świata i wyzwalenie bezpośrednich okaleczeń ludzi maszynami nuklearnymi i okaleczeń przyszłych pokoleń przez niszczenie naturalnego środowiska militaryzacją świata jest zadaniem dla organizatorów nauczania i twórców programów naukowych medycyny nie mniej ważnym, niż np. poszukiwanie w kręgu mikrobiologii przyczyn chorób i ich leczenia.

*

*

*

Programy studiów lekarskich i badań naukowych około tysiąca uczelni rozmieszczonych na ziemskim globie są uwarunkowane i zwrotnie sprzężone z aktualną kulturową sytuacją świata i każdego kraju z osobna.

Dla nas — polskich nauczycieli i studentów medycyny — zadanie nasze wyraził J. Iwaszkiewicz słowami: „Składamy w ręce młodego pokolenia skarb, który samiśmy z rąk ojców odebrali. Świadczy on o istnieniu żywej ciągłości kulturalnej, a kultura nasza jest żywa, bo korzeniami sięga w przeszłość i wysyła gałęzie swoje ku niebu przyszłości”. Tak więc rozważając cechy osobowości kandydata i studenta medycyny podkreślam, że przedmiotem moich pedagogicznych rozważań jest człowiek w wieku 18—25 lat. Epokę XX wieku znamionuje stan nauki, który pozwala ludziom gromadzić potężne energie nuklearne i umożliwia podróże kosmiczne, stwarza warunki wymiany chorych narządów ciała ludzkiego na zdrowe i otwiera nawet możliwości integracji w procesy genetyczne. Epokę tę znamionuje również tragizm naszej beziły, wyrażony obojętnością w poszukiwaniu sposobów eliminowania wojen jako największego zła, jakie towarzyszy ludzkości od zarania jej kultury.

Podmiotem wychowującym jesteśmy my — nauczyciele. Zazwyczaj jesteśmy ludźmi w wieku 30—70 lat. Winniśmy sobie zdać przeto sprawę, że chociaż działamy w dzisiejszej epoce społeczno-ekonomicznej, jesteśmy wychowankami epoki, której model kultury, schematy wartościowania i zdobycze nauki doprowadziły do ludobójczych wojen i ich chorobotwórczych następstw psychologicznych. Do-

prowadziły one do lęku człowieka przed człowiekiem, narodu przed narodem, rasy przed rasą. Konsekwencjami tego zjawiska są — jak wiadomo — epidemie chorób psychosomatycznych, metabolicznych, nowotworowych, miażdżycy i zawałów oraz cerebropatie, które zakłócają społeczne zdrowie i zdają się być odpowiedzialne za kryzys wartości etycznych ogarniający również i młodzież świata.

Gdyby jutrzejsza pragmatyka kształcenia nauczycieli zapewniła dostatecznie szeroki margines czasu niezbędnego do przyswojenia i przetrawienia wykładniczo narastającej wiedzy, model kultury sterowany przez ludzi nauki sprzyjałby bardziej niż dziś ludzkiej pomyślności, a więc szeroko pojętej profilaktyce. Zarówno nauczający, jak i nauczani mogliby podlegać zasadzie permanentnej oświaty zdrowotnej. Brzmi już jak truizm, że lekarzy mamy takich, jacy są ich nauczyciele akademicy, jaki program nauczania oni opracowują oraz jakie osobowości reprezentują. I to właśnie decyduje o polityce ochrony zdrowia.

By uniknąć w przyszłości wczorajszych błędów pedagogicznych, powinniśmy się zastanowić, jakie walory powinni przedstawiać ludzie, którym społeczeństwo powierza funkcję nauczania i wychowywania młodzieży. Chyba wszyscy zgodzimy się z tym, że nauczyciel powinien posiadać cechy osobowości gwarantujące wysublimowane poczucie odpowiedzialności również i za poziom wykształcenia i wychowania swych uczniów. Wiąże się to bowiem ściśle z odpowiedzialnością za losy kultury kraju i zdrowia obywateli. Mieści się to w pojęciu postawy patriotycznej.

Nauczyciel powinien posiadać umiejętność krytycznego spojrzenia na siebie samego, dostrzegać swe ułomności i niedomagania psychoetyczne, by korygować je. Spełnia tym samym postulat zdrowia psychicznego. Nauczyciel powinien być na tyle skromny w stosunku do siebie i wyrozumiały dla drugich oraz powinien tak prowadzić proces wychowania i kształcenia młodzieży, by wychowankowie, gdy dojdą do jego wieku, byli lepsi od niego. Stanowi to oczywisty warunek postępu. Nauczyciela powinna również znamionować ciekawość świata, a więc imperatyw poszukiwań „prawdy” w różnych dostępnych mu dziedzinach ludzkiego poznania. Powinny być one dokonywane w ramach formy stosunków międzyludzkich, sprzyjające zdrowiu indywidualnemu i społecznemu, a więc określanych jako dobre.

Jest więc oczywiste, że walory nauczyciela ocenia społeczeństwo według zweryfikowanej prawości jego charakteru, która stanowić powinna przykład naśladowania dla młodzieży i starszych.

Nauczyciel akademicki powinien być nie tylko odtwórcą zastanej wiedzy, ale twórcą nowych wartości, a więc uczonym. W przeciwnym razie nie spełnia zasadniczego postulatu postępu nauki w dziedzinie swego zawodowego działania, do którego powołany jest jako nauczy-

ciel wyższej uczelni. Pominę wyliczanie cech osobowościowych, powszechnie znanych, które chcielibyśmy widzieć u nauczyciela po to, by je od niego przejęła młodzież lekarska i późniejsi lekarze. Jest oczywiste, że w katalogu cech, jakie wybrałem z galerii autentycznych portretów z mego zawodowego kręgu, źle spełniają swą funkcję nauczycieli ludzie źli, zawistni i złośliwi, ludzie, którzy w dokuczaniu i poniżaniu innych znajdują zadowolenie, pragnący się wynosić nad innymi i władać nimi. Tacy bowiem, pomimo niekiedy wysokich intelektualnych kwalifikacji, są etycznie niesprawni i stwarzają warunki dla „klimatów bezprawia”. Tragedia uczelni rozpoczyna się wówczas, gdy jej sternik dokonuje pierwszego fałszywego kroku — tj. przedkłada prywatę nad społeczne dobro. Tę taktykę postępowania przyjmują bowiem jego następcy wg prawa projekcji i identyfikacji.

Warunkiem sprawnego działania instytucji dydaktyczno-naukowej, powołanej do doskonalenia jakości życia grup społecznych i ludzkości, jest tedy powierzenie jej kierownictwa ludziom sprawdzonym przede wszystkim etycznie, a potem dopiero intelektualnie a nie na odwrót. Spryt i przebiegłość w osiąganiu celów osobistych jest cechą intelektualną. Suma nieszczęść i cierpień ludzkich lub radości i zdrowia, jakie pozostawia poza sobą „intelektualista” jest odzwierciedleniem jego etosu. Być może, że uświadomienie sobie przez młodsze pokolenia tej oczywistej prawdy pozwoli na kreowanie układów służących nie korzyściom małych grup, ale całej społeczności.

Lekarz, nauczyciel spełnić może swą społeczną funkcję w pełni jedynie wówczas, gdy będzie uczonym (a nie tylko naukowcem), tj. gdy urzeczywistnia swą pasję poszukiwań nowych wartości nawet w nietradycyjnych dziedzinach wiedzy pod warunkiem zachowania wymagań prawdy naukowej. Nauczyciele akademicy powinni być świadomi, że autorytet naukowy zdobywa się nie „układami”, a więc łatwą wynikającą z protekcji i znajomości, ani nawet samą książkową wiedzą, ale pracą twórczą, ukierunkowaną na azymut przetrwania Rodzaju Ludzkiego przez doskonalenie intelektualne i etyczne zarówno siebie, jak i drugich.

Fundamentem postawy profesora wyższej uczelni powinna być bowiem nie tylko wiedza, ale przede wszystkim mądrość, która — jak nie pomnę kto powiedział — „nie wnijdzie do duszy złośliwej”. My, kadry dojrzałych i życiowo doświadczonych nauczycieli pragniemy, by wychowanków naszych Szkół Lekarskich i Uniwersytetów Jutra znamionowały już inne cechy niż te, które dostrzegamy dziś w naszym zawodowym gronie, które niepokojąco nasilają się. Pragniemy, by psychikę ich znamionowała spójność w intelektualnym i etycznym zakresie, bo człowiek choć już jest rzeczywistością biologicznie doskonałą, to dopiero staje się rzeczywistością etyczną w toku ewolucji kulturowej. Pragniemy też, by nasi następcy byli bardziej niż my wierni po-

zakoniunkturalnej „prawdzie naukowej” oraz byli skromni i życzliwi wobec ludzi, a wobec otaczającej biosfery działali w myśl dyrektyw „ekologicznego sumienia”, a więc imperatywu szacunku dla życia w każdej postaci, a więc egalitaryzmu społecznego i biologicznego.

W szkołach lekarskich jesteśmy jako nauczyciele w szczególnie trudnej sytuacji, zmuszeni do wypracowania własnych intuicyjnych zasad i metod nauczania i wychowania, bowiem nikt nas tej wiedzy nie nauczał.

Uważam, że niepowodzenia, jakie dostrzega starsze pokolenie lekarzy w rozwoju młodszych kadr służby zdrowia, są w dużej mierze konsekwencją niewystarczającej wiedzy pedagogicznej wśród nauczycieli medycyny.

*

*

*

W odpowiedzi na pytanie jak uzyskać zwrotne sprzężenie wiedzy lekarskiej empirycznej i naukowej, należy zastanowić się, czy korzystne jest dla nauki o zdrowiu rozbudowywanie systemu kontenerowego, który polega na udoskonalaniu jedynie programu nasycania studentów określoną wiedzą, czy też zmienić dotychczasową formę na heurystyczną. Student jest wówczas partnerem nauczyciela, w samodzielnym poszukiwaniu prawd.

Wydaje mi się, że nabywanie nowych informacji przez nauczyciela i przekazywanie ich uczniom powinno mieć charakter „zdemokratyzowany”. Polega to na współodkrywaniu i współrefleksji uczniów i nauczycieli. Wymaga to opracowania systemu nauczania, który będzie sprzyjać rozwijaniu „świadomości biologiczno-społecznej” adeptów oraz nasycanie ich przekonaniem, że człowiek, choć jest przedmiotem historycznych procesów, jest także podmiotem, który może świadomie kształtować swój los. Może więc nadawać taki kształt światu, by cierpienia ludzi zadawane przez ludzi nieświadomie i świadomie należały do przeszłości, a nauce medycyny przypadłaby rola integracji wszystkich dziedzin ludzkiej działalności, skoncentrowanych w pragmatyczny system zmniejszania cierpień do egzystencjalnych granic i zapobiegania przedwczesnym zgonom, po to by rodzaj ludzki mógł nadal trwać.

Zarówno wychowujący jak i wychowywani żyją dziś w epoce pełnej nierozwiązanych problemów i konfliktów polityczno-ekonomicznych, a więc i moralnych. W epoce, w której 2/3 mieszkańców głoduje lub przymiera głodem, nie mniej niż głodnych jest analfabetów, a równocześnie ogromu wartości duchowych, nagromadzonych przez tysiąclecie kulturowego rozwoju ludzkości, większość populacji świata nie potrafi sobie przyswoić. Wydaje mi się przeto, że warunkiem postępującego rozwoju „zdrowia” jest wykroczenie poza tradycyjną

pragmatykę lekarską i uświadomienie sobie w toku procesu pedagogicznego, że:

1. Kryzys ekologiczny — przyczyna wzrostu zachorowalności — jest zwrotnie sprzężony i uwarunkowany kryzysem etycznym.
2. Kryzys ekologiczny jest następstwem niedostatecznie przyswojonej przez mózgi społeczności świata prawdy głoszącej, że egalitaryzm społeczny i biologiczny jest tak niezbędny dla zapewnienia prawidłowego rozwoju ludzkiego, jak niezbędna jest gramatyka dla prawidłowego rozwoju języka.
3. Podstawowe zasady dla prawidłowego rozwoju ludzkości wzejdą jak zdrowe ziarna jedynie wówczas, gdy rozwijać się będą w zdrowej glebie struktury mózgu. Wówczas narodzi się i rozwinie prawidłowe, a więc i dobre myślenie i działanie ludzi wobec ludzi.
4. Wojna — zło najwyższe ze wszystkich wydarzeń towarzyszących ludzkości w jej kulturowej ewolucji — jest tym dla rodzaju ludzkiego czym choroba psychiczna dla pojedynczej osoby.
5. Militaryzacja świata niszczy glebę, niszczy środowisko biofizyczne czynnikami rakotwórczymi, a psycho-społeczne — nienawiścią.
6. Profilaktyka w szerokim zakresie tego słowa — to proces wiodący jednocześnie do rozbrojenia militarnego i ładu psychicznego ludzkości, obowiązujący równocześnie całą globalną społeczność. Jest bowiem oczywiste, że przy obecnym poziomie etyki społecznej lepiej uzbrojeni ulegną pokusie niszczenia słabszych.

Podsumowując refleksje wydaje mi się, że przedstawiciele specjalistycznych zawodów winni w swych programach studiów przed- i podyplomowych podjąć postanowienia, które stworzyłyby instytucje powołane do ochrony zdrowia tak działające, by spełniały oczekiwania człowieka, kładąc nacisk na ochronę zdrowia wzajemną, tj. wszystkich przez wszystkich, gdyż jest ono wartością najwyższą.

Współczesny absolwent tradycyjnej szkoły lekarskiej nie uświadamia sobie nawet, że możliwości takie istnieją. O zdrowie wszystkich powinni troszczyć się wszyscy, a nie wyłącznie lekarze. W tej zasadzie mieści się prastara swoiście ludzka idea miłosierdzia, stanowiąca podstawę, na której zbudowany jest współczesny gmach medycyny. Jest oczywiste, że adeptów medycyny należy nauczać jak najsprawniejszego rozpoznawania i leczenia chorób korzystając z osiągnięć współczesnej nauki. Coraz więcej jednak głosów domaga się, by proces leczenia dokonywany był nie na zasadzie „remontu silnika”, gdyż nie spełnia to oczekiwań człowieka chorego.

Fakt, że człowiek jest rzeczywistością zarówno somatyczną jak i intelektualno-emocjonalną, fakt, że struktura somatyczna w toku ewolucji osiągnęła dostatecznie wysoki poziom, podczas gdy strona emocjonalna i intelektualna jest w fazie ciągłej ewolucji — stwarza perspektywę wzbogacenia wiedzy naukowej przez włączenie do procesu leczenia wielu innych dziedzin humanistyczno-estetycznych.

Współczesny lekarz, choćby nawet reprezentował rzadką osobowość postawy emocjonalnej „samarytanina” odpowiadającej oczekiwaniom

chorego człowieka, to jednak nie może jej urzeczywistnić przytłoczony ogromem obowiązków leczenia ludzi, którzy mają jedynie poczucie subiektywne niedostatecznej sprawności psychicznej, fizycznej i społecznej. Łagodzenie tych stanów wymaga wielogodzinnej psychoterapii specjalistycznej. Oczywiście, że nie może ona być urzeczywistniona we współczesnej formie lecznictwa i staje się wręcz przyczyną pogłębiania i utrwalania objawów nerwicowych. Gdyby zwolniono lekarza-praktyka od tych obowiązków przez sankcjonowanie (zgodnie z sugestią WHO) działalności różnego autoramentu „uzdrowiaczy” przynoszących ludziom ulgę metodami znanymi dla różnych kultur, gdyby tych ludzi ujęto w ramy pragmatyki służby zdrowia, przeciętny lekarz mógłby więcej czasu poświęcać ludziom cierpiącym z powodu dostrzegalnych uszkodzeń narządów ciała.

Postęp medycyny uwarunkowany jest nie tylko wdrażaniem w życie znanych faktów, lecz poszukiwaniem nieznanych prawd celem włączenia ich w proces leczenia. O zdrowiu społeczności nie decyduje przeto liczba lekarzy ani łóżek szpitalnych. Nawet optymalne nasycenie lekarzami kraju nie poprawi zdrowotności społeczeństwa, o ile poziom oświaty zdrowotnej nie będzie stale wzbogacany wartościami biologicznymi i humanistycznymi i to zarówno ludzi leczących, jak i tych rzesz ludzi, którzy mogą być pacjentami jutro.

Dr hab. Irena Heszen-Klemens, dr Elżbieta Łapińska,
dr Maria Nowakowska *)

KONTAKT LEKARZ—PACJENT, JEGO PSYCHOLOGICZNE UWARUNKOWANIA I NASTĘPSTWA **

1. Uzasadnienie podjęcia badań

Szereg autorów, zarówno polskich jak i zagranicznych, traktuje zagadnienie stosunku lekarz—pacjent jako centralny problem psychologii lekarskiej (2, 9, 15, 17). Znany psychiatra angielski M. Balint (1) na podstawie wieloletnich doświadczeń i współpracy z lekarzami różnych specjalności wypowiedział znamienne twierdzenie, że: „W medycynie najczęściej używanym lekiem jest sam lekarz”. Jednakże zagadnienie stosunku lekarz—pacjent nie jest dotąd dostatecznie opracowane empirycznie.

Ze względu na rodzaj podejścia metodologicznego wyróżnić można kilka typów prac dotyczących tej problematyki. Pierwszą grupę stanowią publikacje, w których materiał empiryczny ma charakter kazuistyczny i wywodzi się z własnego doświadczenia klinicznego autorów, wspartego rozumowaniem zdroworozsądkowym. Jako przykłady wskazać tu można zarówno prace autorów polskich (12, 13), jak i zagranicznych (7). Prace te są na ogół wnikliwe i interesujące, pisane z dużą życzliwością dla pacjentów, ale nie dostarczają podstaw do szerszych uogólnień. Wynika to zarówno z niesystematycznego charakteru prowadzonych obserwacji, jak i stąd, że ta sama osoba pełni podwójną rolę, będąc zarówno obserwatorem, jak i przedmiotem obserwacji, co naraża uzyskany materiał na znaczny subiektywizm.

Drugą grupę stanowią prace również opierające się na własnych doświadczeniach klinicznych autorów, którzy jednakże prowadzili systematyczne obserwacje, dotyczące przebiegu kontaktów z pacjenta-

*) Zakład Psychologii Klinicznej Akademii Medycznej w Warszawie.

***) Przedstawione w tym artykule badania prowadzone są w ramach II tematu własnego Akademii Medycznej w Warszawie, koordynowanego przez doc. dr. hab. Henryka Kirschnera.

mi i następstw ewentualnych nieprawidłowości w tych kontaktach. Przykładem jest tu działalność tzw. grup balintowskich (1, 18). Niewątpliwą zasługą autorów tych prac jest obudzenie szerszego zainteresowania problematyką stosunku lekarz—pacjent i zapoczątkowanie nowych form pracy z pacjentem. Jednakże oceniając dorobek badawczy tego kierunku wysunąć można podobne zarzuty, jak w stosunku do prac charakteryzowanych poprzednio. Dobitną ilustracją niedostatków metodologicznych jest fakt, że ten sam materiał empiryczny bywa rozmaicie interpretowany przez różnych przedstawicieli tego kierunku, a interpretacje prowadzą do niezgodnych wniosków praktycznych.

W ostatnich latach opublikowano szereg prac opartych na masowych badaniach ankietowych, przeważnie o charakterze retrospektywnym. Autorzy tych prac, przeważnie socjologowie, posługują się ankietami, w których badani pacjenci (częściej — byli pacjenci) wypowiadają się na temat tego, jaki jest i jaki powinien być personel medyczny (4, 8, 10, 14). W swoich założeniach prace te ograniczają się do badania opinii i postulatów pacjentów i te cele spełniają zadowalająco. Natomiast jako źródło informacji na temat stosunku lekarz—pacjent są one jednostronne, ponieważ ujmują to zagadnienie wyłącznie z punktu widzenia pacjentów i fragmentaryczne, ponieważ nie wyjaśniają przyczyn ani następstw stwierdzonego stanu rzeczy.

Za najbardziej wartościowe pod względem metodologicznym należy uznać nieliczne jak dotąd prace, w których kontakt lekarza z pacjentem poddany został bezpośrednio, obiektywnej obserwacji (3, 5, 11). W pracach tych, wykonanych przez badaczy amerykańskich, posługiwano się rejestracją magnetofonową przebiegu kontaktu lekarz—pacjent, a następnie badano wpływ rodzaju tego kontaktu na podporządkowanie się pacjentów zaleceniom i ich satysfakcję. Pracom tym można jednak zarzucić pewną wycinkowość — mianowicie autorzy nie wzięli pod uwagę czynników determinujących taki czy inny przebieg kontaktu lekarz—pacjent, ani ewentualnych następstw charakteru tego kontaktu dla wyników leczenia. Za potrzebą uwzględnienia obu tych spraw przemawiają zarówno względy poznawcze, jak i praktyczne. Ponadto zależności wykryte w warunkach amerykańskich mogą nie potwierdzić się w warunkach polskich, choćby ze względu na odmienne zasady korzystania ze świadczeń służby zdrowia.

Rysuje się zatem potrzeba wykonania systematycznych, szeroko zakrojonych i nie budzących zastrzeżeń metodologicznych badań nad uwarunkowaniami, przebiegiem i następstwami kontaktu lekarz—pacjent w warunkach polskich. Potrzeba ta jest o tyle aktualna, że obserwujemy współcześnie dość zasadnicze przeobrażenia stosunku le-

karz—pacjent, wynikłe zarówno z tendencji rozwojowych współczesnej medycyny (technizacja, specjalizacja), jak i z szerszych przemian społecznych (powszechna dostępność opieki zdrowotnej, wzrost poziomu wykształcenia społeczeństwa, rozpowszechnianie oświaty zdrowotnej). Postulaty dotyczące optymalnego modelu kontaktu lekarz—pacjent w warunkach współczesnych powinny zyskać gruntowną podbudowę empiryczną.

2. Założenia teoretyczne

Kontakt lekarz—pacjent nawiązywany jest ze względu na określony cel, wspólny dla obu stron. Celem tym jest poprawa lub ochrona zdrowia pacjenta. Rozpatrując sytuację lekarza i pacjenta wyłącznie w kategoriach medycznych (tj. biorąc pod uwagę takie zmienne, jak ogólny stan zdrowia pacjenta, właściwości choroby, środki jakie lekarz i pacjent mają do dyspozycji), możemy każdorazowo określić, jakie czynności powinny być wykonane przez lekarza i pacjenta dla realizacji wspólnego celu. Przy takim ujęciu sytuacji lekarz—pacjent o wyborze i przebiegu tych czynności decyduje wyłącznie lekarz, przy czym można wśród nich wyróżnić takie, które lekarz sam wykonuje na osobie pacjenta (badania, zabiegi) oraz takie, które wykonuje pacjent według instrukcji lekarza (udzielanie lekarzowi informacji o swoim samopoczuciu, wprowadzanie określonych zmian w trybie życia itp.).

Jednakże rzeczywisty przebieg tych czynności odbiega zwykle od modelu, jaki można by opracować, posługując się wyłącznie kategoriami medycznymi. Kontakt lekarz—pacjent jest bowiem kontaktem międzyludzkim, a jego pełna charakterystyka wymaga uwzględnienia także zmiennych psychologicznych. Wskutek działania tych zmiennych jedna lub obie strony podejmować mogą czynności ukierunkowane na cele inne, niż zdrowotne, a także przebieg czynności zmierzających do celów zdrowotnych może być inny, niżby to wynikało z charakterystyki sytuacji wyłącznie w kategoriach medycznych (np. pewne czynności mogą być zaniechane, struktura innych może ulec zmianie, pacjent może samorzutnie wprowadzić czynności dodatkowe).

Należy sądzić, że o rzeczywistym przebiegu czynności wykonywanych przez lekarza i pacjenta, obok zmiennych medycznych, decydują także pozamedyczne czynniki sytuacyjne oraz percepcja własnej sytuacji.

Znaczenie pozamedycznych czynników sytuacyjnych wynika ze wspomnianego już interpersonalnego charakteru sytuacji lekarz—pacjent. Jeśli sytuację tę potraktować za T. Tomaszewskim (18) jako układ wartości i możliwości, to stwierdzić można, że zarówno w sfe-

rze wartości jak i w sferze możliwości zawiera ona zmienne pozamedyczne. Istnienie takich zmiennych w sferze wartości (celów) wynika stąd, że w obrębie tej sytuacji kształtują się wzajemne ustosunkowania lekarza i pacjenta. Określony charakter tych ustosunkowań może stać się celem czynności podejmowanych przez jedną lub obie strony, czynności dodatkowych z punktu widzenia wartości zdrowotnych. Np. pacjent może podejmować działania mające na celu pozyskanie sympatii czy współczucia lekarza, z drugiej strony lekarz może dążyć do zdobycia podziwu czy wdzięczności pacjenta.

Z kolei pozamedyczne możliwości wynikłe z interpersonalnego charakteru sytuacji lekarz—pacjent polegają na tym, że obok stosowania środków medycznych, lekarz oddziaływać może na pacjenta także na drodze psychologicznej. Przykładem takich oddziaływań jest nakłanianie pacjentów do stosowania zaleconych środków przez informowanie o ich skuteczności, budzenie nadziei na wyleczenie itp.

Przedstawiając układ wartości, w obrębie którego działają lekarz i pacjent, należy także wziąć pod uwagę fakt, że oprócz charakteryzowanej powyżej sytuacji, w której obaj uczestniczą, każdy z nich zaangażowany jest w inne jeszcze sytuacje (np. sytuacja rodzinna lekarza, sytuacja zawodowa i rodzinna pacjenta). Każda z tych sytuacji zawiera właściwe sobie wartości. Realizacja tych wartości rzutuje w jakiś sposób na przebieg czynności mających na celu poprawę lub ochronę stanu zdrowia pacjenta.

Wpływ percepcji sytuacji obiektywnej na przebieg czynności jest oczywisty w świetle współczesnej wiedzy psychologicznej (18). Zasadniczo o przebiegu zachowania się celowego człowieka decydują nie obiektywne cechy sytuacji, ale jej subiektywne odzwierciedlenie. Dopiero wtedy, gdy — w przypadku nietrafnej percepcji — człowiek „zderza się” niejako z obiektywnymi cechami rzeczywistości, struktura czynności zmienić się może stosownie do tych cech bez pośrednictwa odpowiednich zmian w obrazie sytuacji. Należy sądzić, że również o przebiegu czynności wykonywanych przez lekarza i pacjenta decyduje percepcja przez obie strony zarówno medycznych, jak i pozamedycznych cech tej sytuacji.

3. Zakres badanych zmiennych

Kontakt pomiędzy lekarzem i pacjentem nawiązywany jest, jak już wspomniano, ze względu na wspólny cel obu stron i mając to na uwadze, możemy na poziomie najogólniejszym mówić o sytuacji lekarz—pacjent jako wspólnej dla obu uczestników. Jednakże jeśli stosuje się podejście bardziej szczegółowe i potraktuje odrębnie sytuację lekarza oraz sytuację pacjenta, to stwierdzić można dość zasadnicze różnice pomiędzy nimi. Percepcja medycznych aspektów sy-

tuacji przez obie strony może być odmienna, dotyczy to zarówno sposobu formułowania celu (np. pacjent może spodziewać się całkowitego wyleczenia, a lekarz jedynie stabilizacji procesu patologicznego), jak i oceny możliwości. Jak już wspomniano, obie strony mogą ponadto dążyć do uzyskania określonych wartości pozamedycznych, które mogą być wzajemnie niezgodne, a nawet konfliktowe (np. gdy zarówno lekarz, jak i pacjent dążą do tego, żeby być stroną dominującą). Ponadto, jak wiadomo z socjologii medycyny, stosunek lekarz—pacjent ma charakter instytucji społecznej, z czego wynika, że od jego uczestników oczekuje się postępowania zgodnego z przepisami określonych ról społecznych.

Możemy więc powiedzieć, że z jednej strony czynności wykonywane przez lekarza, a z drugiej — czynności wykonywane przez pacjenta posiadają odrębny zespół czynników warunkujących ich przebieg. W naszych badaniach skoncentrowano się na psychologicznych czynnikach warunkujących przebieg czynności lekarza. Wzięto przy tym pod uwagę sterującą rolę lekarza w kontakcie z pacjentem oraz stwierdzony w poprzednich badaniach fakt, że dla czynności podejmowanych przez pacjentów zasadnicze znaczenie mają zalecenia lekarza, które są wykonywane nawet wbrew własnym poglądom pacjentów (6). Kierowano się także względami praktycznymi, mianowicie wykorzystaniem wyników badań w pracy dydaktycznej Zakładu (kształtowanie u przyszłych lekarzy umiejętności nawiązywania skutecznych form kontaktu z pacjentem).

Badania dotyczą następujących grup zmiennych:

- hierarchia wartości lekarza i percepcja przezeń pacjenta,
- przebieg czynności wyznaczanych przez lekarza i charakter interakcji lekarz—pacjent,
- działania zdrowotne wykonywane przez pacjentów i efekty leczenia.

Przypuszczamy, że wyodrębnione grupy zmiennych tworzą ciąg przyczynowo-skutkowy. Hierarchia wartości charakteryzująca lekarza oraz sposób, w jaki spostrzega on pacjenta są to czynniki psychologiczne warunkujące przebieg czynności lekarza. Hierarchia wartości wyznacza bowiem hierarchię celów lekarza oraz miejsce, jakie wśród nich przypadnie medycznemu i pozamedycznemu celom, realizowanym w kontakcie z pacjentem. Natomiast percepcja pacjenta decyduje przypuszczalnie o tym, w jaki sposób te cele będą realizowane w konkretnej sytuacji. Z kolei przebieg czynności lekarza, zwłaszcza jego zachowanie się wobec pacjenta, jest jednym z dwóch głównych czynników określających charakter interakcji lekarz—pacjent (drugim głównym czynnikiem jest oczywiście zachowanie się pacjenta wobec lekarza). Można dalej przypuszczać, że działania zdrowotne wykonywane przez pacjenta, w tym wykonanie zaleceń lekarza, za-

leżą między innymi od przebiegu czynności lekarza w kontakcie z pacjentem i od charakteru interakcji lekarz—pacjent. Wreszcie, na osiągnięte efekty leczenia wśród innych czynników przypuszczalnie wpływ mają działania zdrowotne pacjentów, a być może także sam charakter interakcji lekarz—pacjent.

4. Metodyka badań

Badania prowadzone są w warunkach naturalnych, z użyciem różnorodnych technik, dostosowanych do rodzaju badanych zmiennych. Wykorzystywane są więc: specjalnie opracowane ankiety, nagrania magnetofonowe, wywiady z lekarzami i pacjentami.

Do badania *hierarchii wartości charakteryzującej lekarza* służy ankieta, składająca się z trzech części. Dotyczą one: hierarchii wartości życiowych i miejsca w niej wartości zawodowych; hierarchii wartości realizowanych w pracy zawodowej i miejsca wśród nich wartości realizowanych w kontakcie z pacjentem; hierarchii wartości realizowanych w kontakcie z pacjentem.

Percepcja pacjenta wyznaczana przez lekarza badana jest również przy pomocy ankiety, której treść dotyczy: zachowania pacjenta, jego motywacji do leczenia, zakresu wiedzy pacjenta o chorobie i jego reakcji emocjonalnych wobec różnych czynników, związanych z chorobą i leczeniem. Dla uzyskania układu odniesienia, obok percepcji konkretnego pacjenta, badana jest także percepcja pacjenta idealnego i pacjenta przeciętnego.

Przebieg czynności lekarza i charakter interakcji lekarz—pacjent oceniane są na podstawie dwukrotnego nagrania magnetofonowego całości rozmowy lekarza z pacjentem. Analiza materiału z nagrań polega na wyodrębnieniu poszczególnych czynności i jednostek interakcji, które następnie oceniane są z różnych punktów widzenia.

Dane na temat *zachowań zdrowotnych pacjentów* uzyskiwane są przy pomocy wywiadu, przeprowadzanego dwukrotnie. Treść wywiadu dotyczy wykonania zaleceń lekarza, a także działań podejmowanych przez pacjenta z własnej inicjatywy.

Efekty leczenia oceniane są na podstawie wywiadu z lekarzem prowadzącym, w kategoriach stosowanych w danej jednostce chorobowej

5. Organizacja badań

Badania prowadzone są w specjalistycznych przychodniach na terenie Warszawy. Uczestniczący w nich pacjenci reprezentują trzy wybrane jednostki chorobowe, różniące się stopniem zagrożenia i ro-

kowaniem: nieżytowe zapalenie dziąseł, gruźlicę układu oddechowego i chorobę wieńcową. Badania mają charakter dwuetapowy.

Pierwszy etap przeprowadzany jest po wykryciu choroby i obejmuje:

— wypełnienie przez lekarza prowadzącego ankiet dotyczących hierarchii wartości i obrazu pacjenta idealnego,

— nagranie pierwszej rozmowy lekarza z pacjentem, w trakcie której pacjent dowiaduje się o rozpoznaniu i otrzymuje pierwsze zalecenia,

— po upływie około 10 dni — wywiad z pacjentem, dotyczący działań zdrowotnych.

Drugi etap przeprowadzany jest po upływie okresu potrzebnego do oceny wyników leczenia, który w zależności od jednostki chorobowej wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy. Etap ten obejmuje:

— wypełnienie przez lekarza prowadzącego ankiety dotyczącej oceny pacjenta przeciętnego i percepcji konkretnego pacjenta, uczestniczącego w badaniach,

— nagranie kolejnej rozmowy lekarza z pacjentem,

— po upływie około 10 dni — powtórny wywiad z pacjentem na temat działań zdrowotnych,

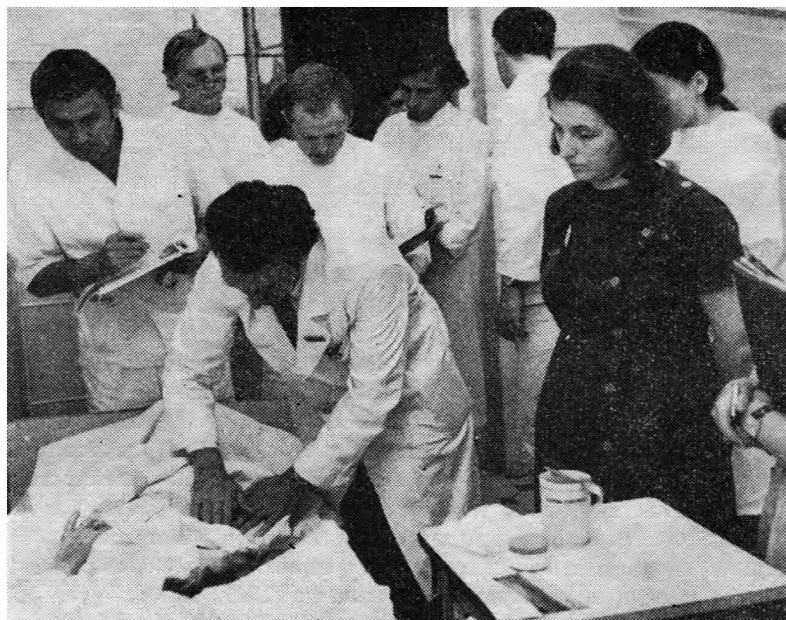
— wywiad z lekarzem prowadzącym, mający na celu ocenę wyników leczenia.

Aktualnie prowadzone są badania pilotażowe, w których uczestniczy 12 lekarzy i 60 pacjentów. Autorki będą wdzięczne Czytelnikom za wszelkie komentarze, propozycje i uwagi krytyczne, dotyczące przedstawionego programu badań.

Piśmiennictwo

1. Balint M.: *The Doctor, His Patient and the Illness*. London 1968, Pitman. — 2. Banschczikow W. M., Guskow W. S., Mjagkow I. F.: *Medicinskaja psichologija*. Moskwa 1967, Medicina. — 3. Davis M. S., Eichhorn R. L.: *Compliance with medical regiments: a panel study*. *J. Hlth. hum. Behav.*, 1963, 4 (Winter), 240—249. — 4. Ejsmond J.: Szpitale warszawskie w świadomości pacjentów. W: Sokołowska M. (red.) *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa 1969, KiW. — 5. Francis V., Korsch B. M., Morris M. J.: *Gaps in doctor—patient communication. Patients' response to medical advice*. *New Engl. J. Med.*, 1969, 280 (10), 535—540. — 6. Heszen-Klemens I.: *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław 1979, Ossolineum. — 7. Hollender M. H.: *Psychologia w praktyce lekarskiej*. Warszawa 1975, PZWL. — 8. Israel J.: *Socjopsychiczne środowisko szpitala*. W: Sokołowska M. (red.) *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa 1969, KiW. — 9. Jarosz M.: *Uwagi dotyczące programu „elementów psychologii”, jego realizacji oraz miejsca psychologii wśród innych przedmiotów objętych programem nauczania na wydziałach lekarskich akademii medycznych*. *Probl. Uczelni Inst. Med.*, 1972, 7(2), 1—12. — 10. Kawczyńska-Butrym Z.: *Wyobrażenia o rolach zawodowych (z rozważań nad zawodem lekarza)*. *Zycie Szkoły Wyższej*, 1974, 22(6), 81—92.

11. Korsch B. B., Gozzi E. K., Francis V.: Gaps in doctor—patient communication. 1. Doctor—patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 1968, 42(5), 855—871. — 12. Kulczycki M.: Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem. Wrocław 1971, Ossolineum. — 13. Kulczycki M.: Psychologiczne problemy współpracy lekarza z pacjentem. *PTL*, 1968, 23, 1079—1082. — 14. Ostrowska A.: Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego. Wrocław 1975, Ossolineum. — 15. Płoticzer A. I.: K woprosu o medycynę psychologiczną. *Żurn. Newropat. Psychiatrii*, 1970, 70 (3), 463—464. — 16. Six Minutes for the Patient. Interaction in General Practice Consultation. Balint E., Norell J. S. (red.), London 1973, Tavistock. — 17. Szostakowicz W. W.: Przedmiot i zadania medycyny psychologicznej. *Żurn. Newropat. Psychiatrii*, 1969, 69(9), 1412—1414. — 18. Tomaszewski T.: Człowiek i otoczenie. W: Tomaszewski T. (red.) *Psychologia*. Warszawa 1975, PWN.



*Prof. Zb. Sternadel w otoczeniu asystentów II Kliniki
Ginekologiczno-Położniczej podczas obchodu*

Foto: KAW

Dr Piotr Tyszko *), lek. Jacek Putz **)

MIEJSCE ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA JAKO PRZEDMIOTU NAUCZANIA

W ogólnym ujęciu medycyna jest nauką, która bada procesy zachodzące w ustroju i otoczeniu człowieka, a które mają wpływ na zdrowie oraz zmierza do kontrolowania, regulowania i organizowania tych procesów w praktyce (1). Jak złożona jest rzeczywistość człowieka, tak samo są złożone problemy, którymi musi zajmować się medycyna. Człowiek wywodzi się ze świata przyrody i stanowi jego integralną część. Z drugiej strony, w rozwoju człowieka wytworzył się inny jakościowo typ stosunków międzyosobniczych, który stanowi rzeczywistość społeczną. W obu tych aspektach rzeczywistości szeregi czynników bionegatywnych i biopozytywnych oddziałują na zdrowie. Ich wpływem na zdrowie, rozumianym jako proces i produkt biologiczno-przyrodniczy, zajmuje się medycyna biologiczno-przyrodnicza; w tym dziale medycyny znajdują się podstawowe nauki medyczne oraz nauki kliniczne.

W obecnych czasach obserwuje się ogromny postęp w zakresie rozwoju nauk podstawowych i nauk klinicznych. Jednak wdrożenie najnowszych osiągnięć do praktyki zależy od wielu czynników: społecznych, politycznych, ekonomicznych, technicznych, kulturowych. Na II Kongresie Nauki Polskiej (2) oszacowano opóźnienie medycyny klinicznej w Polsce na 10 do 15 lat w stosunku do poziomu światowego. Polska należy natomiast do przodujących krajów w zakresie organizacji opieki nad matką i dzieckiem, medycyny przemysłowej, rehabilitacji leczniczej zespolonej z rehabilitacją zawodową i społeczną. W społecznej polityce zdrowotnej kierunki te uznawane były za priorytetowe.

Analizując więc obecny społeczny system działalności na rzecz zdrowia musimy go traktować nie jako wytwór procesów biologiczno-przyrodniczych, ale przede wszystkim stosunków społecznych.

*) Zakład Opieki Zdrowotnej Instytutu Medycyny Społecznej AM w Warszawie.

***) Zakład Opieki Zdrowotnej i Orzecznictwa Studium Medycyny Społecznej CMKP.

Badanie zjawisk i prawidłowości w tym zakresie jest właśnie przedmiotem medycyny społecznej. Medycyna społeczna powinna zajmować się wykrywaniem prawidłowości i związków zachodzących między szeroko rozumianymi procesami społecznymi a społecznym systemem działań na rzecz zdrowia, jego organizacją, efektywnością, doskonaleniem i rozwojem.

Organizacja ochrony zdrowia wchodząca obok socjologii medycyny, higieny, epidemiologii w zakres medycyny społecznej, jest dyscypliną, która bada formy organizacyjne, funkcjonowanie oraz zasady doskonalenia systemu działań na rzecz zdrowia. Formy organizacyjne wynikają z ogólnych zasad organizacyjnych (np. zasady ciągłości, jedności profilaktyki i leczenia) oraz z aktualnej sytuacji zdrowotnej oraz społeczno-ekonomicznej kraju. Zadaniem organizacji ochrony zdrowia jest proponowanie optymalnych rozwiązań organizacyjnych, dostosowanych do aktualnej sytuacji społeczeństwa oraz umożliwiających realizację uwarunkowanej ustrojowo treści (celów i zadań) działań na rzecz zdrowia. Organizacja ochrony zdrowia ma swoje miejsce także wśród nauk ergologicznych. Nauki te można uporządkować wg stopnia ogólności głoszonych przez nie twierdzeń (3).

Najwyższy szczebel ogólności reprezentuje prakseologia, czyli ogólna teoria sprawnego działania. Twierdzenia tej nauki mają charakter tak ogólny, że odnoszą się do warunków sprawności we wszystkich dziedzinach działalności ludzkiej: w wojsku, handlu, ochronie zdrowia, szkolnictwie, nauce itd. Dotyczą one zarówno działań indywidualnych jak i zbiorowych. Najpełniejszym wykładem prakseologii w skali światowej jest „Traktat o dobrej robocie” prof. T. Kotarbińskiego. Na niższym szczeblu ogólności znajduje się teoria organizacji i zarządzania. Nauka ta rozpatruje warunki sprawności wszelkich zorganizowanych działań ludzkich oraz funkcjonowanie wszelkich instytucji.

Nauka o organizacji jest nauką wielodyscyplinarną. Jej trzon stanowi teoria organizacji i zarządzania, wokół której grupują się takie dyscypliny, jak:

- ergonomia, która analizuje warunki wzajemnego przystosowania człowieka oraz pracy i jej środowiska, w celu zapewnienia maksymalnej wydajności pracy przy zachowaniu pełnego zdrowia;
- fizjologia pracy, która bada reakcje organizmu na pracę i czynniki jej towarzyszące;
- higiena pracy, kształtująca racjonalne, z punktu widzenia zdrowia, warunki środowiska pracy;
- teoria motywacji — rozpatruje mechanizmy skłaniające człowieka do określonych zachowań;
- teoria decyzji — bada psychologiczne i organizacyjne aspekty podejmowania decyzji, podaje zmatematyzowane wytyczne postępowania;
- socjologia pracy — bada stosunki między ludźmi w procesie pracy.

Twierdzenia tych dyscyplin dotyczą wszelkiego rodzaju instytucji, lecz każda z nich rozpatruje je z innego punktu widzenia. Jeszcze niższy szczebel uogólnienia reprezentują dyscypliny organizacyjne, zajmujące się konkretnymi działaniami zorganizowanej działalności ludzkiej. Znajduje się tu między innymi organizacja ochrony zdrowia.

Przedstawione powyżej rozważania można zamknąć stwierdzeniem, że organizacja ochrony zdrowia jest dziedziną interdyscyplinarną i należy zarówno do nauk medycznych jak i nauk ergologicznych, czyli takich, które badają różne obszary działania ludzkiego, z punktu widzenia sprawności.

Rozpatrując organizację ochrony zdrowia jako przedmiot nauczania należy podkreślić jego wielodyscyplinarny charakter, jak też innych dyscyplin organizacyjnych. Powinna ona integrować wiedzę medyczną i tzw. paramedyczną studentów. Nauczanie tego przedmiotu opiera się w znacznej mierze na elementach wiedzy klinicznej, epidemiologii, socjologii medycyny, higieny, historii medycyny oraz dyscyplin klinicznych, które występują na wcześniejszych etapach nauczania. Np. omawianie zagadnień programowania działalności profilaktyczno-leczniczej nie jest możliwe bez znajomości etiologii i przebiegu jednostek chorobowych o znaczeniu społecznym, jak również wykorzystania wiedzy z zakresu epidemiologii.

Naczelnym celem nauczania organizacji ochrony zdrowia jest uporządkowanie i nadanie określonej hierarchii różnym problemom służby zdrowia, między innymi poprzez odniesienie ich do aktualnej sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej kraju. Dziedzina ta łączy wiedzę akademicką studentów z całego okresu studiów z rzeczywistością, z jaką zetkną się jako lekarze.

W Zakładzie Opieki Zdrowotnej Instytutu Medycyny Społecznej AM w Warszawie za cele ogólne nauczania przyjęto:

- nauczanie studentów rozumienia organizacyjnych aspektów funkcjonowania zespołów ludzkich, ze szczególnym zwróceniem uwagi na problematykę racjonalizacji działania,
- zapoznanie studentów z aktualną organizacją i zadaniami systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do aktualnej sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej kraju.

Za cele szczegółowe przyjęto:

- nauczanie kompleksowego rozumienia roli lecznictwa podstawowego w społecznym systemie rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych,
- nauczanie studentów zasad współpracy lekarza rejonowego z pielęgniarką środowiskową i pracownikiem socjalnym.

Osiągnięcie tych celów jest niemożliwe bez powiązania procesu dydaktycznego z aktualnymi problemami działania służby zdrowia. Za modelowe zagadnienia, umożliwiające połączenie w trakcie nau-

czania zagadnień teoretycznych z aktualną praktyką służby zdrowia, przyjęto problemy ludzi starszych.

Traktując zagadnienia gerontologiczne jako modelowe dla nauczania organizacji opieki zdrowotnej kierowaliśmy się następującymi względami:

— u ludzi starszych ma miejsce skupienie się problemów społecznych i zdrowotnych, co sprzyja ukazaniu wieloaspektowości uwarunkowań i skutków zjawisk zdrowotnych,

— ze względu na sytuację demograficzną złożone problemy ludzi starszych stanowią coraz większy obszar zainteresowań lecznictwa podstawowego, co stwarza potrzebę nauczania przyszłych lekarzy działania zespołowego przy rozwiązywaniu tych problemów,

— problemy gerontologiczne, mimo całej swej wagi, nie były dotychczas uwypuklone w programach nauczania, podczas gdy np. problemy organizacyjne opieki nad matką i dzieckiem znajdują miejsce w nauczaniu klinicznym.

Zagadnienia gerontologiczne mają także spełniać funkcje integracyjne. Obejmują one problemy demograficzne i epidemiologiczne (sytuacja demograficzna Polski i jej konsekwencje zdrowotne), socjologiczne (aktywizacja społeczna ludzi starszych), higieny żywienia (jako element profilaktyki gerontologicznej), kliniczne (specyfika diagnostyki i leczenia ludzi starszych).

Dużo uwagi poświęca się w prowadzonych przez nas zajęciach sprawie integracji opieki zdrowotnej i społecznej, organizując zajęcia praktyczne z udziałem pracowników socjalnych oraz pielęgniarek środowiskowych. W trakcie tych zajęć studenci uczą się pracy w zespole opieki podstawowej (lekarz — pielęgniarka środowiskowa — pracownik socjalny) dokonując w trakcie wizytacji w domach ludzi starszych oceny ich sytuacji zdrowotnej i społecznej oraz formułując wnioski dotyczące postępowania. Realizacja takiego programu możliwa była tylko dzięki włączeniu się do niego pracowników Studium Medycyny Społecznej oraz Kliniki Geriatrycznej CMKP, terenowych placówek służby zdrowia oraz wszystkich zakładów Instytutu Medycyny Społecznej. Program ten był prezentowany w maju 1978 r. na I Konferencji Naukowej Komitetu Badań Biologicznych i Medycznych Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, gdzie uzyskał wysoką ocenę. W trakcie zajęć ze studentami dyskutowano potrzebę wprowadzenia do programów nauczania zagadnień opieki nad ludźmi starszymi. Mimo różnego zainteresowania przedmiotem, generalnie przeważała opinia o konieczności utrzymania i rozszerzenia problematyki gerontologicznej na VI roku studiów, a także uwzględniania jej w trakcie nauczania innych przedmiotów, jak: fizjologia, psychologia, choroby wewnętrzne. Postulowano także

uwzględnienie w ramach praktyk wakacyjnych zajęć w ośrodkach opiekuna społecznego.

Efektom nie zamierzonym, ale zasługującym na pozytywną ocenę, była zmiana nastawienia studentów do pracy wśród ludzi starszych. O ile przed ćwiczeniami nikt nie wyrażał ochoty na pracę w przyszłości z ludźmi starszymi — w placówkach geriatrycznych — o tyle po zajęciach prawie w każdej grupie było po dwie-trzy osoby chętne do pracy w tego typu placówkach, oczywiście z silnie podkreślonym warunkiem możliwości dalszego fachowego rozwoju.

W roku akad. 1978/79, dzięki przeniesieniu części godzin dydaktycznych z organizacji ochrony zdrowia na III rok studiów oraz porozumieniu z zespołami nauczającymi socjologię medyczną, higienę środowiska, higienę żywienia oraz epidemiologię (IV rok studiów), podejmiemy próbę wprowadzenia częściowo zintegrowanego programu z zakresu medycyny społecznej opartego na problemach gerontologicznych przyjętych jako modelowe. Mając na uwadze przede wszystkim względy wychowawcze planujemy włączenie studentów do realnej działalności opiekuńczej na rzecz ludzi starszych.

P i ś m i e n n i e t w o

B. Kożusznik: Rola i cele medycyny społecznej; praca zbiorowa. Problemy medycyny społecznej dla lekarzy praktyków.

W. Rudawski: Stan nauk medycznych oraz zadania i warunki dalszego ich rozwoju. Zdr. Pub. 1974, 4.

J. Zieleniewski: Organizacja i zarządzanie. Warszawa, 1969.

Mgr Wincenty Klimczak *)

PRZYSŁOWIA I SENTENCJE ŁACIŃSKIE PRZEDMIOTEM KONKURSU

Z inicjatywy autora przeprowadzony został w Akademii Medycznej w Łodzi wśród studentów, uczących się języka łacińskiego, konkurs przysłów i sentencji łacińskich. Organizatorami byli: Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych i Rada Uczelniana SZSP przy AM. Rangę konkursu podniósł fakt objęcia nad nim patronatu przez władze uczelni: JM Rektora prof. dr hab. Antoniego Kotełkę oraz prorektora ds. nauczania i wychowania prof. dr hab. Jerzego Różnieckiego, którego bezpośrednie zaangażowanie i pomoc w organizacji konkursu przyczyniły się do jego pełnego powodzenia.

Z uznaniem spotkały się cele konkursu: humanizacji procesu dydaktycznego na studiach przygotowujących do zawodu tak głęboko związanego z humanistycznymi założeniami pracy dla dobra człowieka oraz cele szczegółowsze — ożywienie formy nauczania przez budzenie ambicji i rozwijanie współzawodnictwa wśród uczących się, sięganie przy tym do głębokich myśli tych, którzy położyli podwaliny pod wiele nauk, wysoko nieśli sztandar humanistycznych haseł dobra, prawdy i piękna, a których osiągnięcia widnieją i lśnią z od dali jak wysokie szczyty górskie ciągle widoczne z daleka, kiedy przysłaniające nam często z bliska horyzont pagórki nikną z pola widzenia w miarę oddalania się. To oni — Rzymianie głosili humanistyczne hasło: „*Homo sum: nihil humani a me alienum puto*”.

Przyjęcie za podstawę konkursu właśnie przysłów i sentencji jest dlatego tym bardziej uzasadnione, że przy obecnych skromnych czasowo ramach nauczania języka łacińskiego, niemożności oparcia nauki na oryginalnych klasycznych tekstach, a sprowadzeniu jej do objaśniania od strony językowej (gramatycznej) terminologii medycznej — przysłowia i sentencje, cytaty z dzieł starożytnych myślicieli dają możliwość poznania choć w skromnych rozmiarach oryginalnych treści i oryginalnych struktur językowych oraz wyjścia poza suche wyuczenie się terminologii fachowej.

*) Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych AM w Łodzi.

Nie korzystając więc z tekstów oryginalnych, choćby z fragmentów starożytnej literatury, studenci chętnie podejmują naukę przysłów i sentencji, tych pereł głębokiej myśli, wyrażonej w oryginalnych zdaniach łacińskich. Stanowi to dla nich — obok wplatanych w zajęcia informacji nawiązujących zwłaszcza do medycyny starożytnej (Hippocrates — pater medicinae, ius iurandum Hippocratis, Primum non nocere) — atrakcyjną formę opracowywania języka i prawd wypowiedzianych przez starożytnych twórców. Pozwoliło to spowodować przystąpienie do konkursu organizowanego na zasadach pełnej dobrowolności — większości studentów (65% uczących się).

Nauka przysłów i sentencji oparta na ich własnych opracowaniach obejmujących w dostosowaniu do realnych możliwości około 160 jednostek, odpowiednio dobranych i uszeregowanych zgodnie z założonymi celami. Istotną jest sprawa ich odpowiedniego doboru. Dokonano takiego doboru w zestawieniu przysłów i sentencji podzielonych na 10 części, na podstawie których zorganizowano naukę sentencji a następnie konkurs. Godzi się podkreślić, że zwracano uwagę na aktualność przysłów i sentencji w naszych stosunkach społecznych. Pominięto więc takie hasła jak: „*Divide et impera*”, zaznaczając, że Rzymianie hołdowali zasadzie „*Si vis pacem, para bellum*”, a my: „*Si vis pacem, para pacem*”.

Szeregując odpowiednio materiał, wysunięto na czoło hasła związane z medycznym kierunkiem studiów, ujmując wśród nich przykładowo: *Salus aegroti suprema lex, Res sacra aeger, Primum non nocere, Bona valetudo melior est quam maximae divitiae, Mens sana in corpore sano etc.* Dalej podkreślono rolę nauki (*non progredi est regredi*), zachęcając do uczenia się (*quidquid discis, tibi discis*) oraz rolę pracy (*labor omnia vincit i sine labore non erit panis in ore*). W dalszych odcinkach zgrupowano przepiękne myśli dotyczące człowieka (*Homo sum...*) i przyjaźni (*Vitae sal amicitia*), a następnie znane i często cytowane zasady prawne, cytaty z dzieł pisarzy i poetów itd.

Konkurs odbył się w trzech etapach, jego ukoronowaniem był etap III — finał przeprowadzony wśród 6-ciu najlepszych uczestników. Udział w imprezie wziął prorektor ds. nauczania i wychowania prof. dr hab. Jerzy Roźniecki, prodziekan ds. nauki Wydz. Farmacji doc. dr hab. Wanda Lasota, zaproszeni goście i liczna grupa młodzieży.

W etapie pierwszym pisemnym uczestniczyło 343 studentów spośród 529 osób uczących się łaciny na lektoratach, co stanowi ok. 65%.

Podkreślić należy masowość uczestniczenia studentów w tym etapie (mimo przeprowadzania w tym czasie zaliczeń ćwiczeń przez zakłady przedmiotów kierunkowych) i uzyskanie w większości dobrych i bardzo dobrych ocen za trafne i bezbłędne podanie wrywkowo

wskazanych przysłów i sentencji. Świadczy o tym uzyskanie przez 70 osób maksymalnej liczby 50 punktów. Dobre wyniki, wskazujące na płynące stąd korzyści o charakterze poznawczym i językowym, przyczyniły się do poznania ciekawych struktur zdaniowych i zawartych w nich głębokich myśli oraz do opanowania ca. 700 terminów łacińskich języka ogólnego.

W drugim etapie — w eliminacjach ustnych wytypowano spośród 70 uczestników 6 osób do finału. Wszyscy oni zwiększyli uprzednio uzyskaną maksymalną liczbę punktów również maksymalnie do 70 punktów za obydwa etapy. Każdy z uczestników odpowiadał w tych eliminacjach na 4 pytania, które dotyczyły:

- 1) podania przysłowia odpowiedniego do przedstawionej scenki z życia;
- 2) informacji o autorach najczęściej spotykanych przysłów i sentencji, np. od kogo pochodzi zasada „Primum non nocere”, jak jest nazywany jej autor („ojciec medycyny”) i kiedy żył?.
- 3) podania do wskazanego przysłowia jego odpowiednika w jednym z języków nowożytnych (przez co podkreślono międzynarodowy charakter myśli płynących z tego samego źródła);
- 4) określenia występujących w sentencji form rzeczownikowych.

Bardzo udaną imprezą wg oceny jej uczestników był jej finał, jaki odbył się w dniu 27 kwietnia br. Każdy z finalistów odpowiadał na tle przysłów i sentencji na 3 pytania o charakterze językowym i 3 pytania o charakterze ogólnym wobec wieloosobowego jury z prorektorem jako przewodniczącym, na oczach liczego grona studentów żywo oklaskujących poprawne odpowiedzi. Publiczne udzielanie odpowiedzi, w pięknie przyozdobionej plakatami ilustrującymi typowe sentencje sali, nadało imprezie charakter ciekawego kwizu i stanowiło przyjemną, powiązaną z merytorycznymi korzyściami zabawę. Uroku zaś dodawał jej miły nastrój, który należy zawdzięczać przewodniczącemu rektorowi, a to dzięki Jego szerokiej wiedzy humanistycznej i świetnej znajomości języka łacińskiego i związanych z nim realiów.

Następnie przyjemnie zabrzmiały odśpiewane strofy „*Gaudeamus*” i recytacje wygłoszone przez studentów poezji Tuwima i Horacego. Wzruszenie wywołały recytacje pieśni Horacego: „*Exegi monumentum aere perennius*” i „*Tu ne quaesieris, scire nefas*” i mile wpadały w ucho znane z nich fragmenty: „*Non omnis moriar*” i „*Carpe diem*”. Wrażenie robiły skandowane w języku łacińskim wg wierszowanych miar poezji rzymskiej ody Horacego, deklamowane następnie w tłumaczeniu, wywołujące uczucie więzi między dzisiejszymi a dawnymi laty, między starszym pokoleniem i młodzieżą, którą jednak zachwyciło piękno poezji.

Z kolei nastąpiło podsumowanie wyników i wręczenie przez rektora nagród w postaci cennych książek.

I miejsce — Winiecki Piotr, Wydz. Lek.

Stasiak Anna, Wydz. Lek.

Piętkiewicz Bogusława, Wydz. Farm.

II miejsce — Sewerynek Ewa, Wydz. Lek.

III miejsce — Madejak Ewa, Wydz. Farm.

wyróżnienie — Światła Joanna, Wydz. Lek.

Przyznano również 9 wyróżnień za osiągnięcia w poprzednich etapach. Zwycięzcy, którzy zajęli I miejsce, uzyskali maksymalną liczbę 100 punktów każdy. Na zakończenie konkursu przedstawiciel Rady Uczelnianej SZSP wyraził życzenie i nadzieję, że tego rodzaju konkursy będą organizowane jako cenne imprezy również w latach następnych.

Całość konkursu ilustruje poniższe zestawienie:

Wydział	Liczba studentów lektoratu lac.	Udział w I eliminacji		Udział w II etapie	Udział w finale	Po- dział miejsce	Uwagi
		Liczba	%				
Lekarski	415	248	60	24	4	4	dwie pierwsze miejsca
Farmacout.	114	95	83	19	2	2	jedno pierwsze miejsce
R a z e m:	529	343	65	43	6	6	

Reasumując, należałoby wskazać nasuwające się wnioski:

1. Imprezę uznano za bardzo udaną, podkreślając jej nowatorski charakter (konkursów tego rodzaju dotychczas nie było), dobre przygotowanie pod względem merytorycznym i organizacyjnym oraz nadanie mu odpowiedniej rangi przez Władze Akademii.

2. Konkurs stanowi wartościowy przyczynek w zakresie humanizacji procesu nauczania.

3. Wartość jego wynika z powiązania strony organizacyjnej rozbudzającej ambicje i współzawodnictwo studiujących z wartościową humanistyczną treścią materiału.

4. Konkurs przyczynił się do zwiększenia zainteresowania młodzieży przedmiotem, kierując jej uwagę na cenne pod względem pedagogicznym głębokie myśli, zawarte w sentencjach.

5. Na podkreślenie zasługują również wartości czysto językowe:

— zwiększenie zasobu słownictwa — bazy języka,

— uzupełnienie słownictwa kierunkowego (głównie anatomicznego) słownictwem ogólnym,

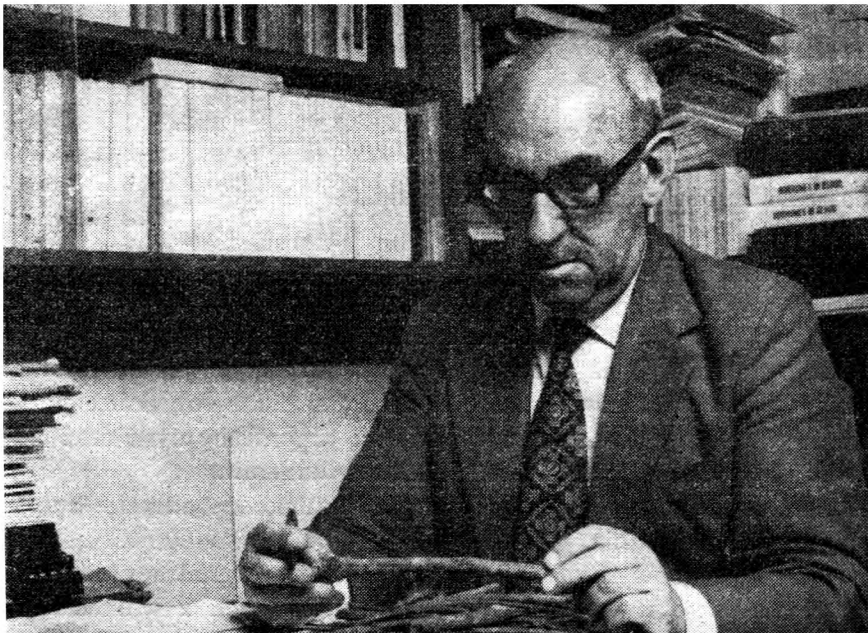
— poznanie oryginalnych struktur zdaniowych i ogólnego charakteru autentycznego języka łacińskiego.

„HONORATIONES”

*Dr n. med. Miron Paciorkiewicz *)*

DOKTOR H.C. JOSEPH SHELLARD

W dniu 6.X.1975 r. Rektor Warszawskiej Akademii Medycznej nadał profesorowi uniwersytetu w Londynie dr. Edwardowi J. Shellardowi tytuł doktora honoris causa. Już prawie dwadzieścia lat łączą profesora więzy przyjaźni z Wydziałem Farmaceutycznym Warszawskiej AM, w szczególności z Zakładem Farmakognozji.



E. J. Shellard urodził się w 1913 r., pochodzi z rodziny wielodzietnej, z małego miasteczka Minchinhampton. Studia farmaceutyczne ukończył w Londynie otrzymując stopień bachelor of pharmacy. W krótkim czasie uzyskał stopień doktora farmacji na podstawie pracy „Pharmacognostical studies of some Convolvulaceaus drugs”. Pracę naukową rozpoczął pod kierunkiem sławnego farmakognosty profesora T. E. Wallisa.

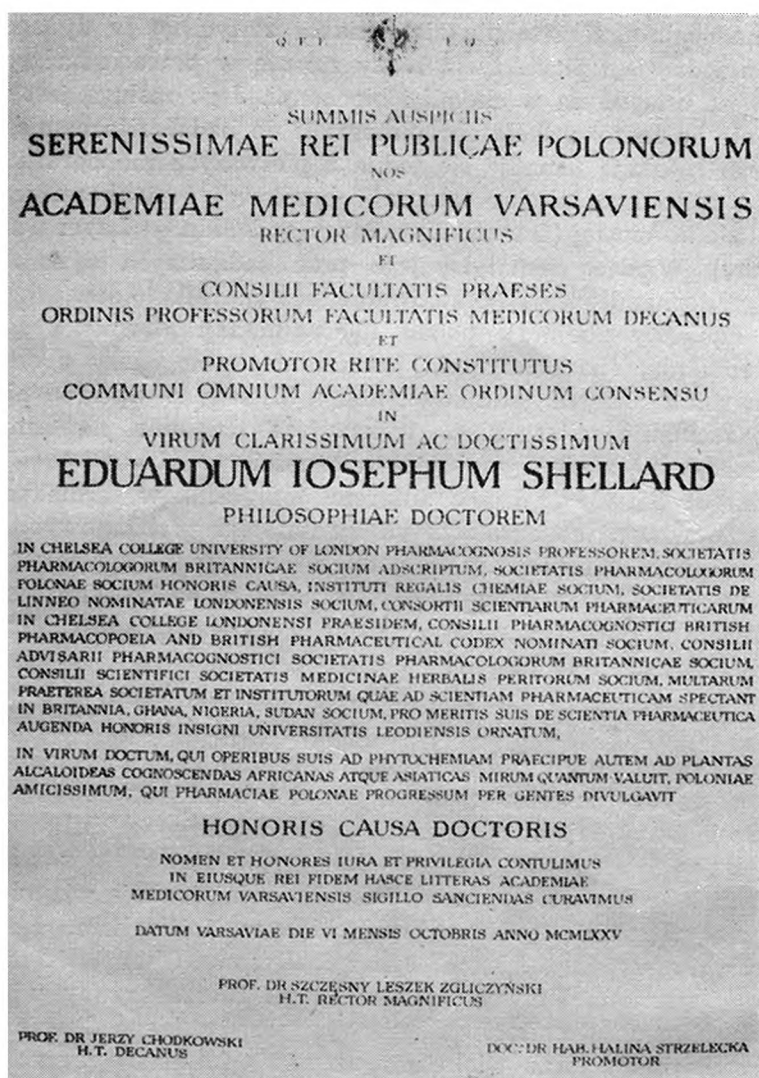
*) Zakład Historii Medycyny i Farmacji IMS AM w Warszawie.

Działalność dra E. J. Shella r d a przypada na okres, w którym farmakognozja przekształciła się z nauki statycznej w dynamiczną. Jest on jednym z pierwszych, który stosuje w pracach badawczych najnowsze osiągnięcia w chemii i biochemii. Jego zasługą jest wprowadzenie na szeroką skalę chromatografii do badań fitochemicznych. Pod jego redakcją ukazuje się jedna z pierwszych monografii dotyczących zastosowania chromatografii bibułowej i cienkowarstwowej w analizie ilościowej (Quantitative Paper and Thin — Layer Chromatography). Wiodącą tematyką jego prac badawczych są problemy analizy fitochemicznej i poszukiwanie nowych alkaloidów. Jego dorobek naukowy obejmuje ponad 100 publikacji głównie z zakresu wyodrębniania, charakterystyki, oznaczania i biogenezy alkaloidów indolowych z różnych gatunków rodzaju *Mitragyna*. Spośród nich na uwagę zasługuje mitragenina, wykazująca działanie na centralny układ nerwowy, a nie wywołująca zależności.

Profesor Shella r d jest autorem podręczników farmakognozji, wielu opracowań monograficznych i referatów problemowych.

Dzięki jego energii mały Zakład Farmakognozji w Chelsea, którego kierownikiem został w 1957 r., zmienił się w krótkim czasie w nowoczesną placówkę naukową, doskonale wyposażoną i jedną z najbardziej cenionych w świecie.

Jest znany jako wybitny dydaktyk, wspaniały erudyta o zdolnościach krasomówczych i łatwości nawiązywania kontaktu ze słuchaczami. Jako przełożony jest wyrozumiały dla swoich pracowników stawiając zawsze na pierwszym miejscu dobro zakładu ponad własne. W okresie swej działalności pełnił różne funkcje w Uniwersytecie Londyńskim jak również Chelsea College. Współpracuje z wielu uczelniami Wspólnoty Brytyjskiej. Ponadto pełni funkcję wizytującego egzaminatora uniwersytetów brytyjskich w Nottingham, Belfaście oraz w uniwersytetach Nigerii, Tanzanii, Sudanu, Ghany i Kenii. Odznaczony medalem Uniwersytetu w Liege. Bierze czynny udział w pracach różnych Komitetów Naukowych Brytyjskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz wielu towarzystw farmaceutycznych, jest członkiem zwyczajnym Brytyjskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (Pharmaceutical Society of Great Britain), członkiem Towarzystwa Linneusza w Londynie (Linnean Society of London). Od 1971 r. jest członkiem honorowym Egipskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, przewodniczącym Zespołu Nauk Farmaceutycznych Chelsea College (Board of Pharmaceutical Sciences, Chelsea College, University of London); członkiem Komitetu Farmakognostycznego Brytyjskiego Kodeksu Farmaceutycznego (British Pharmaceutical Codex) i Farmakopei Brytyjskiej (British Pharmacopeia); członkiem Doradczego Komitetu Farmakognostycznego Brytyjskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (Pharmacognosy Advisory Committee, Pharma-



**Fotografia dyplomu h.c. warszawskiej AM przyznanego
prof. dr Ed. J. Shellardowi**

ceutical Society of Great Britain); członkiem Naukowego Komitetu Brytyjskiego Zielarzy (Scientific Committee, British Medical Herbalists Association) oraz członkiem licznych towarzystw i instytucji związanych z naukami farmaceutycznymi Wielkiej Brytanii, Ghany, Nigerii i Sudanu. Ponadto pełni funkcję wiceprezydenta Sekcji Farmakognozji i Roślin Leczniczych Międzynarodowego Towarzystwa Farmaceutycznego FIP, członka Komitetu Redakcyjnego „Planta Medica” i „Journal of Ethnopharmacology”.

W działalności profesora Shellarda jako uczonego należy podkreślić Jego wielkie zasługi dla rozwoju fitochemii, szczególnie w dziedzinie poznania roślin alkaloidowych flory afrykańskiej i azjatyckiej oraz duże zaangażowanie i aktywność w dziedzinie nawiązywania współpracy z farmakognostami krajów Europy, Afryki i Azji. Z wieloma łączy go nie tylko zainteresowania naukowe ale i więzy przyjaźni. Osobiste kontakty między prof. E. J. Shellardem a prof. H. Strzelecką stworzyły właściwy klimat do współpracy, wymiany doświadczeń i konsultacji naukowych. W Jego londyńskim Zakładzie odbyło staże naukowe 3 farmaceutów z Polski: dr Stanisław Tałaj w 1961—62, dr Mirosława Melzacka w 1970 r., mgr Krystyna Twardowska w 1974 r., którymi troskliwie opiekował się sam Profesor, zapoznając ich z najnowszymi osiągnięciami farmakognozji angielskiej. Niezwykły urok, przystępność Profesora ułatwiają zdobywanie wiedzy młodym farmaceutom. Profesor E. J. Shellard jest entuzjastycznym propagatorem Polskiej Farmacji; publikuje w czasopismach brytyjskich artykuły na temat organizacji i osiągnięć naszej farmacji. Temu zagadnieniu poświęcił też cykl odczytów w różnych oddziałach Brytyjskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, które to prelekcje cieszyły się dużym zainteresowaniem farmaceutów angielskich.

Efektom pobytu polskich stypendystów w Anglii są następujące cenne publikacje na łamach czasopism fachowych:

1. Gas liquid chromatographic estimation of the alkaloids of *Conium maculatum* L. „*Planta medica*” (1963), 11, 92,
2. Uwagi o olejku kolendrowym. Porównanie olejków kolendrowych według Farmakopei Polskiej (F.P. III) i brytyjskiej (B.P.) 1963, „*Acta Poloniae Pharmaceutica*” (1967), 24, 183,
3. Separation of degradation products of 1-benzoyl 5,5 diethyl barbituric acid by means of vapour programmed thin-layer chromatography, „*J. Chromatography*” (1970), 49, 541,
4. The quantitative determination of the alkaline degradation products of 1-benzoyl 5,5 diethyl barbituric acid by means of densitometry following separation by thin-layer chromatography, „*Chemia Analityczna*” (1971), 16, 271.

Kilkakrotnie odwiedzał Polskę w latach 1959—76, wygłaszając referaty na posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. W 1959 r. był w Warszawie, Poznaniu, Gdańsku, Krakowie, w 1969 r. brał udział w sympozjum Towarzystwa Farmaceutycznego w Bydgoszczy oraz wygłaszał referaty w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Lublinie; w 1970 r. uczestniczył w Międzynarodowym Sympozjum w Poznaniu „Postęp w dziedzinie leku roślinnego”, w 1976 r. brał udział

w Międzynarodowym Kongresie Farmaceutycznym (FIP). Wówczas to do zgromadzonych licznie dziennikarzy powiedział:

„Ilekcóż jestem w Polsce ogarnia mnie zawsze zdumienie, jak z każdym rokiem rośnie potencjał naukowy Waszego kraju. Stale ktoś inny z Waszej kadry naukowo-dydaktycznej może poszczycić się osiągnięciami. I choć już początki Polskiej Medycyny po II wojnie światowej były o wiele skromniejsze niż na Zachodzie a postęp był mało znaczący, to dziś Medycyna i Farmacja Polska liczy się na świecie.

I choć poziom rozwoju środków dydaktycznych w wielu uczelniach europejskich jest wyższy niż w Polsce, to poziom edukacji studentów polskich przewyższa ich zagranicznych kolegów”.

Ci spośród naukowców polskich (nie tylko farmakognostów), którzy odwiedzili Chelsea College i byli gośćmi prof. Shellarda mogli poznać Go jako miłośnika i znawcę zabytków Londynu, jak również muzyki i malarstwa. Z licznych podróży po świecie przywozi własne szkice i akwarele pejzaży, posiada zbiór nagrań muzyki poważnej, w którym szeroko reprezentowana jest muzyka polska. Jego serdeczność i gościnność, nie ustępująca przysłowiowej polskiej, odbiega daleko od utartej opinii o angielskim splendid isolation i dlatego też Profesor jest nam tak bliski.

*Prof. dr Janina Galasińska-Landsbergerowa *)*

SZCZĄTKOWE KLINIKI AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ W WARSZAWIE W CZASIE OKUPACJI

Działania wojenne 1939 r. były nielitościwe dla wszystkich pomieszczeń Akademii Stomatologicznej. Lokale przy ul. Marszałkowskiej 149, 151, Świętokrzyskiej 13, pl. Małachowskiego 2 uległy zniszczeniu, kryjąc w swych gruzach resztki aparatury i sprzętu. Dzięki wyteżonym wysiłkom organizacyjnym kierowniczej kadry międzywojennej Akademii Stomatologicznej w osobach profesorów: Romana Nitscha, Mariana Zeńczaka, Jerzego Modrakowskiego, Stefana Pieńkowskiego, Alfreda Meissnera i Witolda Cybulskiego oraz kierownika sekretariatu Zygmunta Groszewskiego udało się stworzyć placówkę zespołu poliklinik pod nazwą „Szczątkowe Kliniki Akademii Stomatologicznej”. Placówka została podporządkowana Oddziałowi Szkolnictwa w Urzędzie Szefa Dystryktu Warszawskiego, którym kierował dr Tadeusz Tzchaschel. „Szczątkowym Klinikom” przydzielono lokal na I piętrze domu przy ul. Żurawiej 2 róg Brackiej.

Zespół kierowniczy placówki stanowili wymienieni na wstępie jej organizatorzy; kierownictwo biura i administracji objął Zygmunt Groszewski; personel biurowy: niezapomniana Jadwiga Wexowa, Janina Jasińska i Stefan Żurawski. Kadre lekarską montowano w miarę zgłaszających się dawnych lekarzy Akademii. Jako sanitariuszki pracowały Stanisława Gaworska i Jadwiga Chmielewska. Placówka zatrudniała dwóch laborantów rentgenowskich: Józefa Walczaka i Andrzeja Supronowicza. Obowiązek woźnego i gońca pełnił nasz dawny pracownik Jan Sobota.

Warunki bytowe „szczątkowych klinik” były więcej niż skromne. Lokal usytuowany nad cukiernią „Kolorowa” składał się z pięciu pomieszczeń: pokój biurowy, poczekalnia, sala kliniczna, gabinet chirurgiczny i pokój rentgenowski z wydzielonym kątem na ciemnię.

*) Em. profesor zw. AM w Warszawie.

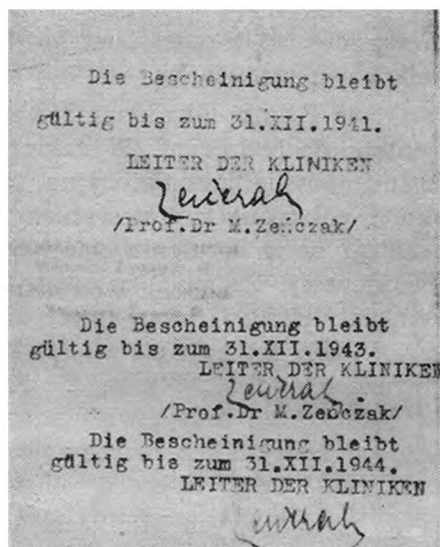
Lokal nie miał gorącej wody ani ubikacji (korzystaliśmy z toalet „Kolorowej”, ku niezadowoleniu jej personelu). Pomieszczenia ogrzewane były piecami węglowymi, temperatura wewnątrz raczej niska, zważywszy, iż szyby były pojedyncze, a okna nieszczelne. Mieliśmy do dyspozycji staroświeckie umywalnie słojowe; woda zazwyczaj bywała zimna — stąd też większość pracowników klinicznych cierpiała na uporczywe odmrożenia rąk, co utrudniało pracę. Nie było oddzielnego pomieszczenia dla sterylizacji narzędzi i materiałów opatrunkowych — dziwić się wypada, iż w tych warunkach można było utrzymać jałowość zabiegów.

Wyposażenie klinik pochodziło z ocalałych resztek wyposażenia Akademii, wydobytych spod gruzów z niemalym trudem i ofiarnością przez ludzi dobrej woli, dawnych pracowników AS. W sumie udało się zmontować 12 foteli dentystycznych, aparaturę Rentgena i uporządkować podręczne instrumentarium kliniczne. Duże zasługi w tym względzie oddali placówce nasi przedwojenni konserwatorzy-mechanicy Mieczysław Marczak i Zygmunt Lorenciewicz. Początkowo używane były wiertarki nożne, było skąpo z instrumentami i materiałami. Z czasem, dzięki życzliwej pomocy zaprzyjaźnionych składów dentystycznych Światłowskiego i Szrotki, nasz inwentarz powiększył się: zakupiono wiertarki elektryczne, wzrosła jakość i liczebność narzędzi drobnych i materiałów użytkowych.

Zespół klinik mieścił się, jak wspomniano, we wspólnej sali, a każdą z klinik reprezentował jeden lub dwa fotele. W sumie było czynnych sześć foteli dla dwóch zespołów klinicznych: rannego i popołudniowego. W dziale stomatologii zachowawczej pracowały koleżanki: Jadwiga Butkiewicz-Gulewiczowa, Stefania Maksajdowska-Kleinertowa, Jadwiga Lemańska, Jadwiga Pawłowska, Jadwiga Wagnerowa, Jadwiga Wronka. Na początku 1942 r. przybyła Anna Krzywicka. Zespół chirurgiczny stanowili: prof. prof. Alfred Meissner, Witold Cybulski oraz lekarze: Mieczysław Jarosz, Janusz Krzywicki i Maria Miłodrowska.

Po niedługim czasie prof. Meissner z zespołu ustąpił; na początku 1942 r. opuścił zespół kol. Krzywicki — uwięziony na Pawiaku, a następnie zesłany do Oświęcimia.

Ortodoncję reprezentowała Halina Kondrat. Przyjęcia w tej specjalności odbywały się wyłącznie w godzinach przedpołudniowych. W dziale protetyki pracowały kol. kol. Oktawia Darewska-Lubczyńska i niżej podpisana. Opiekę i nadzór fachowy nad pracownią rentgenowską pełnił prof. dr Witold Cybulski, uskarżając się nieraz żartobliwie na nadmiar obowiązków w związku z uszczupleniem zespołu chirurgicznego. Zespół klinik korzystał z po-



Fotokopia zaświadczenia z okresu okupacji dr Janiny Galasińskiej-Landsbergerowej, ówczesnej pracowniczki „Szczątkowych Klinik Akademii Stomatologicznej”

rad konsultantów. Obowiązki konsultantów sprawowali: w zakresie interny — prof. Modrakowski, ortodoncji — prof. Zeńczak, protetyki — prof. Cybulski. Ewidencję pacjentów, kasę, opiekę nad kliniką i magazynem prowadziła niestrudzona p. Nina Budkiewicz-Wajsowa. Jak wspomniałam, ogólną administrację, zaopatrzenie w nową aparaturę, instrumenty, materiały prowadził Z. Groszewski. Należy podkreślić, że sprawy te w owych czasach były wyjątkowo trudne, a kontakty z okupacyjnym zarządem miejskim, któremu kliniki podlegały, uciążliwe, a nawet niebezpieczne. Ocenie wypada niesłychaną energią i zaangażowanie kierownika administracyjnego w ofiarnej pracy dla placówki.

Z powodu szczupłości lokalu i braku odpowiednich urządzeń „szczątkowe kliniki” nie posiadały laboratorium technicznego. Prace protetyczne laboratoryjne wykonywane były jako zlecone w pracowniach prywatnych naszych dawnych pracowników laboratorium Kliniki Protetyki AS uprawnionych techników pp. Antoniego Kobylińskiego, Henryka Nagórzewskiego i Zygmunta Złotnickiego. Podobnie aparaty ortodontyczne wykonywane były jako prace zlecone przez techników przedwojennej Kliniki Ortodoncji AS (nazwisk pracowników, niestety, podać nie mogę). Brak własnych pracowni technicznych, niedobory materiałowe, zakaz stosowania złota i platyny z konieczności ograniczyły zakres wykonawstwa protetycznego do stosowania protez mniej skomplikowanych. Trudności

występowały również w pracach zachowawczych z powodu braku wysokogatunkowych materiałów.

„Szczątkowe Kliniki Akademii Stomatologicznej” służyły wyłącznie pacjentom dochodzącym. W zakresie chirurgii stomatologicznej wykonywano jedynie ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne: ekstrakcje zwykłe i połączone z dłutowaniem, resekcje wierzchołka, cięcie ropnia, zabiegi w znieczuleniu miejscowym, wzgl. w krótkotrwałej narkozie wziewnej. Pacjenci wymagający hospitalizacji kierowani byli na oddziały chirurgii szczękowej do Szpitala Dz. Jezus (kierownik dr Franciszek Bohdanowicz) lub do Szpitala Ujazdowskiego (kierownik lek. dent., lek. med. Franciszek Borusiewicz). Chorzy z obrażeniami szczękowo-twarzowymi przesyłani do Szpitala Ujazdowskiego korzystali z pomocy prof. M. Zeńczaka i dr Antoniny Grzybowskiej.

Praca w „szczątkowych klinikach” oparta była na dobrze zrozumianych zasadach integracji. Pacjenci przechodzili kompleksowe leczenie chirurgiczno-zachowawcze, a jeśli zachodziła potrzeba, i protetyczne. Odnośnie wykonywanych zabiegów nie obowiązywała tzw. „norma”. Normą był uczciwie wykonany zabieg w ramach uprawianej specjalności.

Frekwencja pacjentów była duża. Przede wszystkim zgłaszali się dawni pacjenci przedwojennych klinik Akademii Stomatologicznej; w ślad za nimi przyszli inni, zachęcani solidnością usług placówki. Chorzy rekrutowali się wyłącznie z ludności cywilnej — Niemcy mieli swoje ośrodki lecznicze i swoich lekarzy. Naszym jedynym pacjentem z Herrenvolku był p. Hunzinger, który dzięki niestrudżonym staraniom kierownika administracyjnego zaopatrywał naszą placówkę w opał, a który w drodze „rewanżu” prosił o wykonanie mu protez stomatologicznych. Przez placówkę naszą przewinęło się sporo ciekawych, znanych osobistości jak: Ludwik Solłski, Kornel Makuszyński, T. Breza sen. oraz miłe panie z Kawiarni Aktorek na pl. 3 Krzyży w gmachu Inst. Głuchoniemych, gdzie, pod przewodnictwem Lucyny Messal, pracowały na chleb powszedni wobec niemożności zatrudnienia w teatrze.

Leczenie w „szczątkowych klinikach AS” było odpłatne. Trudno mi porównać ówczesne stawki lecznicze w naszym zespole z opłatami w dzisiejszych placówkach spółdzielczych. Ogólnie biorąc, opłaty nie były duże, a w indywidualnych przypadkach pacjenci korzystali z pomocy bezpłatnej. Wpływy szły na pokrycie czynszu lokalowego, zakup materiałów, opału i na wynagrodzenie dla pracowników. Podziału dokonywało kierownictwo placówki, przy pełnym zaufaniu zespołu. Pobory nasze, o rozpiętości zmiennej, zależnie od ogólnych, miesięcznych wpływów, nie były wysokie. Z trudem wystarczały na

skromne utrzymanie. Zaznaczyć wypada, że „szczątkowe kliniki AS” płaciły zarządowi miejskiemu podatek od wpływów, co stanowiło dodatkową pozycję w rozchodach placówki.

Nastrój pracy, jej atmosfera, jak to z perspektywy lat oceniam, były wyjątkowe. Obowiązkowość, punktualność, koleżeńskość, niezwykle życzliwy stosunek do pacjentów stanowiły podstawę pracy. Nasi konsultanci służyli nam nie tylko cenną fachową pomocą — mieliśmy w Nich prawdziwych, szczerych opiekunów. Na szczególne wyróżnienie zasługuje pomoc, jakiej udzielił koleżance Kondrat prof. Zeńczak, uwalniając ją z Pawiaka. Integracja specjalności stworzyła przyjazne stosunki koleżeńskie. Wzajemna pomoc w trudniejszych zabiegach, zastępstwa w razie choroby, czy wypadkach losowych były sprawą bezdyskusyjną. Przeżywaliśmy żywo zarówno trudności wynikłe z pracy, jak troski osobiste. Odczuliśmy dotkliwie aresztowanie Haliny Kondrat, uwięzienie i obóz Jana Krzywickiego, stracenie w Palmirach siostry Jadwigi Wagnerowej.

Zahamowane możliwości prowadzenia prac naukowych nie stłumiły w nas chęci do nauki. Podjęliśmy wzajemne doszkolenie w interesujących nas specjalnościach; możnaby to z racji „topografii” naszych klinik nazwać „doszkoleniem międzyfotelowym”. Niezależnie od zainteresowań stomatologicznych, zespół uczył się języków obcych, co w owych czasach nie należało do zamiłowań bezpiecznych. Może dzięki takiemu nastrojowi w pracy udało mi się pokonać trudności przygotowania i zdania z wynikiem dobrym pobocznego egzaminu (z bakteriologii) w rozpoczętym tuż przed wybuchem wojny przewodzie doktorskim.

Konsekwentnie do zacieśniających się więzów koleżeńskich zespół nasz zbliżył się towarzysko; spotykaliśmy się często u pp. Wagnerów w Warszawie, Kleinertów w Łomnie, czy u mnie, latem w Buchniku. Okropności wojny nie pozbawiły nas pogody ducha i wiary w lepszą przyszłość. A codzienna rzeczywistość była posępna: droga do kliniki często utrudniona łapankami, warunki pracy dalekie od komfortu, warunki materialne nad wyraz skromne — sprawy odzieży, opału, wyżywienia trudne. Na marginesie tych ostatnich spraw, z obowiązku kronikarza wypada nadmienić, że nasz laborant rentgenowski J. Walczak był „ministrem aprowizacji” całego zespołu. Mieszkając w Rembertowie, zaopatrywał nas systematycznie w żywność, narażony wielokrotnie na szykany ze strony Niemców.

Tak, w trudzie dnia codziennego, mijały lata okupacji. Z czasem atmosfera stała się bardziej napięta: łapanki częstsze, naloty gorętsze, aż wreszcie przyszedł dzień 1 sierpnia 1944 r. — powstanie. Dzień ten zakończył działalność „Szczątkowych Klinik Akademii Stomatologicznej”. Pracownicy rozpierzchli się, gmach uległ zniszczeniu.

27 listopada 1945 r. powstała na nowo warszawska Akademia Stomatologiczna, już w wolnej, odrodzonej Polsce...

Uważny, a zwłaszcza obeznany z działalnością przedwojennej Akademii Stomatologicznej czytelnik, przeczytawszy te notatki zapyta: „Szczątkowe Kliniki Akademii”? a gdzie nauczanie? gdzie studenci? jak przedstawiały się te sprawy w ówczesnych, okupacyjnych warunkach placówki?

Tu wypada udzielić jasnej i zgodnej z prawdą odpowiedzi.

Oficjalną działalność przedwojennej Akademii Stomatologicznej zakończyło wydanie dyplomów absolwentom AS w roku 1938—39. Stało się to dzięki dużym staraniom prof. M. Zeńczaka u władz dystryktu. Wydanie dyplomów było poprzedzone przeprowadzeniem końcowych egzaminów, co odbyło się na terenie szczątkowych klinik przy ul. Żurawiej 2. Czy Niemcy byli poinformowani o akcji egzaminacyjnej trudno dziś ustalić. Wydanie dyplomów odbyło się kameralnie, bez tradycyjnej uroczystości. Dyplomy miały datę 15 marca 1940 r. Nosiły podpisy: Rektor: prof. dr Alfred Meissner; za Radę Profesorów: prof. Marian Zeńczak, prof. Franciszek Czubalski.

Na terenie „Szczątkowych Klinik Akademii Stomatologicznej” w Warszawie tajnego nauczania nie było. Zeznanie moje mogą potwierdzić żyjący jeszcze współpracownicy z tego okresu. Być może, wykluczenie działalności dydaktycznej było *conditio sine qua non* przy powstaniu, warunkiem postawionym przez okupanta? Prof. M. Zeńczak, który był mózgiem i sercem „szczątkowych klinik”, nie należał do ludzi rozmownych i zachował racje dla siebie. Piszę o tym, ponieważ w ostatnim czasie krążyły wypowiedzi na temat „jakiegoś”, w „małym zakresie” prowadzonego szkolenia na terenie Żurawiej 2. Są to opinie niezgodne z prawdą. W zespole naszym był co prawda jeden student AS — Andrzej Supronowicz, syn Jadwigi Wexowej-Supronowiczowej, ale zatrudnienia jego w zakładzie nie należy utożsamiać z tajnymi studiami.

„Szczątkowe Kliniki Akademii Stomatologicznej”, mimo iż nie pełniły funkcji dydaktycznych a wyłącznie usługowe, mają również swoje zasługi. Należą do nich: pomoc specjalistyczna dla polskiej społeczności, stworzenie możliwości pracy i przetrwania znajdującej się w stolicy grupie pracowników przedwojennej Akademii Stomatologicznej, pomoc finansowa tym pracownikom, którzy z różnych względów nie mogli podjąć formalnej pracy, wreszcie, co najważniejsze, utrzymanie załóżka kadry pracowniczej dla późniejszej właściwej Akademii, jaka powstała po Odrodzeniu Państwa Polskiego.

Z grona lekarzy klinicznych, zatrudnionych w „szczątkowych klinikach”, wyszli pierwsi doktoranci, docenci i profesorowie obecnej

Akademii Stomatologicznej. Z tego grona również pracownicy administracyjni, biurowi, techniczni dali początek szeregom pracowniczym w odrodzonej placówce.

Personel „szczątkowych klinik” wziął czynny udział przy narodzinach Akademii Stomatologicznej w dniach odzyskania wolności, podobnie jak chronił jej szczątki w dniach klęski.

*
* *

W zakończeniu niniejszego skromnego artykułu pragnę podziękować Wszystkim, którzy bardzo życzliwie dopomogli mi w odświeżeniu wspomnień z tamtych lat, jak również przeprosić tych, których, mimo chęci i wysiłków, pominięto w informacjach dotyczących zespołu pracowników „Szczątkowych klinik AS”.



Sala kliniczna w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej przy ul. Miodowej 18 w Warszawie. Zdjęcie z 1977 r.

FOTO: KAW

Międzynarodowy Rok Dziecka, jakim został uznany przez Światową Organizację Zdrowia rok 1979, pragniemy skwitować na łamach M—D—W odpowiednim do profilu czasopisma artykułem. Za taki właśnie Kolegium Redakcyjne uznało drukowaną tu interesującą publikację.

*Doc. dr hab. Mirosława Głowacka-Ruszczak,
dr Stanisław Palczewski *)*

PIERWOWZORY PLACÓWEK LECZNICZYCH W SPOŁECZNEJ DZIAŁALNOŚCI LEKARZY

(na przykładzie Płocka z przełomu XIX i XX wieku)

Funkcjonujący aktualnie model opieki nad zdrowiem dziecka jest efektem wieloletnich poszukiwań optymalnego rozwiązania tego zagadnienia. Przy opracowywaniu tego modelu, obok wzorów czerpanych z zagranicznych placówek, niebagatelną rolę odegrały wzorce krajowe, wypracowane w ciągu dziesięcioleci przez lekarzy i działaczy społecznych. Znaczenie ich jest niejednokrotnie niedoceniane, a nawet bardzo często zapomina się o istnieniu tego typu działalności, zwłaszcza jej przejawów w ośrodkach prowincjonalnych, które nie zawsze umiały jej rezultaty wyeksponować na zewnątrz.

Celem tego artykułu jest zilustrowanie pionierskich i niejednokrotnie unikalnych rozwiązań, jakie w końcu XIX, początkach XX wieku oraz w latach międzywojennych podjęto w jednym z takich ośrodków w Płocku.

W polityce władz zaborczych, nastawionej na działalność wyradawiającą oraz na utrzymanie społeczeństwa w posłuszeństwie przy pomocy metod policyjnych, sprawy trosk o zdrowie ogółu, w tym o zdrowie dziecka były problemami marginesowymi. Dwudziestolecie międzywojenne przyniosło swobodę w rozwiązywaniu tych spraw, nie stworzyło jednak centralnego modelu zabezpieczenia zdrowia dziecka, jak i nie znajdowano w tym okresie odpowiednich środków materialnych dla tego celu. Tragiczna sytuacja zdrowotna

*) Ośrodek Dydaktyczno-Naukowy Pediatrii przy Szpitalu im. prof. Michałowicza w Warszawie.

uboższych warstw społeczeństwa, a w szczególności niedożywionych i wzrastających w złych warunkach dzieci budziła niepokój działaczy społecznych, a szczególnie zaangażowanych społecznie lekarzy. Podjęli oni wysiłki, których celem było ratowanie zdrowia i życia tych dzieci. Dysponując bardzo ograniczonymi środkami podejmowali akcję i tworzyli instytucje o działalności przynoszącej efekty zgola niewspółmiernie duże w stosunku do możliwości inicjatorów. Lekarze płocky mają w tej dziedzinie własną, zaskakująco efektowną kartę, jak na stosunkowo niewielkie w tym okresie miasto. Na podstawie podjętej w 1878 r. akcji dożywiania ubogich, a w szczególności ubogich dzieci, powstały z inicjatywy lekarzy zrzeszonych w działającym od 1872 r. Płockim Towarzystwie Lekarskim — „Komitet Opieki nad Choremi Dziećmi” utworzył w listopadzie 1903 r. pierwszą w Polsce „Kropkę Mleka”. Przekształcona później w „Stację Opieki nad Matką i Dzieckiem” zapewniała nie tylko prawidłowo przygotowane mieszanki dla niemowląt, ale także pełną, bezpłatną opiekę profilaktyczną i leczniczą zarówno dla niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym, jak i dla kobiet ciężarnych i karmiących. W działalności Stacji uwzględniono również wizyty patronażowe pielęgniarek jak i realizowaną z dużym rozmachem oświatę sanitarną, w formie pogadarek dla matek i kobiet ciężarnych oraz odpowiednich afiszy propagujących zasady higieny. W ciągu dziesięcioleci działalności Stacja potrafiła tak umocnić swoją rolę w mieście, że w 1938 r. obejmowała swą opieką ponad 75% populacji dziecięcej miasta. Jest to tym bardziej godne podkreślenia, że osiągnięto to przy pomocy niewielkich dotacji samorządu miejskiego, głównie dzięki bezinteresownej działalności społecznej lekarzy i grupy kobiet skupionej w „Kole Pań — Opiekunek Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem”.

Niezależnie od „Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem” podjęto w Płocku wysiłki w celu zabezpieczenia wypoczynku letniego dla dzieci wątłych i zagrożonych chorobą, organizując dla nich kolonie letnie. Akcja ta wyprzedziła nawet chronologicznie działalność Stacji i pierwsze dzieci wyjechały na kolonie już w 1899 r. Jest godne podkreślenia, że tylko pięć miast w kraju — Warszawa, Łódź, Kraków, Poznań i Radom — wyprzedziło Płock w tej działalności. Organizatorem kolonii była sekcja „Komitetu Opieki nad Chorymi Dziećmi”, która przyjęła nazwę „Towarzystwo Kolonji Letnich” (TKL). Inspiratorami tej działalności byli lekarze płocky z dr. Aleksandrem Macieszą na czele, który wchodził w skład zarządu TKL i corocznie typował dzieci do wyjazdu na kolonie. Mimo całkowitego braku zainteresowania akcją kolonijną ze strony carskich władz miejskich, TKL gromadząc środki ze składek społecznych, imprez rozrywkowych jak bale, seanse kinematograficzne, z których dochód

przeznaczano na ten cel, oraz organizując akcję zbiórki żywności i wyposażenia na potrzeby kolonii, wysyłano corocznie na kolonie grupy dzieci liczące ok. 50 uczestników, aż do wybuchu I wojny światowej. Dla pozostałych w 1908 r. zorganizowano ogródek jordanowski, który swą działalnością wykraczał zresztą poza okres wakacyjny i zapewniał opiekę dla kilkuset dzieci. Z organizacją ogródka łączy się pewien epizod charakterystyczny dla podejmowanych wówczas akcji społecznych, mających na celu poprawę zdrowotności populacji, a poprzedzający jego powstanie. W związku z katastrofalnym zaniedbaniem przez władze carskie masowych szczepień ospy, od 1901 r. w ogrodzie Tow. Kolarskiego (w którym później ulokowano ogródek jordanowski) organizowano masowe zabawy dziecięce, w trakcie których szczepiono bezpłatnie ospę. Była to akcja o dużym rozmachu, np. w 1905 r. w ciągu siedmiu zabaw zaszczepiono trzy tysiące dzieci.

W okresie I wojny światowej akcję kolonijną musiano przerwać, ale nie zrezygnowano z działalności tego typu nawet w tak trudnych warunkach i w zastępstwie kolonii organizowano półkolonie, ponieważ wymagały mniejszych nakładów finansowych i mogły objąć znacznie większą liczbę dzieci. Działalność półkolonijna (jako uzupełnienie akcji kolonijnej) była kontynuowana przez cały okres międzywojenny.

W latach międzywojennych przy pomocy finansowej samorządu miejskiego Płocka wybudowano w pobliskim miasta Cekanowie — ośrodek kolonijny dla ubogich dzieci płockich. Rozpoczęto w 1926 r. od mizernego drewnianego baraku, a następnie systematycznie rozbudowując ośrodek kolonijny, w 1936 r. zapewniono w murowanym obiekcie wypoczynek dla czterystu dzieci. Mimo skromnego jak na dzisiejsze kryteria wyżywienia dzieci na koloniach, uderzająca jest sensowność układanych jadłospisów, nawet jeżeli będziemy analizować je z punktu widzenia współczesnych zasad dietetyki.

Godny podkreślenia jest fakt, że w latach międzywojennych, mimo ogromu potrzeb miejscowych, nie ograniczono się tylko do pomocy własnym dzieciom. Od 1926 r. obok dzieci z Płocka na kolonie przybywały dzieci polskie z Niemiec i Gdańska w dość znacznej liczbie, np. w 1928 r. w powiecie płockim bawiło 190 dzieci. Był to patriotyczny wkład w walkę z germanizacją. W kompleksowym działaniu na rzecz zabezpieczenia zdrowia dziecka uwzględniono także troskę o dziecko szkolne, stwarzając dla tej działalności także odpowiednie ramy organizacyjne. Jeszcze w okresie przed I wojną światową działało w Płocku „Koło Lekarzy Szkolnych”, powstałe przy Płockim Oddziale Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Traktowało ono swą działalność poważnie i np. budynek dla Gim-

nazjum Polskiego w Płocku, które powstało po rewolucji 1905 r., był budowany według modelu wybranego przez lekarza szkolnego i pod jego ścisłym nadzorem.

Po odzyskaniu niepodległości, w 1919 r. Płockie Towarzystwo Lekarskie powołało komisję ze swych członków, która opracowała regulamin pracy lekarza szkolnego oraz higienistki szkolnej. Lekarz obowiązany był do obejrzenia wszystkich dzieci w pierwszym roku pobytu w szkole. „Wszyscy lekarze...” — głosił regulamin — „...którzy zbadali wszystkie dzieci i zapoznali się dokładnie z ich wadami rozwoju i stanem patologicznym, obowiązani są do stałego i systematycznego badania dzieci słabych, wątłych i w ogóle ze zmianami patologicznymi, dążąc do możliwego usunięcia powyższych stanów chorobowych.”

Zakres obowiązków lekarza był opracowany dokładnie, znajdujemy w nim pierwocin bilansu zdrowia oraz pewne elementy grup dyspenseryjnych prowadzonych obecnie. Położono w nim również duży nacisk na włączenie lekarza w działalność nie tylko higieniczno-lekarską, ale także na współpracę z organizacjami samorządowymi i społeczno-lekarskimi poza szkołą. Do pomocy lekarza zatrudniano higienistkę szkolną, zwykle w dwa razy większym niż on wymiarze godzin pracy. W zakresie jej obowiązków, poza szerokim ujęciem problemów opieki higienicznej w szkole, zasługuje na uwagę wyjście z działalnością poza teren szkoły i powierzenie jej w znacznej mierze tych zadań, które obecnie spełnia pielęgniarka środowiskowa.

Inicjatywa komisji poszła znacznie dalej, przeforsowała zasadę, że chore dzieci szkolne obok pomocy lekarza szkolnego korzystały z bezpłatnej pomocy lekarskiej na terenie miasta. Koszty leczenia pokrywał magistrat Płocka. W 1922 r. ze środków Polskiego Czerwonego Krzyża otwarto ambulatorium dla młodzieży szkolnej. W ambulatorium tym urządzono poradnie: okulistyczną, laryngologiczną, internistyczną, skórą, wenerologiczną, chirurgiczną i stomatologiczną. Był to w pewnej mierze prototyp poradni międzyszkolnej, która prowadziła intensywne leczenie dzieci i młodzieży szkolnej. Np. poradnia stomatologiczna w 1925 r. przebadala 3035 dzieci zakładając 450 plomb i dokonując 246 ekstrakcji. Liczby te są szczególnie wymowne jeżeli się zważy, że w okresie tym w szkołach powszechnych Płocka było ok. 3300 dzieci. Nad całością opieki lekarskiej nad dziećmi i młodzieżą szkolną czuwał Dozór Szkolny, działający z upoważnienia zarządu miasta. Przewodniczącym dozoru był dr Aleksander Maciesza. Ten zasłużony lekarz i działacz społeczny, obok wielu innych osiągnięć zapisał piękną kartę działalności w higienie szkolnej, za co otrzymał pierwszą nagrodę w ogłoszonym w

1924 r. ogólnopolskim konkursie im. Grzegorza Piramowicza „Za szczególnie gorliwą i wydatną pracę higieniczną — lekarską w szkole”. Ze szczególnych jego osiągnięć należy wspomnieć o opracowaniu w 1907 r. programu wykładów z higieny szkolnej dla szkoły średniej, który po opublikowaniu w „Zdrowiu” stał się podstawą do opracowania tegoż programu dla szkół polskich oraz opracowanie w latach 1919—21 tablic rozwoju fizycznego młodzieży szkolnej na podstawie materiału ze szkoły płockiej im. Wł. Jagiełły. Z jego inicjatywy wybudowano w 1925 r. w Płocku łaźnię dla dzieci szkolnych, głównie ze składek społecznych przy skromnych dotacjach władz centralnych i wojewódzkich. Przy złym stanie sanitarnym miasta, gdzie większość domów była pozbawiona kanalizacji, było to niezwykle celowe przedsięwzięcie.

Obok działalności leczniczo-profilaktycznej rozwinięto akcję opieki nad dzieckiem opuszczonym i osieroconym. Od 1890 r. obok istniejącego od 1842 r. „Domu Opieki” zorganizowanego przez władze, a spełniającego zadania domu starców i sierocińca — powstaje szereg zakładów stworzonych przez organizacje społeczne — głównie przez Towarzystwo Dobroczynności. Liczba ich w krótkim czasie dochodzi do sześciu. Spełniają one w okresie I wojny światowej rolę dzisiejszych domów dziecka i przedszkoli. W okresie międzywojennym obok nich powstaje szereg innych zakładów spełniających wyłącznie rolę przedszkoli.

W 1929 r. otwarto w Płocku pierwszy żłobek dla dzieci matek pracujących, stwarzając przy szerokim zaangażowaniu się lekarzy w uruchomienie tego obiektu, zarówno warunki jak i regulamin działalności, które można by zastosować i obecnie w każdym naszym żłobku.

Krótki rys charakteryzujący zakres dokonań w dziedzinie ochrony dziecka w omawianym okresie w Płocku ilustruje szereg cennych inicjatyw, które prowadziły do powstania społecznych instytucji leczniczych i opiekuńczych, stanowiących prekursorskie wzory obecnych form organizacyjnych służby zdrowia i opieki społecznej. Grupa świątłych działaczy wsparta wiedzą zawodową, współdziałających z nimi lekarzy w walce z niedolą i chorobami gnębiącymi dziecko przede wszystkim z rodzin ubogich, dążąc do najefektywniejszej pomocy dłoń, stworzyła model, na którym wzoruje się i rozwija go dalej obecna nasza medycyna.

Stworzono już wówczas organizację, która zapewniała powszechną, bezpłatną opiekę leczniczo-profilaktyczną dla dziecka od urodzenia do ukończenia szkoły, zawierała wiele elementów profilaktyki czynnej, nie zapominała o ingerencji w środowisko dziecka przy pomocy patronaży, organizowała bilanse zdrowia, integrowała opiekę nad dzieckiem z opieką nad matką, stosowała szeroką oświatę zdro-

wotną, a także poza działalnością leczniczą organizowała dla dzieci zakłady opiekuńcze, żłobki, przedszkola.

Oczywiście trzeba podkreślić, że czyniła to w warunkach kolosalnych braków finansowych na realizację tych celów, że w większości przypadków potrafiła zaspokoić tylko minimum potrzeb, dlatego tym bardziej zasługuje na uwagę i uznanie heroiczny wysiłek ludzi, którzy w takich warunkach potrafili osiągnąć pozytywne rezultaty.

*

*

*

Jakkolwiek opieka nad dzieckiem na terenie Płocka w odczuciu lekarzy i społeczeństwa nie jest jeszcze dziś doskonała, to jednak obecnie 100-tys. miasto, skupiające ponad 30 tys. dzieci i młodzieży dysponuje 260 łózkami dziecięcymi, 5 przychodniami pediatrycznymi oraz szeregiem poradni specjalistycznych. Każde niemowlę od momentu urodzenia, a nawet wcześniej (poradnia dla ciężarnych) jest objęte opieką profilaktyczno-leczniczą. Następnie lekarz i pielęgniarka z poradni *D* dokonują tzw. wizyt patronażowych w domu. Każde dziecko poddawane jest bilansom zdrowia i obejmowane ścisłą opieką w ramach grup dyspanseryjnych.

Znacznej rozbudowie uległ też system oświaty zdrowotnej, np. akcja instruktażowa dla matek oraz akcja oświatowa w żłobkach, przedszkolach i szkołach. Przysłowiowego doktora Judyma zastąpiła rzesza anonimowych prawie pracowników, którzy realizują opiekę nad dzieckiem.

Dzisiejszy lekarz, obok pracy w poradni lub szpitalu pełni całodobowe dyżury w szpitalu, w oddziałach pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe), w ambulatoriach, aby zapewnić dziecku stałą dostępność opieki lekarskiej. Dzięki ukierunkowanej działalności w ramach realizowanego modelu praca lekarska jest znacznie efektywniejsza.

*

*

*

Zostawmy na chwilę dokonania w dziedzinie ochrony zdrowia dziecka w Płocku, w którym — jak zresztą w wielu innych miastach Mazowsza, ba całej zachodniej i centralnej Polski — istniały przecież dawniej łatwiejsze warunki rozwoju ochrony zdrowia dzieci niż w okresie powojennym. Skwitujemy choć jednym zdaniem pionierski okres tworzenia opieki nad dzieckiem w pierwszym powojennym 10-leciu, w specyfice ochrony zdrowotnej dzieci na ziemiach odzyskanych. Działała tu kadra pracowników służby zdrowia z dyplomami wydziałów lekarskich w Wilnie, Lwowie a w mniejszym stopniu z Poznania i Warszawy. W nowo powstałych klinikach akademii medycznych w Szczecinie, Gdańsku, Wrocławiu, Katowicach rozpoczynali pracę pierwsi dyplomanci i nowo kreowani doktorzy medycyny.

Godna podkreślenia była postawa tej kadry szczególnie właśnie w ochronie zdrowia przyszłego pokolenia, a więc wówczas jeszcze noworodków i dzieci.

— *To dzięki takim właśnie lekarzom, jak np. dr Jerzy Krasnodębski ordynator Oddz. Wcześnieaków I Kliniki Położnictwa AM w Gdańsku wyrosło pokolenie pięknych Anetek i Agatek* — mówi p. Urszula Bieniek z Koszalina — matka dziś dojrzałej już panny.

Jednym z najważniejszych organizacyjnych osiągnięć Polski Ludowej w dziedzinie ochrony zdrowia dziecka stało się powołanie już w 1948 r. Instytutu Matki i Dziecka pod kierownictwem znakomitego pediatry R. Barańskiego, a następnie Fr. Groëza. Wypada tu przypomnieć, że z inicjatywy dyr. Centr. Poradni Ochrony Macierzyństwa i Zdrowia Dziecka w Olsztynie Ed. Mroza oraz lek. pediatry H. Doerfterowej w 1950 r. utworzono przy szpitalu w Mrągowie pierwszy w kraju pediatryczny ośrodek szkoleniowy, który stał się wzorem dla wielu województw w kraju.

Później, w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych dorobek ten już tylko doskonalono i pomnażano. (c-p)

Prof. dr Stanisław Szpilczyński *)

POCZĄTKI TOWARZYSTW LEKARSKICH W POLSCE

„Złoty okres” rozwoju polskich towarzystw lekarskich nadszedł dopiero z początkiem XIX w., ale nie znaczy to, by nie poprzedziły go wcześniejsze tradycje, a także swoista XIII-wieczna prehistoria.

W zaraniu państwa polskiego za jedną z najstarszych zapowiedzi przyszłego życia naukowego, uwzględniającego tematykę lekarską, trzeba przyjąć kontakty naukowe i wymianę myśli o zdrowiu wśród mnichów po klasztorach, w których dyspozycji pozostawały różne rękopisy medyczne, z traktatami pseudohipokratesowymi, pseudogalenistycznymi, a także „ogrody zdrowia” — poradniki — zwane „herbarzami”. Jeden z takich herbarzy z IX w. zachował się w dziale rękopisów Biblioteki Uniwersytetu we Wrocławiu, opisany przez śląskiego historyka z ubiegłego wieku A. W. E. Th. Henschla. To, co szczególnie w nim zwraca uwagę, to „inwokacje” w przepisach stosowania niektórych ziół leczniczych, ze śladami wierzeń z mitologii antycznej.

O bardziej świeckich związkach życia naukowego, specjalnie na Dolnym Śląsku w XIII w., można mówić przez pryzmat zachowanych fragmentów z życia i znakomitej działalności Witelona — Thuringo-Polonus (1225—1290). Skupiał on wokół siebie garstkę osób bardziej utalentowanych, ze wspólnymi zainteresowaniami. Należał do nich student z Padwy, niejaki Zbrośław, kanonik wrocławski i krakowski, dalej Jakub Gocwini, doctor praw, zarazem proboszcz kościoła św. Piotra w Legnicy, ponadto niejaki Piotr, nauczyciel księcia Wodzisława i kilku jeszcze innych.

Inne ślady współżycia naukowego między średniowiecznymi intelektualistami na ziemiach polskich prowadzą do dworów możnowładców, dostojników kościoła, na których przebywali obok prawników, teologów także lekarze wykształceni w Szkole Salernitańskiej i w Montpellier. Wiadomo np., iż na dworze Henryka I na Śląsku przebywał w 1236 r. niejaki Konrad, duchowny a zarazem fizyk. Na

*) Zakład Historii Medycyny PAN.

dworze Henryka III działał w 1254 r. magister Mikołaj; był on autorem traktatu medycznego, który się jednak nie dochował. W 1290 r. archiatrem Henryka IV był niejaki Günzel, który wstawił się pomyślnymi wynikami leczenia; między innymi uratował swego chlebobdawcę, któremu podano skrycie truciznę.

W XIV a następnie w XV w. liczba lekarzy zaczęła się wyraźnie zwiększać, wzrastało też rodzime piśmiennictwo medyczne.

Wyraźne dowody ściślejszej więzi między uczonymi-lekarzami w kraju i za granicą zarysowały się z nadejściem epoki Renesansu. W nowej ideologii świeckiej, odchodzącej od pogardy dla doczesności, troska o zdrowie zjednała sobie wysoką rangę. Nauki lekarskie zaczęły się rozwijać na nowych podstawach opartych na obserwacji, indukcji i doświadczeniu. Na tej drodze dochodziło do coraz to nowych osiągnięć, konfrontowanych z prawdami tradycyjnymi, dogmatycznymi. Tradycyjnemu leczeniu, wywodzącemu się (*methodus medendi*) z dedukcyjnego rozumowania, przeciwstawiono — empiryczne (Paracelsus) z dążnością do uchwycenia „specyfików” jak to miało miejsce np. z rtęcią i drzewem gwajakowym w chorobie wenerycznej. Wzrosła też na znaczeniu interwencja chirurgiczna w leczeniu (A. Paré, F. Hildanus). Osiągnięcia lekarzy stawały się dostępne przez ich żywy udział w ruchu wydawniczym. Wzrastająca liczba publikacji wyzwoliła potrzebę ich kolekcjonowania i wypożyczania. Równocześnie zaczęły się pojawiać przewodniki po literaturze naukowej pod postacią publikacji bibliograficznych. Tę rolę zaczęły też spełniać do pewnego stopnia katalogi aukcyjne wydawane przez księgarzy. Dla bieżącej informacji o nowych osiągnięciach brak było jeszcze periodyków. Zastępowała je wzmożona korespondencja lekarska, nierzadko z opiniami o nowych książkach, o autorach. Podtrzymywała ją zwłaszcza elita intelektualna wywodząca się w dużej mierze z grona dysydentów utrzymujących międzynarodowe kontakty. Utożsamiać ich można z grupą rzeczników postępu naukowego, coraz bardziej odbijającego od wiedzy ograniczonej programami nauczania w szkołach lekarskich, coraz bardziej się starzejących. Na tym tle pojawiała się wyraźnie potrzeba bliskich kontaktów między uczonymi, zwłaszcza z nie zrzeszonymi w instytucjach uczelnianych a wybijających się uzdolnieniami. Takie kontakty ułatwiały twórczą polemikę na aktualne tematy.

Polemiki lekarskie w XVI w. toczyły się najczęściej na dworach lekarskich (*aula medica*), które można przyrównać do pierwowzorów przyszłych towarzystw lekarskich. Takie dwory utrzymywali przede wszystkim królowie, jak Zygmunt I Stary, Zygmunt August, Stefan Batory. Te tradycje przejęli też ich następcy, aż do Stanisława Augusta.

Pomnażanie kontaktów korespondencyjnych między uczonymi-lekarzami dla śledzenia coraz to nowych osiągnięć w pochodzie postępu naukowego na przejściu do nowożytności, dążenie do bezpośredniej wymiany poglądów i dyskusji w łonie naukowych zespołów doprowadziło w końcu do organizowania towarzystw naukowych, towarzystw lekarskich, ale nastąpiło to dopiero w XVII w.

Jedno z pierwszych takich towarzystw powstało w Rzymie w 1603 r., nazwane Akademią Rysią, od bystrości rysiego wzroku (*Academia dei Lincei*); od 1609 r. wydawało biuletyn informacyjny o działalności. W 1634 r. Richelieu w Paryżu powołał do życia Akademię Francuską. Kolejne towarzystwo powstało w Erfurcie (1652), potem we Florencji (1657). Za międzynarodową trybunę nauk przyrodniczych od 1662 r. zaczęło uchodzić Królewskie Towarzystwo w Londynie (*Royal Society*); poprzedziła je ożywiona działalność Roberta Boyle.

W Polsce, pierwsze towarzystwo naukowe powstało już w 1489 r — *Sodalitas Litteraria Vistulana*; miało tylko przejściowy żywot.

Początków towarzystw lekarskich można się doszukać w XVII w., podobnie jak w innych krajach Europy, w środowiskach dysydenckich. W Gdańsku, od schyłku XVI w., na wyższych latach tamtejszego Gimnazjum były wykładane takie przedmioty jak anatomia i fizjologia, co przyczyniło się do spopularyzowania zainteresowań medycyną. Ruchliwe środowisko gdańskich lekarzy, jak i tamtejszych chirurgów, cenionych w krajach basenu morza bałtyckiego, podejmowało wielokrotnie próby (1613, 1636, 1651, 1677) założenia *Collegium Medicum*, na kształt towarzystwa lekarskiego a zarazem profesjonalnego. Ostatni z projektów w 1677 r. wysunął gdański fizyk Israel Conradt, nawiązując do już istniejących wtedy towarzystw lekarskich we Francji, w Anglii, w Niemczech. Dla poparcia swego projektu wygłosił publicznie kilka wykładów. Poczynania te zrazu nie odniosły pożądanego efektu, aż dopiero w 1720 r. doszło ostatecznie do utworzenia towarzystwa o szerszym jednak profilu od czysto medycznego, pod nazwą — *Societas Litteraria cuius Symbolum Virtutis et Scientiarum Incrementa*. To towarzystwo miało już swój statut, prowadziło protokoły posiedzeń, założyło archiwum referatów i korespondencji, a nawet pokusiło się o gromadzenie księgozbioru. Nurt działalności Towarzystwa początkowo — moralny — po dwóch latach uległ przeobrażeniu w przyrodniczo-lekarski z udziałem doświadczonych lekarzy, jak Breyn, Klein, Kade i inni. Zwrot w działalności Towarzystwa zainaugurował sensacyjny, jak na owe czasy, odczyt profesora Boretiusa, powracającego z Londynu przez Gdańsk do Królewca, pt. O próbach szczepienia ospy na sześciu skazańcach w Londynie. W następnych posiedzeniach na te-

maty posłużyły opisy anatomiczne, oka, ucha, ponadto kołtun obok referatów czysto fizycznych i przyrodniczych. Działalność Towarzystwa utrzymała się do 1727 r. i nie wiadomo dokładnie, dlaczego ucichła. Przykład tego Towarzystwa posłużył jednak do ukonstytuowania się nowego w 1743 r. pod nazwą — *Societas physica experimentalis* (die Naturforschende Gesellschaft). Głównym jego organizatorem okazał się uczeń sławnego podówczas uczonego w Niemczech Christiana Wolffa — Daniel Granth. Nowością organizacyjną nowego Towarzystwa stał się podział na wydziały, aby zapobiec trudnościami wewnętrznym i ewentualnym konfliktom między członkami o różnych zainteresowaniach naukowych. Towarzystwo w 1747 r. zaczęło wydawać swój własny organ — *Versuche und Abhandlungen der Naturforschende Gesellschaft in Dantzig*. Pierwszy zeszyt tego pisma zawierał 15 artykułów. Z biegiem lat Towarzystwo wzbogaciło się biblioteką, instrumentarium fizycznym, a nawet miało później w dyspozycji własne obserwatorium astronomiczne, nawiązujące do tradycji z czasów Heweliusza, gdańskiego selenografa. Pierwotne ambicje w Towarzystwie, naśladowania dzieł Wolffa, rychło zostały przewyżnione na korzyść samodzielnych prac, czym zjednało sobie poważne uznanie, a w ślad za tym poparcie na dworach magnatów, mężów stanu, na dworze Augusta III jak i następnie Stanisława Augusta. Wraz ze wzrostem autorytetu Towarzystwa powstał projekt przekształcenia go w akademię; opracowano specjalny projekt w tym kierunku, celem uzyskania przywileju królewskiego, ale sprawa upadła jednak z powodu zgonu Augusta III. Mimo tego niepowodzenia, Towarzystwo utrzymało nadal swoją działalność i przetrwało do 1945 r., oczywiście już jako niemieckie. Towarzystwo odegrało doniosłą rolę w dziejach nauki polskiej, w dziejach towarzystw. W 1786 r. Towarzystwo otrzymało od Stanisława Augusta pierścień z jego podobizną, który wkładał na palec każdorazowy przewodniczący z okazji szczególnych uroczystości. Jedną z bardzo pochlebnych ocen działalności Towarzystwa zamieścił Mitzler de Kolloff w 1785 r. na łamach *Acta Litteraria* (t. I), kończąc słowami: „Obyż więcej było w Polsce ku pomnożeniu wiedzy takich towarzystw”.

W latach 1750—53 pojawiły się na ziemi Wielkopolskiej trzy zeszyty rozpraw lekarskich pod wspólnym tytułem *Primitiae physico-medicae ab iis, qui in Polonia et extra eam medicinam faciunt collectae* (t. I. Leszno 1750, t. II. Sulechów 1750, t. III Sulechów 1753). W redakcji tych tomików największy udział miał Ernest Jeremiasz Nejfeld, lekarz ze Zdun (1721—73), a obok niego Bogumił Efraim Herman, lekarz powiatowy z Bojanowa, oraz Jan Chrystian Heffter, lekarz z Zittau. Treść zeszytów przypomina charakterem rozprawy ukazujące się w *Philosophical Transactions*; są one aktualnie przed-

miotem analitycznych dociekań. Nie wiadomo, czy *Primitiae physico-medicae* były organem istniejącego już towarzystwa, o którym nic ponadto nie wiadomo, czy też główni redaktorzy pisma nosili się dopiero z zamiarem utworzenia takiego towarzystwa, a jego organ — *Primitiae* — wyprzedził ten fakt, jak *filia ante matrem*. Formalnie — z perspektywy lat — trzeba przyjąć, iż istniało, gdyż liczyło trzech głównych redaktorów i pozostałych autorów artykułów (*tres faciunt collegium*); sprawę tę wyświećlą — być może dalsze dociekania. Istnieje prawdopodobieństwo, iż w rozszerzeniu uczestnictwa w towarzystwie na przeszkodzie stanęły tendencje iatromechanistyczne propagowane przez współredaktorów *Primitiae*, które nie odpowiadały zainteresowaniom w polskich środowiskach lekarskich.

W pionierskim ruchu powoływania towarzystw lekarskich w Polsce, niemałą rolę odegrał wymieniony już Mitzler de Koloff (1711—78), który w wydawanym przez niego *Warschauer Bibliothek*, w latach 1753—55, a wcześniej w specjalnym projekcie, nawoływał do utworzenia *Collegium medicum*, organizacji zawodowej, nadzorującej działalność lekarzy i farmaceutów w całym kraju. Projekt ten został nawet zatwierdzony przez króla, ale w wyniku częstego zrywania sejmików nie nabył sankcji prawnych.

Do początków towarzystw o tyle związanych z Polską, iż utworzone przez króla polskiego, ale na obczyźnie — Stanisława Leszczyńskiego, księcia Lotaryngii i Baru, w latach jego mecenatu (1733—69) należy Akademia Umiejętności w Nancy (1750); uwzględniała ona również tematykę lekarską. Prócz tej instytucji król powołał też Królewskie Kolegium Medycyny w Nancy (1751). Utrzymywał ponadto specjalny ośrodek chirurgii w Luneville, zajmujący się leczeniem operacyjnym kamieni moczowych, dość licznie pojawiających się podówczas u biednych dzieci w Lotaryngii. W wyniku popierania przez króla osiągnięć na polu chirurgii, niedługo po jego zgonie doszło do utworzenia w Nancy jeszcze jednego kolegium — Królewskiego Kolegium Chirurgii; było to zrzeszenie zawodowe, kształcające równocześnie młodsze kadry chirurgów.

„Złoty okres” rozwoju towarzystw lekarskich w Polsce nadszedł w latach najmniej ku temu przychylnych i spodziewanych, bo w latach zaborów i powstań narodowych po trzecim rozbiórce Polski. Zaborcy nie byli jednak w stanie stłumić zjednoczonej woli narodu w gruntownej odnowie życia naukowego i rozwoju oświaty. Nastąpiło to w ślad za powołaniem Komisji Edukacji Narodowej, która mimo niedługiej działalności (1773—94) wyznaczyła program realizowany konsekwentnie w latach następnych.

Jedno z pierwszych towarzystw lekarskich powstało w 1805 r. w Wilnie z udziałem J. Franka, J. Śniadeckiego i A. Bècu. W 1815 r. zaczęło działać Krakowskie Towarzystwo Naukowe, przeobrażone w

1872 r. w Akademii Umiejętności, utworzyło wydział — przyrodniczo-lekarski. W Warszawie utworzono towarzystwo lekarskie w 1820 r. W 1836 r. powstało we Wrocławiu, za sprawą J. E. Purkyniego, Towarzystwo Literacko-Słowiańskie, które w kilka lat później wyłoniło sekcję medyczną. W 1858 r. w Paryżu, lekarze Polacy z „wielkiej emigracji”, a głównie Adrian Baraniecki, Adam Raciborski i Seweryn Gałęzowski założyli Polskie Towarzystwo Lekarskie. W 1866 r. w Krakowie powstało oddzielne Towarzystwo Lekarskie. W 1867 r. w Poznaniu doszło do utworzenia Wydziału Lekarskiego, przy tamtejszym Towarzystwie Przyjaciół Nauk. W 1874 r. powstało Lubelskie Towarzystwo Lekarskie, w 1877 r. — Kaliskie Towarzystwo Lekarskie, w 1880 r. Towarzystwo Medyków Polaków we Wrocławiu, w 1885 r. — Łódzkie Towarzystwo Lekarskie, z którego w 1907 r. wyłoniono Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego, w 1908 r. — Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku. Ten ciąg wymienionych towarzystw możnaby jeszcze uzupełnić, ale nie jest to moim celem, chcę jedynie zaakcentować dynamiczny ich rozwój. Warto przy tym podkreślić, iż pod koniec XIX w. zaczęły się już pojawiać towarzystwa specjalistyczne, np. okulistów, chirurgów, pediatrów. Od tej też pory liczba ich wzrastała, w miarę rozwoju ogólnego nauk lekarskich.

Piśmiennictwo u autora

Prof. dr Tadeusz Bilikiewicz *

WSPÓLUDZIAŁ NIE-LEKARZY W SŁUŻBIE ZDROWIA

Celem niniejszego artykułu publicystycznego jest przedstawienie roli, jaką ma do spełnienia personel nie-lekarski w organizacji i działalności służby zdrowia.

Kiedys jeden człowiek wystarczał do opieki lekarskiej nad chorym. W pewnym stopniu zachodzi to i dzisiaj, gdy idzie o praktykę prywatną. Pozornie. Gdyż służbę zdrowia tworzy nie tylko lekarz, należy doń wiele jeszcze osób, sprawujących bezpośrednio i pośrednio opiekę nad chorym. Wpływ na poprawę zdrowia chorego ma również opieka pielęgnarska, pomieszczenie, dietetyka, higiena i inne czynniki. Wokół chorego tworzy się dziś ogromne środowisko, którego elementy muszą ze sobą harmonijnie współdziałać. Chory zazwyczaj nie zdaje sobie sprawy z roli, którą ma do spełnienia jakiś drobny element służby zdrowia. Upraszczając sytuację, chory nie zastanawia się, dlaczego np. leczenie nie przebiega tak jakby pragnął, a w razie niepowodzenia wini lekarza. A czasem przeciwnie, winę przypisuje innym czynnikom lub poddaje się sugestiom środowiska, z którego otrzymuje nieścisłe informacje, i znów ocena jest nietrafna.

Jako psychiatra przedstawię konkretnie kilka przykładów z zakresu psychiatrii społecznej. Przykłady te będę się starał tak dobrać, aby uwidocznić nieporozumienia, wynikające z braku współpracy między lekarzami a nie-lekarzami. Aby nikogo nie dotknąć, sięgnę do środowisk odległych, nie podobnych do naszego. Ale zawsze będzie można się dopatrzeć jakiegoś *tertium comparationis*.

Zagadnienie tajemnicy lekarskiej jest dla każdego lekarza w Polsce zrozumiałe, ale poza naszym krajem nie zawsze. Zacznę od jaskrawego przykładu, aby wejść w problematykę *in medias res*. W prasie psychiatrycznej Stanów Zjednoczonych opisano (Gurevitz, 1977) przypadek pod nazwą „Tarasoff”. Chodziło o kobietę tegoż nazwiska zamordowaną w 1969 r., przez swego byłego narzeczonego. Człowiek ten był psychicznie chory. Był pod opieką kliniki w Kalifornii. Opiekujący się nim psychiatra skierował go, zgod-

*) Akademia Medyczna w Gdańsku.

nie z ustawą, do policji z poleceniem przymusowego hospitalizowania go, gdyż pacjent ten przyznał się lekarzowi, że ma zamiar zamordować swoją byłą narzeczoną. Policja przesłuchała go, ale on zaprzeczył jakoby miał taki zamiar. Wobec tego policja puściła go wolno. Oczywiście pacjent przestał się leczyć i zamordował ową kobietę. I oto sąd zwrócił się przeciwko owemu psychiatrze, zarzucając mu „partackie postępowanie” (*bungled attempts*). Wina lekarza miała polegać na tym, że gdyby nie był pacjenta kierował na przymusową hospitalizację, chory leczyłby się w dalszym ciągu i zaniechał zamiaru zabicia tej kobiety. Odpowiedzialność za jej śmierć spadła więc na psychiatrę. Mimo protestów instytucji psychiatrycznych, Sąd Najwyższy stanu Kalifornia uznał terapeutę odpowiedzialnym za narażenie kobiety na niebezpieczeństwo utraty życia. Psychiatrizy amerykańscy dopatryli się w tej decyzji ruchu antypsychiatrycznego. W naszych polskich warunkach trudno zrozumieć, jak niepsychiatrzy mogli zlekceważyć opinie specjalistów, którzy znają się na diagnostyce i wnioski swoje, a w ślad za nimi i decyzje, opierają na wiedzy fachowej. W opisanym przypadku winę zabójstwa przypisać można tylko policji, natomiast psychiatrę spełnił dobrze swój obowiązek. Gdyby miał władzę, kobieta ocalałaby.

Przytoczony przykład może nam posłużyć do wielu wniosków uogólniających. Przenieśmy się z dziedziny psychiatrii na teren chorób zakaźnych. Decyzje dotyczące przymusowej hospitalizacji muszą się opierać na opinii lekarzy-specjalistów. Nie można sobie wyobrazić, aby władze mogły zlekceważyć fachową opinię i sprzeciwić się wnioskowi o przymusowe leczenie w przypadku choroby zakaźnej lub wenerycznej. W przypadku choroby psychicznej ludziom zdaje się, że każdy laik, obdarzony zdrowym rozsądkiem może własnym rozumem sprawdzić trafność rozpoznania i pokierować losem chorego po swojemu. Następstwa tego stanu rzeczy bywają tragiczne. Rozpoznać zwiastuny schizofrenii potrafi tylko bardzo doświadczony psychiatra. Jest bardzo trudno w praktyce przekonać życzliwe choremu osoby, że zachodzi wskazanie do przeprowadzenia długiej kuracji, możliwej tylko w warunkach hospitalizacji. Z tych przyczyn bardzo często rozpoczyna się zbyt późno poważniejsze zabiegi. Ruch antypsychiatryczny znacznie pogorszył tę sytuację. Ludzie boją się szpitala psychiatrycznego i poważniejszych zabiegów tam stosowanych. Lekarze są ludźmi i oni często wykazują lęk przed odpowiedzialnością. W takich przypadkach z góry rezygnują z metod dynamizujących, stosując jedynie środki używane w leczeniu nerwicy. Niedouczeni lekarze często nie odróżniają nerwicy od psychozy.

Osobne rozważania powinno się poświęcić warunkom, stojącym na przeszkodzie zachowywaniu tajemnicy lekarskiej. W małych miejscowościach wszyscy wszystko wiedzą. Lekarze na ogół rozumieją

dobrze, dlaczego chory stara się ukryć swoje cierpienie, jeżeli środowisko uważa je za hańbę. Dotyczy to, np. padaczki, chorób układu nerwowego w ogóle, a przede wszystkim chorób psychicznych. Gdyby sprawy te były w ręku samych lekarzy, to chory nie miałby się czego obawiać. Każdy lekarz wie, co to znaczy: *Arcana uegrorum visa, audita, intellecta eliminat nemo*. Ale zatrudnieni w służbie zdrowia nie-lekarze, nawet jeżeli znają treść przytoczonego wyżej wymagalnika, nie rozumieją zazwyczaj praktycznych następstw życiowych dla chorego, który stanie się przedmiotem plotki szeptanej.

Do jeszcze poważniejszych następstw prowadzić może wpływ nie-lekarzy na treść ustawodawstwa. Dla przykładu pozwolę sobie zwrócić uwagę na problem wieku emerytalnego. Są starcy, którzy mimo osiągnięcia granicy wieku są w pełni sprawni fizycznie i psychicznie. Na ogół nie-lekarze uważają, że emerytura jest dobrodziejstwem. Im wcześniej nastąpi, tym lepiej. Ze stanowiska psychoprofilaktyki rzecz wygląda inaczej. Przejście na emeryturę dla wielu ludzi jest ciosem życiowym. Emeryt bowiem może się czuć zdolny do pracy w swoim zawodzie i tak samo ocenia jego sprawność otoczenie. Czasem bywa jednak odwrotnie. Czasem przedwczesny uwiad starczy dyskwalifikuje pracownika na długo przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Sztywne granice wieku dla jednych bywają korzystne, dla innych szkodliwe. Każdy przypadek powinien być przebadany indywidualnie przez właściwych specjalistów, co nie zawsze niestety jest wykonalne. Ze stanowiska psychoprofilaktyki przeważnie jest rzeczą korzystną, aby pracownik był zatrudniony możliwie długo. W przypadkach grożącego zespołu psychoorganicznego, ale także w schizofrenii, mózg chorego powinien być zatrudniony jak najdłużej, wpływa to bowiem bardzo korzystnie na ukrwienie tkanki mózgowej. A tymczasem w orzeczeniach komisji do spraw inwalidztwa z reguły czytamy: „wszelka praca jest przeciwwskazana”. Orzeczenie takie demobilizuje pacjenta i pogłębia jego autyzm lub skłonność do nieróbstwa, a więc przeciwdziała wysiłkom psychoterapeutycznym.

Takie same błędy leżą u podstaw naszego ustawodawstwa przeciwalkoholowego, o którym mówi się dzisiaj powszechnie, że bardzo dobre ustawy nie są wykonywane, wskutek czego pijaństwo i alkoholizm wzrastają katastrofalnie. Błąd leży w tym, że nie-lekarze nie znają klinicznej problematyki głodu tkankowego, który popycha toksykomana i narkomana do spożywania narastających ilości substancji trujących. Pojęcie głodu tkankowego da się porównać z głodem fizjologicznym, który spragnionemu lub wygłodniałemu sprawia subiektywną mękę. Przyczyną obiektywną jest zapotrzebowanie tkanek na substancję trującą. Zarówno alkohol jak i narkotyki prowadzą bardzo łatwo do uzależnienia, które skutecznie można leczyć tylko

przez odcięcie dowozu substancji toksycznej. Kto nie badał bezpośrednio ludzi uzależnionych, ten nigdy nie zrozumie, dlaczego dotknięty tym cierpieniem, mimo zachowanej inteligencji i uczuciowości wyższej, staje się głuchy na wszelkie argumenty. Dokładna analiza psychopatologiczna prowadzi do tragicznego wniosku, że powstały w ten sposób nałóg jest nieuleczalny, jeżeli nie stworzymy warunków uniemożliwiających zdobycie alkoholu. Masowość alkoholizmu sprawia, że w poszczególnych środowiskach propaganda zalecająca picie bywa znacznie potężniejsza, niż propaganda przeciwalkoholowa. Niepowodzenia propagandy przeciwalkoholowej pochodzą stąd, że argumenty używane przez działaczy wypływają z niewiedzy co do istoty głodu tkankowego. Zwyciężyć może tylko rozsądnie opracowana ustawa prohibicyjna.

Urzeczywistnienie tej idei jest rzeczą bardzo trudną. Musiałaby powstać grupa ludzi, którzy postawiliby sobie za zadanie usunąć od wpływów ignorantów. Rzecz dość trudna, gdyż ignorant przeświadczony bywa o słuszności swoich poglądów i działa w najlepszej wierze. Jego uproszczone rozumowanie nie bierze w ogóle pod uwagę wyłączonego powyżej momentu biologicznego, apelując naiwnie do zanikających lub już doszczętnie zanikłych uczuć wyższych w rodzaju „pij kulturalnie!” Niektóre kraje bronią się dość skutecznie przed klęską alkoholizmu, stosując pośredni system prohibicyjny. Np. alkohol jest do nabycia tylko w małej liczbie punktów sprzedaży i to na kartki, o które trzeba się starać. Kupujący nie działa więc bezpośrednio pod wpływem głodu tkankowego, lecz musi wprzód pokonać pewne przeszkody biurokratyczne. Oczywiście trudno się spodziewać, żeby producent napojów alkoholowych miał sam wbrew własnemu interesowi stwarzać trudności nabywcom.

Są dwa wyjścia w zwalczaniu alkoholizmu jako klęski społecznej. Albo pewne postanowienia zwracają się przeciwko przyczynie, albo przeciwko skutkom. Jeżeli przyczyną jest alkohol, to słusznie żąda się, aby jego produkcja i rozprowadzanie uległy zniesieniu. Chodzi tu o całkowitą lub częściową prohibicję. Natomiast w drugim wypadku, najbardziej rozpowszechnionym, zwalcza się w taki czy inny sposób skutki; a więc leczy się alkoholików, zwalcza się ich szkodliwość lub przestępczą działalność itd. Ten drugi sposób ma na celu odstraszenie od pijaństwa nieumiarkowanego. Niewątpliwie za najsukuczniejszy uznać należy, wydany w 1967 r. w Związku Radzieckim, dekret „O przymusowym leczeniu i reedukacji, poprzez pracę notorycznych alkoholików”. Elementy niespołeczne kieruje sąd na okres od jednego do dwóch lat do prewentorium. Jeżeli leczenie przebiega pomyślnie, sąd może skrócić okres leczenia. Po powrocie z kuracji zapewnia się pacjentowi pracę. Ucieczka z zakładu traktowana jest jako ciężkie przestępstwo. W Polsce niejednokrotnie wskazywano ko-

nieczność ustawowego przymusu leczenia osób, oddających się w sposób niespołeczny pijaństwu. Władze Polski Ludowej nie rozwiązały dotąd problemu na wzór Związku Radzieckiego.

Słuszną wydaje się zasada, że alkoholik jest ofiarą, nawet jeżeli dokona czynów karalnych. Zatrzuwa bowiem swój mózg dlatego, że nie liczy się z następstwami pijaństwa. Żąda się bowiem od światłego obywatela, żeby znał następstwa wprowadzenia się w stan upojenia. Co prawda wpływ kryminogenny alkoholu jest znany nie tylko przyszłym ofiarom zatrucia, ale również ustawodawcom. Wystarczyłoby zastosować do alkoholizmu ustawę z 1951 r. o środkach odurzających, aby mieć ustawową podstawę do prohibicji. Alkohol bowiem jest z punktu widzenia farmakologicznego i medycznego *środkiem odurzającym* w całym tego pojęcia znaczeniu. Na przeszkodzie wprowadzeniu w życie takiej interpretacji ustawy stoi wyłącznie tylko ogromne rozpowszechnienie tej używki.

Jak z powyższego wynika, lekarz nigdy chyba nie jest w takim położeniu, aby mógł działać samowolnie, według swego osobistego uznania. Związany jest bowiem przepisami deontologicznymi i ustawami. Wynikającymi z nich ograniczeniami i nakazami czuje się skrepowany, składał bowiem przyrzeczenie przy otrzymaniu dyplomu. Są jednak sytuacje w życiu lekarza, w których on sam musi rozstrzygać, czy zgodna z przepisami decyzja odpowiada jego poczuciu etycznemu. Musi wówczas brać na siebie odpowiedzialność. Zdarza się bowiem niekiedy, że postępowanie lekarza jest zgodne z przepisami, ale niezgodne z jego sumieniem. Takie sytuacje konfliktowe zdarzają się często.

Dla przykładu warto przypomnieć czasy okupacji hitlerowskiej. Lekarze niemieccy musieli współdziałać w wykonaniu planu mordowania umyślowo chorych. Obserwowaliśmy lekarzy niemieckich, którzy nie wykazywali najmniejszych skrupułów w urzeczywistnianiu ludobójczego planu. Niektórzy nawet osobiście towarzyszyli transportom. Dzieci zabijano luminalem. W tym celu jeden z ordynatorów zapisywał poprzedniego dnia do książki recept olbrzymie dawki luminalu. Pielęgniarka hitlerowska dokonywała zastrzyków, a lekarz hitlerowski wpisywał do historii choroby na zakończenie jakieś zmyślane rozpoznanie choroby, na którą dziecko rzekomo zmarło. Historie choroby zakończano zawiadomieniem o przewiezieniu chorego do innego zakładu. Ta zakłamana akcja organizowana była przez władze, przy współudziale lekarzy hitlerowskich i podporządkowanego im personelu nie-lekarskiego. Prasa hitlerowska nie była oczywiście wolna, ale też nie słyszało się, aby ktokolwiek podnosił protest przeciwko ludobójstwu. I po wojnie Niemcy nie zorganizowali akcji, która miałaby na celu ukaranie winnych. Dodać tu można, że ludobójstwa nie wymyślili lekarze, chociaż byli biernymi wykonawcami tych sza-

tańskich pomysłów, które wyległy się w umysłach nie-lekarzy. Za mało się o tym mówi i pisze.

Z powyższych wywodów wynika, że nie-lekarze współdziałają w wieloraki sposób w urzeczywistnianiu idei obcych lekarzom, ich etyce lub zdrowemu rozsądkowi. Przykład organizowanego przez władze państwowe ludobójstwa jest oczywiście skrajny. W naszych warunkach nie do pomyslenia byłoby, aby lekarze mogli otrzymywać i wykonywać polecenia zbrodnicze lub społecznie szkodliwe, choćby zgodne z obowiązującymi ustawami, którym lekarze podlegają i do których muszą się nagiąć w swoich zawodowych decyzjach. W idealnie zorganizowanym państwie zachodzi harmonia. Prawnicy, urzędnicy na szczeblu ministerialnym, przedstawiciele władz partyjnych i rządowych — wszyscy uzgadniają między sobą postanowienia, od których zależy dobro ogółu. Trudności mogą powstawać przy interpretacji obowiązujących przepisów prawnych. Natomiast dyktatorskie zapędy mogą czasem narzucać posunięcia szkodliwe, jeżeli oparte są na odgórnie pojętych uprawnieniach. Wypadki takie można by ilustrować na wielu przykładach. Nie-lekarze mogą działać tylko pod warunkiem, że ich zarządzenia powstały po wysłuchaniu opinii odnośnego organu fachowego. Sprawy te zdają się być oczywiste. Ale w życiu publicznym niejednokrotnie spotykamy fakty naruszania tych oczywistych zasad. Czasem wprowadza się w życie postanowienia nie przemyślane i nie liczące się z opinią specjalistów. W dziejach ludzkości bywało wielu wybitnych ludzi, którzy za życia nie potrafili przekonać władz, że ich pomysł jest godny wcielenia w życie. Bardzo często dopiero po ich śmierci pomysł ten znalazł uznanie. Dla przykładu można by wskazać odkrycie Kopernika, który dopiero na łożu śmierci zobaczył na własne oczy swoje dzieło *De revolutionibus*.

O powodzeniu, o wejściu w życie i o wywarceniu wpływu na bieg wydarzeń decyduje nieraz anonimowa masa ciemnych ludzi. Wybitni twórcy zazwyczaj miewali życie bardzo ciężkie. Historia milczy o tych, którzy ulegli w walce o byt. Ich imiona przepadły w pomroce dziejów. Na ogół nie docenia się roli, jaką od wieków spełnia bezimienna masa ludzka. Najbardziej absurdalne wierzenia stanowią siłę, z którą światli przywódcy muszą się liczyć. Nietykalność świętych krów, dzieje kwefów, w których obronie występowały właśnie kobiety islamu, obyczaje pijackie i upór w ich obronie — oto niektóre przykłady potężnej ciemnoty, która wywiera działanie hamujące na decyzje ludzi światłych i postępowych.

Rozważania powyższe zbiegły się w czasie z akcją podjętą przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w sprawie podstawowych zasad etyki zawodowej w praktyce psychiatrycznej. Trudnej tej problematyce poświęcono zeszyt lutowy 1978 r. *The American*

Journal of Psychiatry. Poddano szczegółowej analizie skargi pacjentów na nieetyczne postępowanie psychiatrów. Na wstępie przypomniano kodeksy etyczno-deontologiczne od czasów ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii. Oczywiście zagadnienia te inaczej wyglądają w USA niż u nas, gdyż praktyka prywatna góruje tam nad wszystkim. Stosunkom lekarz — pacjent nadaje ton specyfika praktyki prywatnej, która u nas może mieć charakter tylko szczątkowy. Kodyfikacja zasad postępowania i rozstrzygania konfliktów na tym tle najeżona jest mnóstwem trudności. Wysznuło wniosek tej treści, że etyka lekarska jest po prostu starą etyką, zastosowaną do szczególnej dziedziny życia, jaką jest medycyna, a specjalnie psychiatria. Na ten temat powstało już duże piśmiennictwo, w którym doszły do głosu takie zagadnienia, jak kwestia tajemnicy lekarskiej, przymusowego hospitalizowania, kompetencji właściwych instancji do rozstrzygania sporów itd. Trudno zapobiec interwencji nie-lekarzy w zachowaniu tajemnicy.

W wymienionym czasopiśmie amerykańskim zamieszczono artykuły, które mają charakter przedziwny. Od dawna wiadomo, że psychiatria amerykańska opanowana została przez elementy antyklinciczne, przez nie-lekarzy. Do praktyki psychoterapeutycznej dopuszczono psychologów nie-lekarzy. Wiedza ich składała się niemal wyłącznie ze spekulacji psychoanalitycznych, które zastępowały jakieś poważniejsze wiadomości z zakresu psychiatrii klinicznej. W opinii społecznej psychiatrzy tego typu stali bardzo nisko w porównaniu z klinicystami innych specjalności lekarskich. Poziom etyczny owych psychoterapeutów laickich bywał skandalicznie niski. W łonie *American Psychiatric Association* powstał potężny ruch sprzeciwu. Na razie ruch ten wyraża się w zamieszczaniu ostro sformułowanych głosów krytyki. Trudno nam w ogóle zrozumieć, jak mogło dojść do sytuacji, w której nie-lekarze psychoterapeuci opanowali praktykę psychiatryczną i nadają ton całej tej dyscyplinie. Amerykanie doszli do tego, że zmuszeni są walczyć o zasadę *Psychiatrists are physicians* (psychiatrzy są lekarzami). Bo ogół zwątpił w tę oczywistą dla nas prawdę.

JA SIĘ NIE DZIWIĘ, że na świecie jest tak dużo szarlatanów i pseudolekarzy, mających powodzenie.

Dopóki będą istnieć choroby niewyleczalne, człowiek wszędzie będzie wyglądał ratunku i zwróci się zawsze w tę stronę, gdzie mu świecić będzie światełko nadziei.

WŁ. BIEGAŃSKI

Dr Zdzisław Rajkowski *)

O WDROŻENIE PROGRAMU INFORMATYCZNEGO „TEZAURS” DO FARMACJI KLINICZNEJ

W ostatnich dziesiątkach lat zostały wprowadzone do lecznictwa nowe grupy leków o silnym działaniu farmakologicznym. Stosowanie tych środków wywołało alarmujący stan zagrożenia pacjentów w czasie leczenia farmakologicznego. Z jednej bowiem strony te nowe leki wykazywały bardzo skuteczne i korzystne działanie w określonych jednostkach chorobowych, pozwoliły na opanowanie schorzeń, dotychczas trudnych do zwalczania, z drugiej zaś strony wywoływały niejednokrotnie nawet dramatyczne powikłania, czego najlepszym przykładem jest penicylina. Zaczęto coraz bardziej zwracać uwagę na objawy towarzyszące farmakoterapii, takie jak nietolerancja, interakcja, teratogenność itd. Na podstawie szerokich badań w USA stwierdzono, że ok. 50% pacjentów przyjmujących więcej niż jeden lek poniosło szkody na zdrowiu na skutek wadliwego łączenia środków farmaceutycznych. Błędy i pomyłki w podawaniu pacjentom leków w szpitalu w Aberdeen (Szkocja) dochodziły do 22%, co oznacza, że co piąty pacjent był źle leczony. Jednocześnie zaczęła narastać lawina informacji o lekach i to zarówno nowych, jak i od dawna znanych i stosowanych.

W tych warunkach zaistniała pilna potrzeba powołania nowej specjalizacji farmaceutów, znanej od wielu lat jako farmacja kliniczna. Ogólnie mówiąc specjalista w tej dziedzinie jest znawcą leków, którego obowiązkiem jest współpraca z lekarzem ordynującym w dziedzinie farmakoterapii. Farmaceuta kliniczny udaje się wspólnie z lekarzem do łóżka chorego i wspomaga lekarza w ustalaniu postępowania farmakoterapeutycznego, zwracając uwagę na dawkowanie, ewentualne kolizje chemiczne i farmakologiczne leków, kinetykę i dynamikę leków, prawidłowość podawania itp. Tak więc lekarz, który dotychczas dysponował tylko pomocą w diagnostyce, w postaci laboratorium diagnostycznego, pracowni rentgenowskiej itd., uzyskał pomoc w farmakoterapii, dziedzinie obecnie bardzo skomplikowanej

*) CMPK w Warszawie.

i ulegającej stałej dynamicznej zmianie, co tym bardziej budzi u lekarza poczucie zagubienia.

Wraz z powstaniem farmacji klinicznej zmieniła się również rola apteki otwartej, która poza dystrybucją leków, powinna informować lekarzy i ludność o lekach w rozumieniu zapobiegawczym i społecznym.

Wprowadzenie farmacji klinicznej do szpitali nie tylko usprawniło farmakoterapię, ale również poprawiło gospodarkę lekiem, przyczyniając się do znacznego zmniejszenia kosztów leczenia, przy jednoczesnej poprawie terapii. W jednym ze szpitali w RFN zaangażowano eksperymentalnie dwóch farmaceutów klinicznych. Roczne oszczędności na lekach wyniosły w stosunku do lat poprzednich ok. 40%, czyli ok. 1 miliona marek. Jednocześnie o kilkanaście procent skrócił się średni okres pobytu chorych w szpitalu, zwiększyła się tym samym przelotowość łóżek szpitalnych.

Jednym z podstawowych warunków sprawnego działania farmacji klinicznej jest dostęp do stale i dynamicznie aktualizowanej informacji o lekach, a tym samym posiadanie własnego systemu informatycznego. System ten powinien być prosty w obsłudze i powszechnie dostępny dla wszystkich zainteresowanych osób i instytucji. W Polsce informacja o lekach jest bardzo skąpa i całkowicie statyczna. Mimo poważnych nakładów finansowych jest mało efektywna, a jej metody przestarzałe. Powszechnie dostępne dla lekarzy i farmaceutów są różne prospekty firmowe, a więc noszące znamiona propagandy handlowej oraz różne poradniki i almanachy zawierające informacje typu encyklopedycznego, o dużym ładunku narracyjnym. Ze względu na długi cykl wydawniczy, część informacji w nich zawartych staje się nieaktualna już w chwili ukazania się nakładu. Szersze i nowsze informacje są rozproszone po różnych czasopismach i książkach przeważnie obcojęzycznych, a tym samym mało dostępnych, zwłaszcza dla osób zamieszkałych zdaleka od ośrodków akademickich. Instytut Leków w Warszawie udziela informacji o lekach, nawet telefonicznie, nie jest jednak w stanie zapewnić powszechnej dostępności informacji o charakterze dynamicznym, a wydawany przez Instytut biuletyn ma niewielki nakład. Tak więc najpilniejszym zadaniem, obecnie nie tylko dla farmacji klinicznej, ale także dla całego lecznictwa i przemysłu farmaceutycznego jest utworzenie i zorganizowanie systemu informatycznego na temat leków, opartego na nowoczesnych zasadach i aparaturze. Jest to jedyna droga do poprawy całej farmakoterapii i gospodarki lekiem.

Podstawą nowoczesnego systemu informatycznego jest *tezaaurus*. Tezaurus jest to uporządkowany, dynamiczny zbiór deskryptorów i askryptorów, dzięki czemu służy do gromadzenia, przetwarzania i wyszukiwania danych z reprezentowanej dziedziny wiedzy. Te-

zaurus posługuje się językiem naturalnym, co stanowi znaczne udogodnienie w posługiwaniu się i korzystaniu z posiadanego systemu informatycznego.

W Polsce dla potrzeb medycyny stosowany jest program „Tezaurus” i system informatyczny oparty na programie amerykańskim MEDLARS, w którym farmacja stanowi małą część. System informatyczny „Tezaurus”, którym posługuje się Instytut Farmaceutyczny w Warszawie jest opracowany pod kątem potrzeb przemysłu farmaceutycznego i nie może zaspokoić potrzeb farmacji klinicznej. System informacji o lekach opracowany i działający w Instytucie Leków jest dość prosty i mało nowoczesny, oparty na kartotece danych, co utrudnia gromadzenie, przetwarzanie i wyszukiwanie informacji. W systemie tym przy dużym nakładzie pracy osiąga się niewielkie efekty. Dążenie i głosy nawołujące do opracowania „Tezaurusa” dla całej farmacji obecnie nie są zgodne z nową tendencją w tym zakresie. Stwierdzono bowiem, że najbardziej celowe jest tworzenie tezaurusów cząstkowych, obejmujących większe dziedziny wiedzy, oczywiście wzajemnie spójnych. Tak więc tezaurus farmacji klinicznej jako podstawa systemu informatycznego wychodzi naprzeciw nowoczesności.

Praca nad tezaurem obliczona jest na kilka lat, przy udziale stalego zespołu kilkuosobowego oraz dorywczo zapraszanych specjalistów z medycyny, farmacji, filologii i informatyki. Przy czym wyodrębnić tu można 6 etapów, z których niektóre mogą się wzajemnie zająć w czasie. Ogólny koszt opracowania ok. 1,3 mln zł.

Etap I — Opracowanie terminologii farmacji klinicznej

Słownictwo lekarskie i farmaceutyczne w ostatnich latach wzbogaciło się o setki nowych pojęć i synonimów, terminów regionalnych i żargonowych, określeń często niejednoznacznie rozumianych. Język informatyczny wymaga ścisłego zdefiniowania pojęć, przy czym przyjętą definicję trudno jest zmieniać, zwłaszcza w elektronicznym systemie indeksowania i przetwarzania danych.

Ostatni słownik farmaceutyczny ukazał się w 1926 r., jako bardzo przestarzały nie może więc być podstawą słownictwa farmacji klinicznej. Tym samym praca nad słownictwem dla tezaurusa farmacji klinicznej będzie pionierską, trudną i odpowiedzialną. Można przyjąć, że terminologia ta obejmuje kilkanaście tysięcy haseł. Byłoby wskazane wydanie tej terminologii w formie książkowej.

Etap 2 — Opracowanie koncepcji tezaurusa

Niemal jednocześnie z etapem 1 można przystąpić do opracowania koncepcji i podstawowych założeń tezaurusa. W koncepcji tej należy uwzględnić możliwości rozwoju techniki jego użytkowania, związane z przechodzeniem od techniki manualnej do techniki elektronicznego gromadzenia, przetwarzania i wyszukiwania informacji. W założeniach należałoby uwzględnić wykorzystywanie kart chorobowych, jako źródła wiedzy o leku. Dane o lekach, ich zużyciu, działaniu ubocznym, tolerancji itd. zawarte w kartach chorobowych są dotychczas niewykorzystywane, a stanowią poważne źródło informacji.

Etap 3 — Opracowanie zbioru słów kluczowych

Jest to najważniejszy i najbardziej uciążliwy etap pracy nad tezauresem. Wymaga starannego i rzeczowego przeglądu wielu czasopism, książek, dokumentów prawnych, pokrewnych tezaurusów i wybrania z nich desygnatów kluczowych. Kartoteka musi zawierać wszystkie potrzebne hasła a jednocześnie zapewniać spójność z innymi pokrewnymi tezaurusami. Można założyć, że liczba kluczowych haseł wyniesie ok. 5 tys.

Etap 4 — Opracowanie słownictwa deskryptorowego

Po zakończeniu etapu 3 można przystąpić do pracy nad opracowaniem języka deskryptorowego, z jednoczesnym podziałem deskryptorów według założonej hierarchii. Etap ten wymaga szczególnego nakładu pracy specjalistów z dziedziny farmakologii i farmacji.

Etap 5 — Opracowanie części systematycznej tezaurusa

Po znacznym zaawansowaniu prac związanych z poprzednim etapem można przystąpić do zrealizowania systematycznej części tezaurusa. Jednocześnie należy wykonać cały szereg prac redakcyjnych i przygotowawczych związanych z jego użytkowaniem.

Etap 6 — Opracowanie części wyszukiwawczej tezaurusa

Część wyszukiwawcza tezaurusa jest znana również pod nazwą — alfabetyczna; wszystkie deskryptory i askryptory są ułożone tu w porządku alfabetycznym i hierarchicznym. Część tę można opracować po pewnej przerwie od zakończenia pracy nad częścią systematyczną, która może służyć jako podstawa do indeksowania i wyszukiwania danych. Jednak brak tej części bardzo utrudnia posługiwanie się tezauresem.

WDRAŻANIE

Wdrażanie systemu informatycznego farmacji klinicznej, którego podstawowym elementem byłby tezaurus powinno być poprzedzone zorganizowaniem służb informatycznych i szkoleniem podyplomowym farmaceutów.

Prace organizacyjne nad wdrażaniem systemu informatycznego należałoby podjąć niemal jednocześnie z podjęciem pracy nad samym tezauresem. Wymaga to bowiem całego szeregu uzgodnień, a nawet decyzji i zarządzeń resortu zdrowia. Jednocześnie wiąże się z wygospodarowaniem lokalu, zakupu urządzeń, druków, potrzebami kadrowymi i rzeczowymi. Należałoby zorganizować, nazywając roboczo, centrum informatyczne farmacji klinicznej przy którymś z wielkich przedsiębiorstw „Polfa” lub „Cefarm”. A może wspólnie przez oba wymienione przedsiębiorstwa. Centrum takie mogłoby rozwinąć się na bazie działu informacji Instytutu Leków. Są to oczywiście tylko luźne propozycje, gdyż możliwości mogą być zupełnie różne. Dla każdej z tu wymienionych instytucji centrum takie będzie źródłem sta-

łych i dynamicznych informacji o lekach. Będzie bardzo pożądane zaopatrzenie takiego centrum w aparaturę elektroniczną połączoną odpowiednimi końcówkami z aptekami, początkowo szpitalnymi, a w następnej fazie z otwartymi.

Pracownicy centrum gromadziliby informacje o lekach pochodzące z czasopism i innych wydawnictw oraz informacje przekazywane przez farmaceutów klinicznych zbierane i przetwarzane na podstawie danych uzyskiwanych z kart chorobowych i własnego doświadczenia szpitala. Te ostatnie informacje byłyby na pewno cenne dla przemysłu farmaceutycznego i dystrybutorów leków. Program działania proponowanego centrum musi oczywiście być przedmiotem osobnych rozważań i nie jest możliwe omówienie tej sprawy w krótkim artykule.

W Polsce nie ma dotychczas programów szkolenia przed- i podyplomowego specjalistów w dziedzinie farmacji klinicznej. We Francji szkolenie farmaceutów klinicznych obejmuje dwa lata studiów podyplomowych. Tak więc najpilniejsze wydaje się opracowanie programu studiów specjalistycznych podyplomowych dla farmacji aptecznej, w kierunku farmacji klinicznej, tak aby farmaceuta stał się bezpośrednim partnerem lekarza, bez którego ten ostatni nie może się w dzisiejszym stanie wiedzy o leku obejść.

Do programu tych studiów, a także na innych kierunkach studiów farmaceutycznych, należałoby wprowadzić naukę praktycznego posługiwania się tezaurem i korzystania z systemu informatycznego, z umiejętnością indeksowania włącznie. Jest bowiem konieczne, aby farmaceuta kliniczny był nie tylko odbiorcą informacji, ale również ich dawcą z własnego terenu działania — szpitala, zespołu opieki zdrowotnej czy apteki otwartej. Na farmaceutach klinicznych musi spoczywać obowiązek indeksowania danych o lekach zawartych w kartach chorobowych. Mając tak obszerne i poważne źródło informacji można po przetworzeniu danych spływających z całej Polski i odpowiednich wyliczeniach statystycznych uzyskiwać cenne dane o toksyczności, nietolerancji, ubocznym działaniu itp. poszczególnych leków, a także liczne dane ekonomiczne.

Byłoby bardzo wskazane aby proponowane centrum dysponowało kilkoma stronicami w jednym z czasopism zawodowych na publikowanie odcinków bibliografii bieżącej farmacji klinicznej, opracowanych przez centrum na podstawie tezaury. Wydawanie tego rodzaju odcinków bibliografii stałoby się poważnym osiągnięciem.

Normalna, codzienna praca centrum i całego ogólnopolskiego systemu informatycznego może rozpocząć się od chwili opracowania części systematycznej tezaury farmacji klinicznej. Trudno niedocenić tej chwili dla potrzeb farmacji i medycyny praktycznej.

Paweł Krych *)

„INTERPHARM 79”

W dniach 19—22 kwietnia br. odbyła się w Sosnowcu Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów Farmacji „Interpharm 79”. Była ona połączona z XV Ogólnopolskim Konkursem Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych oraz z obradami Sekcji Farmaceutycznej Komitetu Koordynacyjnego Studentów Akademii Medycznych. Przemówienia powitalne wygłosili: Piotr Klima — przedstawiciel RW SZSP, kierujący wszystkimi pracami organizacyjnymi, doc. dr hab. Wincenty Kwapiszewski — prezes PTFarm. oraz Waldemar Szwarczyński — przewodniczący Sekcji Farm. KKSAM. Mówcy zwrócili uwagę na wieloletnie tradycje i pozytywne efekty kontaktów międzynarodowych studentów farmacji, kontaktów, które pozwalają rozszerzać wiadomości fachowe i umożliwiają zawiązywanie nowych przyjaźni. Sosnowieckie spotkanie było dla uczestników niezapomnianym, wartościowym i bogatym we wrażenia przeżyciem. Wykład inauguracyjny pt. „Blaski i cienie Wielkiej Nauki” wygłosił prof. dr Stanisław Józkiwicz ze Śląskiej AM — pedagog cieszący się wielkim autorytetem wśród kadry naukowej oraz studentów. W ciągu niespełna godziny wykładowca poruszył wiele interesujących problemów dotyczących współczesnej cywilizacji. Warto nadmienić, że prof. St. Józkiwicz był przewodniczącym jury konkursu prac magisterskich.

19 kwietnia po południu odbyło się pierwsze posiedzenie Międzynarodowej Konferencji Naukowej. Referaty wygłosili przedstawiciele delegacji zagranicznych. Najliczniej była reprezentowana delegacja węgierska (cztery wystąpienia z Ośrodków w Szegedzie i Budapeszcie). Językami konferencji były: rosyjski i angielski. Swoje referaty wygłosili także studenci z Czechosłowacji, NRD, Holandii oraz Finlandii. Dalszy ciąg konferencji miał miejsce w sobotę 21 kwietnia. W tym dniu referaty przedstawili studenci z Polski. Wydział Warszawski reprezentowała Alina Łakomy (V rok); wygłosiła referat pt. „Ocena narażenia na działanie furfuralu pracowników zatrud-

*) Student Wydziału Farmaceutycznego, przewodniczący komisji nauki Rady Wydziałowej SZSP.

nionych na wydziale butadienu w MZRiP w Płocku". Warto dodać, że niemal po każdym wystąpieniu rozpoczynała się ciekawa dyskusja. Było wiele pytań. Uczestnicząc w konferencji mogliśmy znacznie poszerzyć swoje wiadomości.

W piątek, 20 kwietnia, rozpoczął się XV Ogólnopolski Konkurs Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych. Konkurs otworzyło przemówienie dra Michała Umbreit — inicjatora idei konkursu. Po przemówieniu rozpoczęły się wystąpienia poszczególnych magistrów, którzy przedstawili swoje prace.

Z każdego wydziału prezentowanych było 6 prac, które zdobyły pierwsze miejsca w 6 grupach tematycznych w wydziałowych konkursach prac magisterskich, organizowanych jesienią 1978 r. Na Wydziale Farmaceutycznym w Warszawie 6 prac wybrano spośród 19 zgłoszonych na konkurs wydziałowy. Przedstawione w Sosnowcu prace ilustrowane były czarnobiałymi i kolorowymi przezroczami. Streszczenia prac opublikowano w języku polskim, angielskim i rosyjskim w specjalnym wydaniu „Interpharm'79”.

W sobotę, 21 kwietnia, ogłoszono wyniki. A oto klasyfikacja w poszczególnych grupach tematycznych:

Bioanaliza

I miejsce — mgr Aleksandra Unrug — Warszawa, Zakład Analityki Klinicznej. „Izoenzymy arginazy w płodowych tkankach człowieka”.

II miejsce — mgr Danuta Kubicz — Wrocław. „Test radioimmunologiczny stałej fazy dla oznaczania przeciwciał antyglobulinowych”.

III ex equo — mgr Mariola Grabowska — Kraków, Zakład Biochemii Ogólnej. „Hydroksylaza dopaminy — metoda oznaczania aktywn. i jej zastosowanie do celów doświadczalnych i diagn.”

— mgr Anna Kocemba — Łódź, Zakł. Mikrob. Farm. „Badania nad respersją kataboliczną asparaginazy u gronkowców”.

Farmacja stosowana

I miejsce — mgr Ewa Magdziarz — Warszawa, Zakład Farm. Stosowanej. „Ocena czystości elektroforetycznej krajowych preparatów insuliny”.

II miejsce — mgr Krystyna Mikołajczyk — Łódź, Zakład Farm. Stosowanej. „Próby uwalniania niektórych substancji antybakteryjnych z gąbki żelatynowo-skrobiowej”.

III miejsce — mgr Grzegorz Reinholz — Poznań, Zakład Postaci Leku. „Badania dostępności farmaceutycznej fenylobutazonu”.

Lek roślinny

I miejsce — mgr Iwona Jadwiszczak — Gdańsk, Zakład Farmakognozji. „Związki flawonoidowe w płemieniu *Heliantheae*”.

II miejsce — mgr Elżbieta Woźniak — Poznań, Ogród Farmakognostyczny. „Otrzymywanie pochodnych laktonów seskwiterpenowych”.

III miejsce ex equo — mgr Joanna Szklarek — Warszawa, Zakład Botaniki Farmaceut. „Badanie właściwości antymitotycznych i oznaczanie wartości IM_{50} *liriodeniny*”.

— mgr Teresa Murańska — Łódź, Zakład Farmakognozji. „Badania związków flawonoidowych i kumarynowych w ziele *Herniaria glabra*”.

Ogólnopolski Konkurs Prac Magisterskich, mgr Elżbieta Wójcik w czasie przedstawiania wyników pracy

Foto: KAW



Analiza chemiczna

I miejsce — mgr Anna Lutka — Poznań, Zakł. Chemii Leku. „*Studia nad ustaleniem mechanizmu rozkładu soli sodowej ampicyliny w fazie stałej*”.

II miejsce — mgr Zofia Guzy — Sosnowiec. „*Charakterystyka wpływu mocznika na hydrofobowe kompleksy alkoholi alifatycznych z albuminą surowicy*”.

III miejsce — mgr Elżbieta Wójcik — Warszawa, Samodzielna Pracownia Analizy Leków. „*Kompleksy pochodnych benzodwuzepiny z 5-nitro-2-metylobenzenosulfonianem kadmcowym*”.

Lek syntetyczny

I miejsce — mgr Andrzej Stańczak — Łódź, Zakład Chemii Farm. i Analizy Leków. „*Reakcje amin pierworzędowych z N,N',O'-czterobenzeno-sulfonylo-N,N'-dwi(2-hydroksyetylo)-etylenodwuaminą*”.

II miejsce — mgr Bogusław Pilarski — Gdańsk, Zakład Chemii Organicznej. „*Synteza pochodnych kwasu pirazynooctowego*”.

III miejsce — mgr Lucjusz Zaprutko — Poznań, Zakład Chemii Organicznej. „*Poszukiwanie środków przeciwwzapalnych wśród pochodnych pirydazyny*”.

Farmakologia i toksykologia

I miejsce — mgr Joanna Ciosek — Łódź, Zakład Patofizjologii. „*Wpływ metoksaminy na zawartość wazopresyny w podwzgórzu szczurów*”.

II miejsce — mgr Jolanta Jajte — Łódź, Zakład Biochemii. „*Wiązanie rtęci przez białka chromatyny*”.

III miejsce — mgr Zofia Siojowska — Warszawa, Zakład Metabolizmu Leków. „*Biotransformacja, dystrybucja i wydalanie glicyloanestezyny u szczurów*”.



Wydziałowy Konkurs Prac Magisterskich, mgr Krzysztof Skup (z prawej) w czasie rozmowy z opiekunem pracy dr Andrzejem Bułacińskim

W klasyfikacji międzywydziałowej wygrał ośrodek łódzki, zajmując dwa pierwsze, dwa drugie i dwa trzecie miejsca. Drugi był ośrodek warszawski — dwa pierwsze i trzy trzecie miejsca. Byliśmy dumni z naszych koleżanek i kolegów oraz wdzięczni ich opiekunom za trud włożony w przygotowanie przedstawionych prac magisterskich.

Poza udziałem w konkursie prac magisterskich uzyskaliśmy również II miejsce w konkursie fotograficznym za prace, które nadesłał Adam Lewicki. W konkursie plakatowym III miejsce zajęła Zofia Hartmann, a IV Jerzy Radwański. Ekipa warszawska nie powróciła więc z sosnowieckiej imprezy z pustymi rękami.

Na specjalne podkreślenie zasługuje niezwykle sprawna organizacja konferencji przez naszych kolegów z Sosnowca. Gospodarze z troszczyli się o wszystko. Spełniali niemal każde nasze życzenie. Zadbali też o atrakcyjną oprawę imprezy — mieliśmy możliwość uczestniczenia w występach kabaretu, wieczorach klubowych i pożegnalnym balu. Wydaje się, że wszyscy uczestnicy konferencji będą mile wspominali chwile spędzone w gościnnym, sosnowieckim ośrodku.

Po zakończeniu uroczystości w Sosnowcu, goście zagraniczni zaproszeni zostali do Warszawy. Ich pobyt w stolicy trwał dwa dni. Goście zwiedzili Zakłady Wydziału Farmaceutycznego. Byli także na Starym Mieście. Zostali również przyjęci uroczyście w Polskim To-



*Zwiedzanie Warszawy przez uczestników „Interpharm 79” —
przed Grobem Nieznanego Żołnierza*



Goście zagraniczni, uczestnicy „Interpharm’79” z grupą studentów polskich przed gmachem Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie

Foto: KAW

warzystwie Farmaceutycznym. Wieczorem, 23 kwietnia, odbył się w akademiku przy ul. Krupskiej wieczorek studencki połączony z dyskoteką.

Wydaje się, że kwietniowa impreza w Sosnowcu, a potem w Warszawie, spełniła swój cel. Posłużyła bowiem wymianie doświadczeń naukowych między studentami wielu ośrodków akademickich.

Doc. dr hab. Leszek Tomaszewski *)

ALKOHOLIZM CZYNNIKIEM UTRUDNIAJĄCYM WYCHOWANIE

We wszystkich wypowiedziach publicznych, w prasie, radiu, telewizji rozbrzmiewa jednogłośnie ubolewanie nad tragicznymi skutkami pijaństwa, ale brak jednogłośnie domagania się twardych i konsekwentnych środków walki z pijaństwem i alkoholizmem, środków skutecznych, gdyż dotychczasowe zabiegi są po prostu zawodne i niezadowolające. Trzeba mieć w tym względzie rozeznanie strategiczne, uwzględniające wysokość zysków, ostateczny cel batalii i wielkość indywidualnych szkód i strat, oczywiście dbając o ich minimalizację. *Sapienti sat.*

Próba zmiany stereotypu alkoholowego w Polsce musi być naceLOWANA na przyczyny warunkujące powstawanie i jego utrzymywanie się. Jest to oddziaływanie w sferze psychologii społecznej, która jest sumą przekonań, poglądów i doświadczeń jednostek tworzących społeczeństwo. Zasadniczą sprawą jest zmiana postawy wobec pijaństwa z tolerancyjnej, dopuszczającej, a więc w zasadzie akceptującej, na potępiającą wręcz represyjną.

Cel musi być wyraźny: czynna postawa antyalkoholowa; co nie znaczy, że abstynencka. Postawa bierna oznacza współudział w biadoleniu i narzekaniu, ustawienie się, że nie obchodzi mnie w gruncie rzeczy to zagadnienie, że jest to problem daleki ode mnie, abym tylko nie miał z tego powodu kłopotów, taki alkoholowy leseferyzm. Postawa czynna to przełamywanie postawy tolerancyjnej, zwalczanie stereotypu pijacko-alkoholowego, potępienie go, wytwarzanie atmosfery potępienia i szerzenia tej postawy, a w swoim zasięgu i kompetencji czynne zwalczanie objawów alkoholizmu i pijaństwa.

W świetle dyskusji ekspertów na 32 Międzynarodowym Kongresie o Alkoholizmie i Lekozależności metody prewencji dzielą się na trzy kategorie: społeczne, ekonomiczne (fiskalne) i prawne. Najważniejsze są zabiegi społeczne: one tworzą klimat opinii sprzyjający

*) kierownik Zakładu Analityki Klinicznej AM w Warszawie.

lub wrogi alkoholizmowi lub lekomanii i one są podstawą akceptacji przez społeczeństwo form kontroli prawnej i fiskalnej. Nie wykazano jeszcze dostatecznie przekonywująco skuteczności działań wychowawczych (!). Pojawiły się identyczne wypowiedzi z wielu krajów, że należy iść drogą wychowawczą, ale z poprawieniem metod działania: raczej dyskusja niż dydaktycyzm, dopasowanie form wychowania do różnych grup społecznych, używanie etycznych technik perswazji. Równolegle prowadzić badania skuteczności tych metod. Działania muszą więc być dobrze z góry zaplanowane. W gestii państwa są ekonomiczno-fiskalne i administracyjne metody regulacji produkcji alkoholu i środków uzależniających, ograniczenie spożycia przez utrudnienie dostępności różnymi sposobami. Obok wyżej wymienionych środków do prewencji należy też wczesne wykrywanie i po tym leczenie alkoholików.

Niemal wszyscy prelegenci w czasie obrad kongresowych wypowiedzieli pogląd, że warunkiem skuteczności programu antyalkoholowego jest konsekwencja i równoczesne uruchomienie wszystkich możliwych dostępnych środków wpływania. Akcyjność czy kampanijność jest tylko faryzejskim rozgrzeszaniem się. To brzmi nam przekonywująco. Przeżywamy sami jakiś etap społecznej reedukacji, i reorientacji, indoktrynacji i wiemy, że zmiana utrwalonego stereotypu myślowego jest procesem długotrwałym, rozciągającym się wręcz na pokolenia. Zmieniany stereotyp musi być niezwykle konsekwentnie i wielostronnie atakowany.

Jasnym jest, że akcja na już istniejący utrwalaony stereotyp jest pryncypialnie mało skuteczna. Jest ona tak konieczna, jak konieczna jest działalność Zakładu Oczyszczania Miasta. Badania polskie przedstawione na kongresie wskazują znaczną rolę organów milicji obywatelskiej w akcji prewencyjnej i represyjnej, podczas gdy skuteczność aktywności wychowawczej innych instytucji oraz organizacji społecznych wymaga udowodnienia. Dlatego bardzo ważna wydaje mi się być działalność wychowawcza, nakierowana na przyszłość. Wobec agresywnego postępu stereotypu pijaństwa w środowisku młodzieży, przesunięcie ku dołowi granicy wieku, faktu, że nietrzeźwość wśród studentów i studentek jest większa niż wśród robotników i robotnic (dane kongresowe!), wychowawcze wytwarzanie postawy antyalkoholowej musi być zaczęte wcześniej, zintegrowane, zblokowane, przeprowadzone etapowo od wyższych lat szkoły powszechnej przez gimnazja i na wyższe uczelnie. Należy zdać sobie sprawę, że młodzież gimnazjalna stanowi pod tym względem grupę wysokiego ryzyka i powinna być wprowadzana w zagadnienia alkoholizmu i pijaństwa oparte na z góry ustalonym celu i nastawieniu. Tak jak programowane są zagadnienia np. wychowania obywatelskiego, obron-

ności, tak samo musi być opracowany program wyrabiania postawy antyalkoholowej.

Mam synów, którzy niedawno ukończyli względnie ukończą szkołę średnią. Przeprowadzane sondáže rodzinne (we własnym domu) nie wykazują, by mieli jakieś ukształtowane przez szkołę postawy. Nie pamiętają. Może były jakieś działania ale tak blade, że przeleciały bez pozostawienia trwalszych śladów. Owszem, w wyższych klasach wychowawcy ostrzegają by na zabawach nie było alkoholu, który jest przyczyną kłopotów. Mój syn tuż przed zabawą szkolną, w gronie kolegów popełnił w parku doświadczenie winowe, pod którego wpływem dotarł na zabawę. Skutki niewesołe. Sam go prowa- dziłem ze szkoły do domu. Chciałem jako ojciec nie oszczędzając sy- na omówić to na lekcji wychowawczej w szkole, przedstawić jako doświadczenie, które każdego może spotkać lub spotka, wykorzystać jako przykład działania stereotypu, zaapelować do dziewcząt by by- ły świadome możliwości swego hamującego wpływu w tej mierze, wy- tworzyć jakąś atmosferę kwalifikacji przy tym doświadczeniu jeszcze tolerancyjną a potępiającą w przyszłości. Niestety z uczynionej pro- pozycji nie skorzystano.

Jako nauczyciel akademicki zadaję sobie pytanie, czy w ogóle i o ile wyrobimy właściwe postawy antyalkoholowe u naszych wycho- wanków? Czy mają oni tkwić biernie we wszechogarniającym na- szym polskim stereotypie pijaństwa?

Nie znajduję odpowiedzi na to pytanie. Nie wychodzi się też po- za formę ostrzeżeń czysto technicznych jak w liceum syna. A więc czysto funkcjonalnie: nie ma sprzedaży wódki, aby na zabawach był spokój. Jakże cenny byłby ten spokój, gdyby wódka właśnie na za- bawach była dostępna?

A młodzież akademicka powinna być szczególnym obiektem i ce- lem wychowania prewencyjnego. Za kilka lat nasi obecni wycho- wankowie zarówno będą sami przykładem, jak też będą kształtować postawy innych. Gra idzie o wielką stawkę!

Zagadnienie zwalczania alkoholizmu jest obecnie programem rząd- owym. Przy Radzie Ministrów istnieje Komisja do spraw Walki z Alkoholizmem. Musi być wypracowany pionowy, idący poprzez lata rozszerzający się program wychowania, wyrabiania postawy antyal- koholowej z zapewnieniem realizacji tego programu na poszczegól- nych szczeblach nauczania, od szkoły powszechnej do wyższych szkół włącznie. Powinny być weń włączone wszystkie ogniwa wychowaw- cze: szkoła, instytucje społeczne, służba zdrowia, porządkowa, orga- nizacje młodzieżowe itd. itd.

Jaki jest cel wychowawczy i jak ustawiać realizację?

Jedno jest pewne. W żadnym wypadku celem nie jest abstynen- cja. Model abstynenta jest właściwie zdewaluowany, nieracjonalny,

jakkolwiek godny uznania i szacunku nawet tylko jako model. Celem wychowawczym jest zmiana naszego polskiego stereotypu picia, zalewania się, przez zastąpienie go modelem rozsądnej konsumpcji alkoholu. Realizacja tego celu jest różna na różnych szczeblach wychowania. Metoda odstraszenia, której logicznym ostatecznym celem jest abstynencja, zasadniczo jest zawodna, szczególnie u młodzieży (negative behavior-preventing goal). Pomijam abstynencję z motywacji ideowej. U nas ten moment zupełnie nie wykorzystany. Marzymy pod tym względem o zasadach typu dawnego harcerstwa. Metoda faktyczna przedstawiająca działanie farmakologiczne alkoholu i wywołane zmiany anatomiczne może być dobra dla szkoły średniej. Trzecia metoda podejmowania odpowiedzialnych decyzji (decision making goal) też nie propaguje abstynencji, a polega na uświadamianiu sobie aktu woli w stosunku do alkoholu. Wydaje mi się, że świadome stosowanie tej metody jest idealne dla środowiska młodzieży akademickiej.

W profesjonalnym, lekarskim oddziaływaniu wychowawczym kształcimy u studentów hierarchię wartości w aspekcie zawodowym, wrażliwość moralną, osąd etyczny jako rzutowanie zasad zawodu na strefę ocen moralnych w sytuacjach nietypowych, innymi słowami — do świadomego podejmowania decyzji w tych sytuacjach. Tę samą zasadę powinno się wprowadzać do szkolenia antyalkoholowego na poziomie szkoły wyższej. Świadoma decyzja, nie schemat stereotypu, bezmyślnie nawykowo powielany, jest automatycznie kwalifikacją etyczną, moralną. Stereotyp pęka i rozrywa się. Tego rodzaju platforma wprowadza pogardę dla tych, którzy łamią zasadę podejmowania świadomie motywowanej decyzji. O to właśnie chodzi. Nie strach, nie obrzydzenie, nie zagrożenie konsekwencjami, lecz wartościowanie moralne ma być podstawą postawy antyalkoholowej.

Zadziwiająca jest „postawa rezerwy” w tej mierze młodzieżowych organizacji akademickich. Gdzie się podziały sprawy kształtowania woli i charakteru, tzw. niemodnie „cnót” u młodzieży? Organizacje skupiają się na postawach ideowych i stosunku do współczesności a zgubiły troskę o kształtowanie walorów osobistych swych członków. To fragment znacznie szerszego zagadnienia. I jeszcze kilka słów o jednym, ważnym elemencie w każdym działaniu wychowawczym — modelowym przykładzie. Trudno go jakoś znaleźć. Otaczające nas życie daje przykłady negatywne — pociągające i cieszące się uznaniem. Stare modele traktowane są jako przeżytki. A nowych nie widać. Ot i nowy wychowawczy temat do rozpracowania. Tuszę, że garść tych uwag może być traktowana jako wyraz stosunku nauczyciela akademickiego do spraw pijaństwa i alkoholizmu, które właśnie teraz są dyskutowane, zapewne w celu stworzenia skutecznego systemu zwalczania tej narodowej plagi.

*Dr farm. Teodor Kikta *)*

DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWEJ INFORMACJI NA PRZYKŁADZIE TARCHOMIŃSKICH ZAKŁADÓW FARMACEUTYCZNYCH

Zadaniem samodzielnych działów naukowej informacji „Polfa” jest gromadzenie wiedzy o lekach i przekazywanie jej lekarzom, utrzymywanie współpracy przemysłu z nauką w dziedzinie poszukiwania nowych leków oraz współdziałanie w ustalaniu racjonalnej i bezpiecznej farmakoterapii, korygowaniu błędów w czasie stosowania leków u chorych. Z czasem doszły zagadnienia nowe, wysunięte przez naukę, np. farmakokinetyki, czyli matematyczny opis leków w ustroju, opis przebiegu zmian jego stężenia i szybkości procesów jego wchłaniania, rozmieszczenia, metabolizmu i wydalania — problemy biofarmacji czyli dostępności biologicznej leków u ludzi i zwierząt — ostatnio też chronoterapii, polegającej na ustalaniu przez farmakologów i klinicystów właściwej dawki i pory podawania leku. W żadnym razie nie wolno nie uwzględniać rytmu czynności ustrojowych człowieka.

W Tarchomińskich Zakładach Farmaceutycznych dział naukowej informacji zorganizowany został początkowo przy dziale technologicznym, a w 1963 r. usamodzielniony. Konsultantami naukowymi byli samodzielni pracownicy nauki, farmakolodzy: prof. dr J. J e s k e (1958—67), prof. dr A. D a n y s z (1970—74) i doc. dr hab. Zb. S z r e n i a w s k i (od 1974).

Przystępując do organizacji działu położyłem nacisk na współpracę z uczelniami i naukowymi towarzystwami medycznymi, aktywny udział w zjazdach naukowych oraz akcję wydawniczą. Udział w zjazdach naukowych rozszerzał możliwości współpracy, osobistych kontaktów z lekarzami różnych specjalności, wreszcie kierownikami klinik.

We wrześniu 1958 r. Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne wzięły po raz pierwszy udział w ogólnopolskim Zjeździe Okulistów Polskich w Szczecinie. Kierownik działu poznał wówczas wszystkich

*) b. kierownik Działu Inf. Naukowej Zakładów Farm. „Polfa” w Tarchominie.

kierowników klinik okulistycznych, nawiązując z nimi współpracę w ocenie leków. Współpraca dotyczyła ściśle oceny maści ocznych z antybiotykami (przekazanych później do produkcji do zakładów w Jeleniej Górze), witaminy B₁₂ oraz Vitabionu.

Ze względu na osobisty sentyment do Poznania (studia na UP w latach 1932—37) nawiązałem szczególnie bliższą współpracę z AM w Poznaniu z klinikami: pediatryczną, chirurgiczną, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, dermatologiczną, laryngologiczną i okulistyczną. Kontakty te szybko rozszerzyły się i na inne ośrodki akademickie, poprzedzone rozmowami w czasie zjazdów naukowych. W czasie 20 lat pracy Tarchomin był uczestnikiem ok. 400 zjazdów (15—20 zjazdów rocznie) różnych specjalności. Niektóre z nich jakby wrosły w stałe plany (np. zjazdy pediatrów, dermatologów i wenerologów, diabetologów, chirurgów dziecięcych, urologów, epidemiologów).

Trzy laboratoria badawcze Tarchomina przekazywały rocznie do badań 4—5 nowych preparatów. Od 1970 r. laboratoria badawcze — zatrudniające 242 pracowników — opracowują rocznie średnio 9 nowych preparatów.

W latach 1958—78 wykonano 871 badań, w tym 141 nowych preparatów i uzyskano 106 nowych rejestrów (75%). Należy wyjaśnić, że każdy preparat był badany przynajmniej w 3 klinikach. Dużo preparatów było badanych nawet kilkanaście razy, kiedy wymagały tego różne względy wymagające wyjaśnienia. Obowiązkowo ocenie klinicznej ponownie poddawane były preparaty przy zmianie technologii produkcji. Szczególnej pieczy doznały preparaty insulinowe. Różne odmiany (celeratardum, lente, maxirapid, MC, semilente, ultralente) uzyskały 58 ocen klinicznych w leczeniu cukrzycy dorosłych i dzieci. Tetraverinum uzyskało 38 badań, Tetracykliny były badane 35 razy, Elenium 30 razy, a Makrocyklina i Ampicillin były badane w 23 ośrodkach.

Tak bogaty materiał teoretyczny i kliniczny pozwolił na wszechstronne opracowanie oddzielnie dla każdego wskazań i przeciwwskazań, informacji jakże ważnych dla każdego lekarza. Ilość badań klinicznych uzależniona jest od pracy laboratoriów badawczych, które opracowują bądź nowe leki, bądź nowe ich formy. Opracowując technologię umożliwiającą uruchomienie produkcji w skali wielkoprzemysłowej, przygotowują jako podstawę sine qua non pełną dokumentację kliniczną, mikrobiologiczną z oznaczeniem poziomu substancji aktywnej w surowicy krwi oraz farmakologiczną.

Niekiedy dokumentacja przedkliniczna jest niewystarczająca (nie można jej wykonać we własnych pracowniach) i wtedy dział naukowej informacji zleca jej wykonanie lub uzupełnienie na zewnątrz wyspecjalizowanym ośrodkom akademickim.

Tab. 1. ZESTAWIENIE NOWEJ PRODUKCJI URUCHOMIONEJ
W LATACH 1958—78

Rok	Nowa produkcja	Preparat
1958	8	
1959	9	Chlorocyklina, Mizodin, Myotriphos, Oxyter- racyna, Phenoscan, Terrarsol, V-Cylina
1960	4	Insulinum zinc-prot., Lipotropin, Unguenta oxyterracini
1961	2	Oxycort A, Mepatar
1962	7	Amifen, Ectylurea, Hepason, Vitaminum A, Vitaminum D ₃
1963	3	Erythromycinum, Tarchocillin D
1964	3	Hepason gran., Insulinum lente, Viomyci- num
1965	3	Elenium, Erythromycinum lactobionatum
1966	2	
1967	5	Hepason amp., Insulinum semilente, Oxy- cort, Oxyvet, Tetraverinum IV
1968	3	Makrocyklina, Narkotyna
1969	3	Insulinum ultralente, Serotonina
1970	4	Hydrocortisonum aerazol, Neomycinum ae- rozol, Syntarpen
1971	5	Dexapolcort N aerazol, Lautecin, Neotar- chocin, Tetraverinum IM
1972	14	Ampicillin, Dexapolcort aerazol, Oxacillin, Oxytetracyklina amp., Testarpen
1973	5	Insulinum maxirapid, Rifampicin, Neovetan
1974	7	Carbenicillin, Detreomycyna B, Dicloxacil- lin, Colistin
1975	6	Monacort aerazol, Reladorm, Rifampicin, Vinramycin, Vibravenous
1976	12	Colistin, Nafcillin, Sefril, Signopam
1977	5	Medazepam, Neowetan, Oxytarchol
1978	1	Tarchomiocin
	Razem	111

Jak wynika z tabeli 2, wstępnych badań przedklinicznych wyko-
nano 224 (25%), w większości z zakresu farmakologii i oceny anatomo-
histopatologicznej.

Zakłady „Polfa” generalnie w zakresie tych dwu ostatnich spe-
cjalności napotykają duże trudności w znalezieniu wykonawców w
akademickich ośrodkach naukowych. Dotyczy to zwłaszcza oznacze-
nia toksyczności przewlekłej (pracochłonne) oraz anatomo-histo-pa-
tologii (brak placówek wykonawczych).

Dla uczelni zagadnienia te nie są interesujące (brak asystentów
i laboratoriów, brak zwierzęciarni, przepisy bhp) i zbyt rutynowe.

Tab. 2. ZESTAWIENIE BADAŃ WYKONANYCH W LATACH 1958—78

Badania przedkliniczne		
	Chemia analityczna	8
	Chemia toksykologiczna	27
	Mikrobiologia	27
	Farmakologia	102
	Anatomo-histo-patologia	60
	Teratogenność	7
		<u>224</u>
Badania kliniczne		
%		
15,2	Chirurgia	92
27,8	Choroby wewnętrzne	180
5,5	Choroby zakaźne	36
14,2	Choroby skórno-weneryczne	92
1,4	Ftyzjatria	9
8,8	Ginekologia i położnictwo	57
1,8	Laryngologia	12
3,5	Neurologia	23
1,4	Okulistyka	9
15,5	Pediatrica	99
3,7	Psychiatria	24
0,6	Stomatologia	4
1,6	Urologia	10
		<u>Razem: 647</u>

Tab. 3. WSPÓŁPRACA Z UCZELNIAMI W LATACH 1958—78

Uczelnia	Liczba badań
AM Warszawa	193
AM Lublin	80
CMKP Warszawa	79
AM Łódź	52
MSW Warszawa	44
AM Białystok	42
WAM Łódź i Warszawa	39
AMG Gdańsk	38
Inst. Leków	31
PAN	30
AM Kraków	24
AM Poznań	24
AM Katowice	23
Inst. Hematologii	21
AM Wrocław	18
Inst. Gruźlicy	10
Inst. Matki i Dziecka	10
PAM Szczecin	8
Inst. Psychoneurol.	7
PW Warszawa	4
UW Warszawa	4
Inst. Reumatologii	3
Inst. Onkologii	2
	<u>786</u>
SGGW-AR Warszawa	34
AR Wrocław	20
AR Lublin	15
ART Olsztyn	15
Inst. Weterynaryjny	1
	<u>85</u>
Razem ośrodki	
medyczne	778 = 89,3%
weterynar.	85 = 9,7%
inne	8 = 1,0%
	<u>Razem 871 = 100%</u>

Natomiast zakłady przemysłowe odczuwają brak fachowych kadr z dziedziny farmakologii i anatomo-histo-patologii. Poważnie trzeba stwierdzić, że rejestracja nowych leków i uruchomienie nowej produkcji wielu leków mogłoby być znacznie przyspieszone, gdyby wszystkie badania przedkliniczne były prowadzone we własnych laboratoriach zakładów przemysłowych.

Tabela 2 szczegółowo przedstawia, w jakich kierunkach były prowadzone badania. Spośród wymienionych 12 kierunków na czoło wysuwa się przydatność do leczenia chorób wewnętrznych (28%), chorób

dzieci i chirurgii (po 15%) oraz leczeniu chorób skórno-wenerycznych (14%). Współpraca kliniczna jest prowadzona najchętniej z ośrodkami, które są „pod ręką” lub przynajmniej niezawodnej łączności telefonicznej. Każde badanie wymaga stałych kontaktów osobistych (wstępne, kilka w ciągu prowadzenia badania, wreszcie po zakończeniu omówienie wyników i dalszych tematów).

Z tego względu warszawskie ośrodki naukowe stoją na pierwszym miejscu. Z ośrodków pozawarszawskich wymienić należy Lublin, Łódź, Białystok i wreszcie Gdańsk.

W 1971 r. Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne podpisały umowę o stałą współpracę z AM w Warszawie i Lublinie, w 1973 r. z WAM w Łodzi oraz Akademią Rolniczo-Techniczną w Olsztynie. Każda z tych umów precyzuje dokładnie warunki współpracy długoterminowej, przewiduje powoływanie w miarę potrzeby wspólnych komisji problemowych, a nawet placówek badawczych, szkolenie fachowych pracowników, rozwiązywanie trudnych problemów interesujących obie strony. Współpraca z AM w Lublinie i WAM w Łodzi skupia się wokół wszechstronnych badań nowych antybiotyków, z AM w Warszawie koncentruje się na badaniu nowych insulin i badaniach nad nowymi formami leków. Współpraca z ART w Olsztynie dotyczyła leków weterynaryjnych. Od 1971 r. wzrosły wymagania stawiane producentom leków. Zresztą rozumieją to polskie zakłady przemysłowe farmaceutyczne jako jedyną drogę do dalszego swego rozwoju. Pociąga to za sobą powiązania z klinikami i zakładami teoretycznymi uczelni medycznych. Konsultanci naukowci stawiają coraz większe wymagania dla badań klinicznych. Rozumieją to dobrze nasi klinicyści, gdyż jest to wspólny interes.

Naturalną konsekwencją prowadzenia rozszerzonych badań jest wzrost kosztów (i niestety przedłużenie czasu) jednego badania klinicznego. Uzyskana dokumentacja kliniczna jest ostatnio na pewno pełniejsza niż jeszcze przed kilku laty. Dobrze udokumentowany lek wzbudza zaufanie lekarza do leku i szacunek dla producenta. Jest to zatem prawidłowa droga rozwoju przemysłu farmaceutycznego. Kierunek badań ustalany był też stopniowo przez konsultantów naukowych. Przed kilku laty (1974) w drodze szerokiej dyskusji z najwybitniejszymi klinicystami w kraju oraz Instytutem Leków została opracowana „instrukcja w sprawie oceny leków” dla 18 specjalności przez zespół konsultantów naukowych „Polfy” pod przewodnictwem prof. dr A. D a n y s z a.

W latach 1958—78 na zlecenie Tarchomina wykonano w sumie 871 prac. Nawiązano bezpośredni kontakt z 253 placówkami, kierowanymi przez 193 profesorów, 55 docentów i 15 innych pracowników nauki. Podobne kontakty nawiązano z 24 klinikami uczelni we-

ternaryjnych. W sumie lista współpracowników w okresie 21 lat zamyka się wykazem 277 osób.

Drugą ważną dziedziną pracy działu naukowej informacji były wydawnictwa ulotne (pocztówki, prospekty, broszury, foldery, kalendarze i plakat z okazji 150-lecia Tarchomina, 1823—1973) oraz wydawnictwa zwarte (dokumentacja, prace naukowe, filmy, kasety szkoleniowe i instrukcyjne). Wydawano je w zależności od ukazywania się prac klinicznych lub z konieczności rozwiązywania problemów (wprowadzenia nowego leku, problemu eksportu).

Poważnym wydarzeniem było wydanie w 1963 r. 9 tytułów Dokumentacji zawierających 37 prac. Łącznie w latach 1963—71 wydano 26 zeszytów (tytułów), w których wydrukowano 140 prac, objętości 726 stron w nakładzie 232 tys. egzemplarzy. Pozostałe wydawnictwa zwarte wydawane były od 1959 r. („O insulinie i jej preparatach stosowanych w Polsce” doc. dr J. Jeske) — średnio 6—7 tytułów rocznie.

Od 1970 r. nakładem Tarchomina ukazywały się średnio 24 tytuły rocznie. Było to wynikiem nawiązania kontaktów z autorami i konieczność rozwiązywania niektórych problemów w skali krajowej (np. leczenie cukrzycy, leczenie chorób wenerycznych). Łączny nakład druków zwartych wyniósł ponad 1 400 000 egzemplarzy objętości 9180 arkuszy. Są w tej liczbie takie masowe wydawnictwa jak „Poradnik dla pacjenta z cukrzycą” prof. dr J. Tatonia (cztery wydania w nakładzie 320 tys. egz.), „Tabelaryczny przegląd antybiotyków” prof. dr A. Michajlika (dwa wydania — 120 tys. egz.), „Insulina i jej krajowe preparaty” dr R. Kojera (50 tys. egz.), „Podstawy antybiotykoterapii” (prof. dr A. Danysz i prof. dr J. Jeljaszewicz), czy 5 zeszytów „Iconographia dermatologica” prof. dr R. Michałowskiego. Warto zaznaczyć, że „Poradnik dla pacjenta z cukrzycą” odegrał ogromną rolę w usprawnieniu leczenia cukrzycy, a przez prawidłowe dobranie dawki insuliny spowodował zmniejszenie jej zużycia w skali krajowej.

Dla potrzeb krajowych wydano 223 tytuły prospektów w języku polskim, w nakładzie blisko 8 milionów egz. oraz 517 tytułów dla celów eksportowych w językach: angielskim, francuskim, hiszpańskim, niemieckim, rosyjskim i suahili w wysokości ponad 2 miliony egz. W miesięczniku „Terapia i Leki” wydrukowano 107 różnych autorów, którzy stosowali leki produkowane przez Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne. W ramach dokumentacji wyprodukowano 22 filmy naukowe; po 1 filmie w latach: 1961, 69, 73, 74, 2 filmy w 1975 r., 10 filmów w 1976 r. i 6 w 1977 r., w 3 wersjach językowych: polskiej, angielskiej, rosyjskiej. Autorami scenariuszy byli: prof. T. Chrapowicki, doc. Z. Kaliciński, prof. F. Smolarek,

prof. D. Tyłman, dr hab. J. Luba, doc. W. Kwapiszewski i dr T. Kikta oraz prof. T. Orłowski. Film pt. Operacyjne leczenie choroby Hirschsprunga u dzieci, doc. Z. Kalicińskiego otrzymał 3 międzynarodowe nagrody. Filmy były wyświetlane na krajowych i międzynarodowych kongresach i popularyzowały polską naukę i polski przemysł farmaceutyczny.

W latach 1968—78 Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne zorganizowały 24 sympozja naukowe wspólnie z Sekcją Chemioterapii Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (8), PZH (3), AM Lublin, PAN Warszawa, AR w Warszawie, Lublinie, Wrocławiu, Polskim Towarzystwem Farmakologicznym, Polskim Towarzystwem Nauk Weterynaryjnych oraz własne w Bydgoszczy, Katowicach, Jeleniej Górze, Łomży, Wrocławiu, Poznaniu i w Warszawie. Tematami sympozjów były zagadnienia postępów w dziedzinie antybiotykoterapii, chemioterapii zakażeń układu moczowego, nowotworów, bakteryjnych zakażeń układu oddechowego, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz nowych leków (m.in. Carbenicillin, Colistin, Sefril, nowy antybiotyk HX, Reladorm). Moderatorami sympozjów byli: prof. J. Jeljaszewicz, prof. A. Danysz, prof. W. Kuryłowicz, prof. G. Staśkiewicz, doc. J. Meyza, doc. R. Sikorski, prof. J. Lutomski, prof. J. Mazurczak. Materiały każdego sympozjum zostały wydane drukiem i były udostępnione bezpłatnie zakładom naukowym i klinikom.

Łącznie w latach 1958—78 Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne wydały 1087 pozycji w nakładzie 12 728 000 egz.

	nakład w tys. egz.
223 tytuły druków ulotnych polskich	8 974 000
517 tytułów druków ulotnych obcojęz.	2 100 000
26 tytułów Dokumentacji	232 000
298 tytułów druków zwartych	1 421 000
22 filmy w 3 wersjach	100
1 kasetę nt. biofarmacji	900

Nie uwzględniono w zestawieniu takich pozycji jak wydawany od 1972 r. dwumiesięcznik „Przegląd Pediatryczny”, roczniki „Iconographia terapeutica” czy „Problemy Chirurgii Dziecięcej”. Warto też zaznaczyć, że wydana (PZWL 1975) monografia „Bimolekularne podstawy interakcji hormon—komórka” pod redakcją doc. dr. Al. Dawidowicza, została uznana za podręcznik akademicki. Wiele wydanych pozycji uzyskało wysokie oceny recenzentów, a wiele zainteresowało czytelników zagranicznych.

Z okazji 150 rocznicy założenia Tarchomińskich Zakładów Farmaceutycznych (1823—1973) z inicjatywy naukowej informacji zo-

stał wybity przez Mennicę Państwową pamiątkowy „Medal 150-lecia Tarchomina” według projektu art. rzeźb. Edwarda Gorola oraz medaliony Aleksandra Fleminga odkrywcy penicyliny oraz piękny album tegoż autora pt. „Medale lekarskie i farmaceutyczne”. Z tej okazji wydana została monografia T. Kikty pt. „Przemysł farmaceutyczny w Polsce 1823—1973”, która uzyskała wysokie uznanie i odbiła się echem również za granicą (Austria, Czechosłowacja, Jugosławia, USA, Węgry). Na wniosek kierownika działu naukowej informacji, Stołeczna Rada Narodowa nadała w 1965 r., w 10 rocznicę śmierci, nazwę ulicy Fleminga.

Przedstawiając na przykładzie Tarchomińskich Zakładów Farmaceutycznych pracę działów naukowej informacji, należy stwierdzić, że polski przemysł farmaceutyczny powinien ją kontynuować i rozwijać. Możliwości pracy i współpracy są bardzo szerokie, a korzyści niezaprzeczalnie wielkie dla lecznictwa i przemysłu.

REGULAMIN DLA AUTORÓW

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

- dydaktyki i wychowania
- działalności naukowej i leczniczo-usługowej
- wiadomości kronikarskich, historii medycyny i wzorców osobowych (sylwetki naszych uczonych)
- działalności społecznej
- 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 należy zaznaczyć miejsca, w których powinny być umieszczone rysunki i tabele.

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 linię 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 (maksymalnie do szerokości łamu tekstu, tj. 11,5 cm). Fotografie czarno-białe powinny być wykonane na gładkim i błyszczącym papierze fotograficznym. Ilustracje należy ponumerować 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). Należy również nadmienić, że praca nie była publikowana lub że maszynopis został złożony do innego (jakiego) czasopisma.

Maszynopis pracy powinien zawierać:

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

Materiały przekazywane Redakcji powinny być przez autora 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.

Kronika

UROCZYŚĆ W BELWEDERZE



Przewodniczący Rady Państwa PRL prof. H. Jabłoński wygłasza okolicznościowe przemówienie podczas uroczystości wręczenia nominacji profesorskich w Belwederze

FOTO: KAW

W dniu 5 maja br. Rada Państwa PRL na wniosek Prezesa Rady Ministrów przyznała szereg tytułów naukowych profesorów zwyczajnych i nadzwyczajnych. Na uroczystości w Belwederze przewodniczący Rady Państwa prof. Henryk Jabłoński wręczył dyplomy nominacyjne nowo mianowanym profesorom.

Tytuł profesora zwyczajnego nauk farmaceutycznych — Henryk Młoddecki z AM w Łodzi.

Tytuł profesora zwyczajnego nauk medycznych — Antoni Czernielewski z AM w Łodzi, płk Edward Waniewski z Centrum Kształcenia Podyplomowego WAM.

Tytuł profesora nadzwyczajnego nauk medycznych — Andrzej Brzecki z AM we Wrocławiu, Henryk Chlebus z AM w Warszawie, Zenon Dudziak z AM w Gdańsku — filia w Bydgoszczy, Jan Fibak z AM w Poznaniu, Kazimierz Gerkowicz z AM w Lublinie, Leszek Giec ze Śląskiej AM, Bolesław Gwóźdź ze Śląskiej AM, Jerzy Januszkiewicz z Pomorskiej AM, Tadeusz Januszko z AM w Białymstoku, Czesław Jeżyna z AM w Białymstoku, Gerard Jonderko ze Śląskiej AM, Maria Kamińska z AM w Gdańsku, Bogdan Kamiński z AM w Warszawie, Jan Knapowski z AM



Przewodniczący Rady Państwa PRL wręcza dyplom profesorski prof. dr hab. Bogdanowi Kamińskiemu

w Poznaniu, Jadwiga Koczocik-Przedpejska z AM w Poznaniu, Jadwiga Kopczyńska-Sikorska

z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, Julian Kornobis z AM we Wrocławiu, Stefan Koźmiński z AM we Wrocławiu, Bożydar Latkowski z WAM, Aleksander Majda z Instytutu Przemysłu Organicznego w Warszawie, płk Tadeusz Jan Mika z Centrum Kształcenia Podyplomowego WAM, Wiesław Nasilowski z Instytutu Hematologii w Warszawie, Jan Pokora z AM w Lublinie, Stanisław Pużyński z Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie, Genowefa Stachowska z AM w Gdańsku, Zbigniew Sternadel z AM w Warszawie, Marek Sych z AM w Krakowie, Jerzy Szczerbań z AM w Warszawie, Bruno Szczygieł z AM w Warszawie, Bogdan Szukalski z Instytutu Psychoneurologicznego, Ewa Szymaniak z AM w Białymstoku, Wik-



Pamiątkowe zdjęcie nowo mianowanych profesorów Warszawskiej AM. Stoją od lewej: prof. dr hab. Zbigniew Sternadel — kierownik I Kliniki Położnictwa i Ginekologii, prof. dr hab. Jerzy Szczerbań — z-ca dyrektora Instytutu Chirurgii, prof. dr hab. Bruno Szczygieł — kierownik Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej, prof. dr hab. Bogdan Kamiński — kierownik Zakładu Anestezjologii, prof. dr hab. Henryk Chlebuz — z-ca kierownika Kliniki Chorób Naczyn

tor Tymiański z AM w Gdańsku, Eugeniusz Wierzyński ze Śląskiej AM.

Po wręczeniu aktów nominacyjnych nowo mianowani profesorowie przyjmowali gratulacje i życzenia. (c-p)

DR H.C. W. RUDOWSKI W REDAKCJI „M—D—W”

W dniu 21 kwietnia br. odwiedził Redakcję naszą doktor honoris causa warszawskiej Akademii Medycznej prof. dr hab. med. Witold Rudowski. Wizyta miała charakter kurtuazyjny. Podtrzymywanie dobrych obyczajów to nie tylko podnoszenie rangi kontaktów międzyludzkich — podkreślił podczas rozmowy prof. W. Rudowski — to również przykład wychowawczy, który coraz szerzej znajduje aprobatę młodzieży studenckiej, która formy i styl bycia retro akceptowała w pełni.

Nasz Gość interesował się działalnością Redakcji, stwierdził, że czasopismo nasze szczególnie w ciągu ostatnich dwóch lat znacznie podniosło poziom ogólny, zamieszcza coraz więcej bardzo ciekawych artykułów, dlatego pożądaną jest zwiększenie nakładu, by pismo to znalazło się w rękach wszystkich nauczycieli akademickich uczelni medycznych w kraju. „Podtrzymujcie w dalszym ciągu dydaktyczno-wychowawczy profil pisma, ale niech Redakcja nie czyni tego kosztem materiałów historycznych i kronikarskich z bieżących dni, tworzących równie ciekawą historię współczesnego nauczania medycyny — kształcenia nowoczesnych lekarzy”.

Krótką wizyta nie wyczerpała oczywiście wielu spraw, o których chcieliśmy porozmawiać z wybitnym polskim uczonym, ale otworzyła drogę do następnych spotkań. (c-p)

LIST DO REDAKCJI

Rada Zakładowa Zw. Zaw. PPiS
przy Biurze Planowania
i Rozwoju Warszawy
RZ/139/79

Akademia Medyczna
Doc. dr Jerzy SZCZERBAŃ
w miejscu ul. Banacha

Dyrekcja Biura Planowania i Rozwoju Warszawy wraz z Radą Zakładową pragnie gorąco podziękować Panu Docentowi za Jego osobisty wkład w udzielenie pomocy i troskliwej opieki, którą została otoczona nasza Koleżanka Anna Syska w szpitalu Akademii Medycznej.

Żywimy nadzieję, że zastosowana terapia oraz życzliwy stosunek personelu szpitala do naszej koleżanki umożliwią jej szybki i trwały powrót do zdrowia i działalności zawodowej.

Proszę przyjąć w imieniu wszystkich pracowników Biura serdeczne podziękowania i wyrazy sympatii.

(—) A. Kowalewski
H. Pawlak

Do wiadomości:

Redakcja „Kuriera Polskiego”.
Redakcja „Medycyna—Dydaktyka—
Wychowanie”

XVIII ZAWODY PŁYWACKIE O PUCHAR JM REKTORA AM W WARSZAWIE

Imprezą, która cieszy się w naszej uczelni największą popularnością i ma najdłuższą historię, są zawody pływackie o przechodni puchar ufundowany przez JM Rektora.

Ta wspólna zabawa ma już 17-letnią tradycję i stale zyskuje na popularności. Z poziomem bywa różnie i tak musi być, skoro zaproszenie do startu kieruje się przy tej okazji do wszystkich studentów i pracowników naukowo-dydaktycznych uczelni. W zawodach startują reprezentacje wszy-



Absolwent AM — lek. med. Leszek Marmurowicz odbiera z rąk dziekana I Wydziału Lek. doc. dr hab. B. Szczygła nagrodę za zwycięstwo

stkich lat studiów ze wszystkich wydziałów.

Regulamin zawodów przewiduje zdobycie na własność tego cennego trofeum przez rocznik, który trzy razy z rzędu zdobędzie pływackie mistrzostwo uczelni. W 17-letniej historii tej imprezy zdarzyło się to tylko jeden raz — puchar na własność zdobył III rok Wydziału Lekarskiego w roku akad. 1975/76.

W XVIII zawodach, które odbyły się 8 kwietnia 1979 r. na pływalni w Pa-

łacu Kultury i Nauki puchar (po raz drugi z rzędu) zdobył II rok I Wydziału Lekarskiego, wyprzedzając rok I i rok III. Jeśli ten sam zespół wygra rywalizację w następnym roku — zdobędzie puchar na własność. Zwycięski zespół wygrał 7 konkurencji (na 14 rozegranych), w tym wszystkie konkurencje kobiece. Dużą w tym zasługą najlepszej zawodniczki zawodów — studentki Joanny Kiprian.

Po zakończeniu części sportowej odbył się występ sekcji pływania artystycznego działającej przy Pałacu Młodzieży w Warszawie, który wywołał zachwyt licznie zgromadzonej widowni.

Oprócz studentów wszystkich wydziałów, którzy dopingowali startujących, zawody zaszczytli swoją obecnością: prorektor ds. dydaktyczno-wychowawczych — prof. dr hab. med. Leszek Kryst, dziekan I Wydziału Lekarskiego — doc. dr hab. med. Bruno Szczygieł, dziekan II Wydziału Lekarskiego — prof. dr hab. med. Ryszard Rajszyś, dziekan Wydziału Farmacji — prof. dr hab. med. Jerzy Chodkowski, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciele Zarządu Głównego i Zarządu Środowiskowego AZS, pracownicy dydaktyczni naszej uczelni i innych uczelni warszawskich. Imprezę przygotowali i przeprowadzili pracownicy Studium Wychowania Fizycznego i Sportu i członkowie KU AZS naszej uczelni.

mgr Jerzy Rudzik

§ INFORMACJE PRAWNE

Opracował:

mgr Stanisław Zawarczyński
radca prawny AM w Warszawie

OCHRONA ZDROWIA

- zasady i tryb dokonywania wpisu grup w dokumentach
- wykaz jednostek uprawnionych do wydawania ocen, opinii oraz ustanawiania rzeczoznawców
- poprawa opieki medyczno-socjalnej nad weteranami ruchu robotniczego
- wystawianie recept
- opłaty za pobieranie od krwiodawców preparatów komórkowych
- analiza zgonów dzieci z powodu biegunek zakaźnych i zapalenia płuc.

WYNAGODZENIE ZA PRACĘ

- zasady przyznawania dodatku specjalnego
- zasady przyznawania dodatku za pracę zmianową

ZATRUDNIENIE

- ustalanie okresów pracy uprawniających do nagrody jubileuszowej
- obszary, na których występuje niedobór kadr medycznych

UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE

- zasady obliczania zasiłków z ubezpieczenia społecznego
- wykładnie przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym

SZKOLENIE

- stypendia specjalizacyjne

RÓŻNE

- statut Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej

OCHRONA ZDROWIA

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2.VIII.1978 r. w sprawie zasad i trybu dokonywania wpisu grup krwi w dokumentach (MP nr 28, poz. 28).

Wyniki badań serologicznych grup krwi w zakresie układu AB0 i Rh, wpisuje się do dowodów osobistych, tymczasowych dowodów osobistych i tymczasowych zaświadczeń tożsamości.

Badania oraz wpisy dokonują:

- 1) wojewódzkie stacje krwiodawstwa,
- 2) szpitale oraz jednostki kliniczne (działy, kliniki) wchodzące w skład medycznej szkoły wyższej lub medycznego instytutu naukowo-badawczego,
- 3) inne zakłady służby zdrowia upoważnione przez dyrektora wojewódzkiej stacji krwiodawstwa,
- 4) zakłady wojskowej służby zdrowia upoważnione przez szefów służby zdrowia okręgów wojskowych (równorzędnych).

Wpisów mogą dokonywać osoby mające odpowiednie przeszkolenie, stwierdzone zaświadczeniem wydanym przez dyrektora stacji krwiodawstwa, wydanym na wniosek kierownika zakładu służby zdrowia, w którym osoba ta jest zatrudniona.

Wyniki badania grup krwi wpisuje się do dokumentu osobistego w miejscu przeznaczonym na adnotację, używając stempla według wzoru:

Nazwa zakładu

Grupa krwi, ABO, Rh

Uwagi

Data badania

Podpis i pieczęć osoby stwierdzającej prawidłowość wpisu

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3.III.1978 r. w sprawie ustalenia wykazu jednostek organizacyjnych resortu zdrowia i opieki społecznej, uprawnionych do wydawania ocen i opinii (Dz. Urz. MZiOS nr 7, poz. 17).

Zarządzenie ustala wykaz jednostek organizacyjnych uprawnionych do wydawania ocen i opinii oraz ustanawiania rzeczoznawców na potrzeby organów administracji państwowej, jednostek gospodarki uspołecznionej, organów kontroli, ścigania i arbitrażu.

W zakresie medycyny sądowej taką jednostką jest Akademia Medyczna Zakład Medycyny Sądowej, Warszawa, ul. Oczki 1. Omówione zarządzenie nie zwalnia Akademii Medycznej od obowiązku wydawania opinii na żądanie sądów.

Wytyczne Ministrów Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Spraw Wewnętrznych z dnia 27.IV.1978 r. w sprawie poprawy opieki medyczno-socjalnej nad weteranami ruchu robotniczego (Dz. Urz. MZiOS nr 9, poz. 23).

Wytyczne ustalają m.in. zasady, że weterani ruchu robotniczego są uprawnieni do korzystania w pełnym zakresie ze świadczeń profilaktyczno-leczniczych zarówno zakładów służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, jak i jednostek organizacyjnych resortu zdrowia i opieki społ.

Weteranowi ruchu robotniczego udostępnia się wszystkie świadczenia profilaktyczno-lecznicze poza obowiązującą kolejnością. Udzielone świadczenia należy odnotować w książeczce zdrowia weterana ruchu robotniczego.

Instrukcja Nr 8/78 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6.XII.1978 r. zmieniająca instrukcję w sprawie recept wystawianych przez zakłady społeczne służby zdrowia (Dz. Urz. MZiOS nr 19, poz. 54).

Cytowana wyżej instrukcja, wprowadziła w instrukcję Nr 7/76 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15.VI.1976 r. w sprawie recept wysta-

wianych przez zakłady społeczne służby zdrowia (Dz. Urz. MZiOS z 1976 r. nr 14, poz. 40 zm. 1978 r. nr 12, poz. 31) następującą zmianę:

W razie potrzeby dłuższego stosowania leku lub podawania go w większych dawkach, wolno zapisywać leki wymienione w urzędowym spisie i Wykazie Leków Pozalekospisowych w ilości do dwóch opakowań z wyjątkiem leków psychotropowych, przeciwpadaczkowych, środków odurzających, leków zawierających środek odurzający i leków wymienionych w załączniku nr 2 do instrukcji.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.XI.1978 r. w sprawie ustalenia opłat za preparaty komórkowe pobierane od krwiodawców przy zastosowaniu zabiegów trombo i leukoferez (Dz. Urz. MZiOS nr 20, poz. 57).

Krwiodawcy, którzy poddali się zabiegom trombo i leukoferezy przy użyciu separatora otrzymują ekwiwalent pieniężny w następującej wysokości:

- 1) za pierwszy cykl zabiegu — 300 zł,
- 2) za każdy następny cykl — 100 zł,
- 3) za każdy 1 mililitr preparatu płytkowego lub leukocytarnego — 15 zł.

Instrukcja nr 10/78 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22.XII.1978 r. w sprawie analizy przyczyn zgonów dzieci z powodu biegunek zakaźnych i zapalenia płuc (Dz. Urz. MZiOS nr 20, poz. 58).

Wymieniona na wstępie instrukcja nałożyła obowiązek na wszystkie jednostki służby zdrowia udzielające świadczeń zapobiegawczo-leczniczych do przesłania pełnej dokumentacji lekarskiej oraz odpisu karty zgonu w każdym przypadku zgonu dziecka w wieku od 0 do 12 miesięcy z powodu niżej wymienionych chorób według Międzynarodowej Kwalifikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, a mianowicie:

- 1) biegunki zakaźnej (Nr 008 i 009)
- 2) innych stanów przebiegających z biegunkami (Nr 270, 273, 473, 561, 563 i 569)
- 3) zapalenia płuc (Nr 480—486)
- 4) grypy z zapaleniem płuc (Nr 471)
- 5) odmy samorodnej (Nr 512)
- 6) ropienia płuc (Nr 513)
- 7) rozstrzeni oskrzeli (Nr 518).

Pełną dokumentację lekarską, tzn. historię choroby, karty gorączkowe wraz z kartami zleceń leków i żywienia, wyniki badań pomocniczych, skierowanie, protokół sekcyjny, jeżeli zwłoki zostały poddane sekcji itp. oraz odpis karty zgonu, należy w ciągu dwóch tygodni od dnia zgonu dziecka, przypadku biegunki zakaźnej lub innych stanów przebiegających z biegunkami przesłać do Instytutu Matki i Dziecka — Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Kobiet, Dzieci i Młodzieży, 01-211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17, a w pozostałych wypadkach do Oddziału Terenowego Instytutu Matki i Dziecka — Zakład Epidemiologii i Organizacji Pneumonologii, 34-410 Rabka, ul. Parkowa 2.

WYNAGRODZENIE ZA PRACĘ

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.XI.1978 r. w sprawie szczegółowych zasad i wysokości przyznawania dodatku specjalnego pracownikom działalności podstawowej (Dz. Urz. MZiOS nr 19, poz. 50).

Zarządzenie jest aktem wykonawczym do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27.XI.1978 r. w sprawie uposażenia pracowników zakładów społecznych służby zdrowia, zakładów pomocy społecznej i zakładów rehabilitacji zawodowej inwalidów (Dz.U. nr 28, poz. 120).

W zarządzeniu Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ustalił wysokość dodatku specjalnego, który może być przyznany pracownikom działalności podstawowej, a więc lekarzom, lekarzom denty stom, farmaceutom i innym pracownikom medycznym z wyższym wykształceniem, pielęgniarkom,

położnym, felczerom oraz pracownikom niższego personelu działalności podstawowej. Ponadto ustalone zostały zasady, w jakich warunkach dodatek ten może być przyznany.

Przyznany raz dodatek specjalny może być podwyższony, obniżony lub cofnięty bez potrzeby dokonywania jego wypowiedzenia. Decyzję w sprawie przyznania, podwyższenia lub cofnięcia dodatku specjalnego, podejmuje kierownik zakładu po zasięgnięciu opinii rady zakładowej.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.XI.1978 r. w sprawie zasad przyznawania dodatku za pracę zmianową (Dz. MZiOS nr 19, poz. 51).

Zarządzenie to, podobnie jak omówione wyżej zarządzenie ustala zasady przyznawania dodatku za pracę zmianową dla pracowników zakładów służby.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.XI.1978 r. w sprawie rodzajów dyżurów zakładowych oraz zasad wynagradzania za te dyżury i za gotowość do pracy (Dz. Urz. MZiOS nr 19, poz. 52).

Wymienione zarządzenie jako podstawową formę dyżurów zakładowych, wprowadza dyżury ogólnozakładowe. Uzupełniającą formą dyżurów zakładowych mogą być: dyżury oddziałowe lub dyżury w izbie przyjęć. Dyżur ogólnozakładowy może być pełniony przez jednego lekarza (wówczas może obejmować również izbę przyjęć) albo zespół dyżurujący. W skład zespołu wchodzi dwóch lub więcej lekarzy. W skład zespołu mogą wchodzić inni pracownicy medyczni z wyższym wykształceniem. W szpitalach ogólnych w skład zespołu dyżurującego powinni wchodzić lekarze będący specjalistami w dziedzinie zabiegowej, zachowawczej i anestezjologii. W zależności od potrzeb niektórych członkowie zespołu dyżurującego mogą pełnić dyżury tylko w określonych godzinach. Zespołem dyżurującym kieruje wy-

znaczony lekarz z II^o specjalizacji, który jest odpowiedzialny za prawidłową pracę zespołu.

Dyżur oddziałowy może być pełniony jedynie w oddziale: położniczo-ginekologicznym, noworodkowym, pediatrycznym i intensywnej terapii, pod warunkiem, że oddział liczy co najmniej 4 łóżka. Poza wymienionymi oddziałami, pełnienie dyżuru oddziałowego jest dopuszczalne tylko po uzyskaniu zgody jednostki zwierzchniej nad danym zakładem, w przypadku szpitali klinicznych za zgodą uczelni.

Omówione zarządzenie ustala zasady tzw. gotowości do pracy oraz wysokość wynagrodzenia za pełnienie dyżuru.

ZATRUDNIENIE

Uchwała nr 138 Rady Ministrów z dnia 22.IX.1978 r. w sprawie ustalenia okresów pracy i innych okresów uprawniających do nagrody jubileuszowej oraz zasad jej obliczania (MP nr 35, poz. 132).

Przepisy uchwały stosuje się przy ustaleniu okresów pracy oraz innych okresów, od których zależy nabycie prawa do nagrody (gratyfikacji) jubileuszowej.

I tak do okresu pracy uprawniającego do nagrody wlicza się, bez względu na przerwy w zatrudnieniu:

1) okresy zatrudnienia w uspołecznionych zakładach pracy, w których przepisy o nagrodach obowiązują lub obowiązywały w okresie zatrudnienia pracownika,

2) okresy zatrudnienia w uspołecznionych, nie istniejących już zakładach pracy, jeżeli przepisy o nagrodach obowiązywały w danym zakładzie lub obowiązują obecnie w zakładach pracy podobnego rodzaju (branży, gałęzi gospodarki),

3) okresy pracy w prywatnych zakładach pracy, które zostały upaństwowione lub przejęte przez uspołecznione zakłady pracy,

4) pracę za granicą w razie repatriacji,

5) pracę na warunkach umowy agencyjnej lub umowy zlecenie.

Dalej do okresu pracy uprawniającego do nagrody wlicza się następujące okresy przypadające po II wojnie światowej:

1) czynnej służby wojskowej,

2) służby wojskowej w armii ZSRR,

3) służby w organach bezpieczeństwa publicznego, milicji obywatelskiej i służby więziennej.

Ponadto uchwała wymienia okresy przerw w zatrudnieniu przypadające po wyzwoleniu, zaliczane do okresu pracy uprawniającego do nagrody, a także okresy przed II wojną światową oraz w czasie II wojny światowej.

Uchwała wyraźnie precyzuje, że do okresu zatrudnienia nie wlicza się okresów zatrudnienia zakończonych rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika oraz wygaśnięcia stosunku pracy wskutek porzucenia pracy.

Uchwała wprowadziła do obowiązującego stanu prawnego w tym zakresie korzystną zmianę dla pracowników. Pracownikowi, z którym rozwiązanie pracy nastąpiło z powodu przejścia na emeryturę lub rentę inwalidzką w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową albo na rentę inwalidzką I lub II grupy z innych przyczyn niż wypadek przy pracy lub choroba zawodowa — pracownikowi, któremu do nabycia prawa do nagrody brakuje mniej niż 12 miesięcy, licząc od dnia rozwiązania stosunku pracy, nagrodę wypłaca się już w dniu rozwiązania stosunku pracy.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1980 r.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20.III.1978 r. w sprawie określenia obszarów, na których występuje niedobór kadr medycznych (Dz. U. MZiOS nr 8, poz. 18).

Za obszary, na których występuje niedobór kadr medycznych, uznano następujące województwa: białopodlaskie, chełmskie, ciechanowskie, częstochowskie z wyłączeniem miasta

Częstocowy, elbląskie z wyłączeniem miasta Elbląga, jeleniogórskie, kaliskie z wyłączeniem miasta Kalisza, katowickie z wyłączeniem miast: Katowice, Bytom, Gliwice i Zabrze, konińskie, krośnieńskie, leszczyńskie, łomżyńskie, ostrołęckie, pilskie, piotrkowskie z wyłączeniem miasta Piotrkowa Trybunalskiego, plockie z wyłączeniem miasta Płocka, przemyskie, radomskie z wyłączeniem miasta Radomia, siedleckie, słupskie z wyłączeniem miasta Słupska, suwalskie, tarnobrzeskie, tarnowskie, zamojskie.

Komunikat o zmianie w przepisach ustalających dla nauczycieli akademickich wymiar obowiązkowych zajęć w zakresie prac naukowo-badawczych (Dz. Urz. MZiOS nr 8, poz. 20).

Komunikat podaje, że powołane w zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2.XII.1975 r. w sprawie ustalenia wymiaru obowiązkowych zajęć w zakresie prac naukowo-badawczych dla nauczycieli akademickich akademii medycznych (Dz. Urz. MZiOS nr 23—24, poz. 83) — Zarządzenie nr 15 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 18. VI.1975 r. w sprawie ustalenia dla nauczycieli akademickich wymiaru obowiązkowych zajęć w zakresie prac naukowo-badawczych (Dz. Urz. MNSz WiT nr 8, poz. 40) zostało znowelizowane w § 2 zarządzenia nr 45 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 30.VII.1976 r. (Dz. Urz. MNSzWiT nr 10, poz. 31). Nowelizacja ta polega na wprowadzeniu przelicznika 1 godziny zajęć dydaktycznych na 2 godziny prac naukowo-badawczych.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.XI.1978 r. w sprawie określenia kwalifikacji uznanych za równorzędne z posiadaniem specjalizacji I i II stopnia (Dz. Urz. MZiOS nr 19, poz. 53).

Zarządzenie to dotyczy znacznej liczby pracowników z innym niż medyczne wyższym wykształceniem za-

trudnionych w placówkach służby zdrowia na stanowiskach zaliczanych do działalności podstawowej.

Za kwalifikacje uznane za równorzędne z posiadaniem specjalizacji I stopnia uważa się:

1) zatrudnienie przez okres co najmniej 3 lat po uzyskaniu wyższego wykształcenia w opiece zdrowotnej oraz odbycie przeszkolenia specjalistycznego zapewniającego dobrą znajomość danej dziedziny mającej trwałe zastosowanie w podstawowej działalności zakładów służby zdrowia, albo 2) zatrudnienie przez okres co najmniej 5 lat po uzyskaniu wyższego wykształcenia w opiece zdrowotnej, w tym nie mniej niż 3 lata na stanowisku wymagającym dobrej znajomości danej dziedziny mającej trwałe zastosowanie w podstawowej działalności zakładów służby zdrowia.

Za kwalifikacje uznane za równorzędne z posiadaniem specjalizacji II stopnia — uważa się: zatrudnienie przez okres co najmniej 7 lat w zakładach służby zdrowia i odbycie odpowiedniego przeszkolenia lub 10 lat, w tym co najmniej 5 lat na stanowisku wymagającym wybitnej znajomości dziedziny wiedzy mającej trwałe zastosowanie w działalności podstawowej zakładów służby zdrowia.

Ocena szkolenia specjalistycznego należy do dyrektora zakładu, który w razie wątpliwości zobowiązany jest zasięgnąć opinii właściwego specjalisty wojewódzkiego lub regionalnego.

UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27.XI.1978 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad obliczania zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz pokrywania wydatków na te zasiłki (Dz. U. nr 28, poz. 121).

W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 24.X.1975 r. w sprawie zasad obliczania zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz pokrywania wydatków na te zasiłki (Dz. U. z 1975 r. nr 35, poz. 193, z 1976 r. nr 40, poz. 237

i 1978 r. nr 23, poz. 105), wprowadza się m.in. następujące zmiany:

Podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego stanowi pełne wynagrodzenie, z wyjątkiem składników wynagrodzenia nie mających charakteru stałego, wymienionych w załączniku nr 2 do tego rozporządzenia. Dalej wynagrodzenie za dyżury zakładowe pełnione przez pracownice medyczne wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego w przeciętnej miesięcznej jego wysokości osiągniętej w okresie zatrudnienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy kalendarzowych przed miesiącem, w którym powstało prawo do zasiłku.

Zasady te, które obowiązują od 1. XII.1978 r., stosuje się również przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku pogrzebowego.

Uchwała Rady Państwa z dnia 5.X. 1978 r. w sprawie ustalenia wykładni przepisów ustawowych o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (MP nr 33, poz. 123).

Rada Państwa ustaliła następującą wykładnię przepisów ustawowych o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin:

Przepis art. 9 ust. 1 ustawy o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin stanowiący, że za okresy równorzędne z okresami zatrudnienia uważa się okresy pobierania zasiłków z ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby, dotyczy również okresów pobierania renty chorobowej wprowadzonej ustawą z dnia 17.XII.1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Renta chorobowa stanowi bowiem świadczenie umożliwiające kontynuację procesu leczenia po wyczerpaniu zasiłków chorobowych bez potrzeby uznawania pracownika za inwalidę. Toteż pod względem swego celu jest ona równorzędna z zasiłkiem chorobowym.

SZKOLENIE

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20.I.1978 r. zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia dla celów stypendialnych wykazu specjalności szczególnie deficytowych (Dz. Urz. MZiOS nr 2, poz. 5).

Cytowane zarządzenie wprowadziło w załączniku do zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z grudnia 1973 r. następujące zmiany:

1. podwyższone zostało stypendium specjalizacyjne do kwoty 3.500.— zł. dla lekarzy podejmujących specjalizację wymienioną w załączniku do zarządzenia z grudnia 1973 r.

2. wysokość stypendium specjalizacyjnego dla lekarzy mających stałe miejsce zamieszkania i zatrudnienie Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk, Katowice, Koszalin, Kraków, Lublin, Łódź, Olsztyn, Opole, Poznań, Rzeszów, Szczecin, Warszawa, Wrocław i Zielona Góra — wynosi 2.500.— zł. niezależnie od specjalności, w jakiej podjęli specjalizację.

RÓŻNE

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12.IX.1978 r. w sprawie nadania statutu Instytutowi Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni (Dz. Urz. MZiOS nr 16, poz. 43).

Statut określa m.in. następujące zadania Instytutu:

1) prowadzenie badań z zakresu ochrony zdrowia marynarzy, rybaków, pracowników portów, pracowników żeglugi śródlądowej oraz pracowników przemysłu związanego z gospodarką morską,

2) prowadzenie badań nad fizjologią i patologią osób zatrudnionych przy pracach podwodnych,

3) prowadzenie badań nad higieną osób zatrudnionych w tropiku,

4) prowadzenie badań w zakresie rozpoznawania epidemiologii i immunologii inwazji pasożytniczych, zakażeń bakteryjnych i wirusowych, mających szczególne znaczenie w tropiku i transporcie międzynarodowym.

CONTENTS

Editorial	193
<i>Julian Aleksandrowicz</i>	
Reflections of a Teacher of Medicine	197
<i>Irena Heszen-Klemens, Elżbieta Łapińska, Maria Nowakowska</i>	
The Doctor—Patient Relationship, its Psychological Determination and Consequences (a Research Project)	207
<i>Piotr Tyszko, Jacek Putz</i>	
The Place of Health Care Organization in the Curriculum	215
<i>Wincenty Klimczak</i>	
Latin Proverbs and Maxims as a Subject of a Competition	220
<i>Miron Paciorkiewicz</i>	
Doctor Honoris Causa Joseph Shellard	224
<i>Janina Galasińska-Landsbergerowa</i>	
The Surviving Department of Pre-War Warsaw Academy of Dentistry during the Nazi Occupation	229
<i>Mirosława Głowacka-Ruszczak, Stanisław Palczewski</i>	
Medical Institution Prototypes in Social Activities of Doctors	236
<i>Stanisław Szpilczyński</i>	
The Origins of Medical Societies in Poland	243
<i>Tadeusz Bilikiewicz</i>	
Participation of Non-Physicians in the Health Services	249
<i>Zdzisław Rajkowski</i>	
Introduction of the Clinical Pharmacy Thesaurus	256
<i>Paweł Krych</i>	
„Interpharm 79”	261
<i>Leszek Tomaszewski</i>	
Alcoholism as a Factor Hindering Education	266
<i>Teodor Kikta</i>	
Scientific Information at Tarchomin Pharmaceutical Works	270
Chronicle	279
Legal Information	283

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor naczelny

prof. dr hab. med. BOGDAN KAMIŃSKI

Sekretarz redakcji

i redaktor techniczny

mgr JERZY CELMA-PANEK

Redaktorzy działów:

doc. dr hab. farm. BOŻENA GUTKOWSKA

dr n. hum. JANUSZ KAPUŚCIK

Członkowie:

prof. dr hab. WIESŁAW TYSAROWSKI, doc. dr hab. JAN KOPCZYŃSKI,

doc. dr hab. ANDRZEJ BUDKIEWICZ, dr hab. ANDRZEJ KARWOWSKI

Korekta

MAŁGORZATA STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI

00-105 Warszawa, ul. Twarda 6

Sekretariat i Administracja Redakcji czynne:

wtorki i czwartki w godz. 9—15

telefony:

Redaktor naczelny: 21-73-05

Sekretarz redakcji: 20-81-44; 35-55-32

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

02-032 Warszawa, ul. Filtrowa 30

WARUNKI PRENUMERATY

Cena prenumeraty rocznej 80.— 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. 20.— zł.

ISSN 0137-6543
