

MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ



WARSZAWA 1981

ISSN 0137-6543

ROK XIII NR 1

SPIS TRESCI

OD REDAKCJI	1
<i>Józef Bogusz</i>	
Niektóre zagadnienia wychowawcze	2
<i>Marian Wróblewski</i>	
Samokontrola i kontrola w procesie studiowania	8
<i>Leszek Kryst</i>	
Aktualne kierunki programu dydaktyczno-wychowawczego	19
<i>Jerzy Golański, Bolesław Kuzaka, Jerzy Wąsik</i>	
Nauczanie urologii — stan obecny, propozycje	22
<i>Aleksander Drygas</i>	
Apteki w Polsce Ludowej	26
<i>Izabella Głowacka, Aleksander Tulczyński</i>	
Wpływ T. Percivala na kształtowanie deontologii w USA	42
SYLWETKI NASZYCH UCZONYCH	
<i>Miron Paciorkiewicz</i>	
Doktor med. Józef Polak	48
<i>Jan Masłowski</i>	
Antoni Kępiński — metodyk i dydaktyk	55
<i>Alfred Siciński</i>	
Oddział Wewnętrzny ONB w Ciechocinku	63
<i>Jerzy Rudzik</i>	
Działalność Studium WFiS AM w Warszawie	66
WYBRANE PRACE NAUKOWE	75
KRONIKA	79
RECENZJE	
<i>Bogdan Kamiński</i> — „English in medicine”, J. Ciecierska, B. Jenike, K. Tudruj	82
<i>Miron Paciorkiewicz</i> — „Medycyna jako wiedza i system działań” B. Uramowska-Żyto	84
<i>Jerzy Celma-Panek</i> — „Mury cytadeli. Doktor Karol S.”, M. Łyska- nowski	86
<i>Krzysztof Pierzchlewski</i> — „Wyrok”, H. Knief	88



Choć nie z własnej winy, przepraszamy PT. Prenumeratorów i Czytelników naszego kwartalnika za nieregularne ukazywanie się ostatnich numerów „M—D—W”. Od jesieni 1980 r. drukarnia — Zakład nr 2 „Tamka” w Warszawie — z którą od kilku lat łączyły nas, rzecz można, przyjacielskie układy, wypowiedziała nam, bez żadnego uzasadnienia, a więc wbrew dobrym zwyczajom — współpracę. Nr 4/XII, który powinien zostać przekazany do kolportażu w grudniu ub. roku, wyszedł z druku dopiero w połowie lutego br. Zmuszeni więc zostaliśmy szukać pomocy u dobrych ludzi. Przyszedł nam z pomocą prezes GUS — prof. dr hab. Wiesław Sadowski i dyrekcja Zarządu Wydawnictw i Drukarni GUS, za co serdecznie Im dziękujemy.

Numer niniejszy, choć przekazany do druku później niż poprzedni znajdzie się w rękach Czytelników wcześniej. Stąd też materiały kronikarskie w n-rze 1 i 2 „M—D—W” nie zachowują kolejności czasowej. Nie zdążyliśmy również zamieścić, choć pragnęliśmy, nadrobić opóźnienia, fotoreportażu z nadania dyplomów lekarskich absolwentom I i II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, która to uroczystość odbyła się w dniu 19.I.1981 r. w Sali Kongresowej PKiN.

Materiały te zostaną wydrukowane w numerze 2/XIII, w którym zamieścimy także referaty oraz wypowiedzi dyskusyjne z konferencji poświęconej problemowi oddziaływania osobowości nauczyciela akademickiego na adeptów medycyny, zorganizowanej przez naszą redakcję w dniu 23. X. 1980 r.

Wobec pewnych perturbacji z prenumeratą, jaka miała miejsce w końcu ub. roku, nie wszyscy nasi dotychczasowi prenumeratorzy zdolali zaprenumerować kwartalnik nasz na rok bieżący. Uprzejmie preto prosimy, by w przypadkach napotykanym trudności, zamówienia na rok 1981 zgłaszali wprost pod adresem Administracji kwartalnika: 00-105 Warszawa, ul. Twarda 6.

prof. dr hab. Józef Bogusz
Akademia Medyczna w Krakowie

NIKTÓRE ZAGADNIENIA WYCHOWAWCZE

Analiza powikłań i przyczyn zgonów

Do bardzo ważnych elementów kształcenia i wychowywania młodych lekarzy, zwłaszcza na oddziałach operacyjnych, tym samym do kształtowania właściwych stosunków między lekarzami, należy omawianie i analiza powikłań, zwłaszcza pooperacyjnych oraz przyczyn zgonów na podstawie objawów klinicznych zestawionych z wynikami sekcji zwłok i badań histopatologicznych.

Należy zauważyć z ubolewaniem, że ten dobry, ważny obyczaj — a nawet należałoby go mocniej określić: obowiązek — bywa niekiedy zaniedbywany. Przez codzienne, bieżące omawianie na rannych raportach czyli odprawach lekarskich trudnych, złożonych przypadków chorobowych, przez obiektywną, rzeczową analizę powikłań, ewentualnych błędów w rozpoznaniu czy leczeniu — w myśl starej zasady „*errando discimus*” — przez spoglądanie prawdzie w oczy czyni się właściwe postępy w trudnym zdobywaniu doświadczenia lekarskiego. Wszystko to odbywa się w gronie wewnętrznym, bez wynoszenia na zewnątrz, bez obmawiania wzajemnego kolegów na zewnątrz, a jedynie w celu obiektywnego wyjaśnienia sprawy. Nie jest to na pewno zadanie łatwe, niekiedy bywa przykre i gorzkie. Ale jest jednocześnie najlepszą, choć twardą szkołą. Wymaga nieraz samokrytyki. Jeśli szef oddziału sam w czasie tych codziennych sprawozdań wobec siebie stosuje te same rygory samokrytyki w razie swoich własnych błędów — a któż ich nie czyni! — na pewno w ten sposób ułatwi uzyskanie właściwej postawy młodszym współpracownikom. Z drugiej strony — otwarte, szczere, choć niekiedy bolesne, omawianie powikłań i przyczyn zgonów zapobiega różnym, jakże szkodliwym, niedomówieniom, szeptom po kątach, plotkom, skąd prosta droga do wrogiej obmowy, mszczącej się zarówno na tych, którzy szerzą nieraz fałszywe, przesadzane, pełne osobistej animozji wiadomości, niszczące harmonię współzycia zespołu, tak ważną w prawidłowym spełnianiu trudnej pracy.

Ostre dyżury

Wielką szkołą deontologii lekarskiej jest pełnienie ostrych dyżurów zarówno na oddziałach operacyjnych, jak i nieoperacyjnych. Można by śmiało powiedzieć, że jeden całodobowy ostry dyżur chirurgiczny daje nieraz więcej, niż kilka tygodni pracy uregulowanej, bez ostrych dyżurów. Wykształca się bystrość i ostrość spostrzegania, gotowość i sprawność udzielania najszybszej pomocy, a także poczucie odpowiedzialności. Przy tym chodzi tu o bezpośrednie zetknięcie się z tą odwrotną stroną życia, jaką są oddziały chirurgiczne, np. w czasie pięknej pogody, gdy świat raduje się życiem, a tu zwozi się ofiary najcięższych wypadków komunikacyjnych, a jednocześnie także ostre przypadki brzuszne, jak przedziurawienie wrzodu żołądka, niedrożność przewodu pokarmowego, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego itd. Prawdziwe to krzywe zwierciadło życia. Gdy po wytężonej pracy bez zmrużenia oka przez pełne 24 godziny, jeden z dyżurnych chirurgów zdaje sprawozdanie w czasie porannej odprawy i widać jego zmęczoną, wyszarzałą twarz, nasuwają się nieodparcie słowa Adama Mickiewicza z III części „Dziadów”: *„Schudł, szerniał i ospetniał, ale jakoś dziwnie wyszlachetniał”*. Ale ileż to, i jak wielkiego uczucia szczęścia doznać może tenże właśnie zmęczony chirurg, gdy udało mu się uratować życie przez operację chorego z przedziurawionym wrzodem żołądkiem, przez rozwiązanie trudnego przypadku niedrożności przewodu pokarmowego, czy przez uratowanie człowieka z groźby śmiertelnego krwotoku z powodu pęknięcia śledziony po wypadku samochodowym!

Jest to na pewno służba lekarska bardzo ciężka, odpowiedzialna, i może nawet nie zawsze odpowiednio doceniana ani opłacana. Ale bez ostrych dyżurów nie ma właściwej nauki chirurgii, nie mówiąc już o tym, że jest to niezwykle szlachetna i nobliwa część medycyny, najbardziej z życiem społecznym związana.

Dodatkowe opłaty

Zasada 19 „Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” zajmuje się wynagrodzeniem lekarzy. Kraj nasz szczyli się tym, iż w naszej socjalistycznej powszechnej służbie zdrowia prawo do bezpłatnego leczenia mają dziś wszyscy. Toteż w społecznej służbie zdrowia *„Lekarzowi nie wolno żądać ani przyjmować od chorych żadnego wynagrodzenia poza określonym przepisami, ani też uzależnić swego działania od dodatkowych świadczeń”*.

Jeśli uzależnia się np. przyjęcie chorego do kliniki czy szpitala od opłaty, albo jeśli klimat oddziału jest tego rodzaju, że chory z góry musi pogodzić się z tym, iż opiekowanie się nim i traktowanie go uzależnione będzie od dodatkowych opłat czy świadczeń z jego strony, jest

to ze wszech miar godne potępienia jako sprzeczne ze wszystkimi pojęciami etycznymi. Obowiązkiem lekarza jest równe traktowanie wszystkich chorych. Stopniowanie troskliwości, uwagi i staranności powinno być uzależnione wyłącznie od ciężkości stanu, nie zaś od jakichkolwiek innych okoliczności. Jest coś szczególnie odrażającego, degradującego i poniżającego godność naszego zawodu, jeśli uzależnia się opiekę, staranność i dbałość o chorego od dodatkowych świadczeń ze strony chorego lub jego rodziny.

Wiążą się z tym m. in. ściśle szczególnie przykre, bolesne i zawstydzające „sprawy basenowe”. Lekarze bardzo często nie interesują się tymi sprawami i uciekają od nich, bo to nie pachnie i jest rzekomo krępujące (dla kogo?). Sprawa podawania i zabierania basenów zostaje całkowicie zepchnięta na pielęgniarki, które z kolei czym prędzej przetrzucają ją na salowe. I tu zaczyna się tragedia. Bezbronni chorzy zostają wydani na łaskę i niełaskę salowych, na ich „łup”. A przecież wiadomo o tym, że oddanie przez chorego moczu, wiatrów czy stolca jest ogromnie ważne, nieraz ważniejsze, niż wykonanie wstrzyknięcia, opatrunku czy innego zabiegu, lub zastosowanie najdroższego antybiotyku. Wystarczyłoby, aby lekarz w czasie wizyty zapytał pielęgniarkę, czy i jaki był skutek po zleconej przez niego lewatywie, czy chora oddała mocz lub w jakikolwiek inny sposób interesował się tymi sprawami — a jest obowiązkiem regulaminowym pielęgniarek tzw. kontrola basenów — aby waga potrzeb fizjologicznych człowieka, w szczególności czynności przewodu pokarmowego i układu moczowego stały na właściwym poziomie i aby chorzy nie zależeli od łaski i niełaski salowych. To wszystko jednak zależy prawie całkowicie od lekarzy, tj. od kierownika oddziału i lekarzy salowych. Lekarze, jako posiadający kierowniczą rolę w klinice czy szpitalu, nadają ton i od ich postawy zależy postawa pielęgniarek i salowych. Nie jest słuszne odżegnywanie się od tych spraw i zrzucanie winy za „sprawy basenowe” wyłącznie na barki pielęgniarek i salowych.

Jeśli klinikę czy szpital opuszcza chory np. po ciężkiej, szczęśliwie przebytej operacji, albo kobieta, która w wiele lat po ślubie urodziła szczęśliwie dawno oczekiwane dziecko i jeśli ci ludzie mają serce przepełnione wdzięcznością i pragną wyrazić swą wdzięczność lekarzowi czy pielęgniarce jakimś upominkiem — nie można chyba w przyjęciu upominku dopatrzeć się niczego niegodziwego.

Ala: kto lecząc chorego oczekuje, iż w razie wyleczenia go otrzyma od chorego jakiś podarunek, jest z góry podwójnie przegrany. Po pierwsze: oczekiwanie takie wytwarza w klimacie oddziału dla chorych prawo zwyczajowe, a nawet formę przymusu, co byłoby na pewno naganne. Po wtóre: czyż fakt wyleczenia chorego nie jest sam dla siebie wspaniałym darem czy prezentem dla lekarza? Czyż okoliczność, że chirurgowi dane jest swym działaniem wyleczyć chorego,

nie stawia chirurga w rzędzie najbardziej uprzywilejowanych osób? Takich przywilejów — obdarowywania chorych zdrowiem — nie posiada poza lekarzami nikt inny. Jeśli chory, mając serce przepełnione wdzięcznością z powodu uratowania mu życia, pragnie dać temu wyraz upominkiem, stanowi to dla lekarza czy pielęgniarki niezwykle, nadprogramowy, niezasłużony deser. Za przywileje — a przywilejem lekarza jest, jak podano, możliwość przywracania zdrowia — nie należą się wszakże żadne nagrody. Przytoczę tu słowa Karola Marksa z jego „Rękopisów ekonomiczno-filozoficznych” z 1844 r. Chodzi o rękopis trzeci pt. „Pieniądz”¹⁾. „*Jako ta siła wywracająca wszystko na opak występuje pieniądz i wobec jednostki i wobec więzi społecznych... Przekształca on wierność w niewierność, miłość w nienawiść, nienawiść w miłość, cnotę w występki, występki w cnotę, sługę w pana, pana w sługę, głupotę w rozsądek, rozsądek w głupotę itd. ... Przy założeniu, że człowiek jest człowiekiem i jego stosunek do świata jest ludzki, miłość możesz wymienić tylko na miłość, zaufanie tylko na zaufanie itd.*”. Dobrze jest przypomnieć sobie ten głęboki humanistyczny cytat ze słów Marksa.

Stosunki między lekarzami

Stosunki między lekarzami powinny opierać się na wzajemnym poszanowaniu i koleżeństwie. Pamiętać należy, że niesnaski, dawanie wyrazu negatywnym sądom o wartości innych lekarzy, wzajemne „podgryzanie się” nie tylko nie przysparzają chwały żadnemu lekarzowi, ale rzucają cień na wszystkich lekarzy i na całą medycynę. Z reguły nie ma tu wygrywających. Przegrywają zazwyczaj obie strony. Sprawy między lekarzami odbijają się również niekorzystnie na chorych.

Wypowiadanie negatywnej opinii o innym lekarzu wobec chorych, personelu pomocniczego lub osób postronnych, jest niedopuszczalne.

Wypowiadanie negatywnej opinii jest dopuszczalne w środowisku lekarskim w obecności zainteresowanej osoby, przy czym opinia nie może mieć cech zniesławienia.

Wydanie urzędowej opinii negatywnej o postępowaniu innego lekarza powinno być poprzedzone dokładnym zbadaniem wszystkich materiałów i okoliczności. Opinia powinna być obiektywna i w miarę możliwości opracowana komisyjnie.

Na lekarzach kierujących pracą zespołu lekarskiego ciąży moralny obowiązek przekazywania swym współpracownikom wiedzy i doświadczenia, a więc dbanie o ich najlepsze wyszkolenie zawodowe oraz o wysoki poziom etyczny. Ciąży zatem na nich obowiązek pracy dy-

¹⁾ Karol Marks: Rękopisy ekonomiczno-filozoficzne z 1844 r. KiW, Warszawa 1958. Zbiór dzieł Marksa i Engelsa, t. I, s. 614.

daktycznej i wychowawczej. Obowiązek ten dotyczy zarówno profesorów, docentów, adiunktów itd., jak też ordynatorów-kierowników oddziałów szpitalnych. Obowiązek dbania o wysoki poziom etyczny współpracowników może być spełniony wówczas, gdy pamięta się, że przestrzeganie zasad etyki lekarskiej i dbałość o zachowanie godności zawodowej, obowiązujące każdego lekarza, dotyczą zwłaszcza osób zajmujących kierownicze stanowisko. Ich postępowanie winno być wzorem i przykładem godnym naśladowania.

Wiemy przy tym dobrze z własnego doświadczenia, z własnych młodych lat, jak bystro i krytycznie młodzież lekarska, a więc studenci medycyny i młodzi lekarze obserwują szefów oddziałów i profesorów, jak łatwo podpartują złe cechy i przywary i szybko je sobie przyswajają w myśl starej zasady „*jaki pan, taki kram*”, jak z drugiej strony dobre i szlachetne wzorce osobowe porywają i kształtują kręgosłup i postawę moralną młodzieży.

Podobnie lekarze zajmujący kierownicze stanowiska administracyjne, np. dyrektorzy instytucji społecznej służby zdrowia, powinni starać się o to, by ich działalność nie była jedynie działalnością biurokratyczną. Powinni oni obiektywnie oceniać pracę wszystkich podległych pracowników i bronić ich przed nieuzasadnionymi zarzutami. Powinni popierać inicjatywę lekarzy zmierzającą do poprawy organizacji i funkcjonowania społecznej służby zdrowia, a współpracując z towarzystwami naukowymi i biorąc udział w posiedzeniach i zjazdach naukowych powinni być pod każdym względem wzorem dla młodszych lekarzy. Należy zdać sobie sprawę z tego, że najgorszy wpływ wychowawczy na młodych wywiera rozdźwięk między mówionym słowem a działaniem wychowującego. Wówczas najpiękniejsze słowo wypowiedane *ex cathedra* czy inne formy pouczania lub admonicji pozostają tylko pustymi słowami, kaznodziejstwem bez pokrycia w działalności tego, kto te słowa głosi. Prawdziwy autorytet i właściwą ocenę zyskać można nie dzięki jakiemuś stanowisku czy tytułowi, nie dzięki słowom, ale jedynie dzięki działaniu.

Zagadnienie odpowiedzialności w pracy zespołowej jest zagadnieniem trudnym, złożonym i wymaga wniknięcia w arkania praktycznej pracy. Trudności interpretacyjne narosły najbardziej w działaniach operacyjnych, jak chirurgia, ginekologia i in., a to w związku z pracą nie tylko zespołu operującego, ale także innych współpracujących działów, jak anestezjologia, służba krwi itd. Należy tu zmierzać do możliwie ścisłego ujęcia zakresu obowiązków, kompetencji, ale i odpowiedzialności poszczególnych działów i osób.

W działalności zespołu lekarskiego prawo podejmowania decyzji, a także odpowiedzialność za tę decyzję spoczywa na osobie kierownika. Odpowiada on także za rodzaj i zakres czynności powierzonych współpracownikom, jednak za wykonanie tych czynności odpowiada

każdy lekarz osobiście. A więc za zlecenie dokonania operacji młodemu lekarzowi, o którym wiadomo, że jeszcze nie dorósł do tego zadania, albo pielęgniarce dokonania wstrzyknięcia dożylnego w wypadku, gdy ona tego uprawnienia nie posiada, może być pociągnięty do odpowiedzialności kierownik. Z drugiej strony młody lekarz, który nie wykona lub niedbale wykona słusznie zleczone mu obowiązki, odpowiada za to osobiście. Gdy chodzi o przypadki niejasne, sporne, np. trudne pod względem rozpoznawczym, powinien kierownik poddać odmienne zdanie młodszych współpracowników rzeczowej dyskusji. Na pewno nie jest właściwe apodyktyczne czy arbitralne przesądzenie sprawy przez kierownika oparte jedynie na wyższości swego stanowiska czy tytułu. Nawet najdoświadczeńsi mogą się mylić, a każdy doświadczony i rozumny ordynator czy profesor wysłucha chętnie odmiennego zdania. Zbędne jest chyba zaznaczenie, że za wypowiedzenie odmiennego zdania przez młodszego współpracownika nie powinna go spotkać żadna dyskryminacja, jak również zbędne jest chyba przypomnienie, że w pracy zespołowej obowiązuje zdyscyplinowanie. Jest dobrodziejstwem dla oddziału, gdy autentyczny i niezafałszowany autorytet kierownika odnajduje demokratyczne i zespołowe formy rządzenia: wspólne omawianie, wysłuchiwanie i przedyskutowanie innych głosów. Ostateczna decyzja, ale i odpowiedzialność za tę decyzję, leży zawsze w rękach kierownika. Jest prawdziwym dobrodziejstwem dla zakładu, gdy istnieje demokratyczna autorytatywność i dyscyplina.

dr Marian Wróblewski
IKN i BO Warszawa

SAMOKONTROLA I KONTROLA W PROCESIE STUDIOWANIA

Studiowanie w wyższej uczelni powinno być procesem, który zawiera cechy działania zorganizowanego, zgodnie z wytycznymi prakseologii. Praca dydaktyczno-wychowawcza powinna być nastawiona na kształtowanie bardzo silnej motywacji do działania studentów nad rozwojem własnej osobowości. Klarowanie celów studiowania, a szczególnie modelu sylwetki absolwenta, samorealizującego się specjalisty w wybranym kierunku studiów i zawodzie jest podstawą do motywacji studiowania na uczelni i po jej ukończeniu.

Studiowanie, czyli praca nad rozwojem własnej osobowości jest specyficznym i bardzo złożonym rodzajem działania jednopodmiotowego. Nauczanie zaś jest kierowaniem procesem uczenia się. Rozpatrując studiowanie jako działanie zorganizowane wyróżniamy w nim następujące elementy: stwierdzenie i przyjęcie celu; planowanie; pozyskanie zasobów; realizacja według planu oraz kontrola.

S t w i e r d z e n i e i p r z y j ę c i e (zrozumienie i kształtowanie) celów tego działania, to procesy bardzo złożone: tworzą się jako rezultat aktualnych potrzeb, osobistych motywów i obiektywnych warunków stymulujących kształcenie.

P l a n o w a n i e — organizowanie toku działań. W jego skład wchodzi pogłębiona analiza warunków osobistych, umiejętności studiowania, formalnych i nieformalnych stosunków z otoczeniem, zasobów i narzędzi, miejsca, źródeł i środków zdobywania wiedzy, przewidywanie planów działania na określone jednostki czasu.

P o z y s k i w a n i e z a s o b ó w — to zgromadzenie potrzebnych źródeł wiedzy: programów, podręczników, lektur metodycznych i metodycznych, przyborów, pomocy naukowych, organizowanie miejsca i czasu nauki.

R e a l i z a c j a założeń polega na studiowaniu zgodnie z techno-

logią pracy umysłowej, według przyjętego planu i harmonogramu pracy.

Kontrola studiowania ma specyficzny charakter, ponieważ jest to działanie jednopodmiotowe. Jest to autokontrola, polegająca na porównywaniu realizacji z wzorcem, z celem, z planem, z harmonogramem. Efektem samokontroli jest samoocena oraz wnioski do dalszej pracy.

Kształcenie się jako działanie zorganizowane, zmienia się w miarę rozwoju kształcącego się podmiotu, gdyż doskonala się wszystkie elementy tego działania. Odbywa się to nie tylko w wyniku własnej aktywności studiującego, ale także, i to w znacznym stopniu, pod wpływem sterowania przez uczelnię tym procesem. Funkcje kierownicze w nauczaniu to: planowanie, organizowanie, motywowanie i kontrolowanie. Związek kierowania z działaniem podstawowym, jakim jest studiowanie wyraża się w funkcjonowaniu wszystkich funkcji kierowniczych w każdym elemencie działania poznawczego — studiowania.

W niniejszym artykule zajmiemy się funkcjonowaniem kontroli, jako składnikiem procesu kierowania, a szczególnie — związkiem kontroli kierowniczej z samokontrolą studiującego. W zorganizowanym działaniu poznawczym samokontrola warunkuje skuteczność studiowania.

Studenci szczególnie silnie motywowani do osiągania dobrych wyników w studiach są skłonni do introspekcji i samorefleksji oraz wartościowania, charakteryzuje ich samokrytycyzm. Możliwa jest więc samokontrola, i to nie tylko dotycząca wyników pracy poznawczej, ale także całościowego podejścia do rozwoju własnej osobowości. Można określić kilka zakresów teje samokontroli. H. M u s z y ń s k i wydziela dwie grupy cech osobowości — cechy kierunkowe i instrumentalne, których rozwój jest celem procesu pedagogicznego. Cechy kierunkowe — to poglądy, przekonania i postawy będące odbiciem uczuciowej i wolicjonalnej strony osobowości ludzkiej. Cechy instrumentalne — to intelektualna i sprawnościowa strona osobowości. W uproszczeniu wymienić tu można: wiadomości, umiejętności, sprawności i nawyki oraz inteligencję jednostki. Intelektualna, emocjonalna i wolicjonalna strona samorealizującej się osobowości ludzkiej, składają się na jednolitą całość decydującą o jej wartości. Wszystkich wymienionych stron musi więc dotyczyć i samokontrola, skoro ich doskonalenie jest celem działania studiującego. Przedmiotem kontroli ze strony kierujących jest z reguły tylko strona intelektualna. Samokontrolą powinny być objęte umiejętności posługiwania się technologią pracy umysłowej w sposób skuteczny. Praca poznawcza, prowadzona zgodnie z zaleceniami technologii pracy umysłowej, daje z reguły lepsze wyniki, niż dochodzenie do własnych metod, na drodze prób i błędów. Analizowanie stosowanej techniki studiowania z punktu widzenia jej skuteczności,

jest więc konieczne i daje podstawę do modernizowania własnej pracy. Samokontroli podlegają metody: poznawania zakresu programu, planowania pracy, przygotowania się do wykładów i ćwiczeń, samodzielnego studiowania i utrwalania materiału, opracowywania notatek z wykładów, ćwiczeń i literatury, prowadzenia bibliografii i materiałów opracowanych, oraz umiejętności: czytania ze zrozumieniem i nastawieniem na zapamiętanie, uczestniczenia w dyskusji, redagowania opracowań pisemnych, korzystania z różnych źródeł wiedzy, zgodności pracy z metodologią nauki.

Efekty pracy w zakresie przyswajania wiedzy i umiejętności, stanowią najczęściej przedmiot samokontroli, wspieranej i kierowanej przez kontrolę ze strony naukowo-dydaktycznych pracowników uczelni.

Kontrola dotyczy:

— rytmiczności i systematyczności realizacji harmonogramów i planów pracy, co w konsekwencji wpływa na utrzymanie optymalnego tempa samodzielnego uczenia się,

- właściwego rozumienia pojęć i teorii,
- pamiętania wiadomości i wiązania ich w strukturę wiedzy,
- umiejętności wykonywania zadań i ćwiczeń, rozwiązywania problemów w sytuacjach znanych i nowych,
- umiejętność jasnego wyrażania swych myśli,
- umiejętności mających specjalne znaczenie przy wykonywaniu zawodu.

Z samokontrolą zawsze powinna być związana samoocena oraz wnioski do dalszej pracy. Przy szczegółowym planowaniu pracy na następny tydzień, konieczne jest dokonanie samooceny, dotyczącej wykonania zadań w tygodniu ubiegłym. Ewentualne braki z minionego okresu muszą być szybko uzupełnione w planowanym tygodniu. Jakość rozumienia, pamiętania i stosowania wiedzy studiujący kontrolują w każdym ogniwie procesu studiowania, a więc: po przygotowaniu się do wykładu, w czasie wykładu i po wykładzie, w trakcie przygotowywania się do ćwiczeń i po zakończeniu tego przygotowywania, na zajęciach ćwiczeniowych, po przestudiowaniu zalecanej literatury, po zakończeniu kursu przedmiotu — przed egzaminem, na egzaminie przedmiotowym. Najczęściej stosowanymi metodami samokontroli są: odpowiadanie na pytania lub rozwiązywanie problemów dotyczących treści studiowań.

Programowanie przez szkołę procesu kształcenia, już samo przez się, wspomaga samokontrolę studiujących przez: jasne podanie tez programowych, problemowe zredagowanie dyspozycji do ćwiczeń, zaprogramowanie samokontroli w skryptach i podręcznikach, podawanie na wykładach i ćwiczeniach pytań samokontrolnych, według których studenci przygotowują się do egzaminów i zaliczeń. Kontrola procesu stu-

diowania oraz osiąganych wyników ma szczególne znaczenie dla organizowania samokontroli studentów i kierowania nią. W tym rozumieniu — naczelnym celem kontroli pedagogicznej jest samoocena studenta, a tym samym kontrola jest metodą kierowania procesem studiowania. Tak rozumiana kontrola będzie stanowić ważną płaszczyznę współpracy kierujących ze studiującymi.

Rejestrowana ocena osiągnięć nie będzie najważniejszą pochodną kontroli. Główną rolę w tym zakresie odgrywa kontrola bieżąca, dokonywana na wszystkich zajęciach: wykładzie, ćwiczeniu, konsultacji zbiorowej i indywidualnej, w pracach kontrolnych i kolokwiał. Stała i systematyczna kontrola nastawiona na wykazanie studentom stopnia przyswojenia materiału naukowego i opanowania umiejętności, osiągnięć i braków, na korygowanie prawidłowości rozumienia, pogłębianie samokontroli indywidualnej jest ważnym czynnikiem sterowania procesem studiowania.

W intensywnym procesie kształcenia nie powinny zdarzać się przerwy w nauce lub okresy osłabienia jej tempa. Nie można również dopuścić do tego, aby na skutek złej organizacji studiów lub stosowania niewłaściwych metod i środków efekty studiowania były nikłe w stosunku do nakładu pracy. Istnieje duża zależność między kierowaniem procesem kształcenia a uzyskiwanymi przez studentów wynikami studiowania. W kierowaniu tym ważną rolę odgrywa kontrola procesu kształcenia i studiowania oraz jego skutków. Pełni ona ważną rolę sprzężenia zwrotnego, między studiowaniem a kierowaniem tym procesem. Sterowanie procesem studiowania wymaga bowiem ciągłych informacji o tym, jak studiowanie przebiega: czy nie słabnie i czy nie ustaje, czy są stosowane właściwe metody i środki, czy nie występują trudności oraz jakie są efekty procesu kształcenia. Uzyskanie tych informacji zapewnia jedynie prawidłowa kontrola pedagogiczna. Jeżeli potwierdza ona dobre efekty procesu studiowania, a co za tym idzie — dobrą ocenę tego procesu, to wyniki kontroli pełnią funkcję stymulatora, wzmocnienia działającego na zasadzie psychologicznego prawa efektu.

Kierujący procesem studiowania na podstawie systematycznej kontroli i płynących z niej informacji — mogą mobilizować, korygować, wspierać i organizować pro es studiowania dokonując w nim zmian optymalizujących, zapewniających uzyskiwanie lepszych rezultatów studiowania. Szeroko rozumiana kontrola pedagogiczna obejmuje zarówno metody i metodologie, organizację i dyscyplinę studiów, rozumienie, pamiętanie, umiejętności i sprawności, jak również każdy element procesu studiowania i kształcenia, i wreszcie — dwustronne działanie kontroli, tj. na proces nauczania, jak i studiowania w równym stopniu.

Przestrzeganie zasady współpartnerstwa studentów i nauczycieli akademickich, stwarza warunki do łączenia kontroli i samokontroli pedagogicznej w jeden proces. Zasada ta wynika z podmiotowości studenta w procesie studiowania. Student świadomie podejmuje pracę nad rozwojem własnej osobowości. Napotyka on w tej pracy trudności subiektywne i obiektywne. Subiektywne tkwią głównie w instrumentalnej stronie jego osobowości, a zwłaszcza w niedostatecznej znajomości i umiejętności stosowania odpowiednich metod pracy poznawczej oraz samokontroli. Obiektywne trudności są związane często z organizacją procesu kształcenia, a źródłem ich jest niedoskonałość metod kierowania pracą samokształceniową studentów. Pokonywanie tych trudności jest możliwe tylko wtedy, gdy będą w toku kontroli pedagogicznej szybko wykrywane. Poznanie istoty trudności zarówno przez podmiot studiujący, jak i kierujący umożliwia doskonalenie całego procesu pedagogicznego.

Kontrola bieżąca. Szczególną rolę odgrywa ona w procesie kształcenia jako czynnik, który stymuluje i koryguje ten proces. Pełni również funkcję kształcącą i diagnostyczną oraz wspomaga samokontrolę. Warunkiem pełnienia tych funkcji jest nieustanne kontrolowanie procesu kształcenia i studiowania w każdym jego momencie i w każdym działaniu pedagogicznym, i to głównie dla samokontroli nauczyciela i studenta. Ocena zaś nie powinna stanowić głównego celu kontroli pedagogicznej. W bieżącej kontroli możliwe jest stosowanie pełnego zestawu metod. Naczelne miejsce zajmuje w niej metoda obserwacji. Umożliwia ona m. in. badanie stanu przygotowania słuchaczy do wykładu i ćwiczeń, rozumienia treści wykładu i nadążania za tokiem myśli wykładowcy oraz stopnia opanowania umiejętności sporządzania i porządkowania notatek.

Słowne metody kontroli można stosować zarówno w czasie wykładów, ćwiczeń, jak i na egzaminie. Wykładowcy włączający słuchaczy do czynnego udziału w toku wykładu mobilizują ich tym samym do przygotowywania się do zajęć, zaś sam wykład nabiera charakteru konwersatoryjnego o bardziej intensywnym toku pracy studentów.

Na ćwiczeniach i seminariach najczęściej stosowane jest:

- odpytywanie, w toku którego słuchacze udzielają odpowiedzi na problemowe pytania prowadzącego zajęcia;
- dyskusja, z zagajeniem słuchacza, podsumowania dyskusji dokonuje również student;
- sprawozdanie z zajęć, polegające na przypomnieniu przez studenta tez i wniosków z poprzednich zajęć;
- sprawozdanie z przestudiowanej literatury.

Ważne jest, aby kierujący takimi zajęciami pracownik naukowo-dydaktyczny w równym stopniu aktywizował i kontrolował wszystkich uczestników, gdyż na tej podstawie może stwierdzić, jaki jest stan

opanowania przez nich materiału i śledzić rozwój umiejętności naukowego rozumowania.

Kontrola pisemna. Często stosowaną metodą kontroli pisemnej jest referat przygotowany przez studenta. Rodzaje referatów zależne są od celu i przedmiotu kontroli. Najczęściej są to recenzje sprawozdawcze, sprawozdawczo-krytyczne, rozprawki, analiza źródeł itp. Masowe formy kontroli bieżącej przeprowadzane są za pomocą kartkówki i sprawdzianów, pełnych zestawów testów oraz pisemnych prac klasowych. Kartkówki, zwane krótkimi sprawdzianami, stosuje się zwykle na początku zajęć w celu sprawdzenia stopnia przygotowania się do zajęć. Chodzi o rozumienie podstawowych pojęć i logicznych struktur wiadomości. Są to najczęściej testy o zadaniach otwartych, typu krótkiej odpowiedzi. Dłuższe sprawdziany w formie testu lub obszerniejszej rozprawki prowadzone są zwykle po zakończeniu bloku tematycznego. Uzupełnieniem kontroli stosowanych w czasie zajęć dydaktycznych są indywidualne kontakty ze studentami podczas konsultacji. W spotkaniach konsultacyjnych ustala się przyczyny występowania trudności w procesie uczenia się i określa sposoby ich pokonywania. Wyznacza się indywidualne zadania. Jednocześnie studenci otrzymują pomoc w doskonaleniu metod samodzielnej pracy poznawczej. Pracownik naukowy w toku konsultacji ma możliwość lepszego poznania studenta i udzielania mu indywidualnej pomocy dydaktycznej.

Egzamin przedmiotowy jako forma kontroli pedagogicznej. W wielu wypadkach egzamin traktowany jest jako zło konieczne, jako nieprzyjemny obowiązek, którego jedynym celem jest wystawienie oceny. Egzaminator odgrywa w nim główną rolę, stawia pytania jak on chce (często z „olśnienia”). On bowiem przekazywał wiedzę w procesie nauczania. Na egzaminie sprawdza umiejętność reprodukcji przez studenta podanej mu wiedzy. Autorytatywnie ocenia poprawność odtwarzanej wiedzy. Niekiedy próby własnej interpretacji, dokonywane przez egzaminowanego odrzuca się, jako tzw. szum informacyjny. Jest więc egzaminator sędzią, który na podstawie niepełnej planowej rozmowy musi wystawić wyważoną ocenę. Egzamin bywa starciem się. Konflikt interesów polega na tym, że jednej stronie zależy na wykryciu, drugiej na ukryciu braków w wiadomościach. Celem spotkania dla obu stron jest formalna ocena.

Na podstawie powyższych stwierdzeń można wysunąć następujące pytania:

1. Czy istnieje możliwość innego traktowania egzaminu, niż jako terenu starcia się antagonistycznych stron?
2. Czy egzamin może być badaniem osiągnięć nauczania i studiowania jednocześnie?

3. Jakie warunki muszą być zapewnione, aby egzamin spełniał swe pedagogiczne funkcje i był instrumentem doskonalenia pracy?

Poszukując odpowiedzi na powyższe pytania, wysuwamy następującą tezę: egzamin musi być głównym elementem sprzężenia zwrotnego, między studiowaniem a kierowaniem tym procesem i pełnić funkcję samodoskonalącą, korektywną, stymulacyjną, kształcącą i diagnostyczną, który powinien być udziałem wszystkich form kontroli. Egzamin jest kompleksową kontrolą przeprowadzaną po zakończeniu przekazywania wiadomości z zakresu określonej dyscypliny wiedzy. Zmiana modelu szkoły nauczającej, tj. dającej wiedzę gotową do zapamiętania, na szkołę kształcącą intelekt i rozwijającą zdolności twórcze studenta wymaga pokonania trudności, występujących właśnie w procesie egzaminowania.

Funkcja samodoskonaląca egzaminu jest realizowana wówczas, gdy ocena nie jest jedynym jego celem, ale pochodną wyników egzaminu.

W procesie egzaminowania powinny zatem ujawnić się i osiągnięcia i braki. Analiza ich, umożliwi wykrycie związków przyczynowych, osiąganych efektów w procesie studiowania i kierowania tym procesem. Wnioski z tego płynące powinny służyć doskonaleniu procesu dydaktycznego, w szerokim jego rozumieniu. Badanie efektów procesu kształcenia, przez egzamin przedmiotowy, w aspekcie wykrywania słabych i silnych jego elementów, wnioskowania o przyczynach na podstawie skutków, pozwala retrospektywnie oceniać proces nauczania i projektować jego zmiany, umożliwiające poprawę danego stanu rzeczy. Korekcyjną funkcję spełnia egzamin wówczas gdy w jego wyniku zostaną ustalone wnioski dotyczące tego, jak w przyszłości proces studiowania powinien przebiegać. Egzaminowany wyciąga wnioski na podstawie samooceny dotychczasowych sposobów swej pracy i stwierdza, jakie zmiany musi wprowadzić w swym postępowaniu, aby działać skutecznie.

Funkcja kształcąca egzaminu polega na badaniu, a jednocześnie rozwijaniu uwagi, spostrzegawczości, rozumowania egzaminowanego, jego zdolności do analizowania i oceniania sytuacji, wartościowania i wydawania sądów, umiejętności wykorzystywania wiedzy zdobytej z różnych źródeł do rozwiązywania problemów w znanych i nowych sytuacjach. Nigdy tej funkcji nie spełnia egzamin, w którym bada się wyłącznie stan wiadomości.

Funkcja diagnostyczna wyraża się w dokonaniu oceny stanu wiedzy i umiejętności egzaminowanego, w wykazywaniu jego osiągnięć i braków.

Najważniejsze z punktu widzenia pedagogicznego jest uzyskanie adekwatnej samooceny przez studenta, który w pełni przyjmuje uzasadnioną ocenę, opartą na znanych sobie kryteriach wymagań. Brak

kryteriów oceniania stwarza trudności w dokonywaniu diagnozy, i to zarówno samooceniającemu się, jak i kontrolującemu przygotowanie studenta, tj. egzaminatorowi.

S t y m u l a c y j n a f u n k c j a e g z a m i n u. Egzamin jest dużym przeżyciem emocjonalnym dla studenta. W warunkach spełniania pozostałych funkcji zazwyczaj przebieg i wynik egzaminu jest przeżyciem dodatnim, dającym satysfakcję z dobrze wykonanej pracy. Jeśli ocena i samoocena są równorzędne, zgodne, mobilizuje to studenta do systematyczności i wzmoczenia wysiłków, co jest wynikiem działania psychologicznego prawa efektu. Z braku zgodności ocen kontroli i samokontroli wynika tzw. nieobiektywne, „niesprawiedliwe ocenianie, co bardzo zniechęca i demobilizuje studenta. Oceny zawyżone osłabiają motywację do pracy, zaniżone zaś — zniechęcają do niej.

P r z y g o t o w a n i e e g z a m i n ó w. Dokonanie analizy programu nauczania pod kątem stawianych wymagań studentom na określone stopnie ocen egzaminacyjnych jest zabiegiem pracochłonnym. Wymaga to uwzględniania różnych kryteriów i funkcji samego egzaminu. Istnieje jednak możliwość określenia w każdej dyscyplinie naukowej podstawowego zakresu wiedzy jako niezbędnego minimum wymagań. Kryteria podziału będą specyficzne dla każdego przedmiotu nauczania w zależności od celów i treści specyficznych i jego roli w przygotowaniu do wykonywania zawodu. Do podstawowych wymagań zalicza się: znajomość podstawowych pojęć i terminologii przedmiotu, rozumienie i pamiętanie treści, które są niezbędne do dalszego studiowania, rozumienie i pamiętanie (odtwórcze) wiadomości zawartych w skrypcie, znajomości literatury podstawowej. W zakresie wymagań na oceny wyższe wchodzi: wiadomości ułożone w system wiedzy. Powiązanie wiedzy interdyscyplinarnej. Wiadomości pozaskrytowe, zdobyte z różnych źródeł wiedzy. Dobra znajomość literatury poza obowiązkowej, umiejętność stosowania wiedzy do rozwiązywania problemów teoretycznych i praktycznych w sytuacjach znanych i nowych, dobra znajomość metodologii nauki.

Poszczególne dyscypliny naukowe mają specyficzne cele. Treści i kryteria ich podziału na podstawowe i rozszerzone wynikają z tejże specyfiki. Określone przez zakład naukowy kryteria i zasady wymagań powinny być podane do wiadomości słuchaczy w czasie realizacji programu nauczania. Ustalone kryteria ułatwiają przygotowanie zadań egzaminacyjnych. Przygotowanie zadań egzaminacyjnych dokonuje się w zasadzie w dwóch etapach. W pierwszym, z których opracowuje się spis tematów w formie równoważników zdań, przy czym zamieszcza się nazwy informacji przewidzianych do egzekwowania i oznakowanych, z jakiego są zakresu wymagań: podstawowych czy rozszerzonych. W drugim etapie przetwarza się opracowany wykaz

haseł na zadania egzaminacyjne, tj. polecenia jakie czynności egzaminacyjne mają egzaminowani wykonać.

Forma zadań egzaminacyjnych jest uzależniona od metod egzaminowania. Do każdej metody muszą być odpowiednio przygotowane zestawy zadań egzaminacyjnych.

Egzamin ustny. Nie przygotowany egzamin ustny jest męczący dla obu stron. Działa wówczas wiele niekorzystnych czynników, zarówno z zakresu egzekwowanych treści, jak i redakcji pytań. Z sytuacji egzaminacyjnej wypływa często zawężanie zakresu egzekwowanych treści. Pytania zaczynają padać przypadkowo, co czasem wynika z bezpodstawnych podejrzeń egzaminującego, że student nie opanował partii materiału, a to nie wpływa dodatnio na poziom egzaminu i jego wyniki. Należy podkreślić, że tak improwizowany egzamin bardzo wyczerpuje egzaminatora, który następnie jest niezadowolony, nie ma obiektywnego obrazu diagnostycznego egzaminowanej grupy. Egzamin sprowadza się do spełnienia obowiązku wystawienia ocen, choć egzaminujący jest świadomy tego, że są one w dużym stopniu nieadekwatne do nakładu pracy i stanu wiedzy studentów.

Do egzaminu ustnego przygotowuje się zadania w formie wyrażanych poleceń: *wykazać... wyjaśnić... na czym polega... uzasadnić, że...*, lub pytań: *jakie są... co determinuje... jakie poglądy... co rozumiemy przez... itp.*

Zadania i pytania egzaminacyjne ściśle określają, jakie czynności ma wykonać egzaminowany: analizowanie, porównywanie, wnioskowanie, ocenianie, wartościowanie czy rozwiązywanie problemów, ewentualnie przypominanie. Wykonywanie tych operacji myślowych na podstawie posiadanej wiedzy znacznie ułatwia egzaminowanie w sensie przestrzegania ścisłości i zwężłości odpowiedzi na konkretne pytania (zadania). Doświadczenia i obserwacje wielu praktyków wykazują, że nie należy podawać tematów egzaminacyjnych w formie równoważników zdań. Tytuł rozdziału lub fragment podręcznika czy hasło z programu studiów, które najczęściej stanowią ten rodzaj tematów egzaminacyjnych, mają wiele wad, z których najważniejsza, to żądanie od stworzenia treści bez określenia sposobu i układu odpowiedzi. Egzaminowany może dowolnie konstruować odpowiedź i określać jej zakres treści. W tej sytuacji bardzo łatwo o odbieganie od tematu lub wręcz mówienie nie na temat. Stwarza to duże trudności przy wystawianiu i uzasadnianiu oceny wypowiedzi. Czas trwania egzaminu jest wówczas znacznie dłuższy niż przy stosowaniu innych technik.

Z zadań egzaminacyjnych układa się ich zestawy. Jeżeli egzamin jest tylko ustny, to w zestawie pytań egzaminacyjnych, przygotowanych dla każdego studenta, trzeba uwzględnić zarówno zadania z zakresu podstawowego jak też rozszerzonego. Umieszczanie zestawów na

tw. biletach egzaminacyjnych, które następnie są przedmiotem losowania, stwarza warunki obiektywności zakresu wymagań i odciąża egzaminatora od „wymyślania pytań”, co umożliwia mu skupić uwagę na odpowiedzi studenta. Zadaniem egzaminacyjnym dla jednego studenta objęta jest niewielka część materiału programowego. Ocenie podlega więc stopień opanowania tejże niewielkiej próbki, którą egzaminowany wybrał losowo. Zakładając stuprocentowe prawdopodobieństwo opanowania całego programu w równym stopniu, ocenę próbki przenosi się na cały przedmiot. Samo to założenie stanowi podstawę do uznawania egzaminu ustnego za nieobiektywny. Wystawianie oceny za odpowiedź nie jest oparte na określonych kryteriach i nie pozabawione wpływów subiektywnych. A więc taki egzamin nie jest pomiarem wiedzy, a ocena nie jest wskaźnikiem.

Aby na podstawie ocen uzyskanych z poszczególnych przedmiotów można było wnioskować o efektywności pracy poznawczej studenta, konieczne jest: zwiększenie reprezentatywności egzekwowanej wiedzy, ocenianie wyników bieżących i etapowych kontroli pracy studentów, stosowanie różnych metod egzaminowania, w tym pomiaru decymologicznego, wystawienie oceny końcowej z uwzględnieniem elementów określających pracę studenta.

Kontrola masowa — pomiar decymologiczny. Zakres podstawowych wymagań egzaminacyjnych — a szczególnie wiedza pamięciowa, która w niektórych dyscyplinach jest bardzo ważna — można w całości zbadać za pomocą testów dydaktycznych. Tą formą kontroli można w stosunkowo krótkim czasie zbadać stopień opanowania wiedzy przez wielu egzaminowanych. Na podstawie dużej liczby zadań testowych, można obiektywnie ustalić współczynnikiem liczbowym stopień opanowania wiedzy i wystawić obiektywną ocenę, opartą na obiektywnych kryteriach zamiany wyników na stopnie szkolne. Ta forma oceny ma duże znaczenie diagnostyczne. Daje możliwość oceny wyników nauczania poszczególnych tematów programowych całej grupy. Pozwala to jednocześnie analizować przyczyny uzyskiwania stwierdzonego pomiarem stanu wiedzy. Testy dydaktyczne należy stosować łącznie z innymi metodami kontroli, np. egzaminem pisemnym czy ustnym. Za podstawę oceny z przedmiotu trzeba przyjmować składowe kilku metod i form kontroli.

W wielu uczelniach wprowadzono tzw. punktowy system oceniania, premiujący systematyczną pracę oraz aktywność studentów na zajęciach. Na ocenę z przedmiotu składają się wyniki sprawdzianów prowadzonych systematycznie na ćwiczeniach, wyniki egzaminów, dodatkowe punkty za aktywność na zajęciach. Dla każdego z tych składników określa się liczbę punktów możliwą do uzyskania, np. 60, 40, 10. Nie ocenia się wyników sprawdzianów, ale dla każdego określa się liczbę punktów.

Ten system oceniania, mobilizuje studentów do systematycznej pracy w ciągu semestru. Nota końcowa, ustalona na podstawie kilku składników, umożliwia obiektywną ocenę pracy studenta, gdyż jest wypadkową kontroli, przeprowadzanej różnymi metodami i w ciągu całego roku.

W OBIEKTYWIE NASZEGO FOTOREPORTERA



Do regularnych zajęć kadry dydaktyczno-naukowej Instytutu Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych AM w Warszawie należą konferencje pedagogiczne.

Dyrektor Instytutu doc. dr hab. L. Babiuchowa omawia aktualny plan zajęć.
Foto: KAW

prof. dr hab. Leszek Kryst
prorektor ds. dydaktyczno-wychowawczych WAM

AKTUALNE KIERUNKI PROGRAMU DYDAKTYCZNO- -WYCHOWAWCZEGO WARSZAWSKIEJ AM

Przyszłość dydaktyki medycznej jest nierozłącznie związana z rozwojem i wyposażeniem bazy szkoleniowej, postępowaniem dokonującym się w naukach medycznych oraz potrzebami społecznymi.

Docelowe programy nasycenia społecznej służby zdrowia kadrami z wyższym wykształceniem wskazują, że lata osiemdziesiąte w Polsce wymagać będą w dalszym ciągu masowego kształcenia lekarzy i farmaceutów. Z drugiej strony, sytuacja zdrowotna ludności kraju oraz dynamiczny rozwój poszczególnych specjalności medycznych traktowanych jako rezultat zapotrzebowań społecznych, decydować będą o profilu kształconych kadr. Resort Zdrowia precyzyjnie nakreślił sylwetkę zawodową lekarza, opierając się na systemie organizacyjnym społecznej służby zdrowia, jak i społecznej potrzebie. Wiadomo również, że lata osiemdziesiąte będą okresem rozbudowy i kadrowego nasycenia placówek służby zdrowia funkcjonujących w systemie ZOZ-skim. W tym systemie, akademie medyczne spełniają ważne funkcje nie tylko szkoleniowe, ale również badawczo-naukowo-wdrożeniowe, organizatorskie (koordynacja, nadzór specjalistyczny) — lecznicze, na różnych poziomach. Funkcje te, z pewnością będą kontynuowane a prawdopodobnie i poszerzane. Działalność ta prowadzi bowiem do ścisłego powiązania nauki z praktyką, oraz korzystnie wyróżnia polski model opieki zdrowotnej na tle systemów innych krajów.

Z kolei, zgodnie z przyjętą deklaracją WHO (w 1978 r.) dającą się streścić w hasle „zdrowie dla wszystkich do roku 2000” jednoznacznie można stwierdzić, że medycyna przyszłości to profilaktyczno-masowa, społeczna medycyna. Tak więc określono już potrzeby, zadania i cele służby zdrowia. Zadaniom tym musi zatem odpowiadać system kształcenia lekarzy i farmaceutów. Wiadomo ponadto, że w systemie rozwiniętego społeczeństwa socjalistycznego jakie stanowimy, szkolnictwo powinno spełniać następujące funkcje: a) wychowywać

i kształtować osobowość, b) przygotowywać kwalifikowane kadry, c) przygotowywać obywateli do udziału w twórczym rozwijaniu kulturalnego dziedzictwa narodu, d) przygotowywać jednostki do kierowania rozwojem własnej indywidualności.

Celem nadrzędnym tak pomyślanego systemu jest wszechstronny rozwój ludzi i sterowanie nimi dla dobra jednostki i ogółu (Raport o stanie oświaty). Dysponujemy więc także i przesłankami, na których obecnie i w przyszłości budowany będzie w naszej Akademii program dydaktyczno-wychowawczy stwarzający teoretyczne podstawy funkcjonowania szkoły i determinujący jej cele. Uzupełniając powyższe rozważania należy założyć, że przyszłość przyniesie znaczny rozwój wielu medycznych dyscyplin podstawowych i klinicznych.

Przeszkodą do pokonania już dziś jest stale pogłębiająca się specjalizacja oraz trudności napotymane przy odchodzeniu od nauczania przedmiotowego na rzecz dydaktyki zintegrowanej, zwiększającej ładunek wiedzy i umiejętności praktycznych studentów. W tym zakresie dysponujemy niewieloma przykładami zasługującymi na rozpowszechnienie.

Drugim problemem wymagającym rozwiązania jest konieczność wypracowania skutecznej metody selekcjonowania wykładanych treści wobec lawinowego przyrostu informacji. Wreszcie, jak dotychczas studenci nie mają możliwości konfrontowania nabytej wiedzy teoretycznej w toku praktycznej działalności już od pierwszych lat studiów. Przy dotychczasowych założeniach programowych, kierownicy przedmiotów biorą jedynie odpowiedzialność za przekazywanie określonych treści, nie interesując się prawie zupełnie kiedy, jak i w jakim wymiarze będą one wykorzystywane przez studentów w praktyce. Studenci lat młodszych uważają dotychczas realizowany program za zbyt „teoretyczny”, oderwany od praktyki, a w zakresie niektórych przedmiotów będący powtarzaniem materiału przerobionego już w szkołach średnich.

Studia medyczne należą obecnie do najdroższych i najdłużej trwających. Dalsze ich wydłużanie jest nieekonomiczne i niecelowe. Jak zatem modyfikować, kształtować programy przyszłości? Jak spełnić wszystkie oczekiwania i równocześnie kształcić studentów zgodnie z wymogami nowoczesności?

Nie wdając się w jednoznaczną ocenę, co jest potrzebne studentowi, a z czego można zrezygnować w wykładanym materiale — z pewnością należy skurtyzować przedmioty wykładane w szkole średniej a powtarzane w programie szkoły wyższej (biologię, fizykę, chemię). Podobnemu opracowaniu należy poddać tzw. przedmioty paramedyczne, które szczególnie na latach niższych, ilościowo (godzinowo) przewyższają przedmioty medyczne. Będzie to zabieg trudny i niepopularny.

Podobnie rezerw czasowych w przeładowanych programach należy szukać poprzez integrowanie przedmiotów klinicznych i unowocześnianie ich treści, rezygnując z materiału o znaczeniu historycznym, oraz analizując treści przedmiotów pokrewnych. Efektem tych zabiegów powinno być upracticznianie wykładanych przedmiotów.

Nie chodzi przy tym, o wytwarzanie u studentów zawężonych stereotypów, a o stworzenie programowych możliwości praktycznego rozwiązywania problemów badawczych, terapeutycznych, metodycznych już w toku studiów i z udziałem studiujących. Dotyczy to zwłaszcza tych spraw i problemów, które absolwenci akademii medycznych z racji posiadanych specjalności rozwiązywać będą w swej działalności. Już dzisiaj zaczyna się popularyzować idea praktyk semestralnych, które spełniając postulat upracticznienia studiów, być może pozwolą na stworzenie w przyszłości warunków na podstawie których studenci będą mogli doskonalić w praktyce nabyte umiejętności teoretyczne, głównie w niesieniu pomocy i pielęgnacji ludzi chorych. Ideałem byłoby, gdyby w toku studiów studenci mogli uczestniczyć w rozwiązywaniu problemów typowych dla placówek służby zdrowia.

Dalsze zmiany czy modyfikacje programów dotyczyć muszą studenckich praktyk wakacyjnych, które powinny być kontynuacją a może podsumowaniem umiejętności nabytych w danym roku nauki. Można przewidywać, że w tak złożonym systemie ważną rolę spełniać powinny uczelniane zakłady dydaktyki. Właśnie pracownicy tych zakładów powinni analizować i oceniać treści realizowanych programów. Skuteczność tych programów w systemie kształcenia wobec oczekiwań i potrzeb. Krytyczna analiza powinna dostarczać dydaktycznemu kierownictwu uczelni (dyrektorom instytutów, dziekanom, prorektorom) dane, pozwalające na ciągle modyfikowanie i unowocześnianie programów dydaktyczno-wychowawczych. Nie ulega wątpliwości, że unowocześnianie dydaktyki wymaga od nauczycieli akademickich wzbogacenia więzi teorii z praktyką. Być może w przyszłości prowadzić to będzie do wypracowania systemu staży dydaktyczno-pedagogicznych dla pracowników społecznej służby zdrowia i odwrotnie staży w społecznej służbie zdrowia dla nauczycieli.

Można sądzić, że niedoskonały jak dotąd system wdrożeń w służbie zdrowia stały się po wprowadzeniu tych staży w pełni realnym procesem. Obraz dokonywanych zmian uzupełniać będzie powoływanie nowych specjalności. Obecnie już odczuwamy brak w akademiach zakładów farmakologii klinicznej, informatyki medycznej, zakładów profilaktyki medycznej, medycyny przemysłowej itp., których powołanie jak sądzić można jest jedynie sprawą czasu i rzeczywistych potrzeb.

Co by zatem nie napisać o konieczności zmian programów dydaktyczno-wychowawczych w akademiach medycznych, to jedno jest pewne — stały postęp zmusza do ciągłych udoskonaleń.

dr Jerzy Golański, dr Bolesław Kuzaka, dr Jerzy Wąsik

Klinika Urologiczna Instytutu Chirurgii AM w Warszawie

NAUCZANIE UROLOGII — STAN OBECNY — PROPOZYCJE

Urologia, mimo że sięga początkami starożytności, stała się samodzielną specjalnością dopiero pod koniec XIX wieku. W ciągu stu lat swego istnienia przeszła szereg przeobrażeń i aktualnie zajmuje się leczeniem głównie chirurgicznym, chorób układu moczowego i męskich narządów płciowych (1). Zanim urologia w Polsce zaczęła istnieć jako samodzielna specjalność, wielu chirurgów interesujących się chorobami chirurgicznymi nerek i dróg moczowych, pracami swymi w tej dziedzinie położyło podwaliny pod tę nową specjalność. Wyrazem pełnego usamodzielnienia się urologii w Polsce było powstanie Polskiego Towarzystwa Urologicznego (27. 4. 1949 r.) i organizacja klinik urologicznych.

Początkowo urologia była wykładana dla studentów IV roku medycyny. Całość kursu obejmowała 15 godzin wykładów i 15 godzin ćwiczeń (2). Nauczanie urologii ma na celu zapoznanie studentów z podstawowymi zagadnieniami tej dyscypliny klinicznej. W czasie kształcenia, studenci powinni przyswoić sobie nie tylko pewien zasób wiadomości teoretycznych, ale także nabyć podstawowe umiejętności praktyczne, potrzebne każdemu lekarzowi. Do tych ostatnich należy znajomość udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach urologicznych oraz umiejętność badania urologicznego.

Ramowy program nauczania urologii dla studentów wydziałów lekarskich Akademii Medycznej w Warszawie przewiduje zapoznanie studenta z badaniami urologicznymi oraz z takimi podstawowymi zagadnieniami jak: wrodzone wady narządu moczowego, zakażenie dróg moczowych, kamica moczowa, choroby gruczołu krokowego, postępowanie w zatrzymaniu moczu, nowotwory nerek i dróg moczowych, choroby jądra, najądrza, urazy narządu moczowego. Praktycznie kształcenie studentów w urologii w Klinice Urologicznej AM w Warszawie obowiązuje studentów VI kursu I i II Wydziału Lekarskiego i przedstawia się następująco: czas trwania ćwiczeń wynosi 3 dni. Zajęcia trwa-

ją od 7,30 do 12,30. Od godziny 7,30 do godz. 8 studenci uczestniczą w odprawie klinicznej, podczas której słuchają raportu lekarza dyżurnego oraz biorą udział w omawianiu chorych operowanych oraz badań radiologicznych z dnia poprzedniego. Od godz. 8 do 10, w grupach po 5—6 osób, pod kierunkiem przydzielonych asystentów, biorą udział w obchodzie lekarskim, uczestniczą w drobnych zabiegach urologicznych takich jak: cewnikowanie chorych, oraz w badaniu urologicznym. Ponadto zapoznają się z wykonywaniem zabiegów endoskopowych takich jak: cystoskopia, przezcewkowa koagulacja, uretropielografia, cewnikowanie moczowodów itp. Od godziny 10 do 12,30 odbywają się seminaria, podczas których asystenci omawiają podstawowe zagadnienia i problemy urologiczne objęte programem nauczania. Ostatniego, trzeciego dnia ćwiczeń odbywa się kolokwium zaliczeniowe przeprowadzane w formie pytań ustnych.

W programie studiów nie ma wykładów z urologii; zaleca się wobec tego korzystanie z obowiązujących i ogólnie dostępnych podręczników z urologii. Tytuły podręczników oraz program ćwiczeń podane są do wiadomości studentom przed rozpoczęciem zajęć. Problem badawczy tej pracy dotyczył oceny nauczania urologii przy zastosowaniu obecnych metod.

Metoda pracy

Badania przeprowadzono w roku akad. 1979/80. W okresie 2 miesięcy przebadano metodą ankietową 100 studentów obojga płci VI kursu Wydziału Lekarskiego, którzy odbywali ćwiczenia w Klinice Urologicznej. Ankieta była anonimowa i zawierała następujące pytania:

1. Czy czas przeznaczony na ćwiczenia z urologii jest wystarczający na poznanie tego przedmiotu?
2. Czy obecna forma prowadzenia zajęć pozwala na wystarczające opanowanie przedmiotu?
3. Czy przeprowadzone w ten sposób ćwiczenia dają podstawowe przygotowania praktyczne z urologii?
4. Czy wskazane byłoby przywrócenie wykładów z urologii niezależnie od prowadzonych ćwiczeń?
5. Propozycje studentów dotyczące zmian w dotychczasowym systemie nauczania urologii.
6. Inne uwagi dotyczące prowadzonych zajęć z urologii.

Wyniki badań

Zdecydowana większość ankietowanych (91⁰/₀) twierdzi, że czas przeznaczony na zajęcia z urologii jest zdecydowanie za krótki. Dla 9⁰/₀ ankietowanych czas trwania zajęć poświęcony na opanowanie tego przedmiotu jest wystarczający. Na pytanie drugie dotyczące sposobu

Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród studentów VI kursu I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie w r. akad. 1979/1980

Liczba ankie- towanych	Pytanie	Odpowiedź	
		Nie	Tak
100	1. Czy czas przeznaczony na ćwiczenia z urologii jest wystarczający?	91 ⁰ / ₁₀₀	9 ⁰ / ₁₀₀
	2. Czy obecna forma prowadzenia zajęć pozwala na wystarczające opanowanie przedmiotu?	81 ⁰ / ₁₀₀	19 ⁰ / ₁₀₀
	3. Czy prowadzone w ten sposób ćwiczenia dają podstawowe przygotowanie praktyczne w urologii?	98 ⁰ / ₁₀₀	2 ⁰ / ₁₀₀
	4. Czy wskazane byłoby przywrócenie wykładów z urologii niezależnie od ćwiczeń?	65 ⁰ / ₁₀₀	35 ⁰ / ₁₀₀

prorowadzenia zajęć — 81⁰/₁₀₀ studentów odpowiedziało, że tak prowadzone ćwiczenia nie dają podstawowego przygotowania z urologii dla przyszłych lekarzy. Na pytanie trzecie, czy ćwiczenia dają przygotowanie praktyczne w zakresie podstawowych zabiegów urologicznych? — 98⁰/₁₀₀ ankietowanych odpowiedziało negatywnie. Na pytanie 4, dotyczące przywrócenia wykładów z urologii, 65⁰/₁₀₀ studentów uważa, że wykłady są zbędne.

Propozycje studentów dotyczące usprawnienia ćwiczeń z urologii:

1. Wprowadzić więcej zajęć praktycznych, takich jak: diagnostyka zdjęć rentgenowskich, cewnikowanie chorych, uczestniczenie przy cystoskopiach, większy udział w badaniu chorych oraz uczestniczenie w zabiegach operacyjnych.

2. Należy zlikwidować kolokwium i zastąpić zaliczeniem ćwiczeń, przez dyskusję seminaryjną, omawianych na ćwiczeniach zagadnień.

3. Studenci nie uważają za celowe przywrócenie wykładów. Uważają natomiast za słuszne utrzymanie formy seminaryjnej szkolenia. Tematy seminarium powinny jednak dotyczyć tylko podstawowych zagadnień urologicznych i nie powtarzać tematów omawianych w ramach zajęć z innych przedmiotów. Dotyczy to np. tematu: wady wrodzone u dzieci, gdyż zagadnienie to — jak twierdzą — omawiane jest szczegółowo na zajęciach z pediatrii.

4. Studenci proponują położenie większego nacisku na omawianie diagnostyki urologicznej, natomiast mniej szczegółowe omawianie techniki operacyjnej.

5. Proponują również prowadzenie ćwiczeń w jeszcze mniejszych niż dotychczas grupach studenckich.

6. Zdecydowana większość studentów postuluje przedłużenie ćwiczeń na okres 1—3 tygodni. Spośród ankietowanych, którzy wypowiedzieli się za przedłużeniem czasu ćwiczeń 69% proponuje, aby ćwiczenia trwały 1 tydzień, 20% — 2 tygodnie, a 11% — 3 tygodnie.

Takie same badanie ankietowe przeprowadzono wśród 12 asystentów prowadzących ćwiczenia z urologii. Wyniki obu ankiet, na które odpowiadali studenci i asystenci wykazały dużą zbieżność. Na pytanie 1, 12 ankietowanych asystentów odpowiedziało negatywnie. Na pytanie 2, 11 badanych odpowiedziało negatywnie i na pytanie 3, 11 ankietowanych asystentów odpowiedziało negatywnie.

Propozycje, dotyczące udoskonalenia ćwiczeń z urologii wysunięte przez asystentów były następujące: Zmniejszenie grupy ćwiczeniowej studentów do 3 osób; Wydłużenie czasu ćwiczeń do 1 tygodnia; Położenie większego nacisku na zagadnienia praktyczne i diagnostykę urologiczną; Opracowanie i wydanie skryptu z urologii; Zaliczenie ćwiczeń powinno być potwierdzone wpisem do indeksu.

Wnioski ogólne

1. Położenie większego nacisku w programie ćwiczeń na zajęcia praktyczne.

2. Przedłużenie ćwiczeń na okres 1 tygodnia.

3. Tylko jedno seminarium dziennie.

4. Zrezygnowanie z kolokwium i zastąpienie go zaliczeniem z wpisem do indeksu.

5. Tematy seminaryjne powinny dotyczyć tylko wiadomości podstawowych.

Piśmiennictwo:

1. Leńko J.: *Zarys urologii*, Warszawa, 1974, PZWL, s. 11.
2. Wesolowski S.: *Urologia*, Warszawa, 1959, PZWL, s. 11—21.

dr n. farm. Aleksander Drygas

Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia AM w Gdańsku

APTEKI W POLSCE LUDOWEJ

8 stycznia 1981 r. minęła 30 rocznica uspołecznienia aptek w Polsce. Jest więc okazja do jubileuszowego artykułu, stanowiącego przegląd kształtowania się form organizacyjnych pionu zarządzania aptekami. (Red.)

POCZĄTEK DROGI

Twierdzenie, że Polska wyszła z drugiej wojny światowej ogromnie zrujnowana — zabrzmiał w pierwszej chwili jak truizm. Wszyscy przecież wiemy aż nadto dobrze — i to zarówno ci, którzy pamiętają te czasy, jak i młodsze pokolenie medyczne z podręczników historii — jaki był ów początek drogi Polaków i Polski po tej najstraszliwszej z wojen w dziejach ludzkości. Jak ciężki był ów początek świadczy fakt, że w dalszym ciągu przy okazji znaczących rocznic jest on podkreślany.

Oprócz ogromnych zniszczeń spowodowanych wojną, Polska znalazła się także w obliczu braku farmaceutów, podstawowych leków, zniszczonych aptek, podobnie zresztą zdewastowanych fabryk leków. W ruinie znalazły się również uczelnie kształcące farmaceutów. Na domiar nieszczęść, spowodowany długoletnią wojną zły stan zdrowotny mieszkańców stworzył od zarania niepodległości niezwykle pilne potrzeby:

- organizacji służby farmaceutycznej,
- odbudowania sieci aptek
- uruchomienia produkcji leków i wreszcie
- rozpoczęcia toku studiów farmaceutycznych

Na wstępie przyjrzyjmy się tylko czołowym problemom. Organizacja służby farmaceutycznej w pierwszym okresie odbudowy, rozpoczęła się od uruchomienia podstawowych placówek tj. aptek. W czerwcu 1945 r. działały już 1433 apteki. Sieć ich szybko powiększała się i

do roku 1946 notujemy wzrost o 260 aptek na terenie Ziemi Odzyskanych i 120 aptek w Polsce centralnej. W końcu 1946 r. w kraju czynnych już było 1915 aptek, obsługujących ok. 24 mln ludności. W pierwszym okresie powojennym apteki działały na zasadach obowiązujących do wybuchu wojny w 1939 r., a więc jako przedsiębiorstwa prywatne, zakładane na podstawie koncesji wydawanych przez władze administracyjne. Po wojnie wytworzyła się jednak sytuacja specyficzna, polegająca na różnych typach aptek, a mianowicie:

1. Dawnych aptek polskich przedwojennych właścicieli,
2. Aptek nowo uruchamianych przez polskich aptekarzy,
3. Opuszczone apteki poniemieckie i wydzierżawiane przez Okręgowy Urząd Likwidacyjny (OUL) farmaceutom, którzy dopełnili formalności przewidzianych ustawą o wykonywaniu zawodu,
4. Aptek Ubezpieczalni Społecznej,
5. Aptek zamkniętych, szpitalnych i innych.

Według Szubartowskiego¹⁾ w działalności aptek po częściowym odzyskaniu niepodległości w 1944 r. do końca 1953 r. należy wyodrębnić trzy okresy: pierwszy 1944—47 r., drugi 1948—50 r., trzeci 1951—53r. Idąc tokiem myślowym Szubartowskiego i z perspektywy 35-lecia, możemy jeszcze wyróżnić trzy następne okresy lat: 1953—56, 1956—75 i 1975 po dzień dzisiejszy.

CHARAKTERYSTYKA OGÓLNA POSZCZEGÓLNYCH OKRESÓW

Lata 1944—48

W pierwszych latach po II Wojnie Światowej aptekarstwo polskie reprezentowane było przede wszystkim przez prywatnych właścicieli aptek oraz nieliczne apteki Ubezpieczalni Społecznej. Inicjatywa tworzenia nowych aptek i uruchamiania przedwojennych, pozostawiona była również aptekarzom prywatnym. W pewnym sensie Państwo zajmowało pozycję bierną, jakkolwiek pełniło rolę czynnika normującego stronę formalno-prawną prowadzenia aptek i w tym zakresie sprawowało nad nimi nadzór przez Departament Farmacji Min. Zdrowia. Do zakresu obowiązków Departamentu należały takie zagadnienia, jak produkcja leków, ich dystrybucja, nadzór farmaceutyczny oraz zaopatrzenie w sprzęt medyczny. Faktycznie natomiast poza nadzorem, rola Departamentu sprowadzała się do koordynacji działalności aptek prywatnych i hurtowni oraz — w miarę właściwego — rozmieszczenia sieci aptek. Bezpośrednią zaś opiekę nad aptekami prywatnymi sprawowała Izba Aptekarska, a ściślej w każdym województwie — Okręgowa Izba Aptekarska. Cechą charakterystyczną aptekarstwa przed rokiem 1948 była nierównomierność rozmieszczenia aptek, nadmierna ich liczba w ośrodkach centralnych, niedostateczna w ośrodkach robot-

niczych i znikoma na wsiach. Dlatego już parę lat przed podstawową reformą aptekarstwa rodzą się pierwsze próby przebudowy aptekarstwa.

W roku 1947 powstaje przedsiębiorstwo państwowe pod nazwą „Zjednoczone Apteki Społeczne”² (w skrócie ZAS). Terenem początkowej działalności ZAS było województwo śląsko-dąbrowskie, gdzie zostały przejęte na własność Skarbu Państwa apteki poniemieckie. Bardzo prędko bo już w lipcu 1948 r. ZAS został nazwany „Biurem Aptek Społecznych” (BAS). Biuro to kontynuowało akcję przejmowania dalszych aptek prywatnych. Można więc tu mówić o wstępnej fazie ich uspołecznienia.

Okres 1948—50

W okresie działalności Biura Aptek Społecznych przejmowane były, poza nielicznymi jeszcze aptekami prywatnymi, głównie apteki poniemieckie, opuszczone i prowadzone przez tak zwanych dzierżawców.

W 1949 r. została powołana nowa jednostka organizacyjna: Centrala Handlowa Farmaceutyczno-Sanitarna „CENTROSAN”³, podporządkowana Ministerstwu Handlu Wewnętrznego, z tym że opiekę fachową sprawowało Ministerstwo Zdrowia. W zasadzie nowa placówka powstała z przejęcia bylej Centralnej Składnicy Sanitarnej (CSS) i oddziałów farmaceutyczno-drogerijnych Centrali Handlowej Przemysłu Chemicznego — Biura Sprzedaży Artykułów Farmaceutycznych. Zresztą nowa placówka CENTROSAN w dalszym ciągu działała za pośrednictwem Biura Sprzedaży Artykułów Farmaceutycznych w Łodzi i Biura Sprzedaży Artykułów Sanitarnych w Warszawie. Przejął on również majątek i agendy Centralnej Składnicy Sanitarnej. Natomiast placówki terenowe CSS połączyły się z oddziałami farmaceutycznymi CHPCh, tworząc „Hurtownie Wojewódzkie Farmaceutyczno-Sanitarnie”. Prócz wymienionych biur sprzedaży i hurtowni CENTROSAN przejął również Dyrekcję Aptek Społecznych z całą siecią uspołecznionych aptek w terenie. Może w tym miejscu zrodzić się pytanie, jaki był cel utworzenia Centrali Handlowej CENTROSAN? Odpowiedź najkrótsza brzmi: dostarczanie leku po cenie jak najniższej, drogą jak najkrótszą i najtańszą⁴.

Zarówno działalność ZAS-u, potem BAS-u, a następnie CENTROSANU była już próbą podjęcia przebudowy polskiego aptekarstwa. Próby te były niewątpliwie celowe i w granicach ówczesnych możliwości bardzo pożyteczne z uwagi na to, że apteki nigdy przedtem nie były ze sobą powiązane. Okres ten musiało więc cechować poszukiwanie form administracyjnej łączności oraz form koordynacji działalności ekonomicznej aptek. Generalna bowiem reforma w latach 1948—50 nie była jeszcze możliwa. Ustrój aptek dla prywatnych właścicieli mu-

siał z konieczności opierać się na systemie koncesyjnym, sięgającym czasów średniowiecza. Niemniej do 8 stycznia 1951 r. ustrój nie uległ zasadniczym zmianom. W większości swej apteki były własnością prywatną i stanowiły ok. 83 proc. ogólnej liczby aptek. Pozostałe apteki były prowadzone przez Ubezpieczanie Społeczne, organa samorządu terytorialnego i „CENTROSAN”. Część aptek była również w posiadaniu Kolei (PKP), ponadto istniała sieć aptek szpitalnych, obsługujących poszczególne szpitale.

Różnorodność systemów kierownictwa i posiadania aptek w okresie do końca 1950 r. w efekcie swym utrudniała gospodarke planową⁵. Istniejący stan nie odpowiadał potrzebom Państwa Ludowego. Nowy bowiem ustrój polityczno-społeczno-ekonomiczny w Polsce wymagał dostosowania się do ogólnej gospodarki narodowej także gospodarki lekami i artykułami sanitarnymi. To zaś było możliwe dopiero po przeprowadzeniu gruntownej reformy aptekarstwa. Reforma ta — rzecz prosta — musiała przebiegać wielokierunkowo. W pierwszych dniach stycznia 1951 r. nastąpiło więc:

- przejęcie aptek prywatnych przez Państwo,
- reorganizacja „CENTROSANU” przez przekształcenie go w Centralę Aptek Społecznych (CAS),
- wydanie nowych ustaw w zakresie aptek, produkcji i dystrybucji środków farmaceutycznych w miejsce tu i ówdze obowiązujących jeszcze ustaw zaborczych, bądź przestarzałych i duchem politycznym nieodpowiadających ustaw z okresu międzywojennego⁶.

Rok 1951 był więc punktem zwrotnym w dziejach aptekarstwa polskiego. W działalności aptek nastąpił niezwykle ważny trzeci okres, w którym należy jeszcze wyodrębnić dwa podokresy: 1951—53 i 1953—56.

Lata 1951—53

W wyniku przeprowadzonej reorganizacji, z dniem 1. I. 1951 r. oprócz Centrali Aptek Społecznych powstały dwa dalsze przedsiębiorstwa, pracujące samodzielnie, to jest:

1. Centrala Handlowa Farmaceutyczna „Centrofarm” na szczeblu wojewódzkim nosząca nazwę „Hurtowni Wojewódzkiej „Centrofarm”⁷ oraz

2. Centrala Sprzętu Lekarsko-Sanitarnego „Centrosprzet”⁷.

Tydzień później wydane zostały cztery ustawy, które umożliwiły organizację służby farmaceutycznej na jednolitych zasadach i pod jednym kierownictwem. Ustawy te — to:

- ustawa o przejęciu aptek na własność Państwa,
- ustawa o zniesieniu izb aptekarskich, oraz

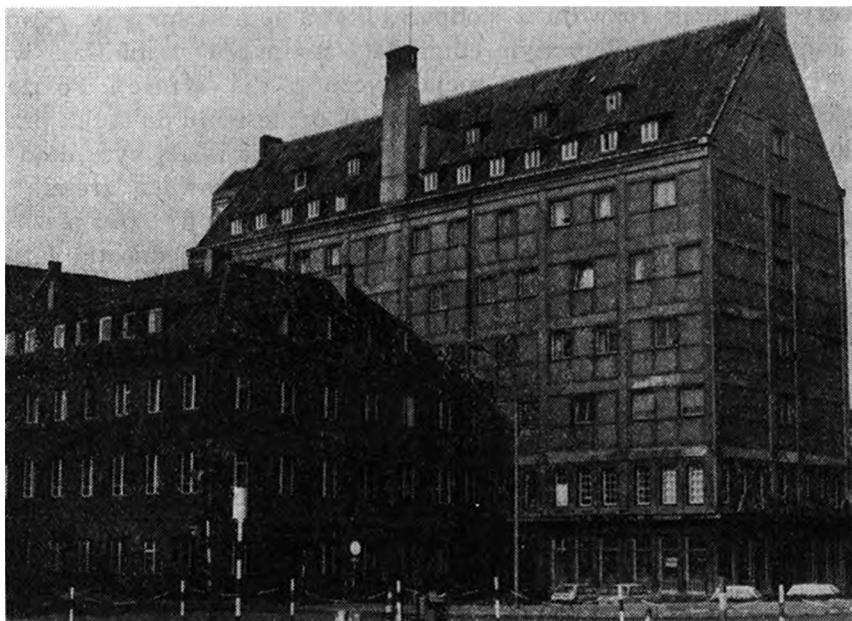
— ustawa o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych⁸.

Dla farmacji więc z dniem 8 stycznia 1951 r. zaistniały trzy brzemienne w skutkach fakty, które zasadniczo zmieniły jej charakter prawny i gospodarczy. Pierwszy — to zaliczenie aptek do społecznych zakładów służby zdrowia, drugi — to organizacyjne uregulowanie przynależności do nowo powstałego przedsiębiorstwa państwowego aptek zarówno prywatnych, jak i wcześniej istniejących uspołecznionych, trzeci wreszcie — to samo upaństwowienie farmaceutycznych zakładów pracy.

Zaliczenie aptek do społecznej służby zdrowia zmieniło nie tylko założenia działalności aptek, jako ostatniego ogniwa w łańcuchu zakładów farmaceutycznych, ale i jako zakładów wytwórczych, pracujących dla „zapewnienia ludności pomocy leczniczej na najwyższym poziomie wiedzy” — jak określała to ustawa z 1948 r. o „Zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia”. Ustawa o aptekach nadała aptekarstwu polskiemu podstawy do działalności opartej o zasady planowej gospodarki finansowej, materiałowej i kadrowej. Z punktu widzenia organizacyjnego określono pojęcie apteki, jej cel, przedmiot i zakres działania, sposób działania, podział na typy aptek, czynności i kwalifikacje fachowe personelu, odpowiedzialność i kwalifikacje fachowe kierowników aptek i punktów aptecznych, sprawowanie nadzoru nad aptekami, rozmieszczenie aptek czy określenie cen za leki. Wszystkie zaś te czynniki razem spowodowały to, że apteki stały się społecznymi zakładami służby zdrowia, a tym samym zostały włączone w sposób czynny do budowania socjalistycznej służby zdrowia. Nad przejętymi aptekami, prywatnymi do czasu przeprowadzenia postępowania przejmującego, ustanowiony został zarząd państwowy.

Z dn. 1. IV. 1951 r. CAS przejął apteki Ubezpieczalni Społecznej, zwane od połowy roku 1950 aptekami „Zakładu Lecznictwa Pracowniczego” (ZLP), który przejął je od Ubezpieczalni Społecznych w okresie przejściowym.

Tak więc z początkiem drugiego kwartału 1951 r. apteki otwarte w całej Polsce znalazły się pod kierownictwem Centrali Aptek Społecznych, jako twory — w sensie ekonomicznym — trudne do określenia⁹. Większość z nich bowiem w ciągu jednego dnia przeszła z pozycji indywidualnego działania, niekiedy bardzo partykularnego, do działania w zbiorowości i to zbiorowości gospodarczej wyższego rzędu. W nowych warunkach Centrala Aptek Społecznych nie mogła się — rzecz prosta — pokusić o natychmiastowe ustabilizowanie form organizacyjnych, zwłaszcza że występujące szybko po sobie kolejne wydarzenia (jak np. przejście w kwietniu aptek Zakładu Lecznictwa Pra-



Siedziba PZF „Cefarm” w Gdańsku. Na drugim planie zwraca uwagę magazyn leków, zbudowany w 1952 r. na wzór starodawnych spichrzów gdańskich z okresu Odrodzenia

cowniczego, czy odpłatność recept) automatycznie rozszerzały krąg zagadnień i stwarzały coraz nowsze zadania aptekom społecznym.

Nie bez znaczenia był też fakt, że w polskiej, przedwojennej literaturze poza podręcznikami czysto fachowymi, nie istniały opracowania o strukturze i działalności samych aptek. Apteka, jako swojego rodzaju „przedsiębiorstwo handlowe” nie była przedmiotem zainteresowań była po prostu „warsztatem pracy” przechodzącym najczęściej z pokolenia na pokolenie drogą spadku. Jednym słowem, była warsztatem pracy znanym tylko rodzinie, względnie członkom tego zawodu. Jedynym zaś źródłem danych o aptekach tamtego okresu (a i to niepełnym) mogły być urzędy skarbowe. Te zaś posiadały skąpe dane, a mianowicie: obrót, dochód i liczbę pracowników¹. W tej sytuacji nie może dziwić fakt, że po upaństwowieniu wszystkich aptek, wszelkie podjęte usiłowania ich organizacyjnego ustawienia nie mogły przynieść od razu trwałych rozwiązań. Z wyżej podanych przyczyn lata 1951—53 są dla aptek okresem kształtowania się form ich działalności, jako placówek społecznych w aparacie służby zdrowia, a jednocześnie placówek gospodarczych włączonych w rytm narodowych planów gospodarczych. Należy jeszcze podkreślić istnienie pewnego ujemnego zjawiska: mimo ciągłego powtarzania, że farmacja należy do społecznej służby zdrowia, to zadania postawione przedsiębiorstwom farmaceutycznym i jednostkom na stanowiskach kierowniczych, spowodowały wybitnie gospo-

darczy kierunek rozwoju z podporządkowaniem wymogów zawodu. W konsekwencji w pierwszym etapie fakt ten musiał umniejszyć wielkie osiągnięcia prawodawstwa socjalistycznego dla farmacji. Położenie większego nacisku na plany gospodarcze w odniesieniu do aptek przyćmiło trochę zasadę, w myśl której „ekonomia” nie miała być odtąd celem w aptekach, lecz tylko „metodą” podporządkowaną zresztą zadaniom służby zdrowia. Poza tym brak konsekwencji ekonomicznych wobec zaszczytnej zmiany prawnej oraz przyjęcie przez jednostki farmaceutyczne form działalności gałęzi gospodarczych o odmiennych założeniach i specyfice, stanowiły w dużej mierze przyczynę ówczesnych niedociągnięć w dziedzinie farmacji.

Kilkuletnia działalność państwowych przedsiębiorstw farmaceutycznych i poczynione doświadczenia dały jednak materiał do zbadania i analizy dotychczasowej działalności i popełnionych błędów, a przede wszystkim do dokonania zmian organizacyjnych.

Uchwałą Rady Ministrów PRL z dnia 1 lipca 1953 r. oraz zarządzenia ministra zdrowia z 1 sierpnia 1953 r. utworzony został w ramach Ministerstwa Zdrowia „Centralny Zarząd Aptek” (CZA) z siedzibą w Warszawie. Centralny Zarząd Aptek przejął zadania ogólnego kierownictwa, nadzoru, koordynacji i kontroli dotychczasowej sieci przedsiębiorstw Centrali Aptek Społecznych i Centrali Handlowej Farmaceutycznej „Centrofarm”. Inaczej mówiąc zastąpił w tym względzie Departament Farmacji. Dotychczasowe hurtownie terenowe „Centrofarmu” otrzymały nazwę „Hurtowni Farmaceutycznych”, natomiast oddziały wojewódzkie Centrali Aptek Społecznych zostały przemianowane na „Wojewódzkie Przedsiębiorstwa Aptek”. Oczywiście — do nazwy tej na terenie każdego z województw dodano przymiotnik, wywodzący się od nazwy miasta wojewódzkiego⁹. Każde z tych przedsiębiorstw działało na własnym rozrachunku gospodarczym. Należy jednak dodać, że nowa placówka organizacyjna połączyła na szczeblu centralnym hurt i detal. Poza tym Centralnemu Zarządowi Aptek podlegały: Centralna Składnica Farmaceutyczna „Cefarm” w Warszawie oraz Hurtownia Surowic i Szczepionek — również w Warszawie.

Lata 1953—56

Szybki rozwój gospodarki narodowej w trakcie realizacji planu 6-letniego i związane z tym przemiany nie pozostały bez wpływu także na odcinku aptekarskim. Poza modernizacją i przebudową starych aptek (których możliwości dostosowania do nowych wymogów były ograniczone) zmodyfikowaniu uległy projektowe założenia aptek nowych. Założenia te oparto na nowo opracowanym „Normatywie Technicznym Projektowania Aptek i Punktów Aptecznych Otwartych”, który ukazał się w kwietniu 1956 r. Normatyw ten przewidywał na-

stępujące 4 typy aptek: typ A — 224 m² powierzchni użytkowej, typ B — 346 m², typ C — 461 m² oraz typu W (apteka wiejska) — 127 m² powierzchni użytkowej.

Sprawy bieżących działań nie przesłoniły jednakże dalszych, głębszych i lepszych rozwiązań w zakresie samej organizacji jednostki kierującej aptekami. Organizacyjna bowiem forma dwóch pokrewnych sobie przedsiębiorstw: Przedsiębiorstwa Aptek i Hurtowni Farmaceutycznej istniała do 1 lipca 1956 r. Z dniem tym, zgodnie z Uchwałą Rządu PRL Nr 611 zrealizowana została koncepcja z lat 1954/56 połączenia tych przedsiębiorstw pod wspólnym szyldem „zarządów aptek”. Połączono więc w ten sposób hurt i detal tak, jak to miało miejsce na szczeblu centralnym. Decyzja Rządu połączenia pokrewnych sobie przedsiębiorstw w jeden „zarząd” miała na celu przede wszystkim decentralizację zarządzania służbą farmaceutyczną. Sam jednak proces decentralizacji miał jeszcze potrwać ponad dwa lata. W perspektywie bowiem była dopiero likwidacja Centralnego Zarządu Aptek i ponownego powołania w jego miejsce Departamentu Farmacji w Ministerstwie Zdrowia.

Lata 1956 — 75

Faktyczna likwidacja Centralnego Zarządu Aptek nastąpiła 31 grudnia 1958 r. Jego działalność w zakresie kontroli i nadzoru przejął Departament Farmacji, który rozpoczął działalność 1 stycznia 1959 r. W tym też roku na podstawie specjalnej ustawy Ministerstwo Zdrowia zostało przekształcone w Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej z mocą obowiązującą od 1 stycznia 1960 r.

Jednocześnie terenowe zarządy aptek zostały przejęte przez prezydya wojewódzkich rad narodowych. Natomiast działalność w zakresie kompleksowej dystrybucji i koordynacji zaopatrzenia farmaceutycznego kraju przejęła Centrala Farmaceutyczna „Cefarm”. Połączenie przedsiębiorstw aptek i hurtowni farmaceutycznych w wojewódzkie zarządy aptek miało jeszcze jeden pozytywny aspekt: na ich czele postawieni zostali fachowcy — farmaceuci. Odtąd farmacja i lek weszły w zakres ścisłych zagadnień Ministerstwa Zdrowia.

Nowo utworzone zarządy aptek, podobnie jak przedtem przedsiębiorstwa aptek, mające swe siedziby w miastach wojewódzkich — od nich też zapożyczyły nowe nazwy firmowe. Od tej chwili, np. Gdańsk miał swój „Gdański Zarząd Aptek”, Poznań — „Poznański Zarząd Aptek” itd.

Mimo niewątpliwych korzyści wypływających z połączenia dwóch przedsiębiorstw — hurtu i detalu, wiele trudności sprawiała jeszcze gospodarka kadrami fachowymi. Przede wszystkim dotyczyło to zapewnienia obsady fachowej zwłaszcza w aptekach prowincjonalnych,



Zabytkowa apteka „Przy Trakcie Królewskim“ przy ul. Nowy Świat 18 jest nie tylko najstarszą, ale i najlepiej zaopatrzoną w jarmaceutyki apteką w Warszawie



*Wnętrze apteki z oryginalnym wystrojem i urządzeniami w stylu barokowym
Fot. Zbigniew Laskowski*

peryferyjnych, odciętych od głównych szlaków komunikacyjnych. Nakłonienie zaś młodych magistrów do osiedlania się na prowincji stanowiło trudny problem. Stosowane w latach 50-tych nakazy pracy, nie spełniły swojego zadania w pełni, gdyż absolwent skierowany wbrew woli do „niechcianych” miejscowości, po odpracowaniu tegoż nakazu pracy, czym prędzej teren ten opuszczał. Natomiast plan perspektywiczny w dziedzinie farmacji przewidywał zwiększenie ilości aptek oraz ilości farmaceutów tak, aby na jedną aptekę przypadało ok. 10 tys. mieszkańców.

Dane statystyczne jednak, dotyczące rozwoju kadr farmaceutycznych w latach 1953—58 mówiły zupełnie co innego. W tych latach bowiem wydziały farmaceutyczne w Polsce ukończyło 2897 absolwentów. Pracę natomiast w tych samych latach podjęło 1957 osób¹⁰. Z kolei ubytek naturalny w tych latach wynosił 940 osób (średnio rocznie 157), co stanowiło ubytek średni w roku 1953 — 2,8%, a w roku 1958 — 2,1%. Dla porównania ubytek lekarzy w 1958 r. określany był zaledwie na 0,65%. Następował więc nie tylko niedostateczny dopływ farmaceutów z powodu nie wykorzystania miejsc na wydziałach farmaceutycznych, ale i nadmiernie wysoki ubytek naturalny. Powyższe dane dotyczą farmaceutów ogółem. Z ogólnego bowiem wzrostu kadr wpłynęło do aptek otwartych w latach 1953/58 tylko 1016 farmaceutów (średnio rocznie 169), co stanowiło 58% ogólnego wzrostu kadr. Natomiast 42% absolwentów przeszło do innych resortów i zakładów pracy (przemysł farmaceutyczny, zielarski, spółdzielczy, administracja i in.), gdzie były lepsze warunki pracy bądź płacy, a istniały również pilne potrzeby. Systematyczne przesuwanie się farmaceutów do innych zakładów pracy pogłębiało deficyt kadrowy aptek otwartych. Znając ówczesny stan posiadania w zakresie kadry farmaceutycznej, założono perspektywicznie podwojenie jej na koniec 1975 r., tj. powiększenie liczby farmaceutów z 7469 do 14793²¹. (Wg Rocznika Statystycznego za rok 1975, stan farmaceutów wynosił 14496 osób).

Nowy etap działalności aptek uspołeczniczonych od 1975 r.

W drugiej połowie 1975 r. apteki w Polsce weszły w kolejny, szósty z rzędu, etap działalności. Etap ten zapoczątkowała Uchwała Rady Ministrów PRL Nr 173/75 z dnia 26 września 1975 r. w sprawie utworzenia „Zjednoczenia Przedsiębiorstw Zaopatrzenia Farmaceutycznego” z siedzibą w Warszawie. W skład tego Zjednoczenia weszły:

— wojewódzkie zarządy aptek, przekształcone w terenowe Przedsiębiorstwa Zaopatrzenia Farmaceutycznego „Cefarm”,

— dotychczasowa Centrala Farmaceutyczna „Cefarm”, która została przekształcona w Centralną Składnicę Farmaceutyczną „Cefarm” oraz

— Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia w Artykuły do Diagnostyki Laboratoryjnej „Cefarm-Dialab” (dawna Centrala Farmaceutyczna „Cefarm”, Oddział Odczynników w Katowicach).

Powstanie Zjednoczenia „Cefarm” zbiegło się z nieco wcześniejszym, nowym podziałem administracyjnym kraju, obowiązującym od 1 czerwca 1975 r. W nowo utworzonych województwach nie przewidywano organizacji dalszych przedsiębiorstw zaopatrzenia farmaceutycznego, a jedynie istniejące i powstałe z byłych zarządów aptek w Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze, wyposażone w nowe zasady gospodarowania, zaczęły obsługiwać i nadzorować placówki dystrybucji leków w kilku województwach. Zlikwidowane zostały tylko Zarządy Aptek woj. warszawskiego i łódzkiego oraz Koszaliński Zarząd Aptek z racji nie posiadania własnej bazy magazynowej.

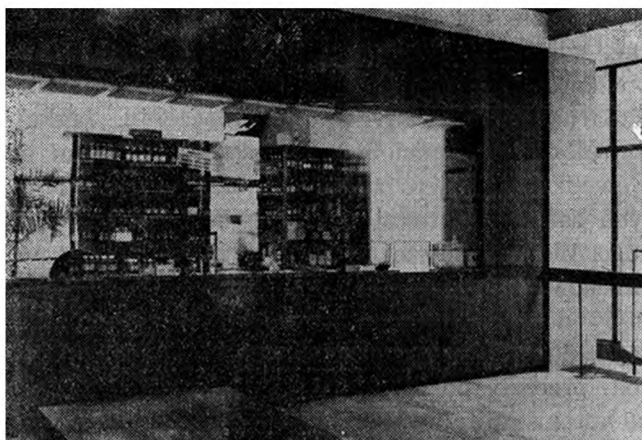
Powstanie Zjednoczenia Przedsiębiorstw Zaopatrzenia Farmaceutycznego w Polsce spowodowało jednocześnie zmianę w tak zwanej klasyfikacji nowo powstałej jednostki w kompleksie gospodarki narodowej^x. Bezpośrednie bowiem kierowanie przez Zjednoczenie podporządkowanymi przedsiębiorstwami terenowymi, gdzie sprawą podstawową jest obrót towarowy (poprzez apteki otwarte) specyficznym co prawda artykułem jakim jest lek sprawiło, że pracownicy tych przedsiębiorstw — farmaceuci, zatrudnieni w aptekach zostali zakwalifikowani, jako pracownicy... handlu (!), otrzymując numer statystyczny „651”.

Fakt ten właściwie przeczy ustawie o aptekach z 8 stycznia 1951 r., gdzie apteki zostały zaliczone do zakładów społecznych służby zdrowia, farmaceuci zaś do grupy pracowników służby zdrowia. W odczuciu szerokich rzesz farmaceutów panuje zrozumiałe rozgoryczenie, którzy nie pytani o zgodę w sposób niechciany zostali zepchnięci do roli... ekspedientów z wyższymi studiami w „sklepie — aptece”.

Gorycz powyższą potęguje świadomość, że w tej samej GUS-owskiej klasyfikacji gospodarki narodowej znalazło się miejsce dla ochrony zdrowia (s. 50). Pod symbolem statystycznym „851” znalazły się zakłady opieki zdrowotnej, następnie zakłady dla matki i dziecka (852), stacje sanitarno-epidemiologiczne (853), zakłady lecznictwa uzdrowskiego (854), a nawet jednostki pomocnicze służby zdrowia (855), zabrakło tylko miejsca dla farmaceutów.

x) Zob. — Zeszyty metodyczne Głównego Urzędu Statystycznego: „Klasyfikacja gospodarki narodowej”. Wyd. I. Warszawa 1975, s. 44.

W wyniku porozumienia zawartego między Komisją Rządową a NSZZ „Solidarność” pracownikom zatrudnionym w aptekach, przy numerze statystycznym GUS dopisuje się obecnie „służba zdrowia”. Taką też pieczęć stawia się w książeczkach zdrowia.



Wnętrze izby ekspedycyjnej apteki „Pod Oriem” przy ul. Monte Casino 21, w Sopocie, po przebudowie

Foto: R. Jachimowski

W tym miejscu może zrodzić się pytanie, jakie były motywy przeprowadzonych zmian organizacyjnych w zaopatrzeniu farmaceutycznym? Szerokiej odpowiedzi na ten temat udzielił Kazimierz G o b i e c, dyrektor Departamentu Techniki Medycznej i Farmacji MZiOS; stwierdzając:

„Obecny system zaopatrzenia farmaceutycznego, datujący się sprzed kilkunastu lat, nie mógł już sprostać zwiększającym się stale zadaniom, wynikającym z progresywnego rozwoju ochrony zdrowia w PRL. Wymaga on również dostosowania do wprowadzonej już w życie reformy struktury terenowej administracji państwowej oraz do nowego modelu organizacyjnego służby zdrowia... Chodzi tu nie tylko o zmiany w systemie zaopatrzenia farmaceutycznego, lecz także w metodach zarządzania”.

Odnośnie zadań stojących przed Zjednoczeniem, K. G o b i e c wyraził pogląd, że podstawą działalności będzie realizowanie polityki zaopatrzenia ludności w leki i artykuły sanitarne, doskonalenie organizacji obrotu i kordynowanie całej problematyki związanej z zaopatrzeniem farmaceutycznym w skali ogólnokrajowej. Zjednoczenie przejęło też niektóre z dotychczasowych zadań Centrali Farmaceutycznej „Cefarm”, m.in.: sporządzanie planów perspektywicznych i wieloletnich zaopatrzenia farmaceutycznego (analiza rynku i prognozowanie); przeprowadzenie uzgodnień rocznych dostaw artykułów farmaceutycznych z producentami krajowymi i centralami handlu zagranicznego oraz ustalanie warunków współpracy; wnioskowanie o opiniowanie projektów planów asortymentowo-ilościowych zaopatrzenia farmaceutycznego; zagadnienie zaopatrzenia materiałowo-technicznego; zagadnienie usprawnienia gospodarki magazynowej i wdrażania postępu technicznego w tym zakresie; zagadnienie ocen i marż handlowych; działalność Rady Ekonomiczno-Technicznej.

Sytuacja aptek w zasadzie nie zmieniła się. Zarówno apteki otwarte, punkty apteczne, laboratoria galenowe, laboratoria kontrolne i hurtownie zaczęły podlegać nowym Przedsiębiorstwom Zaopatrzenia Farmaceutycznego „Cefarm” zgrupowanym w Zjednoczeniu. Jakkolwiek zasięg terytorialny nowych przedsiębiorstw zaczął obejmować od jednego do kilku województw przyjęto zasadę, że lek musi docierać do chorego bez żadnych zakłóceń i to niezależnie od aktualnego podziału administracyjnego. W najmniejszej zaś mierze zmiana ta nie powinna zmienić dotychczasowego trybu funkcjonowania apteki. Jedynie w przypadkach potrzeby dostosowania zasięgu działania terenowych przedsiębiorstw zaopatrzenia farmaceutycznego do obecnych województw, niektóre apteki przeszły po prostu pod zarząd innego przedsiębiorstwa. Natomiast apteki szpitalne weszły w skład zespołów opieki zdrowotnej, które z kolei podlegają wydziałom zdrowia i opieki społecznej urzędów stopnia wojewódzkiego. Na czele wydziału stanął lekarz wojewódzki.

W nowo utworzonych województwach powołano zaś inspektorów nadzoru farmaceutycznego, działających przy wydziałach zdrowia i opieki społecznej, którym też podlegają apteki szpitalne, jak i pełny nadzór fachowy na terenie danego województwa.

Decyzja o utworzeniu Przedsiębiorstw Zaopatrzenia Farmaceutycznego „Cefarm” pociągnęła za sobą także zmianę numeracji aptek wchodzących w zasięg działania poszczególnych PZF „Cefarm”. Z dniem 1 stycznia 1976 r. obowiązują pięciocyfrowe numery aptek, z czego pierwsze dwie cyfry stanowią zakodowany numer danego województwa, trzy następne właściwy numer apteki.

Próba oceny działalności aptek uspołecznionych

Sledząc uważnie przebytą drogę i różne okresy organizacyjne, jakie przechodziły apteki i organa zarządzające nimi przez pierwszych 20 lat, można bez przesady stwierdzić, że został osiągnięty etap budzącej zaufanie stabilizacji. Dzięki tej stabilizacji można było pokusić się o wyższą formę pracy i zarządzania. Tą wyższą formą pracy i zarządzania były pierwsze próby zastosowania elektronicznej techniki obliczeniowej. Trzeba podkreślić fakt, że zarówno wtedy, kiedy łączono hurt i detal w jedno przedsiębiorstwo, tak i teraz, kiedy chodziło o wprowadzenie elektroniki w system zarządzania, terenem eksperymentów stał się również ośrodek gdański, za sprawą ówczesnego dyrektora Gdańskiego Zarządu Aptek, mgr Zdzisława Pietkiewicza. To właśnie on zapoczątkował, jako jeden z pierwszych dyrektorów Zarządów Aptek, podjęcie pracy nad zastosowaniem elektronicznej techniki obliczeniowej (ETO) na potrzeby farmacji. Opracowany w latach 1968—70 specjalnie na potrzeby Gdańskiego Zarządu Aptek „System Auto-

matycznego Rozliczania Obrotu Towarowego Lekiem” (w skrócie: SAROTL¹²) wprowadzony został do eksploatacji 1 stycznia 1970 r. Szczególnie interesująco przedstawiał się system SAROTL w jego kolejnych etapach projektowania, przygotowania bazy, zaplecza technicznego, maszyn, nośników informacji, rozruchu; następnie kontakty typu człowiek — komputer, wykonywanie operacji arytmetyczno-logicznych, wyprowadzanie wyników na tabulogramach z jednoczesną możliwością natychmiastowej i doskonałej kontroli. Oprócz systemu SAROTL przygotowany został jednolity, komputerowy system wydawnictw (tzw. system SAWIL) indeksu leków, katalogów, informatorów, lekospisów o różnych przekrojach (np. grupy farmakologiczne, postacie leków, producenci itp.).

Powoli elektronika zaczęła wkraczać i do innych zarządów aptek w Polsce. Oczywiście kolejna reorganizacja szczebla kierowania pionem aptek w 1975 r. oraz sposobów zaopatrywania się w leki nie przesłoniła działalności samych farmaceutów zatrudnionych w aptekach i placówkach naukowych. Tematem wiodącym drugiej połowy lat 70-tych stało się szkolenie przed- i podyplomowe.

Warto w tym miejscu przytoczyć słowa prof. dr Feliksa M o d r z e j e w s k i e g o z Łódzkiej AM wygłoszone na I Zjeździe Sekcji Aptek Otwartych Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Krakowie w 1975 r., który powiedział:

„Specjalizacja — to doszkalanie podyplomowe i właściwie stałe. Kilka lat bowiem po studiach, farmaceuta jest bardzo cofnięty w aktualnym posiadaniu wiedzy fachowej”.

Profesor zadał sam pytanie: *„czy można w ogóle ustawić dobry program dla doszkalającego się farmaceuty? — i sam odpowiada:*

chyba nie... są to bowiem rzeczy trudne do stałego ustalania zwłaszcza z racji, że szybko zmieniają się i dezaktualizują zagadnienia, szczególnie wiedzy ścisłej.

A przecież chodzi w końcu o prestiż apteki, który winien być zawsze bardzo wysoki. Chory winien otrzymać w aptece nie tylko dobrze zrobiony lek, ale także pełną informację o tym leku i jego stosowaniu”.

Piękne hasła i stwierdzenia o roli apteki w życiu społeczeństwa w drugiej połowie lat 70-tych rozminęły się — niestety — z rzeczywistością. Narastający bowiem kryzys gospodarczy w Polsce nie ominął aptek i w ogóle całej służby zdrowia. Przy różnych niedoborach naszego codziennego życia szczególnie dotkliwie zaznaczył się brak leków, gdyż... zabrakło surowców, także naszych własnych, krajowych. Nie ma np. węgla drzewnego, a więc nie ma węgla aktywnego, podstawowego środka przeciwdziałającego zatruciom, a takiego „dobra”, jak węgiel drzewny chyba nam nie brakuje.

Kiepskie zaopatrzenie w leki, zła sytuacja szpitali i jeszcze gorsza sytuacja bytowa pracowników służby zdrowia spowodowała wysunięcie postulatów (zgodnie z Porozumieniem Gdańskim z dnia 31 sierpnia 1980 r.) pod adresem władz resortowych, domagających się radykalnej zmiany i poprawy warunków. Kilkakrotnie podejmowane rozmowy między władzami resortowymi a przedstawicielstwem NSZZ „Solidarność” Pracowników Służby Zdrowia nie przyniosły od razu pożądanego efektu. W związku z impasem rozmów pracownicy komunikacji miejskiej w Trójmieście 7 listopada 1980 r. przeprowadzili jednogodzinny strajk, mający być aktem solidarności wobec żądań służby zdrowia, jako że służba zdrowia świadoma swego nadrzędnego posłannictwa, czynnego strajku nie przeprowadziła. Wszystkie natomiast placówki służby zdrowia, szpitale, przychodnie, apteki, nawet karetki sanitarne na znak strajku udekorowane były flagami biało-czerwonymi. Pracownicy natomiast nosili na rękawie opaskę biało-czerwoną, lub biało-czerwone baretki przypięte do ubrań. Również studenci Akademii Medycznej w Gdańsku 7 listopada 1980 r. ogłosili strajk okupacyjny, na znak solidarności z żądaniami pracowników służby zdrowia. Zawieszono zostały wszystkie zajęcia, wykłady i ćwiczenia. Poparcie dla akcji studentów wyraziły też Rady Wydziałów: Lekarskiego, Farmaceutycznego i Stomatologicznego z rektorem AMG na czele.

Dopiero w dniach 15/16 listopada 1980 r. podjęta została kolejna tura rozmów między Komisją Rządową, której przewodniczył pełnomocnik d/s porozumienia gdańskiego, minister Andrzej J e d y n a k, a przedstawicielami NSZZ „Solidarność”, reprezentującymi pracowników służby zdrowia pod przewodnictwem Aliny P i e ń k o w s k i e j.

Efektom tego było podpisanie porozumienia, w myśl którego, począwszy od 1 października 1980 r. do 31 października 1981 r. wszystkim pracownikom służby zdrowia będzie wypłacany dodatek do wynagrodzenia. Po 1 listopada 1981 r. dodatek ten będzie włączony do płac, regulowanych przez nowe układy zbiorowe. Strony uzgodniły, że propozycje nowych zasad wynagradzania pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej Ministerstwo opracuje do 30 kwietnia 1981 r. i podda szerokiej konsultacji z pracownikami i związkami zawodowymi. Konsultacje powinny być zakończone do 30 czerwca 1981 r.

W podpisanym porozumieniu zawarto też stwierdzenie, że MZiOS uznając konieczność zwiększenia nakładów na służbę zdrowia zapewni środki na ten cel, gwarantując ich udział w dochodzie narodowym w wysokości minimum 5%, a w perspektywie wzrastający, oraz udział inwestycji służby zdrowia w ogólnych nakładach na inwestycje ok. 2%. Wszystkie pozostałe sprawy wynikające z porozumienia gdańskiego oraz z postulatów pracowników służby zdrowia, reprezentowanych przez NSZZ „Solidarność”, zostaną rozpatrzone przez komisje resortowe. Rozmowy tych komisji rozpoczną się w Gdańsku 25 listopada 80 r.

Jednocześnie w dniu 17 listopada 1980 r. przerwany został strajk solidarnościowy studentów Akademii Medycznej w Gdańsku.

Wśród wielu dyskusji, jakie zapoczątkowała odnowa życia politycznego, kulturalnego i społeczno-gospodarczego kraju, warto odnotować jeszcze jeden, gorąco dyskutowany projekt utworzenia Izb Farmaceutycznych, trochę na podobieństwo dawnych „Izb Aptekarskich”, których celem byłaby ochrona zawodu w pojęciu najszerszym, dbałość o wysoki poziom naukowy, a przede wszystkim etyczny farmaceutów. Proponuje się także ewentualne przejęcie przez Izby Farmaceutyczne spraw rozpatrywanych dotąd przez Komisję Kontroli Zawodowej. Wydaje się rzeczą ze wszech miar pożyteczną powołanie takich Izb, reprezentujących interesy członków zawodu.

PRZYPISY

1. Z. Szubartowski: Apteki — wczoraj, dziś i jutro. „Farmacja Polska” 1954.
2. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dn. 16.X.1947 r., wydane w porozumieniu z Ministrem Skarbu i Prezesem Centralnego Urzędu Planowania o utworzeniu przedsiębiorstwa państwowego p.n. „Zjednoczone Apteki Społeczne” (Dz. U R.P. nr 8, poz. 42).
3. „Centrosan” powstał w myśl zarządzenia ministrów przemysłu i handlu oraz zdrowia, w porozumieniu z ministrem skarbu oraz prezesem CUP z dnia 30.X.1948 r.
4. C.H.F.S. „Centrosan”. „Farmacja Polska” 1949, nr 4, s. 158.
- 5, 6. Z. Szubartowski: Apteka. Przepisy prawne i komentarze wg stanu z dn. 15.VIII.1953 r. W-wa 1954, s. 72.
7. Komunikat oparty na podstawie zarządzenia ministra zdrowia z dn. 29.XII.1950 r. (dziennik Urzędowy Min. Zdrowia nr 4 z dn. 15.II.1951 r., poz. 33).
8. Dziennik Ustaw R.P. nr 1 z dn. 8.I.1951 r., poz. 1—4
9. Np. dla woj. gdańskiego nazwa placówki brzmiała: Gdańskie Przedsiębiorstwo Aptek. Jednocześnie hurtownia otrzymała nazwę: „Gdańska Hurtownia Farmaceutyczna”
10. W. Anasiewicz: Sieć aptek. „Farmacja Polska” 1959, nr 15—16
11. K. Gobiec: O zmianach organizacyjnych w pionie farmaceutycznym. „Farmacja Polska” 1976, nr 1, s. 53
12. J. Czubek: System obrotu lekami. „Informatyka” 1974, nr 11

mgr Izabella Głowacka, dr n. med. i mgr fil. Aleksander Tulczyński
Katedra Nauk Społecznych — Zakład Filozofii AM w Warszawie

WPLYW TOMASZA PERCIVALA NA KSZTAŁTOWANIE DEONTOLOGII W USA

Dziewiętnasty wiek, zarówno na świecie jak i w Polsce jest okresem powstawania szczegółowych zbiorów zasad deontologicznych nazywanych również kodeksem deontologicznym.

Pierwszym na świecie — uznanym w chwili obecnej, zbiorem zasad deontologicznych jest „*Etyka lekarska lub kodeks norm i powinności (Medical Ethics or A Code of Institutes and Recepts)*”, opracowany przez Tomasza Percivala w dziewięćdziesiątych latach XVIII w., a ogłoszony drukiem w lutym 1803 r. (3).

Tomasz Percival (1740—1804) od najmłodszych lat wykazywał niezwykłą inteligencję i dużą zdolność samodzielnego myślenia. Zainteresowanie medycyną zaszczeplił mu najprawdopodobniej jego wuj lekarz. W 1761 r. rozpoczyna studia w najwybitniejszej w tym okresie uczelni medycznej w Edynburgu. W pięć lat później uzyskuje tytuł doktora nauk medycznych w Leyden i w tym samym roku, mając zaledwie 25 lat, zostaje członkiem Towarzystwa Królewskiego (Fellow of the Royal Society). Po studiach osiedla się w Manchesterze, gdzie rozpoczyna swoją wszechstronną działalność jako lekarz, społecznik, autor medycznych i filozoficznych esejów oraz inicjator szeregu reform, szczególnie z zakresu przemysłowej, społecznej i komunalnej higieny. Między innymi jest założycielem Literackiego i Filozoficznego Towarzystwa w Manchesterze, pozostając jego prezesem do końca swoich dni. Wraz ze swymi przyjaciółmi organizuje dla miasta Manchester szpital zakaźny, nazywając go „Domem powrotu do Zdrowia”.

Tomasz Percival ma wielu oddanych przyjaciół i rozległe kontakty. Koresponduje między innymi z Franklinem, Voltair'em, Diderot'em i d'Alembertem. W Manchesterze skupia wokół siebie wybitnych ludzi medycyny, spośród których należy wymienić takie nazwiska jak Charles White, Thomas Henry, John Ferriar wybitny uczeń Johna Hunter'a.

Swoje zainteresowania problemami etycznymi zaczął przejawiać

w 1771 r., a w kilka lat później skoncentrował się na zagadnieniach etyki lekarskiej, owocem czego stał się wspomniany „Kodeks norm i powinności”. Głównym motywem napisania tego dzieła stały się trudności związane z kierowaniem szpitala dobroczynnego w Manchesterze (Manchester Infirmary). Drugim zaś motywem była chęć przekazania synowi, studiującemu medycynę, wskazówek postępowania w zawodzie lekarskim, o czym pisze bardzo pięknie w swojej dedykacji poświęconej synowi (4). We wstępie tej obszernej pracy, bo liczącej 61 stron druku, znajdujemy informację, iż jej pierwsza część powstała już w 1792 r. Całość kodeksu ma układ cztero-częściowy obejmujący różne sfery działalności lekarskiej.

Część I — „O zachowaniu zawodowym w odniesieniu do szpitali lub innych dobroczynnych zakładów leczniczych”

Część II — „O zachowaniu zawodowym w prywatnej i ogólnej praktyce”

Część III — „O obowiązkach lekarzy w stosunku do aptekarzy”

Część IV — „O obowiązkach zawodowych w niektórych przypadkach, które wymagają znajomości prawa”.

Większość zagadnień, poruszonych w kodeksie Tomasza Percivala, znajdujemy w wielu kodeksach współczesnych, z tym że jego sposób przedstawiania norm jest sytuacyjno-opisowy, zawierający niejednokrotnie motywację, czyli uzasadnienie dla proponowanej normy. Współczesne kodeksy deontologiczne posiadają bardziej zwartą konstrukcję dwuczłonową, w postaci hipotezy i dyspozycji, tzn. określenia okoliczności sytuacyjnej oraz wyrażenia w postaci nakazu, zakazu lub zalecenia sposobu postępowania zawodowego.

Nie sposób omówić w krótkim doniesieniu treści 92 reguł, zawartych w czterech częściach kodeksu Percivala, zwraca jednak w nim uwagę nowatorski sposób ujęcia współczesnych problemów. Niech przykładem tu będzie problem zakażeń szpitalnych oraz zalecenia dotyczące prowadzenia dokumentacji lekarskiej.

„Zakażenia szpitalne stanowią olbrzymi i złożony problem, nękający współczesną medycynę i będący poniekąd paradoksalnym zjawiskiem towarzyszącym postępowi w dziedzinie nauk biomedycznych. Odkrycia oraz zasady Listera i Semmelweisa, a także wprowadzenie do lecznictwa antybiotyków, tylko częściowo przyczyniły się do poprawy sytuacji” (5). Jest to współczesna ocena problemu zakażeń szpitalnych, a propozycja T. Percivala na wiele lat przed zasadami aseptyki i antyseptyki Listera i Semmelweisa dotyczyła prewencji zakażeń związanych z leczeniem w szpitalu.

W części I „O zachowaniu zawodowym w prywatnej i ogólnej praktyce” znajdujemy na ten temat, co następuje:

„XIV. Rejestry szpitalne zawierają zazwyczaj jedynie nieskomplikowane raporty dotyczące liczby przyjętych i wypisanych pacjentów. Przyjmując jed-

nak bardziej wszechstronne założenia, mogłyby one być wykorzystane z pożytkiem dla poszerzenia wiedzy medycznej i przyniesienia korzyści ludzkości. Zachowując pełen szacunek dla dżentelmenów lekarzy, proponuje się następujące postępowanie: Rejestr powinien obejmować trzy tabele: pierwsza określająca liczbę pacjentów przyjętych, wyleczonych, u których zaobserwowano poprawę, wypisanych lub zmarłych; druga — przebyte przez pacjenta choroby wraz z objawami tych chorób; trzecia — płeć, wiek i wykonywany przez pacjentów zawód. Wiek powinien być ograniczony do grup, a tabele przystosowane do czterech pór roku. W ten sposób rozwój i cofanie się choroby, wybuch, rozwój i wygaśnięcie epidemii, porównawcza zdrowotność w różnych sytuacjach, porach roku oraz w różnym klimacie, wpływ poszczególnych zajęć i manufaktur na zdrowie i życie wraz z wieloma innymi ciekawymi okolicznościami — nie mniej ciekawym dla lekarzy niż dla społeczności — byłyby zapewnione z odpowiednią precyzją.

„XV. Przez przyjęcie takiego rejestru zalecającego w poprzednim artykule, lekarze i chirurdzy otrzymaliby jaśniejszy wgląd w porównawczy sukces w ich praktyce szpitalnej i prywatnej, a tym samym zachęciłoby to ich do dokładnego zbadania przyczyn zaobserwowanych różnic. W specyficznych chorobach będzie można stwierdzić, że taki rejestr w znakomitym stopniu nie traci na swojej aktualności, a nie skrępowana niczym władza lekarza, czy chirurga w odniesieniu do przyjmowania pacjentów nie mogłaby być wykorzystywana bardziej sprawiedliwie i humanitarnie niż wtedy, gdy odmawia on narażenia na przewlekłe cierpienia, czy niechybną śmierć liczną grupę pacjentów mimowolnie poleconych jako podopiecznych tych instytucji dobroczynnych. „Oceniając chorobę pod kątem celowości przyjęcia pacjenta do szpitala” — zdaniem znakomitego pisarza (prawdopodobnie Percival nawiązuje do praktycznych zaleceń Wielebnego Thomasa Gisborn'a, o którym wspomina w przedmowie — przyp. autorów) — „należy wziąć pod uwagę następujące ogólne warunki:

Czy szpital będzie zdolny przynieść ulgę pacjentowi w stosunkowo szybkim czasie, biorąc pod uwagę, że intencją dobroczynności jest przynoszenie ulgi jak największej liczbie osób oraz, że celem bardzo pożądanym jest szybka rotacja pacjentów, a także mając na względzie fakt, że infekcje wewnątrz-szpitalne prawie nieuchronnie działają w określonym stopniu na tego, kto długo przebywa w szpitalu, natomiast rzadko atakują tych, którzy szybko opuszczają to miejsce.

Czy dana choroba wymaga szczególnego nadzoru osoby o dużych umiejętnościach, czy to ze względu na ostry i niebezpieczny przebieg, czy ze względu na jej niezwykłość i błędne opinie krążące wśród ludu odnośnie jej leczenia.

Czy dana choroba jest zaraźliwa lub czy jest wynikiem skażenia, w pewnym stopniu powietrza i czy wywołuje zarazę.

Czy świeże i czyste powietrze jest szczególnie niezbędne dla wyleczenia choroby i czy następuje jej zaostrenie w przypadku skażenia powietrza”.

„XVI. Żadne jednak środki zapobiegawcze odnośnie przyjmowania pacjentów cierpiących na choroby nieuleczalne, zaraźliwe lub zaostrzające się, gdy pacjent znajduje się w skażonym powietrzu nie mogą zmniejszyć zła wynikającego z ciasnych oddziałów i fałszywej gospodarki polegającej na upychaniu największej liczby osób na jak najmniejszej powierzchni. Istnieją wewnątrz-szpitalne choroby, zapobieganie którym jest obowiązkiem lekarzy i chirurgów, tak dalece jak to w ich mocy leży, poprzez ścisłą i wytrwałą troskę o całą administrację leczniczą szpitala. Obejmuje to zróżnicowanie przyjmowanych przypadków, powietrza, diety, czystości i stosowanych leków, a każdy z tych elementów powinien być poddany dokładnej analizie w ustalonych odstępach czasu”.

Oprócz tego, że kodeks T. Percivala zawiera wyżej podane nowatorskie propozycje i stwierdzenia stanowi on także, a szczególnie jego część II podstawę kodeksów i zasad postępowania lekarzy opracowanych przez licznych autorów jakkolwiek nie wszyscy ujawnili źródło swoich inspiracji. Można więc stwierdzić z całą pewnością, że w historii rozwoju etyki lekarskiej dwie postacie odegrały rolę decydującą — Hippokrates w starożytności i Tomasz Percival w czasach nowożytnych z tym tylko, że nazwisko tego drugiego cytowane jest rzadko.

Niezaprzeczalnym jest również fakt, że dzieło Percivala odegrało decydującą rolę w rozwoju deontologii lekarskiej w Stanach Zjednoczonych. W pierwszej połowie XIX wieku daje się zaobserwować silny kryzys w amerykańskich kręgach medycznych. Wynika to z trzech bardzo istotnych przyczyn, a mianowicie: zaniżonego poziomu nauczania medycyny, niewłaściwych stosunków między lekarzami, w których dość istotną rolę odgrywała konkurencja oraz zakrojona na dużą skalę działalność znachorów i szarlatanów. Postępowy ruch medyczny doprowadza w 1864 r. do powstania Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy (American Medical Association, AMA) — organizacji, której działalność ma objąć wszystkie Stany Ameryki Północnej.

Nowo powstałe stowarzyszenie stawia sobie za jeden z podstawowych celów, podniesienie, tak bardzo nadwątlonego w tym czasie, prestiżu zawodu lekarskiego i postanawia między innymi opracować pierwszy amerykański kodeks etyki lekarskiej, obowiązujący w skali całego kraju.

Powołany w tym celu przez AMA Komitet pod przewodnictwem Johna Bella wziął właśnie za punkt wyjścia w swoim przedsięwzięciu część II kodeksu Percivala „O zachowaniu zawodowym w prywatnej i ogólnej praktyce”, co stwierdza z całą otwartością dr Isaac Hays — jeden z członków komitetu w swoim raporcie przedstawionym na Narodowym Zjeździe Lekarskim w Filadelfii 5 czerwca 1847 r. Oto fragment jego wypowiedzi: *„sprawiedliwość wymaga kilku słów wyjaśnienia — zapewne uczestnicy tego zjazdu znajdą w kodeksie (przedstawionym do akceptacji na tym zjeździe — przyp. autorów) fragmenty, które nie będą im obce. Analizując wiele kodeksów etycznych, przyjętych przez różne towarzystwa w Stanach Zjednoczonych można stwierdzić, że opierały się one wszystkie na dziele Percivala i że sformułowania tego pisarza zachowały się w znacznym stopniu we wszystkich tych kodeksach. Wierząc, że język, który był tak często analizowany i akceptowany musi posiadać dla takiego dokumentu jak ten tu obecnie prezentowany — jasność i precyzję. Komitet, który przygotował ten kodeks nie poczuwając się do ambicji przypisywania sobie prawa autorstwa, przyjął tę samą linię działania i zachował sformułowania Percivala, gdziekolwiek zawierały one zasady, które pragnął ująć w tym dokumencie...”*

Kodeks AMA (1) zawiera 50 reguł, a więc o 18 więcej niż w części II kodeksu Percivala, ułożonych w trzech częściach zawierających w sumie 32 artykuły:

Część I — Obowiązki lekarzy względem swoich pacjentów oraz zobowiązania pacjentów względem lekarzy.

Część II — Obowiązki lekarzy względem siebie i wobec całego zawodu lekarskiego.

Część III — O obowiązkach lekarzy względem społeczeństwa i zobowiązaniach społeczeństwa wobec lekarzy.

Porównując amerykański zbiór zasad deontologicznych z jego pierwowzorem, możemy w nim dostrzec cały szereg fragmentów, przepisanych extenso lub zmodyfikowanych w nieznacznym stopniu. Na uwagę zasługuje natomiast zwrócenie w kodeksie amerykańskim dość dużej uwagi na sprawę zapewnienia lekarzom odpowiedniego honorarium za świadczone usługi lekarskie.

W obu tekstach znajdujemy nawiązanie do pięknych tradycji zawodu lekarskiego, zapoczątkowanych przez Hippokratesa, a wyrażających się w tym, że lekarz powinien uważać za swój naczelnny obowiązek niesienie ulgi cierpiącym i to niezależnie od rangi i majątku, powinien godnie reprezentować swój zawód i wzbudzać szacunek społeczeństwa, dobro pacjenta winno być dla niego dobrem najwyższym, powinien dążyć do zdobycia kwalifikacji pozwalających mu na jak najlepsze wykonywanie swoich obowiązków, powinien dążyć do zaufania i szacunku swoich kolegów i postępować tak, by zdobyć również ich szacunek. Oto niektóre z myśli zawartych w tym kodeksie, a służących przede wszystkim zespoleniu się ludzi medycyny w celu podniesienia godności i wartości swojego zawodu.

Na podkreślenie szczególne zasługuje jednak to, że jakkolwiek kodeks AMA zapożyczył wiele w swej treści z dzieła Percivala, to jednak John Bell wraz ze swymi współpracownikami nadał mu konstrukcję działową współcześnie stosowaną we wszystkich kodeksach na świecie. Zarówno francuski, włoski, angielski (6) i kanadyjski (2), kodeks deontologiczny oraz polski „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” (8), posiadają zbliżony układ tematyczny.

BIBLIOGRAFIA

1. *Code of Medical Ethics adopted by the American Medical Association*. New York, Printed for the Academy of Medicine by H. Ludwig and Co., 70 Vesey-St., 1848
2. *Constitution By-Laws and Ethics edit.* Toronto, Brigs W., 1867
3. Leake Chancey D., *Percival's Code a Chapter in the Historical Development of Medical Ethics*. Chicago, 1923

4. Leake Chancey D., *Percival's Medical Ethics*, Boston Med. Sc. J., 1927, Vol. 197, Nr 9, str. 357—361
5. Seyda B., *Dzieje medycyny w zarysie*. PZWL, 1973, s. 295—298
6. Tulczyński A. *Deontologia lekarska*, wyd. Ak. Med. (skrypt), 1978, Warszawa, s. 35—72
7. *Zakażenia szpitalne*, „Analizy i Opinie”, nr 4, 1978, Warszawa, s. 1
8. *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*. KAW, 1978

KOMUNIKAT

Redakcja kwartalnika „M—D—W” włączając się w procesie odnowy, z uwagą śledzi przemiany jakie dokonują się obecnie w akademiach medycznych. Sprawy te są tak złożone, że wymagają zbiorowych działań dla znalezienia optymalnych rozwiązań. W związku z tym, Redakcja organizuje ogólnopolską konferencję poświęconą problemowi udziału studentów w kierowaniu uczelniami (reprezentacje młodzieży akademickiej w organach kolegialnych AM).

Konferencja odbędzie się — 21 maja br. o godz. 11, w sali wykładowej Zakładu Medycyny Sądowej AM w Warszawie ul. Oczki 1.

Wszystkich zainteresowanych, pragnących wziąć udział w konferencji, uprzejmie prosimy o nadesłanie zgłoszenia pod adresem Redakcji.

SYLWETKI NASZYCH UCZONYCH

dr n. med. *Miron Paciorkiewicz*

Zakład Historii Medycyny i Farmacji AM w Warszawie

DOKTOR MED. JÓZEF POLAK

NAJWIĘKSZY Z POLSKICH HIGIENISTÓW



Foto: *Irena Zielonka-Miazga*

1874—80 studiował na Wydziale Lekarskim w Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim, który ukończył *cum eximia laude*¹⁾.

W 1876 r. rozpoczął pracę jako wolontariusz w laboratorium fizjologicznym prof. Nawrockiego, a po uzyskaniu dyplomu jako nadetatowy asystent prof. Ign. Baranowskiego. Staż specjalizacyjny trwał krótko i po nieudanych próbach otworzenia praktyki prywatnej w Warszawie, wyjechał do Włoszczowej na Kielecczyźnie. Po dwóch latach pobytu na prowincji powrócił do Warszawy.

W 1883 r. jako korespondent pism „Przeglądu Tygodniowego”,

1. Koskowski: Życiorys i zasługi dr Józefa Polaka jako higienisty. „Zdrowie” 1924. R. XXXIX, nr. 7—8, s. 253

„Inżynierii i Budownictwa” udał się do Berlina na wystawę higieniczną w celu pogłębienia wiedzy z zakresu higieny oraz specjalizacji w inżynierii sanitarnej. Chociaż wystawa berlińska wiele go nauczyła, dopiero Londyn stał się dla niego wzorem miasta, posiadającego instytucje, jak np. samorząd, godne naśladowania. Pobyt jego w Londynie pomógł mu w opracowaniu własnych koncepcji w zakresie higieny komunalnej²).

Po powrocie, latem 1884 r. odbył podróż naukową przez Wiedeń, Monachium, Zurich, Frankfurt, Amsterdam powtórnie do Londynu, gdzie zwiedził m.in. światową wystawę higieniczną.

W 1887 r., po powrocie do kraju, otrzymał nominację na lekarza miejscowego w szpitalu Dzieciątka Jezus, ale praca ta nie dawała mu zadowolenia; funkcję tę dobrze wynagradzaną, zmuszony był pełnić przez 6 lat³).

Twórczość publicystyczna dr Polaka z tego okresu jest bardzo bogata⁴), a tematyka poruszanych przez niego problemów w licznych publikacjach jest różnorodna i dotyczy m.in. opieki nad dziećmi w miastach, higieny pracy w fabrykach i rzemiośle, poprawy zdrowia robotników, higieny wsi, powoływania lekarzy gminnych. Z dużym uznaniem, nie tylko świata lekarskiego, spotkały się jego prace: rozprawa „*O znaczeniu sztuki lekarskiej i o stanowisku lekarzy*” oraz podręcznik leczniczy „*Wskazówki leczenia domowego dla użytku dworów, gmin, księży, nauczycieli, majstrów, nadzorców warsztatowych, zawiadowców stacyj żelaznych, felczerów...*” (wydany przez „Przegląd Tygodniowy” W-wa 1883 r.⁵), (miał cztery wydania). Ostatnie wydanie pod zmienionym tytułem „*Domowy Poradnik Leczniczy. Lecznictwo — pielęgniarstwo — ratownictwo*” ukazało się już po śmierci autora w 1929 r. Za napisanie tego podręcznika przyznano mu nagrodę.

Na okres jego pracy w szpitalu przypada założenie przez niego czasopisma „Zdrowie” w 1885 r., które stało się trybuną, z której szerzył nowe idee i poglądy oraz zdobywał zwolenników. „Zdrowie” było pierwszym w kraju fachowym pismem poświęconym zagadnieniom higieny. Dotychczas problematyką higieny zajmowały się i to marginalnie periodyki lekarskie. Od 1934 r. „Zdrowie” ukazywało się pod tytułem „Zdrowie Publiczne”.

Józef P o l a k posiadał dar doboru współpracowników na każdym odcinku swej działalności. Tak więc i w przypadku tego wydawnictwa

2. Maciej Demel: „W Służbie Hygei i Syreny”. Warszawa 1970, s. 40

3. Dr A. Puławski: Z moich osobistych wspomnień o śp. Józefie Polaku. „Zdrowie” 1928, R XLIII, nr 10, s. LXIII

4. Maciej Demel: „W Służbie Hygei...” s. 51

5, 8, 9. Maciej Demel: Pamięci dr med. Józefa Polaka. „Zdrowie Publiczne” 1963, nr. 8

udało mu się dobrać odpowiedni zespół redakcyjny, który stanowili: budowniczy: Adamczewski, Grotowski, Heurich, chemicy: Boguski, Danielewicz i Dziewulski, st. astronom Obserwatorium Warszawskiego Kowalczyk, Wł. Leppert, dr Lubelski, dr Lutosławiński, dyrektor Obserwatorium Karliński, dr Malinowski, dr Merunowicz, Milicer, Natanson, L. Nencki, prof. H. Nusbaum, prof. Okolski, chemik Rakowski, prof. Szokalski, chemik Weinberg, dr Wicherkiewicz, dr Wierzbicki z Poznania, prof. Załęski, obydwaj Lindleyowie⁶).

Czasopismo „Zdrowie” zyskało od razu uznanie, ze względu na wysoki poziom zamieszczanych artykułów. Prace, które ukazywały się na jego łamach uwzględniały wszystkie działy higieny, a część publikacji miała charakter podręcznikowy. Na podkreślenie zasługuje fakt, że dr J. Polak wydawał „Zdrowie” na własny koszt przez 15 lat, otrzymując co kilka lat dotacje z kasy im. Mianowskiego w wysokości 150 — 200 rb. W 1902 r. przekazał pismo Towarzystwu Higienicznemu, które istniało nieformalnie od 1887 r. w ramach grupy gromadziło wokół siebie specjalistów ze wszystkich zaborów. Cieszyło się również uznaniem za granicą. W dowód uznania za wysoki poziom czasopisma otrzymał dr Polak od Zjazdów Lekarzy Polskich kilka dyplomów i złotych medali. Również w czasie organizowanych wówczas wystaw higienicznych za granicą (w Petersburgu w 1884 r. i w Paryżu w 1889 r.) był wyróżniony złotymi medalami⁷.

Kolejnym osiągnięciem dr Polaka było założenie Towarzystwa Higienicznego, które istniało nieformalnie od 1887 r. w ramach grupy „Zdrowia”⁸). W 1888 r. wystąpił on na V Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich z wnioskiem w sprawie utworzenia Towarzystwa Higienicznego. Wniosek ten został zaakceptowany przez uczestników zjazdu. Pierwsze Tow. Higieniczne powstało w Krakowie, drugie we Lwowie. Członkami Towarzystwa byli przedstawiciele różnych zawodów: inżynierowie, lekarze, biolodzy, literaci. Z jego inicjatywy Towarzystwo podjęło decyzję zorganizowania wystawy higienicznej. Przewodniczącym komitetu organizacyjnego został na wniosek dra Polaka prof. Wiktor Szokalski. Była to pierwsza tego rodzaju wystawa, czwarta na świecie. Otwarcie wystawy nastąpiło 21 maja 1887 r. Ekspozyty obejrzało ok. sto tys. osób. O doktorze Polaku jako głównym jej twórcy pisali z uznaniem Prus, Gawalewicz, Rzętkowski⁹. Po tej wystawie, która miała stanowić załazek przyszłego muzeum, pozostał Park Ujazdowski.

W dziewięć lat później zorganizowano drugą wystawę, którą urządzono na terenie przyszłej politechniki, gdzie zbudowano Hyge

6. 7. B. Koskowski: op. cit. 1, s. 254, s. 260

opol, składający się z kilkudziesięciu pawilonów. I ta wystawa spotkała się z uznaniem specjalistów, a oglądały ją tłumy, m.in. robotnicy i chłopci. Wystawa zawierała nowe elementy dydaktyczne, jak wzorowo urządzone: halę gimnastyczną, łaźnię ludową, wiejską zagrodę, pracownię bakteriologiczną. Postępowy charakter obu wystaw, jak również pokaz nowoczesnych urządzeń higienicznych stał się bodźcem do dalszych prac badawczych i nowych wydawnictw z zakresu higieny¹⁰). Wystawy te przyczyniły się do uświadomienia ludności i podniesienia stanu sanitarnego w kraju. Warszawskie Tow. Higieniczne zostało zatwierdzone formalnie 1 czerwca 1898 r., i chociaż miało nazwę terytorialną, uzyskało na mocy ustawy prawo działania nie tylko w stolicy, ale również na terenie całego ówczesnego Królestwa Polskiego. Ustawa pozwalała na zakładanie filii¹¹). Dr Polak brał czynny udział we wszystkich pracach Towarzystwa, początkowo jako członek Rady, następnie wiceprezes, a od 1903 r. prezes. Współpracowali z nim wybitni higieniści-społecznicy: Henryk Dobrzycki, Antoni Puławski, Walenty Miklaszewski, Aleksander Maciesza. W wyniku tej działalności powstały oddziały prowincjonalne Towarzystwa w Łodzi, Lublinie, Częstochowie, Kaliszu, Płocku. W 1908 r. działało już trzynaście oddziałów, a wśród nich szczególną aktywnością wyróżniały się: łódzki (przychodnie przeciwgruźlicze, higiena fabryczna, pierwsza w Polsce „kropla mleka”), lubelski (higiena wsi), płocki (oświata zdrowia). Przy centrali w Warszawie zorganizowano wydziały problemowe: zdrojowisk, higieny ludu, higieny miast, biologiczny, szpitalny, higieny zawodowej i przemysłowej, przeciwgruźliczy, przeciwalkoholowy i higieny domowej¹².

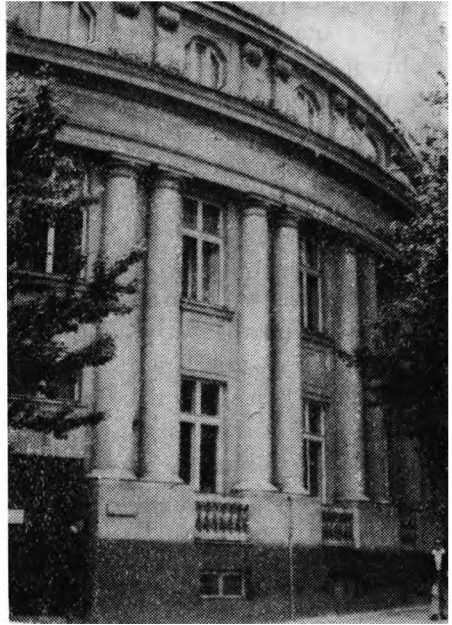
Mimo tak czynnego zaangażowania się w działalności Towarzystwa J. Polak uzyskał w 1897 r. w Uniwersytecie Warszawskim na podstawie rozprawy pt. „Wpływ skupienia ludności, a śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych” stopień doktora. W latach 1892 — 1905 opracował plan walki z cholera, publikując — sprawozdanie z przeprowadzonej akcji. Pod jego kierunkiem Towarzystwo prowadziło szeroką działalność propagandową w terenie. Coraz więcej lekarzy z prowincji zaczęło włączać się do pracy¹³. Do pogłębienia tej współpracy przyczyniały się zainicjowane przez niego pierwsze naukowe zjazdy higienistów w b. Kongresówce. Nie była to jego jedyna inicjatywa. Był on również jednym z twórców Muzeum Higienicznego w Częstochowie, jednym z założycieli sanatorium w Rudce, Instytutu Higieny Dziecięcej barona de Lenvala, popierał ideę zakładania ogrodów im E. Raua. Znalazł również czas na pełnienie odpowiedzialnych

10. Witosław Dąbrowski: Sprawozdanie z działalności Warszawskiego Tow. Higienicznego. „Zdrowie” 1924. R XXXIX nr 7—8, s. 269

12. Witosław Dąbrowski: Działalność higieniczno-społeczna dr J. Polaka. „Zdrowie Publ.”, 1924, s. XXIII



Karta tytułowa książki dr. J. Polaka o stanie zdrowotnym i potrzebach higienicznych miast polskich, wydana w 1908 r. w Warszawie



Narożnik gmachu Polskiego Towarzystwa Higienicznego przy ul. Karowej w Warszawie
Fot. L. Dubracki

funkcji zawodowych. W latach 1884 — 1922 był dyrektorem Instytutu Szczepień Ospy, a w okresie od 1890 — 1900 podjął się dodatkowo obowiązków lekarza higienisty w Urzędzie Lekarskim m.st. Warszawy, a następnie lekarza sanitarnego Warszawy. Z chwilą ewakuacji Rosjan powierzono mu obowiązki inspektora zdrowia i członka Zarządu Miasta. Urząd inspektora piastował do 1922 r., kierując jednocześnie Wydziałem Zdrowia¹⁴, w latach 1915 — 18. W tym okresie przyczynił się do zwalczania epidemii duru plamistego.

Działalność dr Polaka w czasie wykonywania funkcji urzędowych była ogromna. On to m.in. opracował nowoczesne zasady statystyki lekarskiej, budżetu służby zdrowia, był twórcą planu zapobiegania epidemiom, kierował walką z epidemią cholery w latach 1892 i 1905, był inicjatorem budowy pierwszych w Warszawie gmachów dla szkół elementarnych, hal targowych (Mirowskich), budynku dla Instytutu Szczepienia Ospy przy ul. Nowogrodzkiej 82, założył kilka filii tego instytutu, wprowadził przymus rejestracji zgonów; publikował sprawozdania ilustrujące stan sanitarny Warszawy. Jego osiągnięcia w dziedzinie higieny komunalnej były wysoko oceniane i gdy przed I wojną utworzono w Petersburgu komisję ds. reformy prawodawstwa

sanitarnego i powołano do niej najwybitniejszych specjalistów, wśród jej członków znalazł się dr Polak¹⁵.

Marzeniem dr Polaka było objąć działalnością Towarzystwa trzy zabory. Do osiągnięcia tego celu dążył konsekwentnie przez organizowanie zjazdów pod egidą Sekcji Higienicznej Lekarzy i Przyrodników Polskich. W wyniku tej akcji powstała samodzielna instytucja Zjazdów Higienistów. Pierwszy zjazd odbył się w 1914 r. we Lwowie. Dwa lata poświęcił na opracowanie „Praw o zdrowiu publicznym w Polsce”. Pomagali mu wybitni specjaliści z różnych dziedzin, którzy napisali pewne rozdziały tego dzieła. Książka została ukończona w maju 1917 r. Niestety nie została wydana, ponieważ nowi ludzie zaczęli decydować w ministerstwie¹⁶ o zagadnieniach zdrowotnych.

W 1920 r. minister zdrowia publicznego powołał go na członka Najwyższej Rady Zdrowia. Na tym stanowisku pozostał do 1923 r. to jest do chwili likwidacji Rady. W latach późniejszych dr Polak krytykował władze wobec faktu przejmowania odpowiedzialności za zdrowie obywateli przez aparat państwowy, nie doceniający inicjatywy społecznej¹⁷. Na tym tle dochodziło między nim a kierownictwem ministerstwa do nieporozumień. Dlatego też nie otrzymał katedry higieny i przez szereg lat pełnił funkcję starszego referenta i konsultanta w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia (Min. Spraw Wewnętrznych). Jako przeciwnik centralizacji i oddzielnego ministerstwa zdrowia, był krytykowany przez niektórych lekarzy.

Ostatnie lata życia dr Polaka, to prace jego głównie w ramach Towarzystwa — organizowanie zjazdów, udział w redagowaniu „Zdrowia” oraz kontynuowanie wydawania kalendarza lekarskiego. Jak bardzo był oddany idei higieny może świadczyć fakt, że mimo ciężkiej choroby wziął udział w zwołanym przez Warszawskie Towarzystwo Higieniczne VI Zjeździe Powszechnym Higienistów Polskich, który odbył się w 1928 r. we Lwowie¹⁸. Umiłowana przez Niego idea rozwoju u nas wiedzy i nauki o zdrowiu, idea higieny, była mu drogowskazem w całym prawie jego życiu.

Dr. Polak ma również wielkie zasługi w szerzeniu idei pacyfistycznych oraz jako obrońca praw mniejszości narodowych. Był założycielem Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Pokoju i jego przewodniczącym od utworzenia w 1906 r. aż do śmierci. Był członkiem Rady Międzynarodowego Biura Pokoju w Genewie. Brał udział we wszystkich międzynarodowych Kongresach Obrońców Pokoju, w

13. 14. 15. B. Koskowski: op. cit. 1, s. 253, 258, 259

16. Maciej Demel: op. cit. 5, s. 636

17. Witosław Dąbrowski: Przemówienie nad mogiłą śp. Józefa Polaka. „Zdrowie” 1928 R XLIII, nr 10, s. XIII

18. Przemówienie dr J. Bączkiewicza: Jubileusz dr med. Józefa Polaka. „Zdrowie” 1924, LXXXIX, nr 7, s. 252

1908 r., jako wiceprezes Kongresu Londyńskiego wszedł w skład delegacji do króla. Dzięki jego staraniom została utworzona Rada Stowarzyszeń Pacyfistycznych, mająca za zadanie scalenie działalności pokrewnych organizacji działających na terenie kraju. Był głównym organizatorem XXVI Kongresu Pokoju w Warszawie w 1928 r., z udziałem delegatów 16 państw. Jego zasługą było założenie czasopisma „Ludzkość” organu Stowarzyszenia Pokoju. W uznaniu zasług otrzymał szereg odznaczeń i wyróżnień. Rząd francuski przyznał mu w 1922 r. Legię Honorową, a w trzy lata później Rząd Polski Komandorię „Polonia Restituta”. Trzeci Zjazd Higienistów Polskich zorganizowany w 1924 r. był poświęcony dwóm rocznicom: 25-leciu istnienia Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego i 40-leciu pracy dra Polaka na polu higieny, wysoko oceniając jego zasługi.

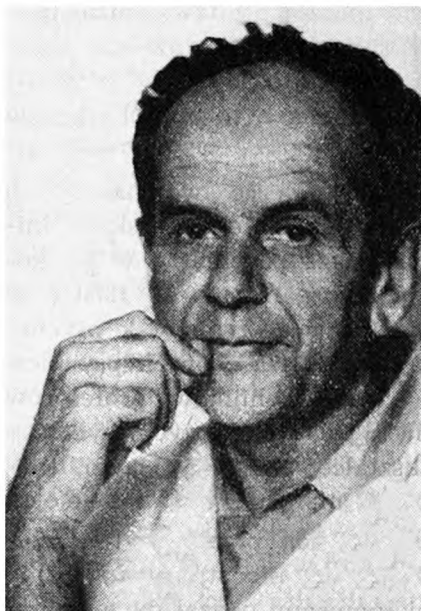
Był członkiem honorowym Towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych: Królewskiego Tow. Medycyny Publicznej w Belgii, starszym członkiem Królewskiego Instytutu W. Brytanii, członkiem-korespondentem Tow. Lek. Wiedeńskiego, członkiem francuskiego Tow. Higieny, Tow. Statystycznego w Paryżu, prezesem honorowym Międzynarodowego Kongresu Higienicznego w Madrycie. Zmarł 4 sierpnia 1928 r. Pogrzeb zorganizowano na koszt miasta, a akademię żałobną urządzono w ratuszu w listopadzie, na której przemawiali przedstawiciele władz państwowych i miejskich, delegaci Towarzystwa Higienicznego i Stowarzyszeń Pacyfistycznych. W holu gmachu przy ul. Karowej 31 umieszczono jego popiersie, a portret zawieszono w sali posiedzeń.

Gmach ten został zbudowany z inicjatywy prezesa, dr J. Polaka oraz dotacji dr Chmielewskiego i członków Towarzystwa oraz poparciu Zarządu Miasta. Jego imieniem została nazwana miejska stacja higieny zachowawczej (późniejszy ośrodek zdrowia) na Grochowie. Numer pałdziernikowy „Zdrowia” z 1928 r. był poświęcony Jego pamięci.

mgr Jan Masłowski

Współredaktor „Przeglądu Lekarskiego — Oświęcim”

ANTONI KĘPIŃSKI — METODYK I DYDAKTYK



Fotoreprodukcja: Jerzy Sawicz

Kępiński jest autorem antologii swych artykułów pt. „Rytm życia” (1972) i monografii: „Psychopatologia nerwic” (1972, wyd. ros. 1975), „Schizofrenia” (1972), „Z psychopatologii życia seksualnego” (1973), „Melancholia” (1974), „Lęk” (1977), „Psychopatie” (1977), „Poznanie chorego” (1978) i „Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii” (1978); część z tych książek została wznowiona, wszystkie zniknęły szybko, spod lady. Suma tego dorobku — to kilkadziesiąt poważnych studiów na jego temat¹. Są one dowodem aprobaty ze strony autorów o różnych

Lekarz, psychiatra, myśliciel, deontolog, prof. Antoni Kępiński (1918 — 72) do dziś budzi żywe zainteresowanie swą osobą, życiem, działalnością, publikacjami — zarówno w kraju, jak i za granicą. Zaciekawienie postawą, pracami i poglądami Kępińskiego wzmacnia się m.in. w związku z próbami etycznej odnowy stosunków międzyludzkich w medycynie i szpitalnictwie, zwłaszcza w zakresie relacji: lekarz — pacjent. Gdy żył, jego wielkość doceniało otaczające środowisko i krąg chorych. Sława przyszła po śmierci.

Oprócz ok. stu publikacji rozproszonych w czasopiśmie przeważnie specjalistycznych Kępiński

¹ Np. J. Bogusz: *Lekarz i jego chorzy*. Kraków 1979, Wydawn. Literackie, s. 153 — 163; A. Jakubik *Deontologia lekarska Antoniego Kępińskiego*. (Próba syntezy). Znak, t. 27: 1975, nr 8, s. 958 — 972. — B. Winid. *Antoni Kępiński jako psychiatra*. Tamże, nr 254, s. 990 — 1001.

orientacjach ideologicznych, Kępiński pisał bowiem rzeczowo, z poczuciem realizmu, wolny był od jakichkolwiek skrępowań teoretycznych czy wąskospecjalistycznych, eksponował stronę moralną, umiał odczuwać przeżycia, doznania i potrzeby chorych.

Na pierwszym miejscu stawiał należyte podejście do pacjentów i opiekę nad nimi, w tym duchu wychowywał studentów i młodych lekarzy, osobiście prowadził wykłady i ćwiczenia z psychiatrii, dla chorych zawsze znajdował czas i cierpliwość i uczył tych właśnie zalet. Ogromną erudycję i odczytanie łączył w pracach naukowych z praktycznym doświadczeniem lekarskim jako podstawowym twórczym; cudze poglądy, dywagacje teoretyczne, obliczenia statystyczne itp. miały dla niego znaczenie pomocnicze. Od studentów wymagał głównie rozumienia chorych psychicznie i traktowania ich jak ludzi myślących i czujących, aczkolwiek często inaczej niż tzw. ludzie normalni. Słuchaczom nie okazywał nigdy swej istotnej wyższości, bardzo się wzdragał przed dawaniem ocen niedostatecznych, a przy tym umiał wytworzyć taką atmosferę, że niepodobna było ośmielić się na egzamin u niego bez przygotowania².

Wróciwszy do kraju w roku 1947 po tułaczce wojennej i po ukończeniu studiów w ówczesnym Polskim Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Edynburgu, od razu podjął pracę psychiatry w Krakowie (w Uniwersytecie Jagiellońskim, a po reorganizacji, od 1950 r. w Akademii Medycznej), propagował nowe formy leczenia, jak psychoterapia, walczył o rozluźnienie systemu zamknięcia chorych psychicznie. Zdobył szacunek i zaufanie swych zwierzchników, profesorów Eugeniusza Brzezickiego i Karola Spetta, których był następcą. Wyróżniał się gruntownym wykształceniem medycznym, filozoficznym (współpracował m.in. z prof. Romanem Ingardenem) i ogólnohumanistycznym. W swych publikacjach przekroczył hermetyczną granicę stylu naukowego w psychiatrii, nie stronił od formy eseju, dbał o poprawność języka, swymi książkami okazał na zewnątrz walory literackie; dostrzegano je często, pisząc np.: „*ta »proza« góruje nad współczesną literaturą [...]; daje język interpretacji życia wewnętrznego [...], uczy fascynacji fantastyczną wprost złożonością wyższych form życia uczuciowego*”³.

Kępiński był tak silnie związany z codziennością życia chorych, że nie zdążył stworzyć teorii swego systemu poglądów medycznych i psycho-socjologicznych; zdążył jedynie opisać własną teorię tak naz-

². Bliżej o tym m.in. J. Masłowski: *W klinice psychiatrycznej*. (Fragment biografii Antoniego Kępińskiego). Tygodnik Powszechny, 1980, nr 26. s. 5 i 7. (Całość biografii w druku).

³. M. in. S. Chwin: „*Socjologia milczenia*”. Polityka, 1980, nr 36, s. 8. — Z. Trziszka: „*Mój pisarz*”. Warszawa 1979, Ludowa Spółdz. Wydawn., s. 149 — 192.

wanego przez siebie „*metabolizmu informacyjnego*”⁴. Zajmowano się też najbardziej zagadnieniami szczegółowymi u Kępińskiego, znacznie mniej jego metodą badań naukowych, a jeszcze mniej zasadami jego wpływu wychowawczego na otaczających go pracowników, lekarzy, studentów pacjentów, socjopatów i innych chorych szukających u niego pomocy i rady. Na wnikliwą analizę oczekuje zwłaszcza warsztat naukowo-pisarski Kępińskiego. Warto podać kilka informacji łączących się z tymi sprawami.

Pozornie mogłoby się wydawać, że z pamięci tworzył na poczekaniu gotowe książki, z których większość ukazała się pośmiertnie po odpowiednim przygotowaniu ineditów; w rzeczywistości zaś dzieła powstałe w okresie choroby, w latach poprzedzających śmierć, z konieczności pisał prawie w ten sposób. Nie sposób jednak improwizować na poczekaniu. Faza kształtowania tekstu, jego formy słownej — to dopiero ostatni etap, odległy od pierwotnego gromadzenia materiału. Pracowicie, w ciągu wielu lat, przygotowywał i sporządzał mnóstwo notatek, kartek bibliograficznych, zeszytów z rękopisami itp. Swych współpracowników wdrażał też w skrupulatność, wciągał w usystematyzowaną lekturę, uczył takich szczegółów technicznych, jak wyodrębnianie poszczególnych problemów w osobnych teczkach.

Zarówno oceny prac innych osób, jak i przygotowanie własnych do druku zaczynał od bibliografii, mimo że w swych pracach wyznaczał piśmiennictwu rolę zazwyczaj drugoplanową, ale żądał wyodrębniania dorobku innych autorów od poglądów i interpretacji własnych. W jednym z notesów zapisał wyraźnie, czerwonym pisakiem: „Plan bibliogr[aficzny]: 1) przeczytać pracę, w spisie rzeczy oznaczyć tematykę, 2) skonfrontować bibliogr[afię] ze spisem treści, przy każdej pozycji bibliogr[aficznej] oznaczyć podrozdziały, 3) pociąć bibliografię, 4) poukładać alfabetycznie, 5) zrobić spis bibliogr[aficzny] alfabetyczny z numerami, 6) po każdym podrozdziale podać numery bibliografii”. Przemysławszy temat, kreślił krótki konspekt w punktach. Niektóre konspekty Kępińskiego pozostały nie rozwinięte, nie doprowadzone do czystopisu, ale wraz z rozmaitymi notatkami pozwalają na prześledzenie zarówno toku jego lektur, jak i rozwoju jego myśli, co już jest odrębnym problemem. W wielu konspektach, eksraktach i zaczynach tematu widać silne piętno zdyscyplinowanego, logicznego, a zarazem pełnego wyobraźni myślenia, z którego rozwijając się miały następnie przejrzyste artykuły i monografie, wspierane też doskonałą pamięcią Kępińskiego.

Pracując nad jakimś problemem, mimo że miał wyrobiony pogląd, radził się u kierowników Kliniki Psychiatrycznej bądź u kole-

⁴ Najpełniej przedstawiona w: A. Kępiński: *Melancholia*. Wydanie II. Warszawa 1979, PZWL, s. 170 — 268.

gów, pokazywał im pierwopis własnoręcznie wykonany zwykle jedynym rozmachem napisany (gdy chodziło o artykuły naukowe). Merytoryczne uwagi chętnie przyjmował, czasem się zżymał, lecz gdy ktoś miał rację, ustępował; mocniej bronił swych sformułowań przed zakusami o ich przejrzystsze wystylizowanie; poprawki techniczne, poprawnościowe itp. przyjmował bez oporu. Gdy jednak spotykał się z generalnym podważaniem jakiegoś większego wywodu (a nieraz budził chęć polemiki), czasem stanowczym ruchem skreślał całe akapity w swoim tekście; tak było m.in. w wypadku „Metody badania psychiatrycznego”, jednego z najwcześniejszych większych ineditów Kępińskiego, dzieła wydanego w 1978 r. pt. „Poznanie chorego”, w którym oczywiście przywrócono niesłusznie skreślone fragmenty, jeśli nie były mechanicznymi powtórzeniami, autotrawestacjami.

Pomysłów miał znacznie więcej niż mógł urzeczywistnić w druku. Zachęcany — np. przez niektóre redakcje, nie tylko medyczne — do podjęcia wskazywanych mu tematów, nieraz proponował, jego zdaniem, autorów właściwszych. Nie lubił zresztą zbytnio schodzić na tory popularyzacji i publicystyki, choć okazało się, że swoimi dziełami on właśnie przełamał barierę dzielącą psychiatrię od szerokiego kręgu zainteresowanych czytelników.

Przemysławszy jakiś temat, np. „KZ-syndrom”, czyli zespół objawów chorobowych i chorób, znamienny u tych, co przeżyli obozy hitlerowskie, radził się jeszcze u byłych więźniów. Gdy ich badał jako lekarz psychiatra, rozumiejąc doskonale tę problematykę, bądź gdy pisał na tematy oświęcimskie, wielu sądziło, że był więźniem Oświęcimia-Brzezinki. Niektórzy tylko domyślali się, że porównuje chyba Oświęcim z przeżytym przez siebie frankistowskim, na wzór hitlerowski urządzonego obozem koncentracyjnym w Miranda de Ebro (na mesecie kastylijskiej), o którym prawie nigdy nikomu nie wspominał.

Nawiązując do nurtującej go od czasów przedwojennych myśli Goethego, że siła zła stwarza czasem dobro⁵, przygotował artykuł pt. „Światła Oświęcimia” na piąty kongres medyczny Föderation der Widerstandskämpfer (FIR) we wrześniu 1970 r. w Paryżu, dokąd zresztą nie pojechał, bardzo bowiem nie lubił oficjalnych wystąpień, kongresów, sesji, posiedzeń. W wiedzy o Oświęcimiu widział ostrzegawcze światło dla przyszłych pokoleń. Wywodził, że obóz zohydził wojnę i jej romantyczno-heroiczny aspekt, ukazał, do czego może prowadzić patologiczny typ władzy, odsłonił ekstremalne możliwości człowieka, zdolnego do bestialstwa, ale i krańcowego heroizmu — w dialektycznej jedności skrawków nieba nad koszmarem kacetu. W przykładowo tutaj podanej inspiracji twórczej widzimy więc nie łączącą tematykę oświęcimską z Mirandą i z zagrożeniem ludzkości.

⁵ W oryginale niemieckim: Jener Kraft, die estets das Böse will und stets das Gute schaft (z „Fausta”).

Nowe pola badawcze zajmowały mu sporo czasu, gdyż miał zwyczaj gruntownie poznawać piśmiennictwo na dany temat. Niekiedy skarżył się na rozliczne obowiązki i nieubłagany upływ czasu. „*Ja mimo budzika przesypiam ranki — pisał do siostry, Łucji Szumowskiej, 6 lipca 1963 r. — i gotówem swego »dzieła« przed końcem świata nie skończyć*”. Innym razem żartował: „*Już całkiem w głowie mi się kręci od pisania tych bzdur*” (kartka do siostry z 14 września 1959 r.). Nie uskarżał się tylko na czas poświęcany chorym.

Latami zbierając materiały, przemyślenia i zwiększając zasób przygotowywanych tekstów, najczęściej z tego właśnie, zamierzonego, syntetycznego dzieła psychopatologicznego wydobywał wycinkowe tematy i publikował je w postaci artykułów naukowych, długo natrafiając na kłopoty z edycjami książkowymi. Wiele pierwopisów Kępińskiego znalazło się po modyfikacji jako części składowe wydań woluminowych. Długo zatem doskonalili swą sztukę pisania. „*Bardzo słuszne to zdanie Kenara, że każdy siebie rzeźbi — pisał w liście do siostry 11 listopada 1971 r. — W swym »epokowym dziele« nawet tej sprawie dużo miejsca poświęcam*”. W innym miejscu zastrzegł: „*Trudno wymagać od psychiatrów czy psychologów, by posługiwali się językiem artystycznym. Język ich powinien być prosty, jasny, zrozumiały, używane pojęcia ściśle definiowane. Niestety, język naukowy używany w dociekaniach nad światem wewnętrznym człowieka nie zawsze te warunki spełnia; by o tym się przekonać, wystarczy przeczytać niektóre prace psychoanalityczne czy egzystencjonalne*”⁶.

Przykładając skrycie dużą wagę do własnych dzieł i nie szczędząc im czasu, Kępiński nie odmawiał czytania cudzych referatów czy maszynopisów. Chętnie udzielał wskazówek, proponował poprawki. Na obrony prac doktorskich czy też na uroczystości nadawania doktoratów przychodził pilnie, współprzeżywając z innymi ich emocje i starając się rozpraszać treść kolegów.

Nie ukrywał gniewu, gdy na przykład napotykał przeszkody, interweniując w sprawach pacjentów i innych interesantów. Formalistyczne utrudnienia administracyjne zdecydowanie zakłócały jego spokój, a także np. niemożność dodzwonienia się do urzędu czy szpitala, gdy pragnął szybko interweniować. Od razu jednak tłumił rozdrażnienie.

Uważał, że człowiek jest zbyt skłonny do agresji, toteż każdy musi bardzo usilnie pracować nad sobą i sam też to czynił, ćwicząc sztukę opanowywania się, a także wytwarzania łagodnej więzi emocjonalnej w obcowaniu z ludźmi. Był skłonny do odrywania się od otaczającego go świata, od uczuciowego wpływu innych jako człowiek chłodnej kontemplacji. Mimo woli powodował dystans, wzbudzany

⁶. A. Kępiński: *Poglądy i orientacje w psychiatrii*. 1964 (rękopis), s. 683.

swym własnym autorytetem, ale i umiarkowaniem uczuciowym. Ponieważ jednak bardzo łatwo budził zaufanie u rozmówców, dystans ten malał. Miłość do innych ludzi Kępiński pojmował przede wszystkim nie jako łatwy efekt uczuciowy, lecz intelektualnie — jako obowiązek czynienia drugim dobrze, postępowania dla ich dobra i dodatniego wpływania na ich los na dalszą metę, lecz nie dla płytkiego, doządnego zadowolenia. Ci, co się z nim zetknęli przy omawianiu różnych problemów i tekstów, w pracy, na wykładach, podczas ćwiczeń itp., wiele nauk życiowych wynieśli z jego wypowiedzi.

Pracę traktował jako lekarstwo zarówno na własne wady, jak i na smutki. Innym też ją zalecał. Jak opowiada jeden z pacjentów „zwolnienia z pracy dawał oszczędnie — tylko wtedy, gdy był pewien, że takie oderwanie się od środowiska jest potrzebne, w przeciwnym razie był zwolennikiem intensywnej pracy”. „Mąż zawsze mawiał — potwierdza wdowa, Jadwiga Kępińska — że trzeba dać sobie »wycisk«, rzucił się w wir pracy; będąc zmęczony, jeszcze dodawał sobie pracy, żeby zatłuc »chandry« [...], brał zimny prysznic, kawę lub kroplę alkoholu, by się popędzić [...]. Bywał tak śmiertelnie zmęczony, że padał na tapczan bez posiłku, prosząc, by zbudzić go o jakiejś tam porze [...]. Ponad miarę wymagał od siebie, [miał] jakieś przemożne poczucie obowiązku; usiłował stratować swoje zmęczenie fizyczne silną wolą”⁷. Ale nawet zmęczony zdobywał się na pogodę i humor, jak prawdziwy homme d'esperit.

Dawny kolega Kępińskiego, Władysław Olesiński: taką oto dał charakterystykę: „Sposób, w jaki się nosił, przypominał człowieka, który przyjmował na siebie wszelkie ciosy, a sam nie uznawał konfliktowości między ludźmi jako zjawiska nieuchronnego. Wyczuwało się, że otaczający świat oceniał on, że nie był ani dobry, ani zły. Był wystarczająco nijaki, żeby mogli w nim działać szlachetni ludzie. Ze studiów w Edynburgu wyniósł zawodowy optymizm i w jakiś sposób potrafił go kultywować do końca życia [...]. Na wiele problemów spoglądał pod kątem rozwiązań teoretycznych”⁸.

Ogromna liczba relacji i ocen osobowości, dzieł i wychowawczo-dydaktycznego promieniowania prof. Kępińskiego — to zgodna i harmonijna symfonia pochwał, która jest faktem biograficznym. Nie chodzi tutaj wszakże o eksponowanie chwalby, której nikt nie zdoła zakwestionować, lecz o zestawienie charakterystycznych konkretów, istotnych dla tej strony sylwetki uczonego, która jest przedmiotem niniejszego szkicu.

Za jedną z najważniejszych cech Kępińskiego należy uznać zasadę, którą narzucił on sobie i którą usiłował wpoić innym, mianowi-

⁷. List J. Kępińskiej do J. Mastowskiego z 9. VIII. 1978 r.

⁸. List W. Olesińskiego do J. Kępińskiej z 5. V. 1973 r.

cie szacunek dla codziennej, tzw. usługowej pracy psychiatry, czyli — jak sformułował w jednym z rękopisów — „tej pogardzonej nieraz przez ludzi o przesadnych może ambicjach naukowych »czarnej roboty«. »Czarna robota« — to przebywanie wśród chorych przez większą część swego dojrzałego życia, to usilne, a tak często nieudane próby ulżenia im w cierpieniu, zajmowanie się ich drobnymi kłopotami, jak i zasadniczymi konfliktami, to w końcu pisanie historii choroby [...] Miąszz psychiatrii stanowią nie [...] teorie przyrodnicze czy humanistyczne, lecz właśnie suma doświadczeń i obserwacji bezimennych często psychiatrów usługowych”⁹.

Wyróżniał się niezwykłą cierpliwością wobec chorych, męczących nieraz i natrętnych. Niezależnie od pory dnia nie odmawiał przynajmniej krótkiej rozmowy z nimi. Starali się go dopaść nawet na ulicy, gdy po kontemplacji w kościółku św. Floriana, w którego pobliżu mieszkał, i zaplanowaniu dnia szedł najczęściej dalszą drogą, dla zdrowia, wokół Starego Miasta, do kliniki. W kalendarzyku Kępińskiego zachowały się zanotowane nazwiska pacjentów, których wyznaczył w celu przyjęcia, opatrując je tak wczesnymi godzinami, jak 5, 5.30.

Leczył przede wszystkim słowem, radą, analizą, nawet postawą, mimiką, barwą niskiego głosu. Przed nadużywaniem leków psychotropowych stanowczo przestrzegał, nowy środek bowiem, jak mówił, zwalnia z obowiązku rozmowy („ma pan cudowny lek i daj mi pan spokój”), a działanie psychofarmaków nieraz jest tylko sugestywne, działa cena, marka zagraniczna, reklama, trudna dostępność leku, ujemne skutki natomiast mogą być niebezpieczne, jak lekomania i lęk przed nieotrzymaniem „cudownej” tabletki, bądź całkiem niepożyteczne, jak uwolnienie od wysiłku w pracy nad sobą („zażywam tabletkę i już się nie martwię”). Chętniej zapisywał środki ogólnie wzmacniające i internistyczne.

Do chorych mówił niewiele, lecz treściwie, wnikliwie i dość stanowczo. Gdy trzeba było, otwarcie oświadczał, że leczenie u niego jest zbędne; zalecał np. wesołe towarzystwo zamiast neuroleptyków. Nie tylko stawiał trafne rozpoznania, lecz także niejednokrotnie umiał przewidzieć kierunek rozwoju psychiki wielu ludzi. Talent lekarza łączył z podejściem pedagoga. Gdy np. pewna matka interweniowała u niego w sprawie syna, który ją okłamał, bo zamiast na pobliską wycieczkę, jak zapowiedział, udał się do przyjaciółki z innego miasta, i sprowadziła chłopca do Kępińskiego, „doktor mi powiedział — wspominała później — zebym nie karała syna, bo »jeśli w tym wieku urządzi takie eskapady, to na pewno nie trafi do mnie, gdy będzie miał trzydzieści lat«. W prosty, umiejętny sposób podszedł Kępiński do problemu niezbyt właściwej troski o dziecko i trzymania go pod kloszem nadmiernej opieki.

⁹. A. Kępiński (rękopis, zapiski z 25. IX. 1964 r.), s. 926 — 929.

Prowadząc praktykę prywatną, honoraria brał minimalne, 50 lub 100 zł; najbiedniejszym i rencistom nawet wpychał pieniądze, żeby mieli na drogę do domu, zwłaszcza przyjezdnym. Za tą postacią praktyki opowiadał się jednoznacznie, uważając, że w istniejącym systemie służby zdrowia przede wszystkim choroby uważane przez społeczeństwo za dyskretne czy wstydlive wymagają nieraz dla dobra chorych prywatnego konsultowania. Dziś już widzimy jaskrawo, że pleńiące się łapownictwo w szpitalnictwie, trudne do wykrywania i represjonowania, jest złem nieporównanie gorszym niż praktyka prywatna, jeśli ta ostatnia — wykonywana przez uczciwych, mądrych i szlachetnych lekarzy — w ogóle może być uznawana jako zło.

Sposób odnoszenia się prof. Kępińskiego do chorych jest tematem dziesiątków dziękczynnych listów, których brzmienie najautentyczniej oddaje wrażenia pacjentów i pacjentek.

Niestety, już po upływie z górą dwu lat po zachorowaniu prof. Kępiński odszedł od chorych na zawsze. Przegląd ocen jego stosunku do nich mógłby zająć sporą książkę, lecz uzyskałoby się wciąż rewię różnych formalnie, lecz utrzymanych we wspólnej, serdecznej tonacji sposobów ujmowania powszechnej tęsknoty do idealnego modelu lekarza. Ci, co pragną wzorować się na Kępińskim, nie powinni jednak wpadać w kompleksy ani osłabiać chęci wyrabiania sobie własnych dróg, żaden bowiem ideał nie może być masowo i równorzędnie przez terapeutów naśladowany i realizowany w życiu.

Można jednak kultywować etyczno-moralne zasady Kępińskiego, jednolitość przyzwoitego postępowania w życiu osobistym i w szpitalu, w pracy naukowej i wobec adeptów medycyny. Można też wzorować się na pracowitości Kępińskiego, na jego metodzie i podejściu do problematyki medycznej, bynajmniej nie wąskospecjalistycznym i niezbiurokratyzowanym; można hamować dążność do górowania nad innymi z tytułu zdobytego szczybla w karierze i lepszego samochodu; można uczyć się skromności, jakże w końcu psychicznie opłacalnej.

Metoda reprezentowana przez prof. Kępińskiego jest również odwrotnością tego, co znajdujemy w podręcznikach metodologii naukowej w medycynie, przeładowanych tabelami, wzorami matematycznymi, radami, jak wykonywać karty krawędziowe i skomplikowane obliczenia. I jednocześnie niewiele widzimy w piśmiennictwie medycznym prac, z których by przeziarał chory nie przysłonięty uczynnymi wykresami i ogólnikowymi, mało odkrywczymi wnioskami. W metodologii tej mało jest wskazówek dotyczących po prostu odzwierciedlenia życia chorych i ich problemów, a już najmniej pouczeń, jak dochodzić w naukach medycznych do własnych spostrzeżeń i interpretacji, do jasności myśli i do niezmanierowanego, niesztampowego sposobu jej wyrażania.

Prof. dr hab. Alfred Siciński

Klinika Chorób Wewnętrznych IChW w AM w Warszawie

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY OŚRODKA NAUKOWO-RADAWCZEGO W CIECHOCINKU

W maju 1948 r. Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, na wniosek Naczelnej Dyrekcji PP „Uzdrowiska Polskie”, uchwaliła utworzenie Ośrodka Naukowo-Leczniczego w Ciechocinku. Postanowiono zorganizować 20-lóżkowy oddział wewnętrzny pod kierownictwem prof. dr hab. Andrzeja Biernackiego, kierownika I Kliniki Chorób Wewnętrznych. Równocześnie utworzono oddział ortopedyczny (kierownik — prof. dr med. A. Gruca) i ginekologiczny (kierownik — prof. dr med. A. Czyżewicz). W latach 1963—75 Ośrodek pozostawał pod kierownictwem prof. dr hab. Tadeusza Orłowskiego, z ramienia którego pieczę nad nim sprawowali w latach: 1963—65 doc. dr Zygmunt Chojecki, 1965—67 doc. dr Zofia Migdańska, 1968—75 doc. dr hab. Alfred Siciński, który od 1975 r. jest kierownikiem Ośrodka.

Organizacją Ośrodka zajął się dr Edward Rużyłło st. asystent I Kliniki Chorób Wewnętrznych. W dniu 1. VII. 1948 r. uruchomiono Ośrodek w willi „Romana”. Od stycznia 1950 r. Ośrodek przeniesiono w znacznie lepsze warunki lokalowe do wyremontowanego i zaadaptowanego pawilonu Łazienek nr IV. Zaistniała możliwość przestrzegania w leczeniu balneologicznym zasady „łożko-wanna-łożko”. Zorganizowano na miejscu własną pracownię podręczną, elektrokardiograficzną i przemiany materii. W 1959 r. przeniesiono Oddział Chorób Wewnętrznych do „Pomorzanki”. W 1969 r. przeniesiono Ośrodek do sanatorium im. Janka Krasickiego gdzie pozostaje dotychczas. Od 1974 r. Oddział Wewnętrzny ma 18 łóżek. W 1971 r. rektor AM w Warszawie prof. dr hab. Bolesław Górnicki podpisał porozumienie z naczelnym dyrektorem Zjednoczenia „Uzdrowiska Polskie” w sprawie objęcia patronatu przez AM nad lecnictwem prowadzonym w Ciechocinku. W porozumieniu podkreślono długoletnią tradycję działalności Warszawskiej AM w Uzdrowisku Ciechocinek w zakresie nadzoru naukowo-dydaktycznego nad lecnictwem uzdrowiskowym, co zapoczątkowało podjęcie tego rodzaju działalności przez inne akademie medyczne w podobnych ośrodkach.

W początkowym okresie Klinika delegowała do pracy w Ciechocinku co miesiąc 2 asystentów. Po zaangażowaniu na stałe dr med. Kazimierza Ślęzaka przyjeżdżał z Kliniki 1 lekarz na okres 1 miesiąca. Z kolei ordynatorem Oddziału Wewnętrznego był dr Jerzy Gajewski w latach 1965—67, a od 1968 r. pełni tę funkcję dr Krystyna Bednarek.

Celem pracy naukowej Oddziału Wewnętrznego jest:

1. ustalenie wskazań do leczenia balneologicznego w Ciechocinku,

2. przesłedzenie wpływu zabiegów balneologicznych na przebieg niektórych chorób wewnętrznych,

3. badanie mechanizmów działania różnych czynników klimatycznych i balneologicznych w leczeniu uzdrowiskowym w Ciechocinku.

Plan pracy naukowej Oddziału Wewnętrznego obejmował tematy o dużym znaczeniu społecznym oraz tematy dodatkowe wprowadzające nowe, dotychczas nie badane zagadnienia leczenia uzdrowiskowego chorób wewnętrznych.

Nadciśnienie tętnicze

W szeregu prac badano wpływ leczenia balneologicznego w ogóle na zachowanie się ciśnienia tętniczego krwi i układ krążenia. Stwierdzono, że leczenie w Ciechocinku chorych z nadciśnieniem tętniczym samoistnym powoduje u większości z nich obniżenie ciśnienia w czasie pobytu w sanatorium i często umożliwia równoczesne zmniejszenie dawek leków hipotensyjnych. U części chorych poprawa, zwłaszcza subiektywna utrzymuje się przez okres 2—6 miesięcy. Wyniki tych badań i prac przyczyniły się do opracowania wskazań i przeciwwskazań do leczenia sanatoryjno-uzdrowiskowego chorych z nadciśnieniem tętniczym samoistnym.

Wprowadzenie w ostatnim dziesięcioleciu bardzo skutecznych leków hipotensyjnych nie ograniczyło zakresu leczenia balneologicznego, które obniża ciśnienie tętnicze, utrwała wyniki leczenia farmakologicznego oraz zastępuje leczenie szpitalne. Ciekawym zagadnieniem w trakcie badań jest wpływ naturalnej aerozoterapii solankowej pod tężniami na zachowanie się ciśnienia tętniczego krwi.

Choroby naczyń obwodowych

Od 1952 r. Oddział Wewnętrzny zajmuje się balneologicznym leczeniem chorób naczyń obwodowych. Opracowano wskazania dla leczenia zarostowego stwardnienia tętnic, zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń i nerwic naczyniowych. Materiał obejmuje dużą liczbę chorych obserwowanych przez wiele lat w systemie: klinika-sanatorium-ambulatorium. Spostrzegania wyjaśniają mechanizm działania zabiegów balneologicznych, a wyniki leczenia dowodzą, że wszystkie zabiegi ogrzewające powinny być stosowane pośrednio z ominięciem części niedokrwionych. Leczenie balneologiczne wydłuża odcinek chromania, powoduje poprawę w oscylometrii, w badaniu oscylograficznym i pletyzmograficznym u chorych z zarostowymi chorobami tętnic. Wczesne zastosowanie zabiegów balneologicznych może mieć znaczenie zapobiegające w chorobach naczyń obwodowych.

Reumatoidalne zapalenie stawów

Przeprowadzono wielokierunkowe badania wpływu balneologicznego na reumatoidalne zapalenie stawów. Obserwacje te obejmowały zmiany w obrazie elektrokardiograficznym, odczyny hematologiczne, zachowanie się białek krwi, poziomu fosforu nieorganicznego, fosfatazy zasadowej, wapnia zjonizowanego i związanego z białkami krwi. Ponadto zbadano wpływ leczenia na zakres ruchomości stawów i siłę mięśniową chorych oraz przeprowadzono analizę wyników leczenia balneologicznego, w zależności od różnych czynników wewnątrz — i zewnątrzustrojowych.

Choroby narządu oddechowego

Dobre wyniki leczenia uzyskano w pylicy płuc i w przewlekłym nieżycie oskrzeli. Leczenie dychawicy oskrzelowej nie jest wskazane. Przeciwwskazaniem leczenia uzdrowiskowego jest również serce płucne w okresie niewydolności krążeniowo-oddechowej. Intensywna rehabilitacja chorób oskrzelowo-płucnych, a głównie rozstrzeni oskrzeli, doprowadza w większości przypadków do subiektywnej poprawy. Terapia oddechowa w warunkach uzdrowiskowych spełnia rolę szkoleniową w zakresie stosowania higienicznego trybu życia, gimnastyki oddechowej oraz drenażu ułożeniowego.

Wpływ czynników biometeorologicznych

Przy współpracy PIHM w Warszawie przeprowadzono ocenę klimatu Ciechocinka w celu określenia jego wpływu na wyniki leczenia nadciśnienia tętniczego. Zbadano wpływ zespołu biometeorologicznego na leczonych chorych oraz wpływ parności na ciśnienie tętnicze krwi. Zbadano wpływ zmian ciśnienia atmosferycznego oraz frontów na poszczególne objawy podmiotowe, ciśnienie tętnicze krwi oraz tętno w różnych jednostkach chorobowych.

Choroby nerek

Od kilku lat zajęto się wpływem leczenia w Ciechocinku chorób nerek. Z dotychczasowych badań wynika, że leczenie klimatyczno-wypoczynkowe w Ciechocinku nie jest przeciwwskazane u pacjentów z wtórnym nadciśnieniem tętniczym w przebiegu przewlekłych chorób nerek. Zabiegi balneologiczne nie pogarszają czynności ich nerek.

Tematy różne

Oprócz zasadniczych problemów opracowywano inne różne zagadnienia, jak np. działanie ciechocińskiej wody mineralnej ze źródła „Krzystynka” na czynność nerek i czynność wydzielniczą żołądka; wpływ solanki ciechocińskiej na oddychanie i przemianę spoczynkową.

Omawiane prace były publikowane w *Balneologii Polskiej*, *Lekarzu Wojskowym*, *Pamiętnikach Zjazdów Balneologicznych*, *Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, *Polskim Tygodniku Lekarskim* i *Wiadomościach Uzdrowiskowych*. Były one również referowane na wielu zjazdach balneologicznych, na Międzynarodowym Kongresie Medycyny Wewnętrznej oraz na międzynarodowych zjazdach balneoklimatycznych. Na opublikowanie 61 prac złożył się wysiłek 44 autorów-lekarzy I Kliniki Chorób Wewnętrznych, Kliniki Chorób Wewnętrznych Instytutu Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie oraz zespołu lekarzy Oddziału Wewnętrznego Ośrodka Naukowo-Badawczego w Ciechocinku. W naszych planach oprócz dalszych badań naukowych nad omawianymi zagadnieniami zamierzamy prowadzić rehabilitację chorych z nadciśnieniem samoistnym i objawowym w przebiegu chorób nerek. Pragniemy stać się ogniwem łączącym leczenie szpitalne z ambulatoryjnym. Wydaje się, że umiejętne dysponowanie tymi 3 działaniami lecznictwa przyczyni się do lepszej rehabilitacji chorych. Ma to szczególne znaczenie, gdyż nadciśnienie tętnicze dotyczy ludzi w stosunkowo młodym wieku w pełni ich aktywności życiowej.

mgr Jerzy Rudzik
Studium WFiS AM w Warszawie

DZIAŁALNOŚĆ STUDIUM WFiS AM W WARSZAWIE

W nowoczesnej koncepcji kultury, wychowania i wykształcenia ogólnego — wychowanie fizyczne nabrało szczególnego znaczenia. Powszechnie docenia się wszechstronny wpływ ćwiczeń na cały organizm i psychikę człowieka. Teoria wychowania fizycznego jest obecnie wiedzą bardzo rozległą, jednocześnie problematyka wychowania fizycznego stała się przedmiotem żywych zainteresowań szeregu dyscyplin naukowych, przede wszystkim medycyny, pedagogiki, psychologii i socjologii.

W programie studiów lekarskich, wychowanie fizyczne jako przedmiot nauczania opiera się na wyraźnie określonych celach i zadaniach. Do podstawowych zadań należy:

- przygotowanie studenta do przyszłej pracy lekarskiej w zakresie kultury fizycznej;
- zapoznanie z możliwościami wykorzystania kultury fizycznej w profilaktyce, rehabilitacji i lecznictwie;
- usprawnienie studenta poprzez różne formy ćwiczeń ruchowych oraz zapewnienie mu stałego podnoszenia stanu zdrowia i ogólnego rozwoju fizycznego;
- wykorzystanie kultury fizycznej w działalności wychowawczej.

Istnieje wiele powiązań w przedmiocie zainteresowań współczesnej medycyny i kultury fizycznej. Lekarz niemal każdej specjalności spotyka się z koniecznością określania stanu zdrowia, wydolności organizmu i zdolności do różnych wysiłków fizycznych. Medycyna, nie tylko w dziedzinie profilaktyki, lecz również w szeregu specjalnościach klinicznych wykorzystuje środki i metody wychowania fizycznego. Usprawnienie lecznicze chorych i rekonwalescentów jest powszechnie stosowane w wielu placówkach lecznictwa otwartego i zamkniętego. W nowoczesnej terapii schorzeń układu ruchowego, układu krążenia i układu oddechowego, w chorobach neurologicznych i coraz częściej w psychiatrii, nieodzowne jest leczenie ruchem, nawet w odniesieniu do obłożnie chorych.

Studium Wychowania Fizycznego i Sportu warszawskiej Akademii Medycznej, z komórki dydaktyczno-wychowawczej jaką było dotychczas, stopniowo przekształca się w zakład dydaktyczno-naukowy. Studium rozpoczęło swoją działalność w 1950 r., z chwilą wejścia w życie rozporządzenia ministrów: oświaty i zdrowia z dnia 5.1. 1950 r., w sprawie obowiązku wychowania fizycznego studentów szkół wyższych. Studium objęło swoją działalnością studentów I i II roku Wydziału Lekarskiego i Farmaceutycznego, dla których zorganizowano zajęcia wychowania fizycznego w wymiarze 2 godzin tygodniowo. W 1956 r. Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego i Zdrowia pozostawiły rektorom swobodę w wyborze obowiązkowej lub fakultatywnej formy zajęć wychowania fizycznego. Decyzją władz naszej uczelni, w latach 1957—60, wychowanie fizyczne miało formę wyłącznie fakultatywną. Rychło jednak okazało się, że w uczelniach, które utrzymały obowiązek wychowania fizycznego, frekwencja na zajęciach wynosiła 90%, natomiast w tych, które przyjęły fakultatywną formę zajęć — zaledwie 3 — 17%. Z uwagi na niepokojący stan zdrowotny i braki w usprawnieniu osobistym młodzieży, a także rozwinięcie funkcji szkoły w kierunku wszechstronnego wychowania młodzieży akademickiej, poszczególne resorty przywracać zaczęły obowiązek wychowania fizycznego. Ministerstwo Zdrowia uczyniło to w 1960 r.

W realizacji programu położono szczególnie nacisk na opanowanie przez studentów umiejętności pływania, gdyż faktem było, że tylko 35% ogółu studentów umiało pływać. Metodykę ćwiczeń wychowania fizycznego prowadzono według najnowszych wzorów, opracowanych przez Katedrę Medycyny Sportowej Akademii Medycznej w Poznaniu. Program i metody były nieustannie weryfikowane i unowocześniane w zależności od wyników obserwacji i badań dotyczących sprawności, wydolności i budowy ciała młodzieży akademickiej.

Wiele uwagi Studium poświęciło studentom z upośledzonym stanem zdrowia. Około 25% studentów, co roku otrzymywało zwolnienia lekarskie z programowych ćwiczeń wychowania fizycznego, z zaleceniem ćwiczeń lekkich, rekreacyjnych. Program wychowania fizycznego realizowany był nie tylko w ramach zajęć semestralnych, ale również podczas obozów studenckich, organizowanych w okresie wakacji letnich i zimowych, systematycznie od 1961 r.

Jednym z głównych kierunków działalności Studium jest ścisła współpraca z Akademickim Związkiem Sportowym w organizacji życia sportowego uczelni. W 1960 r. powołany został klub uczelniany AZS. Znalazł on pełne oparcie w Studium Wychowania Fizycznego, które zapewniło kadre, obiekty sportowe i sprzęt na działalność sekcji sportowych AZS, objęło nadzór pedagogiczny nad działalnością klubu. Rozpoczęły się regularne treningi w najbardziej popularnych wśród studentów dyscyplinach sportowych, pływaniu, wioślarstwie, tenisie sto-

łowym, lekkoatletyce. Organizowano zawody, imprezy i obozy sportowe. Tworzyły się kadry sportowe uczelni.

Studium WSiS w początkach swej działalności zorganizowało (i prowadzi nieprzerwanie do dziś) zajęcia dla pracowników uczelni, zgodnie z ich zainteresowaniami i potrzebami.

W 1974 r. wszedł w życie nowy dokument: zarządzenie ministrów nauki, szkolnictwa wyższego i techniki, kultury i sztuki oraz żeglugi, w sprawie przekształcenia studiów wychowania fizycznego — w studia wychowania fizycznego i sportu. Od tego momentu Studium zaczęło realizować nowy program wychowania fizycznego i sportu, który przewidywał objęcie obowiązkowymi zajęciami wychowania fizycznego studentów wszystkich lat studiów. Wymagało to olbrzymiego wysiłku organizacyjnego Studium, które od początku pracuje wyłącznie na wynajmowanych obiektach sportowych. Dlatego postulat ten mógł być realizowany sukcesywnie i tak w latach 1974—76 obowiązkowymi zajęciami wychowania fizycznego objęto studentów I, II, i III roku Wydziału Lekarskiego i Farmacji.

W zakresie sportu położono nacisk na rozwijanie zawodów i imprez wewnątrz uczelni dla najszybszych mas studentów i pracowników.

W roku akademickim 1976/77 otwiera się nowy etap działalności Studium — wychowanie fizyczne wprowadzone zostaje do zajęć obowiązkowych I, II, III, IV i V roku obu wydziałów lekarskich, oraz I, II, III, i IV roku Wydziału Farmaceutycznego oraz Oddziału Stomatologii.

R e a l i z a c j a p r o g r a m u

W świetle znacznego postępu teorii i praktyki wychowania fizycznego istnieje potrzeba zaznajomienia wszystkich studentów z rolą i znaczeniem kultury fizycznej. Szczególnie studenci medycyny - przyszli lekarze, powinni poznać medyczne problemy wychowania fizycznego, by w przyszłości zajmować właściwe stanowisko i pracować z pożytkiem dla rozwoju medycyny i kultury fizycznej. Przyjęto zasadę, że wychowanie fizyczne stosowane w różnych formach powinno obejmować 100% uczącej się młodzieży, niezależnie od stanu zdrowia i wydolności organizmu. Program wychowania fizycznego obejmuje ćwiczenia ogólnorozwojowe i specjalne na salach, pływalniach, terenach otwartych, lodowisku — dla młodzieży o pełnej i niepełnej sprawności fizycznej. Studenci I, II i III roku studiów uczęszczają na zajęcia zgodnie z ustalonym semestralnym planem zajęć (na I roku dominują zajęcia na pływalni, na II przeważają sportowe gry zespołowe, na III — zajęcia na świeżym powietrzu), studenci lat IV—V mogą dowolnie wybierać zajęcia zgodnie ze swymi zainteresowaniami. Zwolnienia z ćwiczeń wychowania fizycznego ze względu na stan zdrowia

są udzielane przez przychodnię Zespołu Opieki Zdrowotnej dla szkół wyższych. Studenci całkowicie zwolnieni z ćwiczeń, obowiązani są do udziału w pracach organizacyjnych Studium oraz zapoznania się z podstawową problematyką aktywności ruchowej i profilaktyki zdrowotnej przyszedłego lekarza.

Młodzież uzdolniona ruchowo, zgłaszająca chęć specjalizacji w wybranej dyscyplinie sportowej zgłasza się na treningi sekcji sportowych. będących jednocześnie sekcjami klubu AZS AM. Studium prowadzi 15 sekcji: lekkoatletykę, piłkę siatkową, piłkę koszykową, piłkę nożną, piłkę ręczną, pływanie, żeglarsstwo, narciarstwo (zjazdowe i biegowe), tenis stołowy, tenis ziemny, judo, choreogimnastykę, alpinizm, jazdę konną i karate. W treningach sekcji uczestniczą zarówno studenci objęci obowiązkowym wychowaniem fizycznym, jak i studenci lat wyższych. Jest zasadą, że co roku przed przystąpieniem do ćwiczeń nowo przyjętych studentów, dokonuje się przeglądu lekarskiego, celem zakwalifikowania do odpowiednich grup ćwiczebnych. Jednocześnie zostaje przeprowadzony test sprawności fizycznej. Również warunkiem zaliczenia programowych ćwiczeń wychowania fizycznego po kolejnych latach studiów (oprócz wymaganej frekwencji) jest uzyskanie przynajmniej dostatecznych rezultatów w kolejnych testach sprawności fizycznej.

Wyniki testów wykazują, że młodzież studiująca na naszej uczelni stanowi grupę o bardzo niskiej sprawności fizycznej, odbiegającej wyraźnie od norm dla młodzieży w tej grupie wieku. Najlepsze wyniki uzyskuje Studium w zakresie nauki pływania, gdyż od szeregu lat, przy poparciu władz uczelni, zaliczenie przedmiotu uzależniono od

Tabela I

WYNIKI WYBRANYCH PRÓB Z TESTU SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ
W ROKU AKAD. 1977/78 i 1978/79

Grupa ćwiczeń	Liczba studentów %	Średni czas biegu na 100 m w s.		Średni czas biegu na 60 m w s.		Średnia długość skoku w dal w cm			
		M	K	M	K	I sem.	IV sem.	I sem.	IV sem.
Ćwiczenia programowe ogólnorozwojowe	450 10,8	14,52	14,41	11,15	11,04	441	447	264	276
Ćwiczenia usprawnienia leczniczego	237 5,0	17,10	—	14,31	—	325	—	184	—
Sekcje sportowe	118 2,6	13,72	13,12	10,21	10,12	471	476	331	348

zdobycia przez studenta umiejętności pływania. Przeciętnie, na każdym I roku studiów w semestrze zimowym tylko 60 proc. studentów umie pływać, natomiast w semestrze letnim umiejętność pływania zdobywa 96%.

Zamیلowanie do ćwiczeń fizycznych i zainteresowanie sportem wśród studentów jest niewielkie. Najczęstszym tłumaczeniem jest brak czasu i potrzeby ruchu, czyli brak nawyków uprawiania różnych form kultury fizycznej. Postępy sprawności uzyskane po kolejnych latach studiów są nieznaczne, jednak systematyczny udział w tego typu zajęciach stanowi dla studentów niezwykle pożyteczny rodzaj odprężenia i czynnego wypoczynku, w warunkach intensywnej nauki i pracy umysłowej. Po pewnym czasie część studentów cechuje świadoma postawa i docenianie roli wychowania fizycznego.

Najpopularniejszą formą działalności są programowe obozy wychowania fizycznego, organizowane w czasie ferii letnich i zimowych. Co roku 300 studentów (średnio) bierze udział w tej pożytecznej akcji, korzystając z najrozmaitszych form czynnego wypoczynku. Na obozach letnich zapoznujemy studentów z różnymi dyscyplinami sportowymi, jak: wioślarstwo, łucznictwo, kajakarstwo, żeglarstwo, turystyka piesza i rowerowa, badminton; na obozach zimowych zapoznujemy z podstawowymi elementami jazdy na nartach (początkujących) i doskonalimy posiadane umiejętności (zaawansowanych). Programowe obozy wychowania fizycznego przynoszą młodzieży olbrzymie korzyści, nie tylko dla zdrowia i sprawności fizycznej. Pozwalają jednocześnie oddziaływać wychowawczo przez kształcenie takich cech osobowości, jak: dyscyplina, wytrwałość, solidarność, odwaga, przedsiębiorczość, poczucie odpowiedzialności.

Praca organizacyjna i naukowo-badawcza

W rzeczywistości Studium WFiS odpowiada za całokształt spraw związanych z wychowaniem fizycznym i sportem studentów. Jednak właściwą komórką sportową jest klub uczelniany AZS, który podjął trud organizowania życia sportowego, wypełniając czas wolny studentów możliwością treningu oraz udziału w zawodach. Klub AZS opiera się w swej działalności na studentach, którzy przychodząc na uczelnię, reprezentują już pewien poziom wyczynu sportowego. Znikomy procent podejmujących się uprawiania sportu na uczelni świadczy, że AZS nie jest miejscem rozpoczynania kariery sportowej.

AZS wykazuje wiele cennej inicjatywy, szczególnie w planowaniu i organizowaniu imprez sportowych. Studium WFiS bierze udział we wszystkich poczynaniach młodzieży, przez nadzór pedagogiczny. W ciągu roku akademickiego wszystkie sekcje sportowe biorą udział w warszawskiej lidze międzyuczelnianej AZS. Najbardziej popularną

i lubianą imprezą wśród studentów są ogólnopolskie mistrzostwa Polski klubów AZS akademii medycznych, rozgrywane od 1966 r. Rywalizacja uczelni medycznych jest pasjonująca ze względu na wyrównany poziom sportowy. Mistrzostwa odbywają się co dwa lata, w dyscyplinach ustalonych przez reprezentantów uczelni na konferencji krajowej. Reprezentacja naszej uczelni w łącznej punktacji zajmowała w ostatnich latach następujące lokaty:

- rok akad. 1977/78 — VIII miejsce
- rok akad. 1978/79 — III miejsce
- rok akad. 1979/80 — II miejsce

Do sekcji, które zdobyły na mistrzostwach Polski najwięcej medali należą:

Sekcja p ł y w a c k a, która w latach 1971, 73, 75 zajęła I miejsce i zdobyła złote medale w punktacji zespołowej mężczyzn. W tych zawodach student Leszek M a r m u r o w i c z zdobył nagrodę dla najlepszego pływaka mistrzostw. W 1977 r. sekcja ta zajęła II miejsce i zdobyła srebrny medal;

Sekcja s i a t k ó w k i mężczyzn, zdobywając złote medale w latach 1968 i 1970;

Sekcja k o s z y k ó w k i mężczyzn, zajmując II miejsce i zdobywając srebrny medal w 1977 r.;

Sekcja l e k k o a t l e t y k i, której zawodnicy w 1975 r. zdobyli 2 złote, 4 srebrne i 4 brązowe medale w konkurencjach indywidualnych.

Z uczelnianych imprez sportowych najpopularniejsze są mistrzostwa pływackie o puchar JM Rektora. W zawodach tych startują reprezentacje wszystkich lat studiów, a także absolwenci i pracownicy Akademii Medycznej. Regulamin mistrzostw przewiduje zdobycie pucharu na własność rocznika, 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 I Wydziału Lekarskiego w roku akad. 1975/76.

Drugą centralną, masową imprezą sportową jest Dzień Sportu. Zorganizowany po raz pierwszy 8 maja 1975 r. dla uczczenia 25-lecia Akademii Medycznej, wszedł na stałe do kalendarza imprez sportowych uczelni.

Międzynarodowe kontakty sportowe uczelni są bardzo skromne i ograniczają się do towarzyskich zawodów, organizowanych nieregularnie. Na terenie stołecznym organizowane są również zawody okolicznościowe. Należą do nich: Varsoviada, bieg wieczorny dla uczczenia rocznicy Rewolucji Październikowej (w ub. roku akademickim nasza uczelnia została wyróżniona za wystawienie najliczniejszej ekipy), turnieje z okazji rocznicy wyzwolenia Warszawy, biegi przełajowe.

Istnieje wiele kwestii wymagających stałej obserwacji i badania

młodzieży, objętej obowiązkowymi ćwiczeniami wychowania fizycznego. Studium WFiS systematycznie prowadzi badania, zmierzające do oceny stanu zdrowia i wydolności fizycznej. W badaniach bierze udział cały zespół pracowników dydaktycznych. Od wielu lat charakterystycznym zjawiskiem w naszej uczelni była duża liczba zwolnień lekarskich z programowych ćwiczeń wychowania fizycznego.

Badania zdrowotności studentów oparte są na analizie ilościowej i jakościowej zwolnień lekarskich z ćwiczeń wychowania fizycznego, na poszczególnych latach studiów. Na podstawie przytoczonych danych z okresu trzech ostatnich lat, stwierdzono, że 13% studiujących uczelni otrzymuje zwolnienia. Z tej liczby część posiada zwolnienia na cały okres studiów, część na czas krótszy. Ten stan rzeczy wymagał dokładnej analizy oraz przeciwdziałania wyłączeniu z ćwiczeń wychowania fizycznego dużej grupy studentów. Co roku prowadzone są przez lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji dodatkowe bada-

Tabela II

ZWOLNIENIA LEKARSKIE Z WF W LATACH 1977 — 80

Rok akad.	Liczba studentów objętych zajęciami wf.	z odchyleniami stanu zdrowia		zwolnionych trwale		zwolnionych okresowo		skierowanych do grup specjalnych	
			%		%		%		%
1977/78	3373	477	14	44	9	150	31	283	60
1978/79	3399	479	14	71	15	198	41	210	44
1979/80	3750	473	13	82	14	176	38	215	47

Tabela III

ZESTAWIENIE LICZBOWE ZWOLNIEŃ LEKARSKICH
W ROKU AKAD. 1979/80

Rodzaj choroby	Liczba zwolnień	%	Kwalifikacja do grup
Narządów ruchu, stany pooperacyjne . .	79	17,1	IV
Reumatyczne	72	15,1	I
Układu krążenia	63	14,1	II
Układu pokarmowego	63	14,1	I
Nosa, gardła, uszu . . .	49	10,6	I
Układu moczowo-płciowego	37	7,1	I
Układu oddechowego . .	34	6,8	II
Oczu	34	6,8	III
Układu nerwowego . . .	14	2,7	I
Skóry	13	3,0	I
Ciąża	11	7,2	V
Inne przyczyny	4	2,6	I

nia, w wyniku których znaczna liczba studentów z upośledzonym stanem zdrowia jest kierowana do grup usprawnienia leczniczego. Studium prowadzi kilka takich grup:

1. ćwiczeń ogólnorozwojowych o małej intensywności dla studentów słabych fizycznie, niewydolnych, niesprawnych
2. ćwiczeń dla studentów ze schorzeniami układu krążenia i oddechowego
3. ćwiczeń dla studentów z wadami wzroku
4. ćwiczeń dla studentów ze schorzeniami narządów ruchu
5. ćwiczeń dla kobiet w ciąży.

Grupy usprawnienia leczniczego są otoczone szczególną troską. Z reguły w tych zespołach znajdują się studenci, którzy od szeregu lat nie brali udziału w żadnych ćwiczeniach. Systematycznie są prowadzone badania nad wpływem ćwiczeń fizycznych na organizm. Uzyskiwane wyniki zdecydowanie dowodzą, że stosowanie ćwiczeń fizycznych dla osób z upośledzonym stanem zdrowia przynosi widoczne korzyści pod postacią lepszej adaptacji do wysiłku fizycznego i wyższej wydolności organizmu. Adaptacja do wysiłku, po odbyciu cyklu ćwiczeń, dotyczy przede wszystkim układu krążenia, co wyraża się wystąpieniem istotnych statystycznie różnic, w sensie zwolnienia częstości tętna po wysiłku oraz większej stabilności ciśnienia tętniczego krwi.

Następnym problemem w pracy Studium jest rozpoznawanie u studentów wad postawy i zapobieganie dalszemu powiększaniu się zniekształceń, poprzez właściwy dobór ćwiczeń korekcyjnych oraz wyrabianie nawyków autokorekcji. Jednocześnie studenci zapoznają się z najnowszymi metodami w zakresie diagnostyki wad postawy i leczenia ruchem. Na podstawie uzyskanych informacji o stanie zdrowia i wydolności organizmu, opracowuje się metodykę ćwiczeń fizycznych dla młodzieży dorosłej oraz odpowiednie testy pozwalające ocenić sprawność i wydolność. Co roku w piśmiennictwie fachowym ukazuje się kilka publikacji, których autorami są pracownicy Studium. Bierzemy udział we wszystkich konferencjach naukowych poświęconych sprawom kultury fizycznej. W ostatniej, jaka odbyła się w Rzeszowie (19—20. X. 1979), przedstawiliśmy trzy referaty, traktujące o sprawności fizycznej studentów naszej uczelni. Ostatnio zostały otwarte dwa przewody doktorskie.

Warunki pracy

Studium WFiS pracuje w ciężkich warunkach, ponieważ uczelnia nie posiada żadnego własnego obiektu sportowego. W tej sytuacji co roku trzeba ogromnego wysiłku, starań i zabiegów, aby wynająć w różnych punktach miasta sale i urządzenia, zdobywając zaledwie minimum warunków. W stolicy powszechnie jest odczuwany niedostatek

obiektów sportowych. Naszej uczelni brak jest nie tylko własnej hali sportowej i pływalni, ale również boisk i terenów otwartych oraz przystani i pomieszczeń dla sprzętu żeglarskiego, wioślarskiego i turystycznego.

Podstawowe trudności tkwią w samej młodzieży w związku z tym, że nie ma ona ani zbytnej chęci, ani wewnętrznej potrzeby systematycznego uprawiania ćwiczeń. Niedostatki te wywodzą się z domu rodzinnego i z okresu lat szkolnych. Brak powszechnego zamiłowania i nawyków aktywnego uczestnictwa w różnych formach kultury fizycznej dotyczy całego społeczeństwa.

Na studia w naszej uczelni zgłasza się młodzież bardzo mało sprawna fizycznie i nie zainteresowana działalnością sportową w sensie osobistego udziału, czy też pracy organizacyjnej. Programowe ćwiczenia przez większość studentów są traktowane jako obowiązek na studiach i warunek do zaliczenia semestru. Studium od szeregu lat znajduje wielkie zrozumienie i poparcie władz uczelni dla potrzeb wychowania fizycznego i sportu. Właściwa atmosfera dla spraw kultury fizycznej sprzyja dalszemu pozytywnemu rozwojowi osobistych upodobań, nawyków i przekonań w tej tak ważnej dziedzinie życia wśród studentów — przyszłych lekarzy i pracowników służby zdrowia. Lecz mimo wszystko sądzimy, że w naszym środowisku zagadnienia kultury fizycznej nie są doceniane.



WYBRANE PRACE NAUKOWE

* JABŁOŃSKA JOANNA MARIA — „Wpływ zatruc insektycydami z grupy karbaminianów na poziom i równowagę amin katecholowych w ustroju szczura”

Zakład Chemii Toksykologicznej Instytutu Biofarmacji AM

Przebadano wpływ dwóch insektycydów pochodnych kwasu karbaminowego — karbarylu i propoksuru, reprezentatywnych dla grupy N-metylokarbaminianów na równowagę amin katecholowych — adrenaliny i noradrenaliny w ustroju szczura. Równocześnie stosując technikę izotopową określono mechanizm powstawania obserwowanych zmian poziomu adrenaliny i noradrenaliny przez ocenę wpływu badanych związków na procesy wychwytu i uwalniania.

Dodatkowo przeprowadzono ocenę zmian morfologicznych struktur tkankowych metodą mikroskopii elektronowej i metodami histochemicznymi. Na podstawie uzyskanych wyników wykazano wpływ neurotoksyczny przebadanych insektycydów na ustrój ssaków, oraz możliwość zastosowania określenia zaburzeń poziomu amin katecholowych w ocenie toksykologicznej insektycydów karbaminianowych.

* GRADOWSKA-OLSZEWSKA IWONA — „Wpływ insektycydów fosforoorganicznych na równowagę fizjologiczną androgenów w ustroju szczura”

Zakład Chemii Toksykologicznej Instytutu Biofarmacji AM

Treścią rozprawy są badania wpływu dwóch różnych insektycydów fosforoorganicznych — polfosu i fenitrotonu na stan równowagi fizjologicznej męskich hormonów płciowych w ustroju szczura. W doświadczeniach na szczurach w warunkach zatrucia ostrego lub wielokrotnego przez okres 12 tygodni badano wydalanie 17-ketosterydów oraz androsteronu, etiocholanolonu, dehydroepiandrosteronu z moczem, poziom testosteronu w osoczu krwi, poziom kreatyniny w surowicy i moczu, metabolizm obwodowy ^3H -testosteronu, wychwytywanie przez narządy ^3H -testosteronu wprowadzanego dootrzewnowo, rozmieszczenie ^{14}C -polfosu w narządach oraz kształtowanie się ciężarów ciała i narządów u szczurów. W badaniach stosowano metody immunologiczne, izotopowe oraz inne metody adoptowane na potrzeby badań toksykologicznych.

* praca doktorska

Wyniki pracy wskazują, że badane insektycydy powodują zmiany w poziomie, przemianach, wydalaniu i wychwycie androgenów w ustroju, co może być przyczyną opisywanych w literaturze zaburzeń w procesach związanych z fizjologią rozrodu u ssaków.

* MACIEJEWSKA DOROTA EWA — „Badanie tautomerii 2-aryloazoimidazoli oraz ich aktywności biologicznej”.

Zakład Chemii Fizycznej Instytutu Nauki o Leku AM

Pierścień imidazolu występuje w wielu związkach naturalnych i dlatego zbadanie możliwości tworzenia się, w grupie pochodnych imidazolu — 2-aryloimidazolach, rzadkich struktur izomerycznych wydaje się być interesującym problemem. Związki te mogą występować w dwóch formach tautomerycznych. „azowej” i „hydrazonowej”.

W ramach tej pracy zsyntetyzowano więc dziesięć potencjalnie tautomerycznych 2-(p-Y-fenylazo) — imidazoli oraz cztery nie tautomeryczne, metylowe związki modelowe o strukturze wyłącznie azowej. Budowę ich badano metodami spektroskopowymi (widma PMR, IR, ramanowskie, UV-VIS). Okazało się, że związki tego typu występują wyłącznie lub prawie wyłącznie w formie azowej (w stanie stałym i w roztworach). Ponadto część otrzymanych związków odznacza się niską i średnią toksycznością i można w tej grupie pochodnych spodziewać się nowych leków.

* MAZUR JOLANTA — *Synteza 4,4-dimetylospendyny oraz kwasu (4,9-dimetylo-2H-furo-[2,3-h] — [1]-benzopiran-2-on-6-oksy) — octowego i jego pochodnych o spodziewanym działaniu spazmolitycznym*”.

Zakład Chemii Ogólnej Instytutu Nauki o Leku AM

Zsyntezowano pochodne 4,4-dimetylospendyny, fukumaryny angularnej typu angelicyny. Związki te nie były dotychczas syntezowane, nie występują także w roślinach. Są analogami sfondyny, która jest fukumaryną angularną, znajdującą się obok innych związków w Radix Pimpinellae, preparacie stosowanym w stanach skurczowych naczyń krwionośnych i organów zbudowanych z mięśni gładkich.

W I części pracy otrzymano 4,4-dimetylospendynę na drodze dziesięcioetapowej syntezy, w której otrzymano siedem znanych związków modyfikując jednocześnie metody ich otrzymywania, oraz trzy nieopisane pochodne kumaryny.

W II części pracy zsyntezowano kwas (4,9-dimetylo-2H-furo [2,3-h] — [1] — benzopiran-2-on-6-oksy) — octowy dwiema metodami. W metodzie pierwszej otrzymano pięć nowych związków kumarynowych. W metodzie drugiej syntezę tych związków przeprowadzono w uproszczony sposób i na krótszej drodze. W III części pracy otrzymano aminoestry zsyntezowanego kwasu w postaci chlorowodorków.

* MŁYŃSKI JANUSZ — „Badanie nad gospodarką węglowodanową w pierwotnych hiperlipoproteidemiach”.

I Wydział Lekarski AM

Badano zachowanie się wskaźników gospodarki węglowodanowej u 96 chorych z pierwotnymi hiperlipoproteidemiami typu II A, IV i V oraz u 26 osób zdrowych w warunkach podstawowych oraz po obciążeniu dietą bogatą węglowodanową, u chorych z hiperlipoproteidemią typu IV i u zdrowych. Upośle-

dzoną tolerancję glukozy stwierdzano najczęściej u chorych z IV i V typem hiperlipoproteidemii.

Zwiększone wydzielanie insuliny występowało u chorych z IV typem hiperlipoproteidemii jedynie w czasie doustnego testu tolerancji glukozy. Zwraçało uwagę odmienne zachowanie się insulinemii po doustnym i dożylnym obciążeniu glukozą u chorych z hiperlipoproteidemią. Różnica ta może wskazywać na udział hormonów przewodu pokarmowego w regulacji wydzielania insuliny u tych chorych. Insulinemia u chorych z typem II A i V nie różniła się od insulinemii w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono znamiennej dodatniej korelacji pomiędzy poziomem trójglicerydów i średnią insulinemią w żadnej z badanych grup. Analizując wpływ nadwagi nie stwierdzono znamiennej korelacji między stopniem nadwagi i średnią insulinemią u ludzi z hiperlipoproteidemią.

W trakcie stosowania diety bogatowęglowodanowej stwierdzono mniejszy wzrost insulinemii, przy większym przyroście trójglicerydów u chorych z hiperlipoproteidemią typu IV, co może wskazywać na względny niedobór insuliny u tych chorych.

Wyniki przeprowadzonych badań przemawiają za udziałem, obok insuliny, także innych czynników w powstawaniu zaburzeń gospodarki węglowodanowej i lipidowej u chorych z hiperlipoproteidemią.

* OPOLSKI GRZEGORZ — „Efektywność metod kontroli pacjentów z wszczepionymi stymulatorami serca”.

IV Klinika Chorób Wewnętrznych Instytutu Kardiologii AM

W pracy dokonano oceny i porównania efektywności stosowanych metod kontroli pacjentów z wszczepionymi stymulatorami serca. Efektywność analizowanych sposobów kontroli oceniano na podstawie ich skuteczności w określeniu właściwego i bezpiecznego dla pacjenta momentu wyczerpania baterii zasilających, trafności postawionego rozpoznania weryfikowanego, opartego na badaniu śródoperacyjnym i technicznym wyłonionych stymulatorów, oraz nakładów czasowych i finansowych ze strony pacjentów.

Jednocześnie w pracy określono warunki dla optymalnego zastosowania w praktyce kontroli pełnospecjalistycznej oraz telefonicznego pomiaru częstości impulsów stymulatora. Uzyskane wyniki wskazują, że kontrola pełnospecjalistyczna oparta na oscyloskopowej analizie impulsu, badaniu elektrokardiograficznym, radiologicznym oraz ogólnolekarskim pozwala na najpełniejszą diagnostykę zaburzeń stymulacji. Uzupełnienie badania pełnospecjalistycznego cotygodniowym telefonicznym pomiarem częstości impulsów w okresie zagrożenia spadkiem napięcia ogniów zasilających zwiększa znacznie efektywność kontroli pacjentów z implantowanymi stymulatorami serca.

* PROKOPIENKO GRAŻYNA — „Pochodne aminokwasów o spodziewanej czynności antycholinergiczej”.

Zakład Chemii Organicznej Instytutu Nauki o Leku AM

Celem pracy były syntezy pochodnych kwasu karbaminowego i aminoocetowego o spodziewanej czynności antycholinergiczej. Z powodu wielu negatywnych prób postanowiono zrezygnować z syntezy aminokwasów pochodnych kwasu karbaminowego. Otrzymano 52, w tym 49 nowych, nie opisanych w literaturze pochodnych kwasu aminoocetowego, z systematycznie zwiększonymi podstawnikami w części kwasowej i aminoetalonowej. Wszystkie związki otrzy-

mano metodą transestryfikacji estrów etylowych odpowiednich aminokwasów aminoalkoholami wobec katalitycznych ilości sodu.

W tym celu otrzymano szereg estrów etylowych działając na chlorooctan etylu odpowiednimi aminami, a przez kondensację chlorhydriny etylenowej z odpowiednimi aminami otrzymano aminoalkohole.

Spośród 28 związków przekazanych do badań farmakologicznych 2 wykazują silne działanie antycholinergiczne, a 12 wykazuje działanie średnie.

* RAFALSKA BOŻENNA — „*Pochodne fenolokwasów o spodziewanej czynności antycholinergicznej*”.

Zakład Chemii Organicznej Instytutu Nauki o Leku AM

Celem pracy były syntezy szeregu aminoestrów pochodnych hydroksy-, acetoksy-, etero- i aminoalkoksykwasów o spodziewanej czynności antycholinergicznej. Otrzymane związki wykazują podobieństwo budowy chemicznej do stosowanych w lecznictwie aminoestrów pochodnych kwasu glikolowego oraz hydrakrylowego.

Estry aminoalkilowe uzyskano czterema metodami:

1) chlorek kwasowy — aminoalkohol, 2) kwas — chloroamina, 3) sól sodowa kwasu — chloroamina, 4) ester metylowy — aminoalkohol.

Skład chemiczny 32 nowych związków otrzymanych w postaci chlorowodorków i metylojodków został potwierdzony wynikami analizy elementarnej, a budowa — interpretacją widm IR. Spośród 24 związków przekazanych do badań farmakologicznych 1 wykazuje działanie silne, a 11 średnie działanie antycholinergiczne.



KRONIKA

DOC. DR HAB. M. SZOSTEK — PRZEWODNICZĄCYM RADY NARODOWEJ M.ST. WARSZAWY

W dniu 5. I. 1981 r. w sali warszawskiej PKiN obradowała pierwsza w nowym roku, a IV w tej kadencji sesja Rady Narodowej m.st. Warszawy. Rada przyjęła rezygnację A. Karkoszki z funkcji przewodniczącego RN. Nowym przewodniczącym w tajnym głosowaniu wybrano doc. dr hab. Mieczysława Szostka, przewodniczącego Komisji Zdrowia, Spraw Socjalnych i Ochrony Środowiska St.R.N. — kierownika Kliniki Chirurgicznej AM — bezpartyjnego. Podczas sesji prezydent Warszawy Jerzy Majewski przekazał informacje o obecnej sytuacji społeczno — gospodarczej w stołecznym województwie. Z wstępnej oceny wykonania ubiegłorocznych zadań wynika, że w 1980 roku z powszechnie znanych przyczyn plan nie został wykonany w podstawowych dziedzinach.

Plan na rok bieżący jest dopiero w trakcie opracowania. Radni zwrócili w dyskusji uwagę, że mimo znanych trudności i ograniczeń — trzeba w nim przewidzieć większe niż w latach ubiegłych wydatki na służbę zdrowia, oświatę i kulturę.

Radni podjęli uchwałę w sprawie nadania nowych nazw ulicom, zgłosili także interpelacje.

Zyciorys doc. M. Szostka oraz jego wypowiedź, przeznaczoną do druku na łamach „M—D—W” zamieścimy w następnym numerze naszego kwartalnika. Poniżej natomiast publikujemy wywiad z nowym przewodniczącym RN m.st. Warszawy, udzielony Redakcji „Życia Warszawy”.

WYWIAD Z DR M. SZOSTKIEM

W wywiadzie prasowym dla „Życia Warszawy” nowy przewodniczący Rady Narodowej m.st. Warszawy powiedział m.in.: „...służba zdrowia należy w stolicy do dziedzin, której poprawa leży w interesie społecznym. Wiele szpitali warszawskich, które przecież w znacznym stopniu służą mieszkańcom całego kraju wymaga kapitalnego remontu. Mamy bardzo niską liczbę łóżek przypadającą na 10 tys. mieszkańców. W Warszawie wskaźnik ten wynosi niewiele ponad 70, podczas gdy np. w Pradze — 90, w Berlinie (NRD) — 100. Tymczasem i tak skromne w stosunku do potrzeb inwestycje — posuwają się opieszale. Przykładem może być choćby szpital Bródnowski. Konieczne jest więc jak najszybsze zakończenie budowy Centrum Onkologii i Klinik Akademii Medycznej, rozpoczęcie budowy Szpitala Południowego i budowy dalszych, a także, przychodni zdrowia, żłobków itd.

W służbie zdrowia, oprócz inwestycyjnych, jest wiele innych problemów wymagających również rozwiązania. Chcę podkreślić, że społeczna odnowa objęła także środowisko medyczne. Rodzą się nowe inicjatywy, powstają nowe koncepcje. I tu stopniowo zachodzi wiele korzystnych przemian.

— Dyskutowaliśmy o tym nieraz z radnymi. Wydaje mi się, że konieczny jest wzrost autorytetu nie tylko całej rady, ale i każdego radnego, poszczególnych komisji zajmujących się określoną problematyką. Chcemy, aby z ich zdaniem bardziej niż dotychczas liczyły się władze administracyjne. Trzeba pamiętać, że radni, zgłaszając postula-

ty, wnioski — reprezentują swoich wyborców, prezentują sprawy w ich imieniu. W komisjach rady pracuje wielu wybitnych specjalistów. Ich opinie wynikają z głębokiej znajomości tematu i powinny być dla administracji wiążące.

Swoją rolę jako przewodniczącego widzę jako koordynatora poczynań prezydium rady. Tylko bowiem wspólnym wysiłkiem, wykorzystując zdolność, wiedzę, umiejętność zespołu ludzi można w sposób twórczy rozwiązywać problemy.

— *Jest Pan chirurgiem, kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej Akademii Medycznej. Ma Pan więc zajęcia ze studentami, pracę w szpitalu, operacje, opiekę nad chorymi. Jak Pan sobie wyobraża godzenie odpowiedzialnej i absorbującej pracy zawodowej ze społeczną, a do tego wszystkiego jeszcze z rolą męża i ojca rodziny?*

— Na pewno nie ucierpią, wskutek nowych obowiązków, pacjenci, moi współpracownicy i studenci. Będę robił wszystko, aby w nowej sytuacji w niczym nie zaniedbać pracy zawodowej. Jestem przede wszystkim lekarzem. Zajęć w klinice mam rzeczywiście sporo, a szykują się następne. Chcemy bowiem w szpitalu przy ul. Banacha rozwinąć także szerzej chirurgię klatki piersiowej. Na pracę społeczną pozostają popołudnia i wieczory. Przy dobrych chęciach, ambicji i właściwej organizacji zajęć można pogodzić obowiązki zawodowe i społeczne, chociaż czasem kosztem wypoczynku.

Żona w pełni mnie rozumie, ponieważ sama, kierując Poradnią Wychowawczo-Zawodową na Pradze-Południe wiele czasu musi poświęcić pracy zawodowej. Rodzinie poświęcam niedziele. Syn — student, córka — licealistka wymagają czasami „konsultacji”. Zresztą wszyscy oni w pełni akceptują moją pracę społeczną, przyzwyczaili się już, gdyż trzecią kadencję jestem radnym.

Anna Sielanko

30 LAT DZIAŁALNOŚCI WYPOŻYCZALNI KSIĄŻEK DLA STUDENTÓW WAM

Wypożyczalnię Książek dla studentów warszawskiej Akademii Medycznej zorganizowano i uruchomiono w styczniu 1951 r., jako samodzielną jednostkę podległą dyrekcji Biblioteki Głównej AM.

Do 1971 r. Wypożyczalnia zajmowała znaczną część pomieszczeń na parterze w budynku „Domu Medyka”, przy ul. Oczuki 7. W dwóch obszernych pomieszczeniach mieszczących się nad stołówką usytuowano właściwą Wypożyczalnię, magazyn książek oraz pracownię. Natomiast w pomieszczeniu zajmowanym obecnie przez kawiarnię, mieściła się sala do cichej nauki oraz świetlica z wyodrębnionym księgozbiorem, w skład której wchodziły najbardziej poczytne podręczniki i skrypty. Głównym jednak trzonem księgozbioru świetlicy była beletrystyka.

W pierwszym roku działalności Wypożyczalni zgromadzono ponad 3600 egz. książek drogą kupna, darów oraz prenumeraty. Po 30 latach Wypożyczalnia dysponuje księgozbiorem liczącym ok. 36000 książek.

W sierpniu 1971 r. decyzją władz uczelni, Wypożyczalnię przeniesiono do sąsiedniego budynku, do pomieszczeń opuszczonych przez Dział Wydawnictw AM, łącząc w ten sposób wszystkie agendy Biblioteki Głównej. W 1973 r. Wypożyczalnia weszła w skład Oddziału Udostępniania Zbiorów Biblioteki Głównej. Obecnie zajmuje trzy pomieszczenia na parterze oraz w piwnicy budynku przy ul. Oczuki 1, o łącznej powierzchni 40 m². Książki są rozlokowane w pozycji leżącej na wysokich metalowych regałach. Z analizy materiałów statystycznych wynika, że początkowo rejestrowano w Wypożyczalni Biblioteki ok. 600 osób rocznie. Obecnie liczba ta wzrosła do 900. Stan zarejestrowanych czytelników w Wypożyczalni na 31 grudnia 1980 r. wynosi 3778 oraz 203 biblioteki. Przeciętnie rocznie wypożycza się 17 tys. książek.

Ogółem w ciągu 30 lat istnienia tej placówki wypożyczono ponad 870 820 egz. książek.

W wypożyczalni prowadzi się trzy rodzaje katalogów. Alfabetyczny, działowy dla użytku czytelników oraz topograficzny do użytku wewnętrznego. Alfabetyczny katalog topograficzny, zaprowadzono od 1971 r., jako niezbędny przy działowym ustawieniu zawartości księgozbioru. Całość księgozbioru Wypożyczalni podzielono na kilkanaście działów głównych, szeregując je alfabetycznie od anatomii do stomatologii. W ramach poszczególnych działów, książki ustawiono alfabetycznie, według opisu katalogowego. Jednak niektóre działy medycyny oraz nauk pokrewnych rozbudowano, łącząc poszczególne zagadnienia. Działowy układ księgozbioru jest koniecznością, wynikającą zarówno z niewielkiego pomieszczenia jak i tradycji tego działu. Poza tym, przy prowadzeniu tzw. wieloegzemplarzówki pozwala to na szybką orientację w zasobach biblioteki. Również tradycyjnie prowadzi się rejestr wypożyczanych materiałów bibliotecznych, posługując się kartą książki i kartą czytelnika.

Od kilku lat stopniowo zwiększa się liczba wypożyczanych książek na

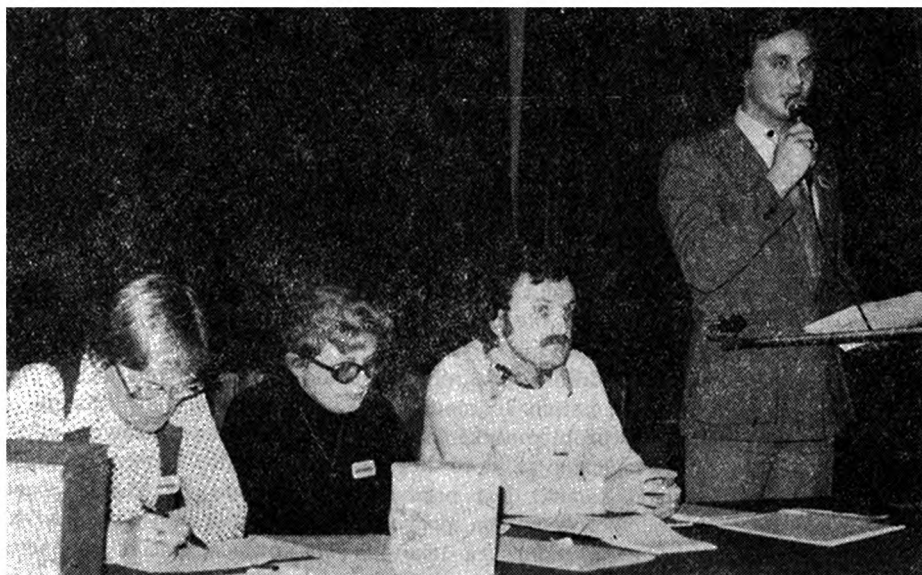
dany rok studiów. A wprowadzenie zwyczaju awizowania przez Bibliotekę indeksów po zakończeniu każdego roku studiów zmusza czytelnika do terminowego zwrotu wypożyczonych książek zwalniając jednocześnie Bibliotekę od wysyłania monitów.

mgr Hanna Bojczuk

ZEBRANIE „SOLIDARNOŚCI”



W styczniu i lutym br. w wielu placówkach organizacyjnych AM w Warszawie odbywały się zebrań organizacyjne NSZZ „Solidarność”. Przewodniczącym Koła przy dyrekcji AM został wybrany mgr Tadeusz Małkiewicz (stoi z mikrofonem pierwszy z prawej). Na zdjęciu od góry Komisja Mandatowo-Skrutacyjna przy pracy. Foto: Zbigniew Laskowski





Recenzje

ENGLISH IN MEDICINE

Podręcznik dla studentów wydziałów lekarskich AM
autorstwa: Joanny Ciecierskiej, Barbary Jenike, Krystyny Tudruj
PZWL, Warszawa 1979 r. str. 424 cena 40 zł

Podręcznik przeznaczony jest dla studentów wydziałów lekarskich w akademiach medycznych. Dostosowany jest do poziomu studentów, którzy ukończyli czteroletni kurs języka angielskiego w szkole średniej lub po równoległym poziomie nauczania.

Przedstawiona książka ma charakter podręcznika na bardzo wysokim poziomie. Odnoszę wrażenie, że jest to poziom zdecydowanie za wysoki dla większości studentów medycyny. Przeciętny poziom nauczania języka angielskiego w szkołach średnich sprawia, że bogactwo nomenklatury medycznej i zwrotów idiomatycznych jest z pewnością za trudne dla przeciętnego studenta i może go zniechęcić do pracy przekraczającej jego możliwości. Trzeba przyznać, że układ tekstu stopniowo wprowadzający w angielską nomenklaturę medyczną, organizację angielskiej medycyny, w pracę na jej poszczególnych szczeblach, jak i bogactwo sytuacji przykładowych, stanowią o trafności koncepcji książki, dużej pomysłowości i kompetencji jej autorek, zarówno pod względem językowym, jak i fachowym.

Na podkreślenie zasługują też pewne szczególne zalety książki, a wśród nich bardzo dobra korekta (udało mi się stwierdzić tylko kilkanaście pomyłek, które odnotowałem w tekście książki), jak również wyodrębnienie specjalnych lekcji dla studentów stomatologii. Obok zbyt wysokiego poziomu trudności zwraca uwagę jeszcze jedna z cech książki, która zapewne nie ułatwia korzystania z niej jako z podręcznika. Jest to daleko posunięta powaga autorek, brak uśmiechu. Podobne podręczniki z reguły wykorzystują zabawne ilustracje, sceny rodzajowe mogłyby być okraszone żartem i trzeba podkreślić, że mimo iż mówi się o chorobie, jest to mile widziane przez czytelników. Jestem też przekonany, że słownictwo wprowadzane jest w książce w sposób zbyt masowy, bez uwzględnienia postępów, do jakich jest zdolny przeciętny student, mający przecież wiele innych obowiązków. Jeszcze inny problem, dotyczący również nie kompetencji książki, którą oceniam wysoko, lecz jej czytelności, dotyczy uporządkowania materiału. Zgodnie z programem studiów medycznych autorki zajęły się najpierw anatomią, potem fizjologią człowieka, a dopiero w następnych rozdziałach przechodzą do problematyki klinicznej. Tymczasem zarówno wiedza anatomiczna, jak i fizjologiczna są dość hermetyczne i mało barwne. Sprawia to, że pierwsze sto stron książki jest naprawdę trudne do strawienia. Zastanawiam się też, w jaki sposób można przynajmniej w znacznej części wykorzystać książkę, skoro każda jednostka lekcyjna obejmuje materiał wystarczający na kilkanaście przeciętnych lekcji.

Recenzja niniejsza jest więc nietypowa. Chcę w niej wskazać pewne konieczne zmiany w książce, które być może zubożą ją i obniżą jej wartość merytoryczną, ale w moim przekonaniu przystosują ją lepiej do codziennych potrzeb.

Uwagi generalne sprecyzowałbym następująco:

1. Już od pierwszych rozdziałów należy wprowadzić rozmowy, ćwiczenia, scenki sytuacyjne dotyczące praktycznej medycyny.

2. W książce powinno być więcej uśmiechu i lekkości. Mogą temu służyć zarówno ilustracje, których przecież w różnych wydawnictwach nie brak, jak też większa lekkość dialogów, nawet kosztem ich merytorycznej doskonałości.

3. Podział książki na trzy etapy, z których pierwszy dotyczy anatomii i fizjologii, drugi — podstawowego języka medycznego, a trzeci — medycyny praktycznej jest zbyt sztywny. Nawet ci studenci, którzy dotrą tylko do końca pierwszego etapu, muszą mieć szanse zapoznania się ze zwrotami praktycznej medycyny.

4. Autorki dały się ponieść amerykańskiej manierze stosowania bardzo wielu skrótów (na końcu książki wymieniono ich ponad sto), nie uwzględniając faktu, że skróty są często tworzone doraźnie, nierzadko dotyczą tylko jednego szpitala czy jednej szkoły medycznej i nie ma w związku z tym konieczności uczenia ich studentów, w każdym razie w tak szerokim zakresie. Skróty te trzeba ograniczyć do dwudziestu-trzydziestu najczęściej spotykanych. Nawiasem można zresztą dodać, że takie najpowszechniej używane skróty jak CVP (central venous pressure — ośrodkowe ciśnienie żylnie; DC — dilatation and curettage — wyłyżeczkowanie macicy) nie znalazły się w wykazie obok wielu innych najpowszechniejszych, natomiast są tu takie, z którymi zetknąłem się po raz pierwszy, mimo pewnego obycia w literaturze anglosaskiej.

5. Proponuję rozważyć ewentualność wydania podręcznika w dwóch tomach, które nie będą się od siebie różnić poziomem językowym ani tematyką tekstów, lecz będą jak gdyby dwiema wersjami podręcznikowymi, z których jedna będzie przeznaczona dla studentów zaawansowanych (bogatsza frazeologia, trudniejsze teksty, bardziej skomplikowane ćwiczenia).

6. Mimo powyższych zastrzeżeń łatwo wywnioskować z mojej opinii, że książka w pełni zasługuje na reedycję.

prof. dr hab. Bogdan Kamiński

„MEDYCYNA JAKO WIEDZA I SYSTEM DZIAŁAŃ”

Barbara Uramowska-Żyto

PAN i Ossolineum. Wrocław 1980.

Wyd. I. Nakład 2700 egz. s. 137. Cena 25 zł

Książka jest rozszerzoną rozprawą doktorską, napisaną przez dra socjologii, pracownika naukowo-dydaktycznego Instytutu Medycyny Społecznej AM w Warszawie. Idea napisania tej książki powstała w trakcie zajęć ze studentami.

Autorka podjęła próbę scharakteryzowania medycyny jako praktycznej nauki biologicznej. Jest to pierwsza polska praca na ten temat. Książka „*traktuje medycynę jako obiekt chłodnej analizy* — pisze w przedmowie prof. M. Sokółowska — *chodzi o to, że wartości medycyny stały się jakoś wartościami ogólnospołecznymi, że funkcjonują w społeczeństwie jako niepodważalne prawdy...*” B. Uramowska-Żyto postanowiła ująć swoją pracę z niezależnej pozycji obiektywnego badacza i obserwatora. Wg samej Autorki „*Książka ma stać się przewodnikiem dla socjologów zainteresowanych medycyną oraz dla lekarzy, którzy chcieliby z socjologami współpracować*”.

Godne uwagi są stronicę wstępne zatytułowane „Wprowadzenie”. „*Chciałam ukazać medycynę — pisze Autorka — również jako naukę społeczną, w której problem wartości jest problemem dominującym, i w której, wbrew pozorom, wartości te nie zawsze są jasno sprecyzowane*”.

Modele socjotechniczne na obszarze zdrowia ludzkiego i choroby są rozpatrywane przez Autorkę z punktu widzenia socjologii oraz socjotechniki. Wie ona jednak, że nie ma w piśmiennictwie socjologicznym analizy medycznej, jako systemu wiedzy. Zdaje sobie sprawę, że zagadnienia te wymagają rozpracowania i uzupełnienia. Wnikliwie więc zbadała podręczniki historii medycyny. Obserwowała jak kolejno upadały paradygmaty, jak rozwijały się pojęcia medyczne; jak zmieniały się definicje i kryteria choroby, diagnozy, leczenia. Zdaje sobie sprawę, że lekarz, dziś, zbyt mało czasu poświęca pacjentowi. I na tych przykładach wykazuje, jak bardzo socjologia jest dziś lekarzowi potrzebna. Socjologiczne pojęcia, zapatrywania na chorobę i jej leczenie za wolno przenikają do klinik i szpitali. Autorka podkreśla, że w Polsce jedynie klinicyści zajmujący się rehabilitacją wcześniej zainteresowali się tym przedmiotem.

Przy tej okazji zastanawia się, dlaczego klinicysta jest wzorem kariery zawodowej dla większości studentów. W swoich rozważaniach stosowała jako kierunek badawczy — socjotechniczną analizę zjawisk.

Treść książki zamknięta jest w czterech częściach: I — *Medycyna jako system wiedzy*; II — *Modele socjotechniczne*; III — *Charakterystyka medycyny jako nauki praktycznej*; IV — *Nauki społeczne w uczelni medycznej*.

Cały rozdział I poświęcony scharakteryzowaniu wiedzy medycznej, rozbity olbrzymimi śródtytułami wydaje się mało zrozumiały i nie uporządkowany. Przedstawione tu poglądy T. Kuhna, E. Freidsona (także w rozdz. II) są nieprzekonywujące. Następnie Autorka omawia podstawowe zasady i cechy

współpracy socjologii i medycyny. Podaje też modele socjotechniczne w zakresie zdrowia i choroby. Dalej pisze o stosowaniu metody socjotechnicznej podczas analizy wiedzy medycznej. Podejmuje wreszcie próbę przedstawienia medycyny, jako biologiczno-społecznej nauki praktycznej. Najbardziej interesująca jest część IV. Na przykładach problemów nauczania medycyny w USA i Europie Zachodniej Autorka przedstawia praktyczny model lekarza oraz istniejące programy nauczania medycyny i socjologii w akademiach medycznych w Polsce; czy okażą się one w przyszłości dla socjologów i lekarzy swoistym drogowskazem — okaże dopiero praktyka.

Trafna jest uwaga o trudnościach współpracy obu dziedzin, co wynika z małej, wzajemnej ich znajomości. Przez wzajemne poznanie może nastąpić zbliżenie tych dyscyplin. Znajomość socjologii powinna lekarzowi umożliwić szersze spojrzenie na sprawy zdrowia i choroby. Za mało jednak Autorka uwzględnia przy tym czynnik czasu, który niejednokrotnie nie pozwala lekarzowi zagłębić się we wszystkie interesujące dziedziny. Słusznie podkreśla, że studenci medycyny i lekarze traktują niewłaściwie socjologię, jako drugorzędną dyscyplinę.

Przy tak obszernym temacie — jak twierdzi Autorka — nie była w stanie wyczerpać wszystkich zagadnień. W konkluzji można dojść więc m.in. do następujących wniosków:

Brak jest prac, poświęconych charakterystyce medycyny z punktu widzenia socjologii, wiedzy zajmującej się analizą mechanizmów stosowania medycyny w praktyce. Omawiana książka nie wypełnia też tej luki.

Współpraca socjologów z lekarzami nie jest łatwa. Chociażby z tego względu, że nie jest praktyczną nauką biologiczną, lecz praktyczną nauką biologiczno-społeczną. I to jest zasadniczy powód nie uwzględniania przez socjologów — wiedzy medycznej. Reasumując wydaje się, że socjologiczne analizy mechanizmów funkcjonowania wiedzy medycznej mogą mieć w przyszłości duże znaczenie.

dr Miron Paciorkiewicz

„MURY CYTADELI. DOKTOR KAROL S.”

Marcin Łyskanowski

Czytelnik, Warszawa 1980, Wyd. I, nakład 20 tys., s. 292, cena 35 zł

Dwuczęściowa powieść napisana w formie pamiątkarskiej, przy czym część I — „Mury cytadeli” jest wznowieniem debiutu literackiego M. Łyskanowskiego z 1962 r. Część II powstała po 18 latach, gdy Autor stał się już uznanym pisarzem, a każda jego wydana książka świadczyła o doskonalącym się warsztacie twórczym, o określonych wzorach kompozycyjnych i stylistycznych.

Bohater Łyskanowskiego „świeżo upieczony” lekarz, Karol S. nie jest stereotypem, ale ma wiele cech dawnego warszawiaka. Np. ten pomysł z podaniem do komisji ds. zatrudnienia absolwentów, motywujący chęć pracy na wsi, uprzednim przeszkoleniem w stolicy. *„Zawsze marzyłem o tym, żeby pomagać ludziom... praca na wsi jest prawdziwym powołaniem lekarza socjalistycznego; ale... duże braki praktyczne w zakresie położnictwa, chirurgii, interny”* — stanowiły argumenty przesadzające o przebicciu się przez mury cytadeli.

Autor — nauczyciel akademicki zachowuje w książce treści o tendencjach wychowawczych. Uczy dobrych manier, przywraca rolę zwyczajów grzecznościowych, np. gdy odpisuje utytułowanemu luminarzowi medycyny.

Środowisko zawodowe dr. Karola S. przedstawione jest tu bezprzesadnie. A trzeba wiedzieć, że świat lekarski jest bardzo czuły na charakterystykę postaci literackich. Nie trudno w galerii tych postaci znaleźć „własnych znajomych” ze szpitali i przychodni, lekarzy: autorytatywnych, ostrożnych, biernych pracowników służby zdrowia, nienobilitowanych inteligentów, dewizowych dorobkiewiczów, wreszcie tych z powołania, gloryfikowanych przez pacjentów nawet w przypadku ich potknięć zawodowych. Doskonale są też typy pacjentów, zachowujących w stosunkach z lekarzem postawę natarczywą, bezwolną, tchórzliwą, bądź bez lęków, pozowiczów — prowadzących „gierki”, zamkniętych lub otwartych w najintymniejszych sprawach.

Dr Karol S. notuje w pamiętniku tylko pewne zdarzenia, które w jakimś sensie wpływały na bieg jego życia; nieraz zdawało się bez znaczenia lub wprost niedorzeczne, jak np. chorobliwe spacerowanie po krzakach.

Motywy przewodni powieści rozwija się od Lasku Bielańskiego i to on spaja obydwie części książki. Mamy tu do czynienia z osobnikami zboczonymi, u których dekadentyzm, irytująco interesuje bohatera M. Ł y s k a n o w s k i e g o. Jakby sfrustrowany motywami ich zachowań lekarz, ugruntowuje w sobie przekonanie, że obowiązkiem jego jest dźwignięcie ich z patologicznej drogi.

Humaniora w nauczaniu i wychowaniu są zaznaczone bardzo wyraźnie podczas pracy dra Karola S. na stażu w szpitalu i klinice. *„Pacjentka musi wierzyć, że pan jej pomoże — poucza ordynator — lekarz musi być niedoścignytym autorytetem..., przy nim chory powinien czuć się bezpiecznie...”* Młody lekarz jest jednak nieco innego zdania. *„Wydaje mi się, że ta chora wymaga innego podejścia... współczucia, serdeczności”*.

Prezentowana książka zawiera interesujące rozważania psychologiczne w praktyce lekarskiej. Ścierają się tu poglądy lekarzy i chorych na kwestie życia, leczenia i śmierci.

„Żaden lekarz tego nie zrozumie. Ja balansuję na krawędzi życia... ..Często myślę, co dzieje się tam... na tamtym brzegu”. I na tę wypowiedź nieuleczalnie chorej Doktor znajduje wytłumaczenie „Ludzie, którzy umierają są od nas bogatsi, wiedzą to, czego my nie wiemy”. Dalej porusza Autor kontrowersyjną ciągle jeszcze sprawę mówienia choremu prawdy o stanie jego zdrowia. Szkoda, że dr K.S. nie ma własnego zdania. Odwołuje się jednak do przekonywującej wypowiedzi L. Cecila i R.F. Loeba: „...nie należy choremu mówić, że los jego jest przesądzony. Niepewność zostawia promyk nadziei...”

Część II powieści, zatytułowana „Doktor Karol S.” rozpoczyna się rozprawą sądową w trybie karnym, o dokonanie przez niego zabiegu chirurgicznego na gwałtcielu kobiet i ekshibicjonście. Mamy tu doskonały zapis dialogowy. Istny majstersztyk. Wyjaśnienia oskarżonego, pytania i uwagi sądu, polemika prokuratora, replika obrońcy, zeznania głównego świadka oskarżenia, który nie uważa się za pokrzywdzonego, gdyż sam o kastrację usilnie zabiegał. Dialogi są jasne i pełne, choć utrzymane w formie brewilokwencji, nadają tej części napięcia, tak charakterystycznego w beletrystyce kryminalnej.

Odroczenie procesu posłużyło Autorowi na dygresyjne wspomnienia z okresu studiów. Karol S. przypomina sobie aroganckie zachowanie kolegów podczas wykładu z deontologii i swoją reakcję. Był wtedy sam po stronie docenta, chodziło mu o to, by wykładowca nie zachował w swej pamięci złej opinii o ówczesnym pokoleniu studenckim.

Jako świadomy środek ekspresji, wprowadza Autor wieczór spędzony z koleżanką ze studiów, młodą mężatką: „...oddawała mi się tak, jak gdyby mnie kochała wstrzymywaną i ukrywaną od lat i wreszcie ujawnioną, prawdziwą, szczerą i namiętną miłością”. A okazało się, że była to perfidna gra.

Ostatnie rozdziały poświęcone są procesowi (chyba jednak nie o przestępstwo z art. 235 kk). Te zeznania dr Łemkowej, dra Cypisa, Kurcza, zwięzłe i rzeczowe, pełne uników, są bardzo pouczające.

Postać dra Karola S. kształtuje Autor na wzorcach osobowych opisanych już w literaturze. Imponująca jest jego osobista odwaga i stałość charakteru, nie podlegająca zmianom pod wpływem różnych wydarzeń życiowych. Choć zasady hipokratesowej etyki uległy w XX wieku pewnym przeobrażeniom, bohater M. Lyskanskiego o uznawał je za podstawowe w działalności lekarskiej. Czasami jednak miał wątpliwości, jak np. postąpić z jedynym lekiem, gdy należałoby go podać trzem jednakowo rokującym pacjentom: matce trojga dzieci, profesorowi uniwersytetu czy wybitnemu twórcy? Jedyłą rękojmnią zabezpieczającą decyzję lekarza jest sumienie. Lekarskie sumienie — konkluduje Autor.

W kontekście tej konkluzji szczególnego znaczenia nabiera monolog wewnętrzny Karola S., zanotowany w pamiętniku w dniu zakończenia procesu sądowego. Istotne są tu motywacje psychologiczne. Natomiast forma monologu świadczy, że w tej części mamy do czynienia z utworem epickim, tak rzadko dziś w beletrystyce stosowanym.

Wytrawny czytelnik przygotowany jest na tak przedstawiony finał. Już w czasie procesu, rzeczowe wywody prokuratora budzą poważne refleksje. A gdy teraz do gabinetu dra Karola S. wkracza wykastrowany pacjent, który jeszcze nie tak dawno, grożąc samobójstwem, argumentował konieczność operacji likwidującej nieopanowany popęd: „Jest Pan lekarzem i pomoc chorym należy do pańskich obowiązków”, a obecnie załamany i zgorzkniały mówi: „Życie fantoma, to nie życie”. Przed Czytelnikiem stawia Autor alternatywę. po czyjej stronie są racje — Medycyny czy Prawa?

Moim zdaniem, treść starożytniej zasady „*Volenti non fit iniurie*” przemawiają na korzyść sumienia lekarskiego.

„WYROK”

**Hildegarda Knef, przekład — Ada Holona,
Instytut Wydawniczy „Pax” 1980, 10 tys., s. 358, cena 60 zł**

Hamburg, Nowy Jork, Samedan w Szwajcarii, Monachium, Salzburg, Los Angeles, Londyn i znów Salzburg. Sale zmienianych co pewien czas szpitali. Galeria postaci lekarzy i pielęgniarek. Diagnoza raka. Bóle. Ostre, przewlekłe, nie łagodzone podawanymi środkami. W czasie długich dni i nocy spędzonych w klinikach Autorka powraca myślami do początków swej kariery artystycznej.

Hildegardę Knef znamy z głównej roli kobiecej w wyświetlanym przed laty filmie „Każdy umiera w samotności”. Scenariusz tego filmu oparty jest na znanej powieści Hansa Fallady. Hildegarda Knef to przede wszystkim znana i ceniona piosenkarka i autorka tekstów do wykonywanych melodii. Duży sukces zdobyła sobie również kilkoma rolami filmowymi. Sięgała ponadto po pióro, wykazując i na tym polu wielki talent.

Szczególny rozgłos zyskała jej trzecia powieść „Wyrok”, wydana po raz pierwszy w 1975 r. przez Wydawnictwo F. Moldena Wien-München—Zurich. Jest to powieść niejako autobiograficzna. Knef chorowała bowiem na raka i przeszła wiele operacji. Wyrok jaki wydała nań choroba, ani świadomość, że jedyne jej dziecko jest upośledzone fizycznie, nie pozbawia autorki nadziei. Chora zdobywa się na potraktowanie z dużą dozą ironii, a nawet humoru wiele ludzkich przywar. Wie też, jak trudno jest ludziom dostrzec piękno. I tym stwierdzeniem, skierowanym do kalekiej córeczki kończy się wstrząsająca, jednocześnie dość trudna dla przeciętnego czytelnika powieść.

Treść w niektórych rozdziałach potrafi czytelnika zmęczyć, tym bardziej że liczne są strony składane bezakapitowo. Czy powieść tę można zaliczyć do beletrystyki, do której krytycy zaliczają już tylko prozaiczną literaturę rozrywkową, trudno mi orzec.

Krzysztof Pierzchlewski

CONTENTS

EDITORIAL	1
<i>Józef Bogusz</i>	
Some Problems of Education	2
<i>Marian Wróblewski</i>	
Self-control and Control in the Process of Study	8
<i>Leszek Kryst</i>	
Current Trends in the Educational Programme	19
<i>Jerzy Golański, Bolesław Kuzaka, Jerzy Wąsik</i>	
Instruction in rology, the Present State and Proposals for Improvement	22
<i>Aleksander Drygas</i>	
Pharmacies in People's Poland	26
<i>Izabella Głowacka, Aleksander Tulczyński</i>	
The Influence of T. Percival upon the American Model of Deontology	42
OUR EMINENT SCIENTISTS:	
<i>Miron Paciorkiewicz</i>	
Józef Polak, MD	48
<i>Jan Masłowski</i>	
Antoni Kępiński, the Metodologist and Educator	55
<i>Alfred Siciński</i>	
The Medical Department at the Research Centre at Ciechocinek	63
<i>Jerzy Rudzik</i>	
The Activities of the Physical Training and Sport Centre at the Medical Academy in Warsaw	66
CHOSEN RESEARCH WORKS	75
CHRONICLE	79
REVIEWS	
<i>Bogdan Kamiński</i> — „English in Medicine” by J. Ciecierska, B. Jenike and K. Tudruj	82
<i>Miron Paciorkiewicz</i> — ”Medycyna jako wiedza i system działań (Me- dicine as a Science and System of Action) by B. Uramowska-Żyto	84
<i>Jerzy Celma-Panek</i> — ”Mury cytadeli — Doctor Karol S”. (The Walls of the Citadel — Dr Carol S.) by M. Łyskanowski	86
<i>Krzysztof Pierzchlewski</i> — ”Wyrok” by H. Knef	88

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 KAPUSCIK

Członkowie:

**doc. dr hab. ANDRZEJ BUDKIEWICZ, dr hab. ANDRZEJ KARWOWSKI
doc. dr hab. JAN KOPCZYŃSKI, prof. dr hab. WIESŁAW TYSAROWSKI**

Korekta

MAŁGORZATA STANKIEWICZ

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

**Administracja i Sekretariat 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