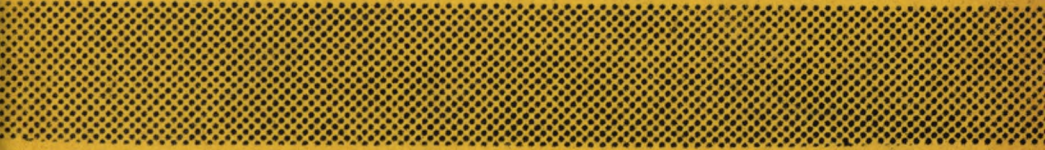


MEDYCYNA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA

MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

WARSZAWA

ISSN 0137-6543

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny: prof.dr hab. Bogdan Kamiński

Sekretarz Redakcji: dr Bronisław Pokrzycki

REDAKTORZY DZIAŁÓW

Doc.dr hab. Bożena Gutkowska, mgr Irena Komasa

C Z Ł O N K O W I E

Prof.dr Krzysztof Boczkowski, doc.dr hab. Andrzej Stapiński

Prof.dr Jerzy Szozerboń, Prof. dr Teresa Szymczyk

Prof.dr Leszek Tomaszewski, dr Aleksander Tulczyński

Prof. dr Wiesław Tysarowski

Adres REDAKCJI I ADMINISTRACJI

00-238 WARSZAWA, ul. Długa 16

Telefony: Redaktor naczelny: 21-73-05

Sekretarz redakcji: 31-21-86

31-02-41 w.28

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

02-032 Warszawa, ul.Filtrowa 30

WARUNKI PRENUMERATY:

1. dla osób prawnych - instytucji i zakładów pracy:

- instytucje i zakłady pracy zlokalizowane w miastach wojewódzkich i pozostałych miastach, w których znajdują się siedziby oddziałów RSW "Prasa-Książka-Ruch" zamawiają prenumeratę w tych oddziałach.
- instytucje i zakłady pracy zlokalizowane w miejscowościach gdzie nie ma oddziałów RSW "Prasa-Książka-Ruch" i na terenie wiejskim opłacają prenumeratę w urzędach pocztowych i u doręczycieli.

2. dla osób fizycznych-indywidualnych:

- osoby fizyczne zamieszkałe na wsi i w miejscowościach gdzie nie ma oddziałów RSW "Prasa-Książka-Ruch", opłacają prenumeratę w urzędach pocztowych i u doręczycieli.
- osoby fizyczne zamieszkałe w miastach- siedzibach oddziałów RSW "Prasa-Książka-Ruch" opłacają prenumeratę wyłącznie w urzędach pocztowych nadawczo-oddawczych właściwych dla miejsca zamieszkania prenumeratora.

Wpłaty dokonują używając "blankietu wpłaty" na rachunek bankowy: Centrali Kolportażu Prasy i Wydawnictw w Warszawie ul. Towarowa 28, nr konta NBP XV Oddział w Warszawie nr 1153-201045-139-11.

3. Prenumeratę ze zleceniem wysyłki za granicę przyjmuje RSW "Prasa-Książka-Ruch", Centrala Kolportażu Prasy i Wydawnictw, ul. Towarowa 28, 00-958 Warszawa, konto NBP XV Oddział w Warszawie nr 1153-201045-139-11. Prenumerata ze zleceniem wysyłki za granicę pocztą zwykłą jest droższa od prenumeraty krajowej o 50%, dla zleceniodawców indywidualnych i o 100% dla zlecających instytucji i zakładów pracy. RSW "Prasa-Książka-Ruch"

Terminy przyjmowania prenumeraty:

- od prenumeratorów indywidualnych, zamieszkałych w miastach siedzibach oddziałów RSW "Prasa-Książka-Ruch" - do dnia: 31 sierpnia 1985 na 1/2 nr oraz 3/4 nr, które ukażą się w II półroczu roku bieżącego.
- od instytucji, zakładów pracy i prenumeratorów indywidualnych zamieszkałych na wsi i w małych miasteczkach do dnia 10 miesiąca poprzedzającego okres prenumeraty.

Cena prenumeraty: półroczna 60 zł, roczna 120 zł.

Cena egz. 60 - zł.

Nr indeksu: 36578
PL ISSN 0137-6543

SPIS TREŚCI

	Str.
Konferencja redakcyjna	1
Bogdan Kamiński	1
Słowno wstępne - cel konferencji	1
Romuald W. Gutt	4
Halina Zaczynska	16
Jolanta Modlińska - Potrzeba przygotowania studentów Akademii Medycznej w Warszawie do pracy w pod- stawowej opiece zdrowotnej	17
Dyskusja	27
Aleksandra Szelągowska - Rtęć i jej zdrowotne znaczenie w środowisku	83
Mieczysław Ziółkowski - Uwagi o nauczania anatomii na studiach lekarskich	95
Józef Staszyc - Prof. dr hab.n.med. h.c. Stanisław Jarosław Grzycki	102
Andrzej Śródka, Sławomir Maśliński - Prof.Ernest Sym ..	111
Wykaz stopni naukowych: I doktra n.med., doktora n.przy- rodniczych nadanych Uchwałą Rady I Wydz. Lekar- skiego AM w Warszawie	116
Bronisław Pokrzycki	
J.J. Guilbert: Zarys pedagogiki medycznej	130

KONFERENCJA REDAKCYJNA

prof. dr hab. Bogdan Kamiński

Słowo wstępne - cel konferencji

Chciałbym bardzo serdecznie Państwa przywitać i powiedzieć, że rozesłaliśmy blisko 60 zaproszeń, ale klimat - przy czym myślę nie tylko o klimacie za oknem - nie sprzyja obradom tego typu, które nie przynoszą wyraźnych korzyści. Uczciwie powiem, że nie przewidujemy doraźnych korzyści z takich obrad, sądzymy natomiast, że zbyt często wypowiada się różne uwagi krytyczne pod adresem uczelni, młodych lekarzy, czy ich funkcjonowania w społecznej służbie zdrowia. Uwagi te słyszy się z różnych środowisk, dobrze więc byłoby je skatalogować i opublikować, taki też jest nasz zamiar. Cały przebieg konferencji opublikujemy w pełnym brzmieniu. Nie ograniczamy zakresu dyskusji na tej konferencji, aczkolwiek pozwoliłem sobie przedstawić sześć pytań wywoławczych:

Pierwsze brzmi: czy uzasadnione są opinie, że nauczanie studentów medycyny nie odpowiada potrzebom, jakie stawia przed nimi praca w społecznej służbie zdrowia po ukończeniu studiów. Pytanie drugie: jak uniknąć ciągłego rozbudowywania programów nauczania, do czego skłania niestety postępująca fragmentaryzacja, rozkawałkowanie medycyny. Każda specjalność życzy sobie mieć coraz więcej godzin, coraz więcej zajęć, co ma jakoby sprzyjać poprawieniu wiedzy absolwentom. To "jakoby" jest już moim dodatkiem, ponieważ ja stawiam to pod znakiem zapytania. Po trzecie, w jaki sposób, jeśli Państwo mają własne prze-

myślenia na ten temat, poprawić kontakt studentów z nauczycielami. Przy czym chciałbym odżegnać się od metod, które polegają na sprawdzaniu listy obecności.

Po czwarte w jaki sposób i od kiedy, od którego roku studiów nauczać studentów w otwartych zakładach służby zdrowia. Jednym z zarzutów, o których już wspomniałem, jest, że szkolimy lekarzy szpitalnych, a nie lekarzy ambulatoryjnych. Jakoby. Chciałbym wobec tego zadać pytanie, jak nauczać pracy w ambulatorium i od kiedy to zaczynać, na jakim etapie nauczania? Pytanie piąte: jak poprawić umiejętności studenta medycyny w zakresie kontaktu z człowiekiem. To prawda, że uczymy go dużo techniki medycznej, udzielamy odpowiedzi na bardzo szczegółowe pytania, na które dzisiejsza nauka jest w stanie odpowiedzieć, ale wszystko to nie zapewnia, że młody lekarz po ukończeniu studiów będzie potrafił rozmawiać z człowiekiem chorym i zdrowym.

I wreszcie szóste pytanie: jakich zmian wymaga system zatrudniania absolwentów. Wiemy, że dzisiaj z reguły we wszystkich peryferyjnych ośrodkach, małych zwłaszcza, absolwent to taka ofiara, którą się rzuca na pożarcie pacjentowi. Staje on się lekarzem pierwszego kontaktu, jak to się mówi, ale jest to kontakt raczej zerowy, bo tak naprawdę kontaktu z pacjentem nie nawiązuje on żadnego. Jak poprawić tę sytuację i co zaproponować organizatorom służby zdrowia, żeby te wady kształcenia i wady systemu nie były tak drastyczne, jak obecnie. Z żalem mogę powiedzieć, że nie ma wśród nas przedstawicieli Stołecznego Wydziału Zdrowia, który zapraszaliśmy imiennie, ale wiemy, że mają oni przynajmniej równie duże inne problemy, których rozwiązanie jest trudne.

O otwarciu dyskusji prosiliśmy dwie osoby: p. prof. Romualda W. Gutta z Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie i p. dr Jolantę Modlińską z Kliniki chorób Wewnętrznych Warszawskiej AM. Potem otworzymy swobodną dyskusję. Nie musimy przynajmniej na razie ograniczać czasu wystąpień, gdyż każdy numer naszego Kwartalnika liczy 7 ark. druku i możemy nawet w całości poświęcić jeden numer tym wypowiedziom, które być może dotrą w ten sposób do paru tysięcy zainteresowanych osób w Polsce. Tyle mojego wstępu, oddaję głos p. profesorowi Romualdowi Guttowi.

Prof. Romuald W. Gutt

Panie i Panowie, gdyby wprowadzenie takie potraktować jako opracowany referat, byłby to z całą pewnością elaborat za długi, przy czym zaś i tak zarówno obecni, jak i prelegent mieliby pełną świadomość, że temat w ścisłym znaczeniu nie został wyczerpany. Może zatem lepiej, jeśli będą to raczej luźne uwagi, powiązane oczywista z odczytanym programem.

Bardzo często opieramy się tylko na literaturze zwanej "naukową", za mało spoglądamy na dzień powszedni, toteż pozwolę sobie odstąpić od reguły i sięgnąć chociażby do własnego wspomnienia z tego miasta, sprzed lat bardzo wielu, bo z lat czterdziestych, będącego nawiązaniem do jednego z punktów. Wtedy mianowicie otrzymałem był propozycję objęcia asystentury w Zakładzie Chemii Fizjologicznej, niezbyt, jak wiemy, lubianej. Po powrocie z Krakowskiego Przedmieścia na pl. Narutowicza podzieliłem się rzeczą jasną tą wieścią z moimi współlokatorami. Padła odpowiedź - "Dajże spokój, człowieku! Ty na asystenta? Przecież jesteś porządnym kolegą!" Spytałem, co to ma do rzeczy? Najwidoczniej miało, padło bowiem w dalszym ciągu - "Ty, przyzwoity kolega chcesz się związać z nimi?"...

Mamy chyba tutaj chociażby częściową odpowiedź na pytanie, jak wyglądały formy współżycia pomocniczych pracowników dydaktycznych ze studentami. Reakcja dość charakterystyczna. Był to rok 1947, nie wydaje się jednak, aby współżycie to miało ulec zmianie in plus; ostatecznie słyszy się nadal to i owo, studenci wiele mówią i komentują. Nie zawsze więc stosunek asystenta do studentów bywa właściwy. Dlaczego? Czy są

to jakieś resentymenty, czy może chęć pokazania swojej wyższości, co może byłoby nawet ludzkie, jakkolwiek nie musi być godne pochwały. W każdym razie asystenci nie należą do grupy lubianej przez studentów. Często nie dostrzegam tego, żeby był jakiś wspólny język. I z tego co mogę powiedzieć, na podstawie własnych obserwacji to studenci chętniej przyjdą, zgłoszą się do sekretarki, żeby porozmawiać z profesorem czy docentem, ale nie pytają asystenta, jeżeli czegoś nie wiedzą. Co prawda nie do każdego profesora przyjdą, bo po prostu boją się przyjąć, co uważam za bardzo niewłaściwe i podkreślam gdzie tylko można, że docent, profesor, czy ktokolwiek wykładający, czy przełożony w szpitalu, nie jest nikim więcej, jak starszym i tylko bardziej doświadczonym kolegą tego człowieka, który jest w tej chwili studentem, ale za kilka lat nim nie będzie. Niestety wiele w ciągu trzydziestu kilku lat złożyło się na to, że po prostu mylimy niektóre pojęcia, utożsamiając je, stąd koleżnistwo nie bywa w dostateczny sposób odgraniczane od kumoterstwa, tak samo jak ludzie nie bardzo potrafią odróżnić demokrację od ochlokracji i uważają je za synonimy, gdy tak bynajmniej nie jest i być nie musi. Ale teraz pytanie, jakie są studia? Nie ma już niestety tego pięknego XIX-wiecznego zwyczaju wędrówek z uczelni na uczelnię co semestr, a co jeszcze przed wojną było w naszym kraju też stosowane, choć w mniejszym zakresie. Po oderwaniu od uniwersytetów po prostu zrobiły się szkoły medyczne. Bezsprzecznie, jeżeli powiedzieć komuś, że to jest niewiele więcej niż szkoła zawodowa, wówczas rozmówca taki poczuje się zależnie od stanowiska, mniej czy bardziej dotknięty, lecz właściwie tak się dzieje. To jest szkoła wyższa, ona w swoim układzie jednak nie daje szerokich horyzontów; Wydaje się, że lekarz powinien wychodzić

poza medycynę, co się dzieje niezwykle rzadko. Najłatwiej to jest sprawdzić w trakcie egzaminów doktorskich, gdy młodzi ludzie zdają jako przedmiot jeden z wielu historię medycyny, gdy widać kompletną ignorancję pozamedyczną, jeśli traktujemy historię jako przedmiot paramedyczny.

Absolwent AM jest absolwentem uczelni wyższej, lecz nie ma tak szerokich horyzontów, jakie powinien mieć człowiek z cenzusem wyższym. Padło gdzieś takie zdanie, mniejsza o miejscowość, mniejsza o nazwiska, że właściwie powinniśmy sami wychowywać sobie kadry. Uważam, że daje to jedynie zaдуш i swąd. Jeżeli będzie to student potem asystent wolontariusz wreszcie asystent młodszy, starszy czy habilitowany na tej uczelni, niech pojedzie nawet do Stanów czy do Amsterdamu, ale to jest człowiek wychowywany od małego w tej jedynie uczelni i w sumie widział niewiele, jego skala porównawcza nie jest skalą tego typu, którą by mógł on "sprzedawać" swoim podopiecznym. Uważam, że powinna być wymiana właśnie kadr możliwie częsta i to hodowanie ludzi we własnej uczelni, właściwie daje pewne prerogatywy ludziom, których uogólniając umownie nazywam synami pułku. To są bardzo często ludzie protegowani, popierani już od pierwszego roku studiów, wiedzący już z góry, że będą mieli stanowisko w klinice. Czy nakaz pracy na nowo będzie wprowadzony, czy nie o to ich głowa nie boli, dlatego, że mają wystarczająco mocne plecy, by wiedzieć, że ich z uczelni nikt nie ruszy. Oczywiście niektóre przysłowia są bardzo trafne, a więc chociażby przysłowie "jaki pan, taki kram". Jak kierownik katedry ustawi pracę, jak asystentom swoim pokaże właściwy stosunek do studenta, tak też i będzie, ale zastanówmy się teraz, jakie przyjmujemy kryteria doboru kadr dydaktycznych? Studenci ostatnio bardzo chętnie dyskutują na temat regulaminu studiów. Przypadkowo znam

protokół z takiego zebrania, gdzie było bardzo wiele mowy o medalach, odznaczeniach, o nagrodach, o wyróżnieniach mających ułatwiać później pracę naukową natomiast bardzo niewiele było o obowiązkach i o nauce.

Jeden z punktów brzmiał, że będzie się także, obok umiejętności czysto medycznych, oceniać postawę społeczno-moralną kandydata i oto przedstawiciel Rady Uczelnianej wstał i poprosił aby punkt ten skreślić. Jeden z dyskutantów sprzeciwił się, chcąc wysunąć właśnie ten punkt na pierwsze miejsce, argumentując w sposób bardzo prosty, że to jedynie zbieg okoliczności, że Eistein czy Heisenberg byli ludźmi, którzy się dobrze prowadzili, ale ktoś, kto znakomicie zna medycynę, przecież może być jednostką skrajnie aspołeczną i jeśli chodzi o sprawy moralne, niekoniecznie musi być wzorem. Tymczasem właśnie może klimat psychiczny u nas wpłynął na to, że słowo społeczny jest utożsamiane z określeniem polityczny i może dlatego medycy, którzy nie bardzo grawitują ku sprawom politycznym, boją się po prostu tego. Tymczasem przy doborze kadr należałoby patrzeć, jaki jest jego stosunek do kolegów i jeżeli jest asystentem czy młodszym asystentem, do swoich podopiecznych. Co o nim można powiedzieć jako o człowieku, który zdjął biały fartuch, a jednak daje się w takich czy innych okolicznościach poznać.

Wreszcie, kwestia naukowości. Wydaje mi się, że zadaniem szkoły wyższej, a więc fakultetu lekarskiego, jest szkolenie przyszłych lekarzy. Pewien odsetek z nich, ale odsetek znikomy, może od początku czuje awersję do spraw naukowych, czy do dociekań i w gabinecie badawczym, w pracy doświadczalnej będzie się czuł źle, nie będzie już w swoim przekonaniu właściwym człowiekiem na właściwym miejscu. I odwrotnie, ktoś może czuć się powołany do pracy laboratoryjnej, naukowej, do ślęczenia które daje więcej rozczarowań niż zadowolenia, ale w białym fartuchu,

z pacjentem w gabinecie nie będzie się czuł dobrze. Należałoby pamiętać, że jeżeli my bazujemy dziś - a tak jest - na tym co nam dała druga połowa XIX w., to każdy z tych naukowców tworzył fundamenty, na których my dziś budujemy. Możemy przerabiać wielokrotnie fasadę, lecz fundamenty pochodzą właśnie z tamtego okresu. Wtedy naukowiec był jednocześnie praktykiem. Są ludzie hodowani przez uczelnię już na naukowców z założenia, którzy poza ćwiczeniami i stażem nie widzieli pacjenta i nie mieli stetoskopu w rękę. Jakżeż oni mogą nauczać przyszłych lekarzy? Zdaję sobie sprawę z tego, że to jest troszkę utopijne, ale wydaje się, że nawet przedmioty takie jak fizyka, chemia, histologia czy biologia powinny być wykładane przez ludzi mających ukończony fakultet lekarski, obok tego zaś fizykę, bo dzisiaj już nie ma tego, co było w 1945 roku, że student medycyny jeżeli nie miał oddzielnego zezwolenia Ministerstwa nie miał prawa studiowania na drugim fakultecie.

Jakżeż może uczyć fizyki czy chemii człowiek, który medycynę zna tylko jako pacjent czy ojciec chorego dziecka. Fizyka, chemia i inne przedmioty przedkliniczne są dzisiaj tak obszerne, że niepodobnióstwem jest żeby student całkowicie opanował ten materiał. Założmy, że opanuje, to jednak instynkt samozachowawczy pozwoli mu za pół roku wyrzucić cały balast, z którym ma prawo nie zetknąć się do końca dni swoich, ale do egzaminu musiał to umieć. Należałoby może wymagać, żeby przedstawiciele dyscyplin pozaklinicznych uczyli takiej chemii, takiej fizyki, takiej biologii jakiej trzeba lekarzowi. Za moich czasów - zaliczam się do pokolenia Kolumbów - siłą faktu korzystaliśmy z podręczników obcych. Miałem w rękę podręcznik wiedeński dwóch autorów "Chemia nieorganiczna dla medyków", gdzie we wstępie wskazano, że to co jest podane *petitem* można

przeczytać, ale medyka to nie obowiązuje - innymi słowy autor podał materiał chemii nieorganicznej pełny, lecz wyeksponował to, co będzie potrzebne medykowi i to nie jako lekarzowi, tylko jako przyszłemu słuchaczowi chemii fizjologicznej czy dzisiaj biochemii.

Właściwie jako motto można by było przyjąć słowa profesora Miodońskiego, że należy nie pociągać studentom, nie pieścić ich, ale nie zamulać nigdy umysłu młodocianego kandydata na lekarza. Tymczasem studenci otrzymują bardzo dużo materiału naprawdę zbędnego. Owszem, nie jest to sprawa nowa. W XVIII w. pewien autor biografii Boerhaavego napisał tak: "uczonego matematyk uważa tylko swoją naukę za naukę, fizyk będzie uważał swoją itd., a na innych będzie spoglądał z góry, a tymczasem jeden i drugi traci czas siedząc w swoim zakurczonym, dusznym pomieszczeniu". Gdy w r. 1929 przytoczył to kolejny biograf tego uczonego, to dodał tylko jedno zdanie "tout comme chez nous", nie zmieniło się w tym względzie nic, każdy uważa swój przedmiot za najważniejszy i ja dlatego w Komitecie Podstawowych Nauk Medycznych przy VI Wydziale, gdy tworono w tym roku nowe komisje socjologiczną i historyczną, kategorycznie sprzeciwiłem się, jeżeli to tak można nazwać, użycia nazwy "historyczna" proponując, żeby ten przedmiot nosił nazwę "nauka o rozwoju myślenia lekarskiego", dlatego, że historia jest wykładana nie w taki sposób jak trzeba. Ukazują to choćby projekty podręczników, które otrzymujemy z tego przedmiotu, chyba bardzo istotnego, bo zgodzimy się z Pasteurem, że chociaż nauka jest ponadnarodowa, to jednak każdy uczonej ma ojczyznę. Jednak należałoby studentowi podać coś innego, niż komuś, kto chce być historykiem. Zresztą nie wiem, bo o ile bardzo łatwo określić, kto jest specjalistą od starożytności, kto jest mediewistą itd.,

to trudno by było powiedzieć kto jest historykiem medycyny. Może i powinien być nim każdy, lecz to jest tylko luźna uwaga. Należałoby po prostu ustalić, co robimy, kogo szkolimy i w jakim celu. Szkolimy więc przyszłych lekarzy, którzy nie będą na pewno ani fizykami, ani chemikami, rzadko zaś teoretykami.

Gdy obchodzono 600-lecie UJ, jeden z kolegów, absolwentów uczelni krakowskiej, zadał sobie trud, rozpiisał ankietę i absolwenci z ostatniego dziesięciolecia poprzedzającego 600-lecie UJ, zupełnie szczerze, bezimiennie zresztą, pisali co mogą sądzić o swoim fakultecie, o swojej uczelni. Otóż ponad 50% respondentów skarżyło się na niedostateczny kontakt z pacjentem, na zupełnie nienauczanie czynności manualnych oraz na przeładowanie teorią, który później nic nie daje. Za mało ćwiczeń z interny, za mało ćwiczeń z chirurgii. Podsumowując zaledwie 2% ankietowanych odpowiedziało, że w programie uczelni nie widzi nic złego. Jeśli 98% dostrzega wady, to znaczy te wady muszą być. Kwestia kryteriów, kto może być wychowawcą-nauczycielem tej młodzieży: Proszę Państwa, głosujemy dwukrotnie w trakcie przewodu habilitacyjnego. Jedna kartka - czy zdał kolokwium, a druga kartka to głosowanie czy ma być docentem. Wykład habilitacyjny został zniesiony. Otóż niejednokrotnie habilitują się ludzie z przedmiotów najnowszych, gdzie moda w medycynie spowodowała, że właśnie taką pracę habilitacyjną czy pracę doktorską zawierającą część statystyczną robi "murzyn" z politechniki. Dzisiaj widuje się mało prac doktorskich i habilitacyjnych wolnych od statystyki, ale części tej nie opracowuje na ogół kandydat, robi to ktoś za niego. Doktorant rzadko wie co to jest wzór Studenta itd. Powinien to wiedzieć, musi to mieć napisane, ale najczęściej nie zna istoty rzeczy. Mówi zatem,

recenzenci pytają go, ponad 90% członków Rady siedzi jak na tureckim kazaniu i czasem padnie słówko, szeptem powiedziane - "Wiesz co, kochany, ja dzisiaj bym nie studiował medycyny, bo to jest jakaś czarna magia". I w rzeczy samej, po co ta statystyka w takim olbrzymim zakresie i nie tylko ona? Gdyby więc taki kandydat na docenta miał swój 20-minutowy wykład, wówczas my jako dydaktycy z pewnym stażem, po-
trafilibyśmy ocenić, czy słowa kandydata trafiają do przekonania, czy przyszły dydaktyk potrafi sobie rozłożyć materiał w ten sposób, że występ jest wystarczająco zwięzły, a wykład zawiera meritum. Jednym słowem, wykład habilitacyjny był bardzo potrzebny.

Wreszcie, człowiek nauki, naukowiec przez duże N, absolutnie nie musi być dydaktykiem, to nie są synonimy. Wykładowca taki może mówić w sposób zawili i będzie się denerwował, że słuchacze tego nie rozumieją. Dam bardzo prosty przykład sprzed lat. Profesor Maksymilian Rutkowski miał dwóch chirurgów, o złotej ręce. Jednym był prof. Jan Glazel, a drugim - późniejszy ordynator doktor Zygmunt Drobniewicz. Drobniewicz jakąś się, mówił niewyraźnie, ćwiczenia prowadził z trudem. Rutkowski orzekł: Drobniewicz pójdzie w teren, Glazel będzie docentem. I tutaj szef kliniki to dostrzegł. Należałoby może zwracać więcej uwagi na to, kto z ludzi wychowywanych na docentów, na następców jest dobrym dydaktykiem. To jest rzecz niesłychanie ważna. Tutaj jeden z punktów brzmi, jak podczas uczenia przeciwdziałać zafascynowaniu techniką medyczną. Przypuszczam, że należałoby tutaj potraktować trochę inaczej propedeutykę i to zarówno propedeutykę na I roku, gdzie student dowiadyuje się co to jest medycyna, bo często, bardzo często, o tym co to jest medycyna doskonale wie ciocia przyszłego studenta, ale nie wie tego on

sam. Postanowiono w rodzinie, że on pójdzie na medycynę, lecz on nie wie, co to jest.

W klinice propedeutycznej, prof. Tempka miał zwyczaj, że do ćwiczeń asystenci wybierali ludzi z ambulatorium przyklinicznego. Niejednokrotnie sam prowadził ćwiczenia, a więc przychodził, wybierał sobie chorego, który cierpiał na dolegliwość o jakiej Tempka chciał w danym dniu mówić. Wtedy obserwowaliśmy na żywo rozmowę lekarza z nieznanym mu zupełnie pacjentem. I to było, zdaniem moim, dobre. To samo robił prof. Falkiewicz we Wrocławiu. Ludzie starej szkoły, ludzie, którzy, uproszę tę sprawę, nie posługiwali się wzorem Studenta i statystyką, ale rozumieli, kim jest chory i rozumieli czym jest rozmowa z chorym. Zafascynowanie tymi przedmiotami, jak i aparaturą jest duże i może w tym sporo naszej winy, mianowicie wykładowcy bardzo często odczuwają coś w rodzaju kompleksu niższości wobec Zachodu, czy wobec innych uczelni, mających lepszy sprzęt i chcą, żeby wszystko było ultranowoczesne. Tymczasem, taka sytuacja, jak w naszym kraju, prawdopodobnie nie pozwoli nam na to, abyśmy mogli w 100% korzystać z nowoczesnej aparatury dla bardzo prostej przyczyny, nie będzie chociażby odczynników, bo byłyby odczynniki kupowane za dewizy i nikt ich obecnie kupić nie może. Trzeba będzie na niektórych odcinkach wrócić do metod starszych. Zafascynowanie liczbą wyszło z Zachodu. Co jest z Zachodu u nas jest przyjmowane bez dyskusji, jest traktowane tak, jak ongiś był traktowany Bonaparte. Tymczasem trzeba przymierzać się do możliwości, bo o co w końcu idzie, czy sama diagnoza jest celem?

Celem jest udzielanie maksymalnej pomocy choremu i to student powinien wiedzieć od samego początku. Powinien wiedzieć jeszcze jedną

rzecz właśnie, że wskutek rozrostu techniki, aparatury, wskutek rozbudowy chemii widzimy dzisiaj olbrzymią dysproporcję między diagnostyką a terapią. Diagnostyka rozwinęła się bardzo i można by to określić, że rozwinęła się w postępie geometrycznym, natomiast terapia zaledwie arytmetycznym. Co z tego, że określimy bardzo dokładnie rozpoznanie, skoro wiadomo, że choroba zalicza się i tak do nieuleczalnych. Takie dążenie do diagnozy i tylko do diagnozy na pierwszym miejscu jest więc trochę sportowe, ale choremu daje niewiele. Przede wszystkim trzeba pamiętać, że mamy coraz większy odsetek ludzi przewlekle chorych, których absolutnie nie można leczyć przyczynowo, czy w ogóle wyleczyć, jak i jednostek chorobowych takich, kiedy byłoby można mówić o wyleczeniu w ścisłym znaczeniu. Możemy często jedynie pomóc i obowiązkiem naszym powinno być, abyśmy mogli pomóc maksymalnie. Otóż nie widzę w kraju naszym dostatecznej sieci poradni gerontologicznych. Tu Państwu nie muszę mówić szczegółów bo w zeszłym tygodniu w "Życiu Warszawy" była mowa o ulicy Barskiej, ja zaś przypadkowo znam głosy z Ochoty i wiem co sądzą o tym ludzie, którzy korzystali z tej przychodni. To samo jest w innych miastach. Nadto Polska w dalszym ciągu nie jest członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Ogólnej. Paradoks, bo to jest nowa specjalność. To brzmi paradoksalnie "specjalista medycyny ogólnej", ale to jednak jest na Zachodzie lansowane. W Kanadzie np. w poliklinice wielospecjalistycznej szefem nie jest specjalista tylko lekarz ogólny. Nie zna on szczegółów, za to widzi szerzej i niejednokrotnie można odnieść wrażenie, że właściwie leczenie farmakologiczne stanowi dodatek, bo dużo więcej daje sam kontakt. Mam na myśli ludzi starszych, przewlekle chorych, chorych w ten czy inny sposób

zagubionych, czujących, że są opuszczeni, że może niepotrzebni nawet, nie znajdujących wspólnego języka we własnym domu, co też się często zdarza. Rozmowa lekarza z takim pacjentem znaczy bardzo wiele i zresztą doświadczenia prowadzone od dwudziestu kilku lat z lekami typu placebo też pokazują, że można wiele osiągnąć nie podając określonego leku.

Sięgnę na chwilkę do historii, jeśli Państwa to za bardzo nie nuży. Dr Tulp znany z obrazu Rembrandta był wziętym praktykiem w Amsterdamie i za jego czasów przywieziono tam nową substancję po-traktowaną z miejsca jako lek, a lekiem tym była herbata. Tulp zapisywał swoim pacjentom do 50 szklanek herbaty dziennie. Inny jego ko-lega po fachu nawet 200 szklanek. Otóż takie płukanie nerek jest po-trzebne tylko w konkretnych przypadkach i to nie za często. Za życia Tulpa doszedł nowy lek: przyszła kawa i leczono w ten sam sposób ka-wą. Rzecz ciekawa, oba leki pomagały.

Teraz przybliżmy się do naszych czasów. Jeżeli w 50-którymś roku, ktoś z nas zapisał tetracykliny bez kefiru czy kwaśnego mleka, to wtedy gros kolegów, może kolegów przez małe "k" okrzyczaioby go z miejsca, że popełnił błąd sztuki. Obecnie lekarz zapisuje antybiotyki, ale nie zleci kefiru czy zsiadłego mleka, bo od 4-5-6 lat wie, że grupa czynna szerokospektrowego antybiotyku połączy się z aminokwasami. In-nymi słowy będzie to lek pusty, lecz chory wyzdrowieja tak jak chory Tulpa wyzdrowiał po herbacie.

Co zatem ważne? Zmiana trybu życia, leżenie, ważna była świa-domość, że jest się pod opieką lekarza, ważna była świadomość, że chory otrzymuje najnowszy lek i to zalecany przez specjalistę do którego

ma zaufanie. To samo było z placebo. Może by więc należało młodych ludzi uczyć, jak się rozmawia z pacjentem. Nie rozszyfrowując się zawodowo, słyszałem w jednej z Akademii, w palarni w holu, jak studenci krytykowali swoje nauczanie. Spytałem co im się nie podoba. Student mówi: "mój tata mógł jeszcze powiedzieć, że się uczył z Orłowskiego czy z Tempki, my nie wiemy czyimi jesteśmy uczniami. Poza tym w przyszłym roku właśnie kończymy, ale czy umiemy rozmawiać z pacjentem?". W dalszym ciągu nie rozszyfrowałem się, przytaczam tę rozmowę gdzie tylko jest sposobność. Wydaje mi się, że należałoby młodych ludzi uczyć od początku tego, co nazywamy w przysłowiu nosem i tabakierą.

W Szczecinie wybrnęliśmy w ten sposób z tego, że wykłady z prope-deutyki są ograniczone do 10 godz., a potem urządziliśmy zbiorową salę chorych. Są pielęgniarki z czarnym paskiem, jedna ze stopniem mgr jako starsza i prowadzi reanimację, desmurgię, uczą wykonywania iniekcji na fantomach, potem na sobie, a potem studenci muszą chodzić do przychodni i na oddziały. Dopiero wtedy otrzymują zaliczenia. Studenci są bardzo zadowoleni, bo już od pierwszego roku mają kontakt z pacjentem, mają kontakt z chorym. Wreszcie słyszą podczas tej codziennej pracy, jak się z chorym rozmawia. A to jest bardzo ważne. Przeciągnąłem p. profesorze troszkę czas, przepraszam i Państwa też za to przepraszam. Jeżeli w trakcie dyskusji było to potrzebne, chętnie jeszcze dodam. Dziękuję.

mgr Halina Zaczynska

Przedstawiam Państwu pracę wykonaną w Zakładzie Dydaktyki AM w Warszawie w Studium Doskonalenia Dydaktycznego. Przed dwoma laty istniało u nas Studium Doskonalenia Dydaktycznego i w ramach tego Studium asystenci, którzy chcieli podnieść swoje kwalifikacje dydaktyczno-wychowawcze próbowali sił pisarskich i eksperymentatorskich z zakresu dyscypliny, którą reprezentowali. Szereg tych prac znalazło się na łamach "Problemów szkolnictwa i nauk medycznych".

W poniższym artykule lekarz Jolanta Modlińska dzieli się swoimi doświadczeniami z kilku zakresów działalności dydaktycznej i praktycznej: jako asystentka Kliniki Chorób Wewnętrznych AM, prowadząca ćwiczenia ze studentami z interny i prowadząca propedeutykę medycyny na I roku oraz jako lekarz pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej, zatrudniona w Przychodni Rejonowej. Temat brzmi: "Potrzeba przygotowania studentów AM w Warszawie do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej".

Jolanta Modlińska

POTRZEBA PRZYGOTOWANIA STUDENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE DO PRACY W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Problem odpowiedniej organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, a także dobór predysponowanej kadry lekarskiej, zatrudnionej w tej dziedzinie, jest nie tylko dolegliwością polską, ale stanowi przedmiot zainteresowań również zachodnioeuropejskich teoretyków służby zdrowia.

Hilliard Jason w opublikowanej w połowie lat siedemdziesiątych pracy [1/ uważa, że najważniejszą sprawą w dydaktyce medycznej jest uświadomienie sobie celów i motywacji kształcenia lekarzy opieki podstawowej. Wielka Brytania - kraj, będący wzorem dobrej organizacji opieki podstawowej, także wymaga reformy programów kształcenia. H. Jason twierdzi, że kształcenie przeddyplomowe jest pozbawione wrażliwości na zapotrzebowanie społeczne. Opieka podstawowa żąda od lekarzy wysokich kwalifikacji, ponieważ wymaga podejmowania decyzji co do zdrowia i choroby pacjenta przy częściowym braku informacji płynących m.in. z badań dodatkowych. Lekarz rejonowy musi pokonać mnóstwo problemów, których nie sposób przewidzieć, dotyczących zagadnień socjalno-bytowych, rodzinnych i sytuacyjnych. Odpowiada on także za zdrowie psychiczne mieszkańców swojego rejonu. Dlatego dobór kadry medycznej, kształconej dla opieki podstawowej, wymaga specjalnie przygotowanych kandydatów do tego rodzaju pracy, a od uczelni odpowiednich programów kształcenia studentów.

Najważniejszą sprawą w edukacji są cele kształcenia. Treści nauczania powinny służyć osiągnięciu celów kształcenia i rozwinać u studentów medycyny pozytywną motywację, a eliminować niewłaściwą. Cały wysiłek kształcenia musi być podporządkowany celom, przygotowującym do zawodu. Brak celowego kształcenia hamuje i wypacza rozwój studentów.

Jason proponuje wzorowego lekarza opieki podstawowej przedstawić w następujących słowach: "... mieć pod ręką lekarza, który ma do nas osobiste podejście, który w każdej chwili może nas obejrzeć, zbadać, który nie jest skłonny wysyłać nas natychmiast do szpitala, który potrafi nieść zarówno ulgę i pociechę psychiczną, jak i postawić poprawną naukowo ekspertyzę lekarską, który angażuje się w nasz problem zdrowotny".

Tych potrzeb nie zaspokoi jedynie doskonalenie zarządzania.

Autor wymienia 4 podstawowe, pozostające we wzajemnej zależności, elementy procesu kształcenia. Każdy z nich ma duże znaczenie dla podniesienia i rozwoju albo wręcz udaremnienia osiągnięcia sformułowanych celów.

Są to:

1. Proces selekcji studentów.

Jest to logiczny i konsekwentny dobór odpowiednich osobowości z wyselekcjonowanej populacji kandydatów.

2. Właściwy model człowieka.

Jest to wzór osobowy lekarza, z którym studenci spędzają większość czasu.

3. Odpowiedni system ocen.

Ważne są jego walory wychowawcze i atmosfera na uczelni. Czy metody oceny są dopracowane i sprawiedliwe, czy jest klimat rywalizacji, czy współpracy?

4. Doświadczenia kształcące.

Istotne jest oddziaływanie pedagogiczne środowiska, w którym studenci przebywają, wpływ doświadczeń harmonijnie zgodny z celami programu kształcenia lub z nimi sprzeczny.

Każdy z tych 4 elementów może być ze sobą zgodnie związany lub pozostawać w opozycji. Odpowiedni dobór kandydatów pod względem cech psychicznych jest w przypadku lekarza opieki podstawowej znacznie ważniejszym zadaniem, niż w innych specjalnościach medycznych.

Autorzy angielscy wyrażają równoległe dwa poglądy na proces selekcji studentów: Jason uważa, że proces doboru kandydatów na uczelnię jest odpowiednikiem kodu genetycznego w rozwoju człowieka z uwzględnieniem wpływów środowiska. Rogers jest zdania, że rozwój pożądanых cech osobowości lekarza opieki podstawowej odbywa się na wyższych latach studiów, w toku kształcenia podyplomowego oraz w praktyce lekarskiej.

Pożądane cechy osobowości nie są równo rozłożone wśród studentów medycyny. Specjalizacja w dziedzinie opieki podstawowej powinna drogą eliminacji ujawnić najlepszych, predysponowanych do niej lekarzy. Osoby, które nie mają odpowiedniej konstrukcji psychicznej, nie będą efektywnie funkcjonować w opiece podstawowej i nawet dobre programy kształcenia nie są w stanie rozwinąć tych cech.

Dobór ludzi z niezbędnymi cechami nie jest jedynym problemem. Szczególną uwagę należy bowiem zwrócić na podstawowe cele kształcenia, które powinny utrwalać pożądane cechy u wyselekcjonowanych studentów.

Pracownicy, kierujący opieką podstawową, powinni sami uznawać te wartości, które chcą przyswoić studentom. Ich pozycja w Akademii Medycznej musi być jasna i znacząca, studenci posiadają dużą zdolność odróżniania sytuacji prawdziwych, od sztucznych.

Jason uważa, że organizacja szkół medycznych powinna być dostosowana do potrzeb opieki podstawowej. Same studia powinny odzwierciedlać tok postępowania lekarzy opieki podstawowej.

Pierwszy kontakt lekarz - pacjent ma być pierwszym kontaktem student - pacjent. Student powinien razem z pacjentem uczestniczyć w badaniach specjalistycznych, prowadzących do ustalenia pełnej diagnozy. Prowadzi to do zrozumienia roli poszczególnych dyscyplin klinicznych.

Na koniec autor postuluje utworzenie Instytutu Opieki Podstawowej, odpowiedzialnego za kształcenie i przyszłość lekarzy opieki podstawowej.

W Polsce w 1965 roku zreformowano studia lekarskie. Wyraźnie określono ich cel w następujących słowach: "...celem studiów lekarskich jest wykształcenie, w oparciu o współczesne zdobycze nauki, dydaktyki i techniki - lekarza zdolnego do udzielenia podstawowej opieki lekarskiej, umiejącego rozwijać swoje kwalifikacje, a także wykształcenie jego postawy intelektualno-moralnej i ideowej, by mógł sprostać dzisiejszym i przyszłym potrzebom socjalistycznej Służby Zdrowia". Program reformy studiów, oparty o tak skonstruowany cel, zmierzał do zmiany profilu zawodowego absolwenta uczelni medycznej, tzn. do przejś-

cia od modelu kształcenia asystenta szpitalnego na model kształcenia lekarza uniwersalnego, zdolnego do podjęcia pracy zawodowej w podstawowej opiece zdrowotnej /3/.

Realizacji powyższego celu służyć miały nowoczesne metody dydaktyczne i zreformowany plan studiów.

Anna Kamionowska /2/ przeprowadziła ankietę na temat akceptacji założonego celu studiów i oceny stopnia jego realizacji wśród kierowników dydaktycznych poszczególnych przedmiotów w roku akademickim 1975/1976.

74,4% osób badanych w pełni zaakceptowało założony cel studiów. Natomiast zaledwie 11,3% ankietowanych wyraziło przekonanie, że założony cel jest w pełni realizowany.

Moją pracę lekarza rejonowego rozpoczęłam po prawie 4-letnim pobycie w klinice internistycznej Akademii Medycznej. Przez cały ten czas prowadziłam ćwiczenia z chorób wewnętrznych ze studentami III roku i jednocześnie zajęcia z propedeutyki medycyny ze studentami I roku. Kilkakrotnie zdarzyło się, że "moi" studenci z I roku trafiali do mnie po dwóch latach.

Ćwiczenia z interny na kursie III obejmują diagnostykę ogólną i szczegółową i mają na celu nauczyć studentów podstaw internistycznego myślenia, nie wglębiając się w pewne istotne, ale na danym poziomie wiedzy niepotrzebne szczegóły. Konieczne było, żeby zapamiętali to, co najważniejsze i to, co będzie im potrzebne, bez względu jaką specjalność wybiorą.

Pracując jako lekarz rejonowy zetknęłam się w ciągu roku akademickiego 1979/1980 ze studentami VI roku, czyli będącymi już po

egzaminie z interny, zdany na V roku.

Większość studentów, a także lekarzy, pracę w rejonie traktuje jako "coś gorszego", poniżej ich umiejętności i wymagań.

Pochodzący z Polonii Amerykańskiej student - w ogóle nie widział sensu tego rodzaju zajęć dla niego.

Odpowiedzialnym za to jest może brak wzorów osobowych. Nie ma przecież uczonych autorytetów medycznych, zajmujących się podstawową opieką zdrowotną. A studenci nie znają struktury spółdzielni lekarskich, nie jest to bowiem przedmiotem obowiązującym na studiach.

Cwiczenia trwały dwa tygodnie, zgłaszała się jedna lub dwie osoby, miały być one praktycznym sprawdzianem nabytej przez 4 lata i uwięzionej pomyślnie zdany egzaminem wiedzy o chorobach wewnętrznych.

Odrębnością pracy w rejonie jest inny jej rodzaj, niż w oddziale szpitalnym. Nie mamy do zbadania swoich 8 czy 10 chorych, przebywających w oddziale, ale dziennie zgłasza się do jednego lekarza rejonowego od 15 do ponad 30 pacjentów /zależy to najczęściej od pory roku, epidemii infekcji wirusowych itp./, którzy chcą być szybko i kompetentnie załatwieni. Nie wszyscy zgłaszający się są chorymi. Pacjenci mają wyznaczoną godzinę przyjęcia, ale i tak teoretyczny czas przeznaczony na jednego chorego wynosi 10-15 minut i jest często przekraczany. W ciągu tych kilkunastu minut należy chorego zbadać, ustalić rozpoznanie, ewentualnie zlecić badania dodatkowe, przepisać leki oraz wypisać zwolnienie z pracy, jeżeli jest potrzebne. Należy jeszcze dodać od 0 do 10, a nawet 12 wizyt domowych.

Czas pracy lekarza rejonowego wynosi 7 godzin: 4 godziny na miejscu w poradni, 3 godziny przeznaczone są na wizyty domowe. Jedna

wizyta domowa zajmuje ok. 30 minut, dodatkowo należy doliczyć drogę, trwającą od kilku do kilkunastu minut, a także liczbę pięter.

Obowiązkiem lekarza rejonowego jest nie tylko doraźne niesienie pomocy medycznej. Przede wszystkim lekarz w rejonie, w którym mieszka przeciętnie ok. 3000 ludzi, musi być lekarzem domowym, podległych mu mieszkańców. Powinien wiedzieć, kto należy do grup dyspanseryjnych, orientować się, kto potrzebuje pomocy nie tylko lekarskiej, ale i socjalnej. Powinien również wiedzieć, ilu jest ludzi starych, obłożnie chorych, nieuleczalnych, inwalidów. Który z pacjentów wymaga przejścia na rentę inwalidzką, a kto podwyższenia grupy renty. Faktem jest, że aby poznać swój rejon, potrzeba co najmniej 6 miesięcy. Duże znaczenie ma umiejętność nawiązywania kontaktów międzyludzkich i zdobycia zaufania pacjentów.

Studentów starałam się traktować jako równorzędnych partnerów w pracy, wychodząc z założenia, że za kilka miesięcy będą samodzielnie wykonywać te czynności.

Co zwracało moją uwagę od początku - to lęk studentów przed chorym. Studenci boją się pacjentów. Odczuwają strach przed problemami, z którymi chorzy zgłaszają się do nich.

W większości nie wiedzieli, jak rozpocząć rozmowę z pacjentem. Nie potrafili zebrać szybko wywiadu, zbadać, wyterając potrzebne elementy badania przedmiotowego, ustalić rozpoznanie i zaproponować leczenie. Wypisanie stosunkowo prostych recept także powodowało trudności. Studenci nie umieli poprawnie napisać leku o nazwie Pentaerythritol, Curanty! czy Phenformin. Nie wiedzieli, że na receptcie bezpłatnej wymagane jest umieszczenie oprócz imienia i nazwiska - adresu chorego.

Nie umieli wypisać wniosku do sanatorium lub na wczasy profilaktyczne. Studenci nie znali zasad kierowania do sanatorium. W skrajnych przypadkach nie potrafili zmierzyć ciśnienia tętniczego krwi.

Po 2 - 3 godzinach intensywnej pracy studenci byli zmęczeni, mieli trudności z koncentracją, pracowali znacznie wolniej.

Prawie nieznany był dla nich podział na grupy dyspanseryjne; trochę słyszeli na ten temat podczas zajęć z pediatrii, ale nie wiedzieli, że podział ten obejmuje także dorosłych, nie słyszeli o stanowisku pielęgniarki społecznej i jej obowiązkach, niewiele mogli powiedzieć o opiekunach PCK.

Nie znali instytucji o nazwie ZUS /Zakład Ubezpieczeń Społecznych/.

Za zaistniały stan rzeczy nie wiadomo kogo winić. Zakład Farmakologii, że nie nauczył wypisywania recept, czy klinikę internistyczną? A może odpowiedzialność spada na Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia. Może ustanowić odpowiedzialność jednej kliniki za program kształcenia jednego studenta od III do VI roku włącznie.

Studenci sami krytycznie ustosunkowywali się do swojej wiedzy. Proponowali zredukowanie częściowe takich przedmiotów, wykładanych na pierwszych latach studiów jak: chemia, biofizyka, biologia, a zwiększenie liczby godzin zajęć klinicznych z interny i chirurgii. Chcieliby w ramach ćwiczeń lub ewentualnie dyżurów obowiązkowych nauczyć się podstawowych zabiegów, które powinien znać każdy lekarz ogólny: umiejętności szycia chirurgicznego, nakłucia opłucnej, nakłucia mostka, nacięcia ropnia, unieruchomienia złamanej kończyny, odebrania prawidłowego porodu.

Celowe wydaje się im wprowadzenie podczas studiów kilku obowiązkowych dyżurów w Pogotowiu Ratunkowym, początkowo towarzysząc lekarzowi, później jeżdżąc samodzielnie do pacjentów /dotyczy to oczywiście studentów V i VI roku/. Okresowo istnieją różne trędy, zmuszające w większym lub mniejszym stopniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do odbywania 1 do 2 dyżurów miesięcznie w Pogotowiu Ratunkowym w ramach Nocnej Pomocy Medycznej.

Pewne nadzieje może budzić dobre wykorzystanie 12-miesięcznego stażu podyplomowego. 3-miesięczny pobyt kolejno w czterech głównych specjalnościach medycyny w zakresie: interny, chirurgii, pediatrii i ginekologii powinien być wykorzystany maksymalnie na zdobycie wiedzy praktycznej.

Nasuwać się następujące wnioski:

1. Praca lekarza rejonowego wymaga specyficznych cech osobowości, takich jak: spostrzegawczość, inteligencja, szybkość decyzji itp. Dobre przygotowanie do zatrudnienia w podstawowej opiece zdrowotnej potrzebuje jak najwcześniejszego uświadomienia studentom celów kształcenia.
2. Studia medyczne powinny przygotować absolwentów do zawodu nie tylko teoretycznie, ale także należy położyć nacisk- znacznie większy niż dotychczas, na umiejętności praktyczne.
3. Staż podyplomowy powinien być wykorzystany maksymalnie jako czas intensywnego, praktycznego poznawania zawodu.
4. Warto się zastanowić, czy nie powrócić do instytucji prawdziwego lekarza domowego.

Jolanta Modlińska

Potrzeba przygotowania studentów Akademii Medycznej w Warszawie
do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej

PISMIENNICTWO

1. Jason H.: Evaluation of basic science learning:
implications of and for the GAP report. J.Med.Educ.-49/10/:
1003-4, Oct. 74.
2. Kamionowska A.: Opinie kierowników dydaktycznych o założonym
celu studiów lekarskich.
Problemy szkolnictwa i nauk medycznych, 1978, 1, 1-6.
3. Rzepecka-Koniarzek G.: O pojęciu modelu lekarza.
Problemy szkolnictwa i nauk medycznych, 1978, 1, 15-18.

dr n. med. Piotr Mıldner-Nieckowski

KSZTAŁCENIE OSOBOWOŚCI LEKARZA W TOKU STUDIÓW MEDYCZNYCH

Od dwudziestu lat mam ścisły kontakt z medycyną. Od trzynastu lat jestem lekarzem. Oddziesięciu uczę medycyny. Od trzech prowadzę zespół lekarzy praktyków, w którym przeważają lekarze młodzi, a wśród nich stażyści. I od początku jestem stale przekonany, że Akademia Medyczna źle przygotowuje lekarzy do zawodu. Patrzę na strukturę organizacyjną tego typu uczelni i na strukturę dydaktyczną poszczególnych jej zakładów jak na zespół sztucznie powiązanych, ale w rzeczywistości nie mających ze sobą nic wspólnego składników. Obserwuję lekarzy przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych i widzę, że ich wiedza jest zespołem sztucznie szczepionych, nie mających ze sobą wiele wspólnego informacji. Widzę stażystów, którzy bez trudu potrafia recytować opisy i przepisy i którzy z roztrzęsionymi rękami rozglądają się szukając pomocy. Ci młodzi ludzie niemal natychmiast chcą rezygnować z posiadanej wiedzy i podglądają starszych, żeby jak najszybciej przyswoić sobie dobre, bezpieczne, ale mało skuteczne schematy postępowania. Ponieważ ich rola w służbie zdrowia na początku sprowadza się niestety do łatania luk personalnych, są tak zajęci pracą i tak zmęczeni zderzeniem swojej teoretycznej fachowości nabytej na studiach z praktyczną nieudolnością ujawnioną na pierwszym dyżurze, że bez trudu osiadają na poziomie starszych lekarzy rejonowych, który w moim najgłębszym przekonaniu nie jest wysoki.

Oto pierwsza, sumaryczna refleksja, która mnie zmusza do zabrania głosu. Uważam, że wykute na pamięć abecadło jest bez znaczenia, jeżeli nie będzie użyte w języku, a język, którym zaczyna się posługiwać nowy absolwent medycyny jest zgoła inny, niż to sobie wyobrażają tak zwani nauczyciele akademicy. Jest to język zastany w oddziałach szpitalnych i przychodniach, w zwyczajach i praktyce zbyt często odbiegającej od tego, co się wyklada studentom. Nie mówię, że jest to język zły, ale twierdzę, że może być o wiele lepszy. Sądzę również, że jest już najwyższy czas, aby abecadło akademickie zaczęło doganiać język praktyki. Nie stać nas na to, aby przeciętny absolwent medycyny zdobywał podstawowe doświadczenie przez pięć lat po uzyskaniu dyplomu. To doświadczenie może być z powodzeniem przekazane przez uczelnię. Potem lekarze powinni się uczyć tego samego, co ich profesorowie: nowych osiągnięć medycyny.

Obserwując młodych lekarzy w działaniu można dostrzec kilka następujących luk w ich sposobie myślenia i postępowania.

1. Nie umieją rozwiązywać problemów. Nie znają zasady sprawnego myślenia zawartej w cyklu "uświadomienie celu - planowanie - pozyskiwanie sił i środków - realizacja - kontrola - poprawki". Nie znają zjawiska autonomizacji celów. Są zawiedzeni probabilistyczną naturą zjawisk medycznych, społecznych i organizacyjnych. Nie znają zasad nauki pozytywnej, a zwłaszcza indukcji i hierarchizacji danych.

2. Nie mają nawyku rozwijania własnej wiedzy. Mimo że żadna uczelnia na świecie nie jest w stanie podać studentowi całej wiedzy, są przekonani, że ta wyuczona przez nich przez sześć lat jest wystarczająca na długie lata. Dlatego też ich pamięć musi być selektywna i odrzuca

to, co w pewnych okolicznościach wydaje jej się niepotrzebne. Nie zdają sobie sprawy z tego, że jest to selekcja przypadkowa i często uzasadniona tylko przez zawodną intuicję. Po kilku latach ich wiedza jest rozczłonkowana w zupełnie dziwaczny sposób. Może to potwierdzić każdy kierownik specjalizacji. Trudno wykryć jakikolwiek system takiej selekcji tu żadna próba zbadania się nie uda. Każdy lekarz ma swoje podejście do tej sprawy i żaden nie odpowiada swoim zakresem wiedzy jakimś systemowi wiedzy potrzebnej do prawidłowego wykonywania obowiązków na określonym stanowisku. Zwykle zamiast mocnego trzonu, osi czy podstawy, wokół której gromadzą się dane uzupełniające, rodzaj posiadanej wiedzy przez przeciętnego lekarza przedstawia się jako zbiór danych gromadzących się wokół pustego środka.

3. Zbyt wiele zależy od przypadkowo dobrych cech charakterologicznych czy lepiej psychologicznych młodego lekarza, kiedy ma do czynienia z chorymi. Pokutuje pogląd, że student medycyny jest człowiekiem dorosłym i że wychować go się w uczelni nie da, a w każdym razie, że jest to wychowanie tylko uzupełniające. Nic bardziej błędnego. Student nie ma żadnych szans na wychowanie w stylu lekarskim, ponieważ jako osoba wielce krytyczna nie zauważa żadnych związków systemowych w poglądach poszczególnych przedstawicieli profesorskiego zespołu. W tej sytuacji pozostaje obojętny na wszelkie poglądy, nazywa je cudzymi i tworzy system własny, zbyt często odbiegający od naszych wyobrażeń o poglądach lekarskich. Można sobie wyobrazić model duszy studenta gwałtownie poszukującej spójności jako wzorzec strukturalny odpowiadający akademii medycznej, równie zdeintegrowanej.

4. Studenci i młodzi absolwenci nie rozumieją roli lekarza ani w gabinecie, ani szerzej - w społeczeństwie. Ich pogląd na medycynę indywidualną zawiera się w dwóch słowach: "rozpoznać" i "leczyć". W diagnostyce bardzo szybko ulegają presji środowiska lekarskiego i uciekają od metod fizykalnych a zwłaszcza od wywiadu. W leczeniu poszukują gotowych, wygodnych schematów zawartych w grubych, przez lata zapisywanych historiach chorób. Tylko ci najbardziej inteligentni czują, że na leczenie składa się o wiele więcej czynników niż prawidłowe zapisanie leków. I w ogóle niewielu chce pomyśleć, że ważniejszy jest chory niż jego choroba, że lekarz jest przede wszystkim nauczycielem. O wiele gorzej jest z rozumieniem społecznej roli lekarza, a nawet z postawą obywatelską, której nie należy mylić z ideologiczną czy polityczną. Zazwyczaj dopiero po latach praktyki lekarze zaczynają sobie zdawać sprawę ze współzależności medycyny indywidualnej i społecznej, ze swojego wpływu na grupę ludności, którą się opiekuje, na grupę chorych na sali szpitalnej czy rejon. Problemem trudnym do zwalczania nawet w małym zespole lekarskim jest polipragmazja, bezkrytyczne zapisywanie leków "na prośbę chorego" itp. Wynika to nie z wygodnictwa czy asekuractwa, jak to się przez lata wywodziło na łamach "Służby Zdrowia", ale z braku systemowego porozumienia między lekarzami, opartego na jednakowym stosunku do wiedzy medycznej. Jest to znów odbicie stosunków dydaktycznych w uczelni, z której wyszli ci ludzie. Przyczyna jest zawsze u źródła i nie wmawiajmy w siebie tak, jak to robimy do tej pory, że przyczyna jest w wadliwej służbie zdrowia. Znam oddziały szpitalne i przychodnie rejonowe, w których jest zupełnie pod tym względem dobrze, tyle że od czasu do czasu jakiś intruz z zew-

natrz psuje im robotę.

5. Studenci medycyny, a potem młodzi lekarze na gwałt douczają się tego, czego im nie dała akademія: praktycznej farmakologii, orzecznictwa, oceny zdjęć radiologicznych, norm pracownianych, nastawiania zwicznęd i postępowania dermatologicznego... Można by tu wyliczać bez końca, ponieważ luka między wiedzą teoretyczną i praktyczną jest olbrzymia. Aby dopełnić obrazu, dodam, że młodzi medycyny nie mają pojęcia o problemach społecznych i psychologicznych swoich chorych i że uważają je za nieważne w codziennej praktyce. Dzieje się tak dlatego, że więcej wiedzą o testach na inteligencję czy osobowość niż o rozmowie, więcej o historyzmie dialektycznym niż o rozwiniętej teorii odbicia. Uczą się tego nie w klinice, ale w sali wykładowej i nie przy boku profesora, ale od nauczyciela akademickiego. Trzeba tu wtrącić, że dopóki na przykład zakład psychologii klinicznej będzie się zajmował uczeniem studentów zamiast profesorów, dopóty studenci niczego się tam nie nauczą.

6. Studenci i młodzi lekarze wyróżniają spośród dziedzin lekarskich te, którymi nigdy nie będą chcieli się zajmować. Są to dziedziny nieprzyjemne: geriatria, leczenie odwykowe, anatomia patologiczna, a raczej patomorfologia, tanatologia, psychiatria. Z jaką przykrością przychodzi im się zajmować starcami i ludźmi niepełnosprawnymi! Studenci bowiem zostali nauczeni, że medycyny polega na uleczaniu. I ten kolejny mit należy usunąć z dydaktyki medycznej.

Ale dość już wyliczania. Nietrudno zauważyć, że wymienione przeze mnie mankamenty zostały podporządkowane określonej idei. Jeśli bowiem zadamy sobie pytanie, jak uporządkować to co znajdzie się

w głowie absolwenta medycyny, co usunąć, bo jest niepotrzebne lub szybko zostanie wypchnięte z pamięci, jak wychować studenta i wreszcie gdzie szukać pomocy, to znajdziemy odpowiedź tylko jedną: zrobić z uczelni szkołę, w której wszyscy wiedzą, co jest potrzebne medycynie praktycznej, w której wszyscy nauczający podporządkują się ściśle określonym celom dydaktyczno-wychowawczym i opanują zakres wiedzy potrzebny do tego nauczania we wszystkich komórkach dydaktycznych jednocześnie. Rozumiem przez to, że nauczanie nie może się odbywać skokami ani w pionie, ani poziomo, że jeżeli student przechodzi z jednych ćwiczeń do drugich, to że bez najmniejszego trudu zauważy ściśle związki w obu tych zajęciach.

Ktoś mógłby powiedzieć, że to twierdzenie jest groźne dla zakładów, które tracą kontakt ze studentami, albo że ucierpi program prac badawczych. Tak wcale nie musi być. Po pierwsze zakłady, które nie mają do czynienia z pacjentami i nie miałyby w opisanym z grubsza przed chwilą systemie ze studentami, zajęłyby się koordynacją działań dydaktycznych pozostałych zakładów. Po drugie nic nie stoi na przeszkodzie, aby struktura instytutowa odpowiadała z jednej strony programom badawczym, z drugiej dydaktyce, pod warunkiem że studenci zostaną z obowiązku dopuszczeni do prowadzonych badań na pewnym etapie kształcenia. Widzę tu szansę dla ponawianych tu i ówdzie prób przekształcania formalnych grup studenckich w zespoły problemowe, które od początku do końca studiów będą się zajmowały rozwijaniem umiejętności rozwiązywania zagadnień. Dotychczas zespoły problemowe istnieją w formie kół naukowych, ale jest to już chyba struktura przestarzała, ponieważ ciągle się okazuje, że istnienie tych kół zależy od charyzmatu

opiekuna, a problemem jest wąska dziedzina medycyny. Początkowo grupy te rozwiązywałyby problemy cząstkowe, potem coraz szersze, w miarę uzupełniania wiadomości. Uczelnia musi wiedzieć, na jakim etapie i w jaki sposób, w jakim też zakresie należy te wiadomości podsuwać studentom przez zaplanowane studia uzupełniające z potrzebnych dziedzin. Myślę, że tak zwane studiowanie powinno zmienić charakter. Nie może ono polegać na zatrzymywaniu się studenta i zgłębianiu wybranej dziedziny, ale na twórczym zgłębianiu kompleksowych zagadnień. Uczelnia będzie mu w tym dyskretnie pomagać, dorzucając coraz to nowszą pożywkę. To także byłoby studiowanie, kto wie, czy nie o wiele ciekawsze. Dla inteligentnych ludzi nie ma większej rozrywki niż życie oparte na myśleniu.

Ale czy mamy inteligentnych studentów? O to trzeba zapytać tych, którzy się zajmują naborem kandydatów na lekarzy. Trzeba by sobie zadać pytanie, czy lepszy jest kandydat, który dużo wie, czy też taki, który jest również inteligentny i ma kilkanaście cech upoważniających nas do twierdzenia, że będzie w stanie uczyć się tego wszystkiego, o co nam będzie chodziło. Jeżeli będzie to właśnie taka osoba, to również ocena jej rozwoju na studiach będzie łatwiejsza. Są to jednak dalsze problemy, nad którymi uczelnia musi się zastanowić równie szczegółowo, jak nad tymi, które omówiłem trochę szerzej.

Sądzę, że mamy przed sobą szansę, której nie wolno nam zmarnować. I zapewne dzisiejsza konferencja jest dowodem na to, że tę szansę dostrzeżono. Sam fakt jej zwołania budzi nadzieję, która już tylekroć była niszczona.

Prof. J. Szczepański

Tezy tej dyskusji są tak obszerne, że jesteśmy w stanie zaledwie dotknąć niektórych spraw. Podzielmy się wrażeniami i myślę, że o to w istocie chodzi. Ucieszyła mnie perspektywa udziału w tej dyskusji. Wprawdzie gdy dowiedziałem się, że zaproszono do niej dalsze 60 osób zwątpiłem, czy aby cel zostanie osiągnięty, ale też świadczy to o tym z jak szeroką i trudną problematyką mamy do czynienia. Zastanawiam się wszak co upoważnia nas do wypowiadania się w sprawach edukacji medycznej. Czy do tego by wnioski z tej dyskusji były kompetentne wystarczy tylko 30-letnie doświadczenie dydaktyczne. Wobec faktu, że kształcenie medyczne obrosło we własną bogatą literaturę, przejęło z pedagogiki i zaakceptowało do specyfiki medycznej - metodę badawczą i, faktycznie, wyodrębniło się w samodzielną dyscyplinę, czy tytuł naukowy automatycznie uprawnia do autorytatywnego orzekania o współczesnych koncepcjach kształcenia medycznego. Mówię to dlatego, że sam też nie czuję się w pełni kompetentny toteż uważam, że wszelkie kategoryzowanie w tego rodzaju dyskusji jest po prostu niewłaściwe. Potrzebne jest zachowanie przyzwoitego dystansu do spraw kształcenia medycznego. Tym bardziej, że "kryzys" szkolnictwa wyższego, a w tym specyficznie - kształcenia medycznego dotyka nie tylko nas. Trzeba zastanowić się jakie są przyczyny, że zjawisko to ma tak powszechny charakter. Wątpliwości co do skuteczności kształcenia, jego rzeczywistych celów i efektywności metod dydaktyczno-wychowawczych dotyczą wszystkich społeczeństw realizujących program ochrony zdrowia na podstawach medycyny naukowej. Należy szukać wspólnych źródeł tego kryzysu.

Rozpatrywanie problemów kształcenia medycznego w izolacji od zjawisk bardziej globalnych, od ogólniejszych trendów i światowych tendencji podporządkowanych nadrzędnej strategii ochrony zdrowia, sformułowanej przez Światową Organizację Zdrowia i wyrażającą się formułą: "Zdrowie dla wszystkich do roku 2000", grozi sprowadzeniem tej problematyki do wymiarów lokalnych, doraźnych mieszczących się w granicach pojęć instrumentalnych i zabiegów kosmetycznych. Takie właśnie instrumentalne traktowanie ogromnie złożonego zjawiska, jakim jest akademickie kształcenie medyczne w przeszłości spowodowało, że reforma studiów medycznych z roku 1964 przy wielu swoich zaletach w istocie była raczej ich reorganizacją niż reformą. Obawa przed powtórzeniem błędu i wąsko pragmatycznym potraktowaniem studiów medycznych jest tym większa, że przypada na okres niecierpliwych poszukiwań reformatorskich wszystkich niemal dziedzin życia publicznego.

Zarysowuje się też coraz wyraźniej nowa koncepcja opieki zdrowotnej w ogóle, której strategicznym celem jest intensywna rozbudowa opieki podstawowej z przeniesieniem głównych ciężarów opieki zdrowotnej z tzw. lecznictwa zamkniętego /specjalistyczno-szpitalnego/ na odpowiednio zaprogramowaną opiekę podstawową. Strategia ta leży u podstaw WHO-wskiego programu "Zdrowia dla wszystkich do roku 2000" i jest przedmiotem wdrażania w ogromnej większości krajów na świecie. Pytanie zatem, czy dotychczasowe programy, metody i systemy kształcenia są w stanie zapewnić realizację tej strategii, staje się bardziej zasadne niż kiedykolwiek.

Projektowanie zmian studiów medycznych musi, rzecz jasna, uwzględniać kierunki rozwoju samej medycyny /a także nauk pokrewnych/

jak i przyszłej strukturalnej koncepcji ochrony zdrowia. Takie działania "wyrzedzające" wymagają jednak zastosowania metod opartych o warsztat naukowy. Przy podejmowaniu decyzji o tak ważnych skutkach jak koncepcja studiów medycznych, nie wystarczy opierać się na wrażeniu, że są one złe i wymagają pilnych reform. Wątpliwości moje dotyczą także przedłożonych tez do dzisiejszej dyskusji. Np. kwestia, jak przeciwdziałać podczas uczenia studentów medycyny ich zafascynowaniu techniką medyczną przy równoczesnym lekceważeniu sfery psychicznej pacjentów. Tak przedstawiony problem zdaje się wykluczać wszelką wątpliwość co do tego, że tak właśnie rzeczy się mają. Czy nie ulegamy jednak pewnym obiegowym opiniom opartym na wycinkowych tylko obserwacjach? Odnoszę wrażenie, że większość opinii o studiach medycznych ma takie właśnie emocjonalne zabarwienie.

Metody badania zjawisk towarzyszących kształceniu oparte są przeważnie na rejestrowaniu i analizowaniu opinii. Mogłoby to oznaczać, że w zakresie programowania studiów medycznych chodzi o zadowalanie gustów, z czym, rzecz jasna, godzić się nie można. Otóż uważam, że studia medyczne jako proces, który wymaga śledzenia i badania nie ma w Polsce dostatecznej bazy badawczej. Należy wątpić, czy poczucie absolwenta wyższej szkoły medycznej, nabywającego wiedzę w systemie kształcenia "masowego", o niedoskonałości swojej edukacji może posiadać walory obiektywnego miernika poziomu tej edukacji. Tym bardziej jest to wątpliwe w odniesieniu do samooceny jego potencjalnych możliwości wypełniania przyszłych, wielce zróżnicowanych zadań zawodowych. Te samooceny, niezależnie od obowiązującego systemu i programu kształcenia, nie mogą być inne jak krytyczne. Dowodzi to raczej chwalebne,

poważnego stosunku młodzieży medycznej do swojego przyszłego odpowiedzialnego zawodu, niż niskiej jakości studiów medycznych. W statystycznych analizach materiału ankietowego należy ponadto pamiętać, że przy masowym kształceniu na jakie jesteśmy skazani, uśredniane wyniki odzwierciedlają przeciętny a więc niższy, standard intelektualny od pożądanego. Ustrzec się przed uproszczeniami w ocenach, płynącymi nierzadko z faktu, że przeciętny student myślący kategoriami doraźnymi jest zainteresowany, na razie, w bezawaryjnym przebrnięciu przez studia, można poprzez świadomie krytyczny stosunek do samej metody badań ankietowych.

Stopniowe zmiany programowe kształcenia pożądane w postępującym procesie jego doskonalenia, nie mogą być determinowane krótko-wzrocznymi i przemijającymi potrzebami doraźnymi. Szczególnie, gdy nie są one dokładnie zidentyfikowane. Chcę przez to powiedzieć, że kształcenie medyczne, zwłaszcza w odniesieniu do programów, wymaga względnej stabilizacji i obiektywnie określonych celów. Zapobiec postępującej degradacji szkoły akademickiej, jako ośrodka opiniotwórczego, można przez podjęcie kompleksowych badań nad studiami medycznymi opartych na szerokim dostępie do wszechstronnej informacji i rzetelnym warsztacie naukowym. Tylko dokładne zidentyfikowanie obecnych, a zwłaszcza przyszłych rzeczywistych potrzeb społecznych w zakresie ilości, poziomu, profilu i dystrybucji kadr medycznych, ich zaplecza instytucjonalnego, koncepcji organizacyjnych itp. Takie analizy pozwolą bardziej obiektywnie określić na ile wyższa szkoła medyczna, w warunkach konkretnego modelu ochrony zdrowia ma pozostać szkołą akademicką, a na ile ma przejmować atrybuty szkoły zawodowej. Naturalnie orientacja

studiów medycznych nie może być warunkowana jedynie potrzebami "konsumpcyjnymi", t.j. potrzebami opieki zdrowotnej i służb medycznych, ale także kierunkami rozwoju nauki medycznej. Rozwój nauki bowiem w programie długofalowym będzie nadrzędnie determinował koncepcje strategiczne opieki zdrowotnej. Problem drugi: czy można obciążać szkołę medyczną niepowodzeniami funkcjonowania opieki zdrowotnej? Po części tak. Np. o tyle, o ile niepowodzenia te wynikają z niskiej wiedzy zawodowej. Obciążanie odpowiedzialnością szkołę za negatywne, w społecznym odczuciu, postawy etyczno-moralne pojedynczych przedstawicieli zawodu lekarskiego i to w wiele lat po opuszczeniu przez niego murów uczelni, jest przecenianiem możliwości uczelni. Egzekwowaniem od niej zadań do wypełniania których nie była powołana /a może lepiej: nie jest przygotowana/. Taka, dość powszechna myśl, że wszystkiemu jest winna szkoła jest przewrotna. Zakłada bowiem, że szkoła wyposaża lekarza na całe życie wiedzę medyczną z przykazaniami moralnymi, tak jak by wiedza była niezmienna, a postawa etyczna płynęła z samych przykazań. Zwalnia to ponadto od poszukiwań szerszych, a zatem rzeczywistych źródeł niepowodzeń funkcjonowania opieki zdrowotnej. Błędem ale brzemennym w skutki jest np. rozpatrywanie funkcjonowania lekarza w zawodzie w kategoriach posłannictwa, a samą działalność opieki zdrowotnej - jako działalność "misyjną".

Problem trzeci: kim jest absolwent wydziału lekarskiego dowolnej uczelni medycznej w osiemdziesiątych latach naszego wieku? Odpowiedź, że jest lekarzem, jest zbyt ogólna. W dzisiejszej strukturze opieki zdrowotnej, opartej o nowoczesną bazę techniczną, absolwent - lekarz, to nie tylko ten, który ordynuje, uprawia tradycyjną praktykę lekarską.

W zespołowym systemie pracy z tytułu podziału kompetencji, wielu lekarzy w ogóle nie ma kontaktu z chorym. Dlatego współcześnie bardzo wyraźne zróżnicowanie zadań edukacyjnych jest faktem. Czy oznacza to, że należy rozważać programowe zróżnicowanie toku studiów. Tak, rozważać należy, ale wprowadzać w życie na razie nie należy. Jest to bowiem orientacja dopiero kształtująca się. Trzeba raczej przyjąć założenie, że studia przeddyplomowe powinny po najrzetelniejszym przekazaniu podstaw wiedzy ogólnej przygotowywać do wyboru dalszego samodzielnie realizowanego, węższego, specjalistycznego profilu zawodowego. Czym zatem mają być przeddyplomowe studia medyczne? Jeśli uprawianie medycyny, poza wykonywaniem rutynowych czynności manipulacyjno-operacyjnych, jest procesem twórczym i intelektualnym /a twierdzę, że tak właśnie jest i będzie tak w przyszłości coraz bardziej!/, to studia przeddyplomowe muszą poważniej niż dotąd uwzględniać w dydaktyce rozwijanie wartości intelektualnych. Absolwent po ukończeniu studiów medycznych, stojący wobec ogromu zadań i odpowiedzialności zawodowej jest bezradny nie tyle z poczucia braku wiedzy ile braku zdolności do podejmowania decyzji, a to już umiejętność wyższego rzędu. Stała licytacja wśród nauczycieli akademickich, które z reprezentowanych przez nich dyscyplin są ważniejsze, jest drogą donikąd. Student bowiem wobec ogromnego zalewu informacji płynących ze współczesnej nauki, bez umiejętności samodzielnego myślenia nie jest w stanie ich zużytkować. Dotyczy to także umiejętności dokonywania wyborów wobec szeregu alternatyw. Wobec konieczności podejmowania takich decyzji lekarz-praktyk stoi codziennie. Wreszcie umiejętność twórczego

uczestniczenia przez lekarza w procesie ochrony zdrowia, umożliwi pokonywanie nagroźniejszej przeszkody na drodze postępu w medycynie praktycznej - rutyny. Krytycyzm /także do własnych działań/ jest poza sprawnością zawodową najbardziej pożądaną cechą nabywaną w procesie dydaktycznym.

W dążeniach do modyfikowania studiów medycznych dokonuje się raczej zabiegów organizacyjnych niż merytorycznych. Te pierwsze są odczuwane jako racjonalizujące, a drugie /np. próba tzw. humanizowania studiów medycznych przez dodanie przedmiotów spoza kręgu dyscyplin medycznych/ - są przyjmowane nader krytycznie. Chodzi o to jednak, by przedwcześnie nie rezygnować z takich eksperymentów, pomimo, że pierwsze mogą okazać się nieudane. Naturalnie koncepcji studiów medycznych, perspektyw ich intelektualnego rozwoju nie można rozważać w oderwaniu od podmiotu kształcenia - od młodzieży studiującej. Problem doboru kandydatów na studia to kolejny, wart szerszego omówienia temat. Teza, że postępowanie rekrutacyjne na studia medyczne ma na celu wyselekcjonowanie młodzieży najzdolniejszej, jest nieprecyzyjna. Dotąd bowiem nie ma jasności co do tego jakie cechy osobowe, dowodzące tych zdolności do uprawiania zawodu lekarskiego, powinny być preferowane. A nade wszystko nie ma jasności co do tego, jakimi instrumentami pomiarowymi należy się posługiwać przy doborze młodzieży na studia, by były one powszechnie zaakceptowane i by zapewniały dostęp do studiów młodzieży rzeczywiście najzdolniejszej. Mechaniczny pomiar zdolności w zakresie umownie wybranych przedmiotów, jak np. biologia i fizyka jest daleki od ideału, co zresztą potwierdzają doświadczenia

nauczycieli akademickich w czasie zajęć dydaktycznych. Jeżeli z różnych powodów nie stać nas na modyfikowanie systemu rekrutacji, to przynajmniej należy mówić świadomie o jej wadach obecnych. Anonimowość tego systemu, stanowiąca zaletę w odczuciu społecznym nie może przesłaniać innych celów rekrutacji.

Prof. dr hab. Stefan Krus

Chciałbym się trzymać z grubsza tych punktów i pytań, jakie Państwo zaproponowali i, jeżeli się tylko uda, wypowiedzieć się mniej więcej wg tego schematu. Po pierwsze, czy są uzasadnione często wyrażane opinie, że nauczanie nie przylega do potrzeb. Proszę Państwa, czego oczekuje społeczeństwo? Społeczeństwo oczekuje, że akademia wypuści człowieka, który choremu przyniesie ulgę w cierpieniu, a jednocześnie stanie się jego powiernikiem psychicznym na dziś i może na jakiś dłuższy czas, a więc człowieka obdarzonego wiadomościami fachowymi, a jednocześnie o humanistycznym podejściu. Z dyskusji tutaj wynikało i to stale się powtarza, że boimy się tego, aby nasza szkoła nie została szkołą zawodową. To słowo "zawodową" jest pejoratywne. Proszę Państwa, pojęcie szewc, też przez długi czas było pejoratywne, ale przecież pan Hiszpański bratu cara powiedział: "ja jestem szewcem" a był z tego dumny, bo jego legitymacją były dobre buty. Jeżeli wykształcimy dobrych lekarzy będziemy mieli ogromny i wystarczający powód do dumy.

Kolejna sprawa: rzeczywiście wygląda na to, że nasze programy są przeładowane i nie możemy oczekiwać, że ktoś przeczyta to wszystko, albo wysłucha i zapamięta, oczywiście on to odrzuci. Wydaje mi się, że każdy z nas mógłby określić minimum wiedzy jakie lekarz powinien na pewno posiadać z danej specjalności. Jako anatomopatolog mogę stwierdzić, że przyszły lekarz powinien wiedzieć np., że przewlekła gruźlica lub ropienie, albo reumatoidalne zapalenie stawów mogą się wikłać

skrobiawicą i, że w klinice ma ona znaczenie wtedy, gdy dotyczy nerek, to powinien sobie kojarzyć. Nie musi on natomiast wiedzieć, jakie są formy amyloidu, jakie są cechy tego białka, jak długie są łańcuchy, ja tego nie znam też. Można to podać *petitem* w książce, kto będzie potrzebował, ten sobie sprawdzi. Nie sądzę, żeby student albo nasz absolwent musiał umieć wykonać sekcję, ale zdecydowanie powinien wiedzieć, jak należy utrwalić tkanki przesłane do nas do badania. To musi znać, to jest kanon, żeby badanie miało jakiś sens.

Każdy z nas mógłby opracować niezbędne minimum umiejętności z chirurgii, interny itd. Jak to realizować? No, może podzielić kliniki na trzy grupy, może zresztą tak i jest, ja nie bardzo się orientuję. Mianowicie, student uczy się w swoich klinikach diagnostyki, podstawy rozpoznania. Stażysta ma inne kliniki, nastawione na uczenie podstaw leczenia: internistycznego, zabiegowego, żeby on umiał, na pewno umiał, przyjąć poród, żeby on na pewno wiedział co ma zrobić ze złamaną ręką itd. To właśnie powinien wiedzieć po stażu. Zapominamy zupełnie, że całą masę rzeczy trzeba zostawić na szkolenie podyplomowe w oddzielnych klinikach nastawionych właśnie na specjalizację, np. urologicznej, neurochirurgicznej, innych. Neurochirurgia przecież wcale nie jest w akademii medycznej dla studenta, to jest superspecjalizacja, to jest coś oddzielnego. Takie proponowałbym zasady.

Teraz kwestia proszę Państwa tego, jaki człowiek - student może sprostać tym zadaniom. Jest kwestia naboru. W tej chwili wiemy, że jeżeli on drugiego lipca zna fizykę, zna chemię i zna biologię, to można go przyjąć na medycynę. Czy to jest rzeczywiście potrzebne, bo jeżeli chcemy, żeby to był człowiek o jakimś poziomie humanistycznym,

to może właśnie wprowadzić egzamin chociażby z literatury pięknej dotyczącej spraw lekarskich, niech o Axelu Munthem coś wie, "Łowcach mikrobow", o innych sprawach fascynujących kiedyś ludzi wybierających się na medycynę. Dalej, to musi być człowiek o rozsądnym myśleniu; przecież jak egzaminuję studentów, widzę, że ci ludzie mieszają nie-raz przyczyny i skutki, że jest im zupełnie wszystko jedno.

Proszę Państwa, może wprowadzić egzamin z podstaw matematyki. Ja nie żądam jakichś supercudów, ale naprawdę znajomości podstawowych zasad, ujawniającej czy ten człowiek umie myśleć logicznie. Ponieważ jednak medycyna jest czymś biologicznym, zostawiłbym tę biologię ale w rozsądnym zakresie. Nie wiem, czy kandydat powinien przejść jakiś test psychologiczny, który by ustalał przydatność do zawodu. Byłoby dobrze proszę Państwa, żeby taki człowiek przeszedł jakiś staż praktyczny, tylko, że człowiek przeszedł jakiś staż praktyczny, tylko, że znam nasz kraj i wiem, że nie można się opierać na opiniach, które ten człowiek dostanie. To będą sami geniusze, bo naciski sprawią, że właściwie świadectwo będzie bezwartościowe, dlatego tę praktykę uważam za mało realną.

Kolejna sprawa, to jest kontakt, o którym jest mowa w kolejnym pytaniu, kontakt między nauczającym a uczącym się: nauczający musi mieć chęć uczenia, a uczący się właśnie chęć uczenia się. Są ludzie, którzy lubią uczyć, to jest ich hobby, ale wielu, którzy lubią uczyć, nie przychodzi do tego zawodu, do uczenia. To odnosi się chyba do szkół wszystkich poziomów, wszelkiego rodzaju, bo po prostu nauczyciele mało zarabiają. Ci, co nie mają motywacji wewnętrznej odchodzą do pracy lepiej płatnej, pozostają tylko nieliczni utalentowani, chętni

nauczyciele, reszta jest różna. To jest jedna strona medalu, drugą jest motywacja uczącego się. Trzeba mu ukazywać to, że jeżeli się nauczy, to będzie dobrym fachowcem, będzie zaspokajał swój intelekt, dowie się czegoś nowego co mu da radość osobistą. W grę również wchodzi motywacja materialna, która przecież wcale nie jest rzeczą godną potępienia. Proszę Państwa, ten człowiek musi wiedzieć, że jeżeli będzie lepszym lekarzem, to zostanie docentem, a to równa się jakiejś wyraźnie większej pensji. Jeżeli będzie jeszcze lepszy to zostanie profesorem i osiągnie powiedzmy pensję dźwigowego, niech ma przed sobą szansę, jakąś wizję. No i to chyba tyle. Dziękuję.

Wypowiedź-Prof. H. Wardaszko-Łyskowska

Problemy, nad którymi tu zastanawiamy się, są aktualne nie tylko u nas. W całym świecie medycyna jest krytykowana i oskarżana o to, że przy wielu zdobyczach techniki, chemii, osiągnięciach terapeutycznych, zagubiła gdzieś człowieka, jako całość i straciła z pola uwagi szereg problemów etycznych. Krytykowane są również uczelnie, za niewłaściwe kształcenie lekarzy. Trudno dziwić się głosom krytycznym. Ostatecznie ludzie powierzają lekarzom nie byle jaką wartość - zdrowie i życie. Ja też krytykuję, szczególnie wtedy gdy jestem pacjentem, niektóre działania i skutki naszego kształcenia. Bo zupełnie inaczej przedstawia się nam medycyna w zależności od roli w jakiej w niej występujemy. Pacjenta, jego rodziny, lekarza, nauczyciela akademickiego, obojętnego obserwatora, czy jak dziś - dyskutanta.

Chciałabym tu podzielić się kilkoma uwagami.

Pierwsza wiąże się z obserwacją studentów VI kursu, którzy przychodzą na zajęcia z psychiatrii. Są oni wtedy prawie lekarzami. Otóż studenci ci nie umieją rozmawiać z pacjentem, a także i z asystentem w sposób naturalny. Jedno z pierwszych zajęć u nas polega na uczestnictwie grupy studenckiej w zebraniu całej społeczności oddziałowej /pacjenci, lekarze, pielęgniarki/. W czasie takiego zebrania do zwyczaju należy przedstawienie się grupie osób nowo przybyłych. Już to napawa studentów lękiem, nie mówiąc o pytaniach, jakie ewentualnie zadają im pacjenci. Po zebraniu studenci często zgłaszają pretensje o to, że nie uzyskali wytycznych, jak mają się zachowywać. Później,

po oswojeniu się z nami przyznają /nie rzadko ze smutkiem/, że przyzwyczajeni są do rozmów według podanego "schematu badania". Nie jest natomiast przyjęte, by pacjent mówił spontanicznie, co sam myśli o swym stanie zdrowia, czy też "wypytywał" lekarza, nie mówiąc już o pytaniach tylko luźno związanych z chorobą, czy też uwagach krytycznych lub wątpliwościach dotyczących np. rozpoznania, leczenia. A przecież wiadomo, że kto pyta, dowie się o tym o co pytał, ale nie zawsze o tym, co jest najważniejsze dla pacjenta i jego zdrowia. Uzbrojeni w schematy badania, studenci czują się bezpieczni. Są w sytuacji człowieka "na górze", mogą zachować poczucie omnipotencji lekarskiej. Zagaśnienie omnipotencji lekarzy, to odrębny wielki problem, na omówienie którego nie ma tu miejsca. Warto jednak o nim wspomnieć, bo choć przez większość lekarzy ani to zjawisko, ani jego przejawy nie są uświadamiane, istnieje i waży na kontakcie lekarz-pacjent, lekarz - student. Postawa omnipotencji jest często swego rodzaju mechanizmem obronnym przed niepewnością, w jakiej musi żyć lekarz, a jaka wiąże się z wieloma niewiadomymi w medycynie, często wyrazem swoistego kompleksu. Jako mechanizm obrony psychologicznej, postawa omnipotencji ma szanse utrzymywania się. Na pewno postawa omnipotencji lekarzy wymaga oddzielnego potraktowania. Tu wspomniałam o niej jedynie dlatego, że właśnie schematy, pewna wyniosłość i sztywność wobec pacjenta i studenta, jest częścią repertuaru dydaktycznego, jaki stosują nauczyciele akademicy /nawet wtedy, gdy mówią o partnerstwie, ale to już dygresja/.

Sprawą, która wydaje mi się niezwykle ważną dla skutków kształcenia przyszłych lekarzy, jest przyjęcie przez medycynę redukcjonis-

tycznej koncepcji człowieka i jego choroby, bez dostrzegania tego redukcjonizmu. Przyjęto mianowicie model, który można nazwać "bio-medycznym". Ten model "zauroczył" nas w pewnym okresie, jako naukowy, bo zdążył do wymierzalności zjawisk, ścisłości, bo opiera się na naukowej metodzie analizy czynnikowej. Trzeba przyznać, że jego sukcesem jest wiele osiągnięć, odkryć. Jednym z jego skutków w praktyce jest coraz węższa specjalizacja. Można fantazjować, że u szczytu doskonałości model ten może doprowadzić do wizji człowieka, jako karty perforowanej, z zakodowaną tam ogromną masą czynników, na podstawie której komputer odpowie natychmiast i bezbłędnie na pytanie dotyczące korelacji między tymi czynnikami. Tylko, że znajomość korelacji, nie równa się zrozumieniu związków przyczynowych, a tym bardziej zrozumieniu człowieka. A zrozumienie człowieka nie może mieć miejsca, jeśli odrzucamy fakt, że poza strukturą biologiczną /z jej różnorodnymi poziomami funkcjonowania, które możemy badać: narządy i układy, tkanki, komórki, organelle, molekuły, atomy, cząstki subatomowe/, człowiek jest również konstruktorem psychicznym włączonym w różnorodne związki społeczne, szerokie środowisko w jakim żyje i jakie ma na niego wpływ zarówno korzystny, jak i uszkadzający /związki dwuosobowe, rodzina, środowisko społeczne, kultura i subkultura, społeczeństwo-naród/. Już od dawna wiadomo było, że stan psychiczny, emocje, wpływają na stan zdrowia i chorobę. Obecnie coraz więcej pustych pól wypełnia się w rozumieniu mechanizmów pośredniczących między bodźcami symbolicznymi, z ich różnorodnym znaczeniem emocjonalnym, a zjawiskami cielesnymi. Teraz naprawdę model bio-medyczny przestał być naukowym, bo nie uwzględnia faktu różnorodnych uwarunkowań, bo bierze pod uwagę

tylko część podsystemów z ogólnego systemu, jaki stanowi człowiek ze środowiskiem. Naukowym modelem jest taki, który można by nazwać bio-psycho-społeczną koncepcją choroby. Przyjęcie tej koncepcji dyktuje określone wymogi badaniom naukowym. Dyktuje też określone sposoby badania pacjenta, uwzględniania szeregu czynników psychicznych i społecznych w leczeniu i wreszcie zmiany w programach dydaktycznych bardzo gruntowne.

Student nie może przez szereg lat być nauczany prawie wyłącznie o strukturze i funkcjonowaniu biologicznym organizmu człowieka z przyjęciem milczącego założenia, że z resztą spraw poradzi sobie /ma jakąś tam psychikę i żyje w społeczeństwie, więc ma jakąś wiedzę o problematyce psycho-społecznej/. Nie może tak być, by o znaczeniu czynników psychospołecznych w zdrowiu i chorobie uczyli lekarzy dopiero ich własne doświadczenia z chorowaniem. Zresztą wtedy jest to specyficzne uczenie. Jeden z Panów Profesorów naszej Akademii opowiadał mi, jak w czasie swej hospitalizacji w oddziale intensywnej opieki, po zawale mięśnia sercowego i on i jego dwaj towarzysze - pacjenci "umierali ze strachu", gdy cokolwiek zaburzało się w rytmicznym działaniu aparatów monitorujących. "Te nierytmiczne dźwięki powodowały, że wszyscy trzej umieraliśmy ze strachu, zadając sobie pytanie, czyje serce zatrzymuje się?". Przyznał, że wstydził się przekazywać swój lęk kolegom lekarzom, choć sądzi, że należałoby to uczynić.

Dziś dobrze wiemy, że z lęku można umierać nie tylko w przenośni, ale przy uszkodzonym mięśniu sercowym, naczyniach wieńcowych - naprawdę. Wiemy, że wśród różnorodnych elementów reakcji psychofizjologicznej związanej z lękiem i strachem są i takie, jak: wzrost

krzepliwości krwi, wzrost poziomu trójglicerydów, wzrost ciśnienia krwi. Wiemy, że te elementy nie są korzystne dla przebiegu choroby wieńcowej. Wiemy też, że dla rokowania choćby w tejże chorobie wieńcowej ważną sprawą jest sytuacja społeczna człowieka. Czy ma on oparcie w swej rodzinie, dobre stosunki międzyludzkie w pracy, czy lubi swą pracę - to są czynniki, które w ogromnej mierze decydują, czy powróci on do pracy funkcji społecznych, czy ulegnie inwalidyzacji.

Ale czy uczymy tego studentów? Ile, poza danymi demograficznymi, wie student o pacjencie, jako człowieku w jego związkach i uwikłaniu w problemy psychiczne? Wystarczy posłuchać, jak referuje student historię choroby pacjenta. Ale dlaczego ma on interesować się pacjentem, jako człowiekiem, jeśli jego nauczyciel również się tym nie interesuje. Nawet jeśli deklaruje swe zainteresowanie psychologią, widzi ją często jako oderwaną wiedzę "paramedyczną".

A sprawa zagadnień etycznych w medycynie? Istnieje coraz więcej zagadnień, pytań, na które trzeba by odpowiadać biorąc pod uwagę ich stronę etyczną. Znamy szereg takich zagadnień związanych np. z nowymi technikami leczniczymi, z zagadnieniem podtrzymywania życia i decyzji o jego końcu. Ale o wiele częstsze, choć mniej sensacyjne jest to co dzieje się podczas badania lekarskiego, gdy lekarz podchodzi do pacjenta, jak do zepsutej maszyny, nawet nie uświadamiając sobie tego faktu.

A podejście do pacjentów starych? Nie pamiętam, który z autorów postawił pytanie "Czy medycyna jest istotnie tak wielkoduszna i wspaniała tym, że umie obecnie wyleczyć zapalenie płuc u człowieka starego,

ukazując mu jednocześnie jak niepożądana jest jego obecność w oddziale, w którym brakuje miejsc dla ludzi młodych? Czy w tym aspekcie pneumonia nie była kiedyś "litościwym przyjacielem" ludzi starych?

Tu chciałabym powiedzieć, że według mnie właśnie pacjenci geriatryczni i pacjenci umierający mogą być tymi, na przykładzie których może najbardziej można uczyć studentów zarówno psychologii, jak etyki i humanizmu.

Ostatnia sprawa, nad którą chciałabym się zatrzymać - to zjawisko, które zajmuje sporo miejsca w piśmiennictwie anglo-saskim psychiatrycznym, a które śledzę u nas od pewnego czasu z wielkim zaniepokojeniem. Jest to zjawisko nazwane "zespołem wypalenia się" /burn out/. Kiedy opisywane jest u psychiatrów, autorzy podają jako przyczynę stałe narażenie na niuanse różnych emocji pacjentów, konieczność ciągłego życia w napięciu. Dochodzi w wyniku tego do wyczerpania zasobów energetycznych, zubożnienia, zahartowania i odporności, stwardnienia na potrzeby pacjenta. Jego przeżycia są już mało dostrzegalne. W zespole tym rozwija się szereg objawów. Niektóre spośród nich są dostrzegalne dla otoczenia w sposób, dający się nawet mierzyć, inne mniej "namacalne", ale niemniej negatywne w skutkach. Te objawy to narastająca absencja w pracy, unikanie pacjentów, spędzanie coraz więcej czasu przez personel ze sobą, narastająca drażliwość, krytykanctwo, niekiedy postawy cyniczne, nieufność z ukrywaniem swego "wypalenia" przed otoczeniem i obawa, że może to zostać dostrzeżone, niechęć udawania się rano do pracy poczucie niezadowolenia ii. W piśmiennictwie anglosaskim podawane są różne sposoby dla uniknięcia "zespołu wypalenia się", niektóre zresztą nie bardzo realne u nas /np. dotyczące

ilości obciążeń/. Podkreślana jest waga kontaktu z naturą sztuką, polityczną, podtrzymujące stosunki rodzinne - dla zapobiegania wystąpieniu zespołu. Wszystko to nawet można uznać za przekonywujące. Ale gdy zaczęłam zastanawiać się jak przedstawia się sytuacja u nas, czy istnieje u lekarzy zespół wypalenia się, czy ma jakieś specyficzne cechy i co je powoduje, czy można zapobiegać i unikać czynników powodujących wystąpienie zespołu, doznałam przerażenia. Bo wydaje mi się, że obserwuję ten zespół często również i u nauczycieli akademickich. A jak zapali entuzjazmem dla pomocy pacjentowi "wypalony" nauczyciel?

Jedną z cech, czy skutków naszego zespołu wypalenia się jest tendencja do przechodzenia wcześniejszego na emeryturę. Coraz młodszy jest wiek ludzi, którzy zaczynają mówić o emeryturze, jako statusie wygodnym, upragnionym, czasem natomiast - przede wszystkim - spokojnym. Inną cechą specyficzną wspomnianego zespołu u nas wydaje mi się określony stosunek do odpowiedzialności. Polega on na odbarczeniu się jakgdyby od odpowiedzialności, przerzuceniu jej na szersze systemy. Winien jest rząd, ministerstwo, ustawy, władze uczelni, wydział zdrowia itp. Przy takiej postawie wszelkie niedociągnięcia są usprawiedliwione. Jest się "rozgrzeszonym". Usprawiedliwiona staje się bierność. Pojawia się stosunek agresywny, nieżyczliwy przede wszystkim może do tych, którzy nie ulegli "wypaleniu". Uważani są oni na ogół za naiwnych, niemądrze nadgorliwych, stają się przedmiotem drwin, krytyki. Pojawia się tendencja do klasyfikowania, szufladkowanie problemów pacjenta, zamiast prób głębszego zrozumienia. Przeważa poczucie wyczerpania, nadmiernego obciążenia i postawa obronna wobec zadań,

które są polecane. Czasem obrona przed jakimś zadaniem zajmuje więcej czasu i energii, niż wykonanie zadania. Rozważanie i porównywanie, czy inni nie są zbyt uprzywilejowani, mniej obciążeni, czy podział obowiązków jest sprawiedliwy, obliczanie swych "nadpracowanych" godzin, to dalsze przejawy, które zresztą nie rzadko psują kontakty międzyludzkie w pracy. Narastają zjawiska formalizmu i pozorności. Formalizowaniu ulega dyscyplina, "być w porządku" wobec szefa, przepisów, staje się ważniejsze niż meritum sprawy. Personalne kody etyczne schodzą na dalszy plan, ważniejsze staje się postawa legalistyczna. Kontakty międzyludzkie są pozornie dobre, nawet przyjaźnie są pozorowane. Coraz rzadziej lub wcale nie słyszy się słowa "chcę", często natomiast "muszę". Występuje pozorna tolerancja na niedociągnięcia innych, w istocie jest to raczej obojętność wobec tych niedociągnięć. Zespół wypalenia się jest zaraźliwy dla grupy, dla studentów, szczególnie jeśli w grupie nauczycieli z jakimi się styka, jest kilka osób nim dotkniętych.

Dla mnie najsmutniejszą sprawą stało się uświadomienie sobie, że zespół wypalenia się jest nieomal zaprogramowany. Nieświadomie zaprogramowany. Kiedy zaczęłam obserwować w jaki sposób rodzi się ona, dostrzegałam, że jest on jakgdyby dalszym ciągiem normalnych mechanizmów obronnych, przed całym szeregiem czynników, jakie aplikuje nam życie codzienne. Stawianie przed lekarzem nierealistycznych zadań, zasypywanie przepisami, które albo zaburzają gradację ważności zadań, albo muszą być omijane, /np. sprawa terminu przyznawania funduszy na prace naukowe w ostatnim momencie przed zamknięciem roku budżetowego, kiedy prawie nie można ich już wydać, mimo, że były niezwykle

potrzebne wcześniej/, wydawanie zarządzeń sprzecznych, lub nie do pogodzenia przez Wydział Zdrowia, stwarzanie sytuacji potencjalnie konfliktowych w pracy, lub zmuszających do formalizowania, godzenie w systemy wartości ludzi, nagradzanie często nie za rzetelną dobrą pracę, ale często za działania pozorne itd. To nie jest chyba tylko problem medycyny, ale "wypalenie się" w medycynie ma szczególne skutki. Myślę, że o tym warto pamiętać, mówić. "Zespół wypalenia" nie jest tylko zwykłym zmęczeniem i nie jest funkcją wieku. Nie rzadko widać, że właśnie młodzi lekarze znacznie łatwiej mu ulegają niż starzy. Czasem można też zaobserwować go u studentów. I jak wtedy mówić o charyzmie? A studenci kończący studia, bo tacy trafiają do nas na zajęcia doskonale pamiętają nauczycieli akademickich obdarzonych charyzmą. Pamiętają też tych, którzy wychowują ich w czasie ćwiczeń, mówią o właściwych postawach wobec pacjenta, a potem, gdy przestają być dydaktykami, występują np. w roli lekarza dyżurnego, postępują inaczej niż głosili. Czy często mówi się o tym, że nauczycielem jest się nie tylko w czasie ćwiczeń?

No i ostatnia sprawa. Bez względu na to czy i jaka będzie reforma studiów, obawiam się, że nadal będziemy działając w dobrej wierze, wzmacniać niedojrzałość studentów. Okres studiów bywa nazywany okresem przedłużonej adolescencji. Jak wiadomo w czasie adolescencji człowiek musi przejść od stanu zależności psychicznej do niezależności. Jest to okres najbardziej burzliwy w życiu człowieka i najbardziej trudny. Wygodniej jest być odbarczonym od odpowiedzialności, podejmowania decyzji. Naszymi działaniami, naszym programem zajęć, systemem zaliczeń już od I-go kursu, podejmujemy stale decyzje my, odbarczamy od odpowiedzialności studenta - nie ułatwiamy dojrzewania. Trzeba sobie i z tego zdawać sprawę. Dziękuję.

Dr med. mgr fil. A. Tulczyński

Proszę Państwa rozważając problem kształcenia lekarzy i przedstawioną tutaj tezę o konieczności dostarczania absolwentów przede wszystkim do podstawowej opieki zdrowotnej omawiamy tylko część ważnego zagadnienia. Pytanie powinno brzmieć - czy nasi absolwenci spełniać będą właściwą rolę w tej podstawowej opiece zdrowotnej? Próba nastawienia szkolenia na rzecz instytucji jaką jest podstawowa opieka zdrowotna, zgodnie z zapotrzebowaniem i wyobrażeniem tej instytucji jest tylko połową sukcesu. Czy potrzeby instytucji - podstawowej opieki zdrowotnej można uznać za kryterium wiodące? Przede wszystkim uwagę należy zwrócić na potrzeby zdrowotne ludzi korzystających z podstawowej opieki zdrowotnej. Z ostatniego opracowania, które było opublikowane przez MZIOS niezbyt wynika, iż "efektywność pracy lekarza rejonowego jego sprawność i kompetencje określają zapotrzebowanie na pozostałe formy opieki zdrowotnej" x/.

Z wymienionego opracowania wynika zapotrzebowanie na pracowników wysoce kompetentnych, ponieważ w przeciwnym razie powoduje to wręcz napór na ośrodki leczenia zamkniętego, spowodowany niezaspokojeniem potrzeb zdrowotnych ludzi.

Na podstawie przeprowadzonych badań można powiedzieć jaka jest ocena wyrażana przez lekarzy: warunków pracy, możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych, przyczyn fluktuacji kadry. Przeważająca część respondentów była zdania, że praca lekarza, lekarza rejonowego wymaga

x/ Analizy i Opinie Nr 22. Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej - Lekarz rejonowy w zintegrowanej opiece zdrowotnej. Opracował zespół pod kierunkiem doc.dr med.J.Szczerbania.

wysokich kwalifikacji, a jednocześnie nie jest atrakcyjna finansowo i nie daje możliwości awansu ani też podnoszenia kwalifikacji. Praktycznie wszyscy respondenci stwierdzili, że stanowisko lekarza rejonowego nie cieszy się autorytetem wśród innych lekarzy; przeważająca większość uważa także, że nie cieszy się ono również autorytetem wśród społeczeństwa. Prawie połowa ankietowanych uważa, że lekarze rejonowi są najniższą kategorią lekarzy. Prawie jedna trzecia lekarzy zamierza przejść do innej pracy, przy czym większość z nich chce to uczynić przy pierwszej nadarzającej się okazji. Najczęściej podawanym powodem jest niezaspokajanie ambicji zawodowych w czasie pracy w charakterze lekarza rejonowego. Potwierdzono wyraźną zależność pomiędzy motywami podjęcia pracy w charakterze lekarza rejonowego a dalszymi planami zawodowymi. Wśród lekarzy, którzy podjęli pracę w rejonie z wyboru większość myśli nadal tutaj pracować. Wśród lekarzy, którzy zostali w jakiś sposób zmuszeni do podjęcia pracy w rejonie, ponad połowa zamierza z niej zrezygnować. Jednym z wniosków tego badania jest to, że głównym powodem fluktuacji wśród lekarzy rejonowych jest niewielki stopień identyfikacji z wykonywaną pracą, spowodowany istniejącym układem warunków ekonomicznych, psychologicznych i społecznych, nie sprzyjających jak dotychczas pozycji lekarzy rejonowych.

Istotnym elementem charakteryzującym warunki pracy jest stopień obciążenia lekarzy rejonowych. W 63% badanych ZOZ średnia liczebność pacjentów przekraczała zdecydowanie przyjęte normy. Pracujący lekarze obciążani byli ponadto obowiązkami przekraczającymi 34% norm stanowiska pracy.

Możliwość podnoszenia kwalifikacji ma podwójne znaczenie; związane z kompetencjami, co jest najważniejsze, oraz ze stabilizowaniem kadry w związku z możliwością awansu i realizacją ambicji zawodowych. W przeprowadzonych badaniach 53% lekarzy nie posiadało specjalizacji z interny lub medycyny ogólnej, z tego 19% było w trakcie zdobywania I^o, a 34% w ogóle nie podjęło specjalizacji. Jest to zjawisko niepokojące, nie rokujące stabilizacji, sugerujące chęć zmiany pracy, ale wiąże się po części z trudnymi warunkami zdobywania kwalifikacji zawodowych. Specjalizację można zdobywać głównie w ramach "wolontariatu" lub pracy dzielonej między oddziałem a rejonem. Do pracy w przychodniach trafiają głównie absolwenci po stażu, wyjątkowo rzadko lekarze po uzyskaniu specjalizacji.

Ocena instytucjonalna roli podstawowej opieki lekarskiej zebrana wśród grupy zawodowej jest tylko jednostronnym naświetleniem obrazu tej formy pomocy. Niezbędnym uzupełnieniem jest zespół oczekiwań pacjentów i ich opinia o funkcjonowaniu organizacyjnym podstawowej opieki zdrowotnej. Opinie krytyczne w hierarchii liczby głosów są następujące:

- I. Ogólnie powierzchowne badanie.
- II. Zbadano tylko "chore miejsce" a przydałoby się bardziej wszechstronne badanie.
- III. Lekarz nie wyjaśnił, co jest choremu i jakie mogły być przyczyny choroby.
- IV. Lekarz nie wypytał dokładnie o dolegliwości, chory wyszedł z poczuciem, że nie został wysłuchany.
- V. Zabrakło czasu na rozmowę o innych ważnych sprawach, o których

pacjent chciał powiedzieć lekarzowi /brak kontaktu psychicznego/.

VI. Nieuprzejmość lekarza, pacjent poczuł się źle potraktowany.

VII. Trudny kontakt - lekarz "zbyt mądrze" się wyrażał, pacjent źle to rozumiał, nie uzyskał komunikatywnej odpowiedzi.

Z uwag krytycznych dotyczących kontaktu personalnego lekarzy z pacjentami, wynikają postulaty, które powinny znaleźć swój wyraz w procesie dydaktyczno-wychowawczym. Jest to jedna z możliwych zmian znajdująca się w gestii uczelni wyższych.

Oprócz wymienionych uprzednio ocen krytycznych natury kontaktów personalnych, uzyskano również opinie o funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. Przedstawione potrzeby, wymagające korekt organizacyjnych, właściwie nie zostały dotychczas zrealizowane.

Zastrzeżenia zgłaszane przez pacjentów z miast są następujące:

1. Konieczność długiego oczekiwania w kolejkach do lekarza /w mieście i na wsi około 50% korzystających z przychodni/.
2. Pośpiech lekarzy i pobieżność badania.
3. Praktyczna niemożność leczenia się u tego samego lekarza.
4. Opieszale, zmudne dla pacjenta załatwianie formalności.

Analogicznie zebrane zastrzeżenia od pacjentów ze środowiska wiejskiego są następujące:

1. Brak w okolicy specjalistów /niedostępność porad/.
2. Duże odległości do ośrodków zdrowia.
3. Pobieżność badań lekarskich.
4. Brak zaplecza diagnostycznego /laboratoriów itp./.

Integracja lecznictwa zamkniętego i otwartego stworzyła warunki wymiany informacji, ale praktycznie w codziennej pracy, dla młodego

lekarza jest to niewystarczający kontakt. Absolwent w podstawowej opiece zdrowotnej pracuje w pewnej izolacji i wychowuje się sam. Bez dobrej "szkoły klinicznej" i obserwowanych na codzień wzorów osobowych trudno oczekiwać najlepszych wyników w jego indywidualnym rozwoju. Zbyt nie-realnie brzmi hasło - wykształćmy takiego absolwenta, który nawet w warunkach istniejących w podstawowej opiece zdrowotnej pozytywnie spełni swoją rolę zawodową. Modyfikacja procesu kształcenia musi się odbyć wraz ze zmianami organizacyjnymi podstawowej opieki zdrowotnej.

Zacytowałem dane empiryczne z wymienionego opracowania, ponieważ są one w miarę obiektywnym podsumowaniem badań stanu istniejącego oraz wytycznymi kierunku rozwojowego w jakim mamy dążyć. Zestawienie to prawdopodobnie pomoże nam w ocenie czy kształcenie przeddyplomowe może sprostać całemu ciężarowi założeń i potrzeb pacjentów należących do podstawowej opieki zdrowotnej.

Chcę jeszcze przedstawić pogląd dotyczący dwóch problemów postawionych przez pana profesora B. Kamińskiego. Pierwsze zagadnienie dotyczy fragmentaryzacji medycyny i stałego rozbudowywania programów nauczania. Wydaje się słuszną generalną zasadą. Każda z dyscyplin powinna przedstawić w programie nauczania to, co ma aktualnie do zaoferowania lekarzowi klinicznemu lub lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej a nie kompendium problemów wewnątrzdyscyplinarnych. Oczywiście rozwój wiedzy prowadzi do lawinowego wzrostu ilościowego. Informacje trzeba celowo dobierać i eliminować to, co przestało być aktualne. Ten pierwszy proces, mianowicie uzupełniania zakresu obserwujemy. Natomiast przesuwania poza obręb nauczania wiedzy nieaktualnej właściwie się nie stosuje.

Drugi problem - zafascynowanie studentów techniką, skąd ono się bierze, jaka jest geneza obserwowanego zjawiska? Jest to pewnego rodzaju "ucieczka psychologiczna" do obiektywizacji od prawdopodobieństwa, niejednoznaczności, która towarzyszy naszej pracy. To jest analogiczne zjawisko z jakim spotkaliśmy się w światowych dyskusjach dotyczących śmierci człowieka i próby zastąpienia decyzji lekarskich przez aparat, który zobiektywizuje dane i poda jednoznaczny wynik. Ten sam błąd zostaje popełniony przez naszych młodszych kolegów, szukających pewnego oparcia dla swoich decyzji. Jest to oczywiście obawa przed odpowiedzialnością. Tym najprawdopodobniej spowodowany jest ten mechanizm fascynacji techniką.

I jeszcze ostatnie pytanie dotyczące sposobu polepszenia kontaktów ze studentami. Trudno podać receptę na sukces przy "taśmowym przepływie" blisko czterystu osób rocznie, nie znających się nawet między sobą. Rzeczywiście w pamięci ich pozostają tylko te osoby z grona nauczających, które nawiązały z nimi kontakt, które ich zdaniem wyróżniły się, bo okazały zainteresowanie ich problemami lub umożliwiły pozytywne efekty nauczania w postaci opanowanej wiedzy. Twórcą sukcesu jest pan profesor Kamiński z zespołem swoich asystentów, prowadzący najliczniejsze od lat koło naukowe, i trudno będzie przedstawić lepszy model niż skonstruowany w Zakładzie Anestezjologii. Absolwenci uczestniczący w kole "Ankona" praktycznie mogą przystąpić do pracy w momencie otrzymania dyplomu.

Aczkołwiek trudno sobie wyobrazić, aby ustalenia toczącej się konferencji zostały natychmiast zastosowane w szkolnictwie medycznym w kraju, to mnie się wydaje, że osobiste rozważania i refleksje na ten temat

stają się naszymi refleksjami wspólnymi. Chcę wyjątkowo serdecznie podziękować organizatorom tej konferencji za możliwość uczestniczenia w niej i wyniesienie szeregu cennych myśli, które owocować zapewne będą w naszej pracy dydaktyczno-wychowawczej.

Doc. dr hab. Marek Sanecki

Reprezentuję CMKP, uczelnię, która statutowo zajmuje się kształceniem poddyplomowym. Przyznam się szczerze, że nie wychodzę stąd z przeświadczeniem, że możemy liczyć na łatwiejszą pracę słuchając tego, co Państwo mówią pod swoim adresem. Obraz ten wygląda dość apokaliptycznie. Usłyszeliśmy, że mamy wadliwy nabór, wadliwy tok studiów, studia dezintegrujące, postawę studenta niewłaściwą, student jest nieumotywowany, nieudolni są asystenci itp. A na samym końcu, po wyliczeniu jeszcze bardzo długiego szeregu podobnie brzmiących haseł, mamy wadliwy wyjściowy produkt. Proszę Państwa, byłoby rzeczą dziwną gdyby ten produkt okazał się najwyższej jakości. W tym momencie prosi się o pytanie natury ogólnej, czy rzeczywiście ta alma mater jest szkołą brakoróbstwa? Natomiast chciałbym Państwu powiedzieć, że po wyjściu z tej uczelni, mniej więcej po kilku latach od uzyskania dyplomu pojawia się Państwa "produkt" w naszych progach jak człowiek zborny, karny, umotywowany, dobijający się do drzwi, ustawiający się w kolejkę po to, żeby go wpuścić do sali wykładowej. Precyzyjnie wybiera kierunki zainteresowań, wybiera mistrzów, unika tych, którzy mu nie mają nic do zaoferowania.

Andragogika, jak świetnie wiemy, inaczej wygląda aplikowana w stosunku do 20-latków, 30-latków czy 40-latków /nie wiem czy Państwo zdają sobie sprawę z tego, że przeciętny wiek kadry kierowniczej, która przewija się przez naszą uczelnię wynosi około 50 lat. Można powiedzieć, że jest to kohorta dobrze już podtatusiałych osób/. Ale wracając do

młodszych grup studentów poddyplomowych. W opinii wykładowców są oni partnerami bardzo wartościowymi, przynajmniej tak to ocenia grono wykładowców. Co należałoby zrobić, żeby przyspieszyć proces dojrzewania naszych studentów? Może jest to infantylizm bananowy, wynikający z warunków zbyt cieplarnianych, które zapewnia uczelnia? Nie chciałbym cofać się do doświadczeń pokolenia, które siedziało w resztkach mundurów na schodkach w salach wykładowych, które w międzyczasie odbudowywano. Natomiast z tego co tu mówiono nie wynika żaden określony program, nie został on dotychczas zwerbalizowany. Muszę Państwu zwierzyć się, że podobną tonację pesymistyczną słyszałem 10 lat temu. Brałem udział w takich dyskusjach i gdybym nadal cofał się wstecz, to tonacja wtedy też była bardzo podobna. W międzyczasie miały miejsce liczne reformy studiów. Rodzi się pytanie, czy spowodowały one jakieś znamienne różnice jakościowe "produktu". Należy się domyślać, że, niestety, nie. Jakże powinny być poczynione kroki, które by doraźnie uzdrowiły tok studiów, nie robiąc przy tym żadnej zasadniczej rewolucji. Nie wyobrażam sobie, żeby można było zburzyć mury wieży z kości słoniowej /jaką jest przeciętna uczelnia środkowoeuropejska/ z balastem doświadczeń i historii mierzonej w setkach lat. Tutaj nie da dokonać się żadnych zabiegów z dnia na dzień. Oczywiście listę celów wyznaczać trzeba, ale balast tradycji jest bardzo duży. Jest to inercja, której nikt tutaj nie pokona i nie jest w stanie tego systemu naprawę zreformować. Natomiast można go usprawniać metodą małych kroczków.

Gdzieś, kiedyś wymyślono system, który nazywa się systemem tutorskim. Występuje w nim przewodnik, który prowadzi studenta w uczelni, w systemie studiów. Jest to znakomity wynalazek. Przewodnik /tutor/ nie zmienia się w każdej klinice, w każdym semestrze, jest to człowiek,

który prowadzi kohortę swoich studentów od początku do końca, a później z nimi świętuje dyplom. Jest spowiednikiem, jest powiernikiem, jest organizatorem i jest jednocześnie zawodowym "belfrem". Proszę Państwa, my chcemy być za bardzo poliwalentni. Nie można jednocześnie uprawiać tzw. usługówkę, pracę badawczą i dydaktykę. Jest to opowieść o trzech "połowach". Jak z definicji wynika, dla jednej z tych połów nie starcza miejsca w uczelni. Byłoby niedobrze gdyby w uczelni tą najbardziej zaniedbaną trzecią połową w cudzysłowie, była dydaktyka. Jest to przecież cel numer jeden każdej szamującej się uczelni. Wydaje mi się, że nie unikniemy podziału pracy. Inni dawno już to zrobili, inne są ekipy zajmujące się wyłącznie leczeniem pacjenta, inne są ekipy, które zajmują się pracami badawczymi, inni zajmują się dydaktyką. Ci co mają iskrę bożą, ci co się do tego szczęśliwie nadają powinni być dydaktykami. Kwalifikacje dydaktyczne uzyskuje się przez połączenie talentu i kompetencji. Wydaje mi się, że każdemu nie można dać do ręki tego rodzaju uprawnień.

Proszę Państwa, mówiliśmy o tym, że celem uczelni jest produkcja lekarza dla lecznictwa podstawowego. Mam olbrzymią wątpliwość czy tak jest. Mówi się, że produkujemy lekarzy dla celów szpitalnictwa. Też mam wątpliwość czy tak jest. Natomiast jestem pewien, że nie produkuje się lekarzy dla sektora zwanego potocznie zdrowiem publicznym. Jest to dziedzina, która znajduje się w tej chwili w naszym kraju w stanie kompletnego zaniedbania. Jak niedawno powiedziano na jednej z konferencji, jeśli nie dzwigniemy tej dyscypliny, nie nadamy jej odpowiedniej rangi teraz, to za 5-10 lat będziemy musieli prosić sąsiadów o odbudowanie tej

dyscypliny w Polsce, bo już własną kadrą nie będziemy w stanie tego zrobić. Zastanawiam się nad tym, w jakim stopniu właśnie Alma Mater jest odpowiedzialna za obrzydzenie tej dyscypliny wielu studentom. Student wychodzi z uczelni zafascynowany niektórymi działami medycyny klinicznej, natomiast reaguje z niechęcią na brzmienie nazwy takiej jak medycyna społeczna, zdrowie publiczne, organizacja ochrony zdrowia itp. Pytanie podstawowe, kto jest odpowiedzialny za tego rodzaju reakcje studenta? Może stan tych dyscyplin, a może system nauczania tych dziedzin. Jeśli mówimy już o produkcji studenta dla systemu, to w praktyce rzeczy te się jakoś rozmiągają. Odwieczny problem, czy też cele do toku produkcji. Po tym wszystkim co tu mówiono, jawią się nam studia podyplomowe jako rzecz niespójna ze studiami przeddyplomowymi w akademiach medycznych. Jest to temat na oddzielną dyskusję, bo tu nie czas ani miejsce na tego rodzaju wypowiedzi. Ale skoro podjęto temat nauczania przeddyplomowego to namawiałbym do tego, aby pójść za ciosem i zastanowić się także nad studiami podyplomowymi. Dziękuję bardzo.

Prof. Bogdan Kamiński

Wczesną wiosną przyszłego roku chcemy zorganizować kolejną dyskusję. Może zrobimy ją razem z Panem w Centrum, ponieważ w istocie te problemy zająają się. Szkolenie podyplomowe, to też dziedzina, w której akademie wiele robią. Centrum ten proces organizuje, natomiast gros szkolenia odbywa się przecież w różnych zakładach, również i klinikach akademii medycznej. W tej dziedzinie mamy mniej wątpliwości, być może Pan ma rację, że po prostu mamy do czynienia z dojrzałym

materiałem. Być może wiele naszych nieszczęść wynika z tego, że studenci to ludzie młodzi. Nigdy nie uwierzę w to, że 24-letni absolwent jest w stanie rozumieć cierpiącego człowieka, rozumieć umierającego, rozumieć jego rodzinę, on po prostu jeszcze nie dojrzał psychicznie. To dojrzewanie u dzieci ludzkich trwa bardzo długo; być może jest jakaś podstawowa prawda.

Z przyjemnością udzielam głosu doc. Dąbrowskiemu, który jest prorektorem d/s dydaktyczno-wychowawczych naszej Akademii.

doc. dr hab. Marek Dąbrowski

Zajmę się pokrótce sprawą, która została zaanonсовana w drugim punkcie programu tzn. sprawą fragmentaryzacji medycyny, znajdującą swoje odbicie w nadmiernej rozbudowie programu. Chciałem potraktować to lapidarne określenie fragmentaryzacja, jako nazwę bardzo złożonego zespołu chorobowego medycyny, prawie jej rozpadu. Zastanawiam się czy właśnie ten rozpad nie jest powodem, albo przynajmniej w części powodem całego szeregu niepożądanych konsekwencji, obserwowanych w systemach nauczania i dalej w systemach stosowania rozfragmentaryzowanej medycyny. Jest rzeczą oczywistą, że jeżeli chcemy coś poznać, to w klasyczny sposób podchodzimy do całości rozkładając ją na kolejne fragmenty, obserwując stopień przystawiania poszczególnych fragmentów do siebie, ich powiązań funkcjonalnych i strukturalnych, a potem próbujemy to wszystko powtórnie złożyć. Otóż chyba brakuje nam tego ostatniego elementu. Brakuje powtórnego złożenia całej sprawy. Na ten brak składa się cały szereg różnych uwarunkowań, czasem brakuje już czasu

dla tych, którzy zbyt drobiazgowo i dokładnie chcą coś poznawać, a czasem pewne systemy organizacyjne nie pozwalają wrócić z drogi fragmentaryzacji i zsyntetyzować całości. Myślę, że jednym z takich negatywnych uwarunkowań jest obowiązujący, nie tylko w naszym, ale w bardzo wielu krajach, system specjalizacyjny. Nie chcę występować przeciwko specjalizacjom, które są oczywiście konieczne. Po to aby coś poznać w szczegółach, trzeba przynajmniej czasowo odłączyć się od całego szeregu innych informacji. Ale jeżeli za poznawanie czegoś w szczegółach, czegoś ograniczonego, czegoś zawężonego, a wprawdzie pogłębianego, będziemy dostawali szczególne szlify, szczególne nagrody, będziemy osiągać w stopniach hierarchii najwyższe szczeble, to w ten sposób będzie usankcjonowana fragmentaryzacja. Myślę, że wartościować powinny rezultaty postępowania nabyte z latami doświadczenia, wyniki terapeutyczne, wyniki badawcze, poznawcze, których legitymacją mogą być takie czy inne publikacje, wreszcie może stopnie naukowe, ale nie sam fakt zostawania specjalistą I i II^o, Jeszcze raz podkreślam, że nie chcę tu występować przeciwko specjalizacji, ale przeciwko hierarchicznemu wpływowi na kształtowanie perspektyw, zamierzeń i celów studiującej młodzieży. Młodzi ludzie bardzo często, już na początku, widzą siebie jako specjalistów w tym czy w innym kierunku. Z jednej strony dokonywanie wyboru w tak młodym wieku często bywa błędne, a kiedy się zaawansuje dość daleko w jakimś zakresie, trudno z tego wycofać się. Z drugiej, prowadzi do tego, że młodzi lekarze chętnie omijają ten niższy, w ich przekonaniu, szczebel jakim jest lekarz ogólny i czym prędzej chcą zostać specjalistami możliwie jak najwyższego stopnia.

Zatem dobrze byłoby gdybyśmy potrafili uporać się z problemem hierarchii specjalizacyjnej albo przynajmniej wyrównać hierarchicznie lekarzy ogólnych w stosunku do specjalistów, oraz takich lekarzy, którzy zdecydowali się na dziedzinę nie objętą oficjalnym spisem specjalizacji. Takich dziedzin jest też wiele i prawdopodobnie z biegiem czasu będzie ich coraz więcej, ponieważ życie będzie przynosiło nowe problemy i nowe zagadnienia. Zatem myślę, że nie należy zawęźać ilości specjalizacji do stałej ograniczającej liczby. Rozumiem, że łatwiej wtedy jest przeprowadzić te czy inne zabiegi organizacyjne, ale z drugiej strony wyrzucamy poza zakres usankcjonowanych prawnie te dziedziny, które są potrzebne, a które nie mieszczą się w dotychczasowych spisach. Często zanim spisy nadążą, życie już dawno używa takich specjalizacji. Oto przykład, który jest mi szczególnie bliski, dlatego łatwiej go dostrzegam, ale wiem, że napewno nie jest to jedyny z tych, które można by wymienić. Na początku naszego dzisiejszego spotkania Pan Profesor Gutt zwrócił uwagę na moment skuteczności w działaniu i przeciwstawiał Pan Profesor niewystarczające możliwości terapeutyczne nadmiernie rozbudowanym możliwościom diagnostycznym.

W kontekście tego zestawienia chciałem powiedzieć o specjalności nie znajdującej się w spisie uznanych specjalizacji - o immunoterapii lub szerzej o immunologii, czy immunopatologii. Dzisiaj stosuje się już wyniki badań z tej dziedziny w terapii i to stosuje się z dużym powodzeniem, a co więcej w bardzo wielu różnych dziedzinach medycyny klinicznej. Tymczasem nie ma specjalisty immunologa. Mimo to jako immunolog mogę wykonywać w zakresie moich umiejętności i możliwości zarówno

obowiązki dydaktyczne, jak i badawcze terapeutyczne. Skuteczność zależy od współpracy z innym lekarzem, specjalistą innych dziedzin. Immunolog, który w swoim zakresie zgromadził pewną porcję wiadomości musi korzystać z wiadomości kogo innego z zakresu okulistyki czy chirurgii, ginekologii czy chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii czy innych specjalności. Warto nie zapominać o istnieniu odwrotnej zależności. Zatem integracja może być lekarstwem na dzisiejsze braki medycyny.

Bardzo często pod tym słowem integracja rozumiemy różne treści, w każdym razie bardzo często najróżnorodniejsze formy działań. Nie zamierzam próbować przedstawić przeglądu tych form, które wydają się być najbardziej skutecznymi, ale chciałbym wymienić kilka przykładów, które z terenu naszej uczelni. Otóż w zakresie nauczania bardzo sprawnym systemem,, który pojawił się w II WL są organizowane dni konferencyjne, w których brały udział niektóre osoby siedzące obecnie na tej sali. Dni konferencyjne są poświęcone jednemu, ale bardzo szerokiemu zagadnieniu patologii i penetrują cały szereg różnych dziedzin czy specjalności lekarskich. W czasie takich konferencji studenci mają okazję zapoznać się z wypowiedziami różnych specjalistów. Mają okazję zadawania pytań, mają okazję skonfrontowania teorii z praktyką i wyniesienia bardzo pokaźnego bagażu praktycznych informacji jednocześnie opierających się na przesłankach teoretycznych. Chciałbym tu podkreślić wagę formy wykładowej w nauczaniu. Wykład daje to, o czym tutaj dzisiaj także już sygnalizowano. Mianowicie kontakt ucznia z nauczycielem. Pojedynczy wykład może być monotematyczny, ale konferencje, zawierające kilka po sobie następujących wykładów, mogą być propozycją utrzy-

mania zarówno kontaktów ze studentami, jak i integrowania różnych dziedzin wiedzy wobec określonych problemów. Może dalsza myśl będzie zbyt śmiała i zbyt fantazyjna, ale nasuwa się pytanie jakby to mogło wyglądać w odniesieniu do pracy lekarzy, różnych specjalistów. Otóż w dzisiejszej praktyce najczęściej pacjent dostaje papierek i z tą przestką wędruje pomiędzy nimi, po czym wraca do kogoś lub nie wraca. Byłoby pewnym ale chyba potrzebnym utrudnieniem pracy dla lekarza ogólnego, gdyby w swojej praktyce mógł wrócić do systemu konsylium, do spotkania z kolegą, kiedy jemu wraz z pacjentem składałby wizytę, albo wówczas kiedy zaproszony kolega odwiedziłby jego i wtedy łącznie z pacjentem mogliby kontynuować zarówno proces diagnozowania jak i terapii.

To chyba byłyby najistotniejsze momenty, które chciałem podnieść. Dodam jeszcze jedno: kiedy jesteśmy zgodni w narzekaniu dajemy wyraz nie tylko temu, że jest źle, ale również temu, że może być lepiej. Tyłko ci, którzy są bardzo zadowoleni ze swoich osiągnięć nie mają szans poprawy. Na zakończenie jeszcze krótki moment polemiczny. O trzech połowach, które w sumie nie mogą dać jednej całości. Chodzi o działalność naukowo-badawczą, usługową czy leczniczą i wreszcie dydaktyczną. Zdaję sobie sprawę z tego, że są ludzie predestynowani do tego, żeby być znakomitymi lekarzami praktykami inni, którzy potrafią świetnie mówić, czego cały szereg przykładów mieliśmy na tej sali, wreszcie inni świetnie, w zaciszu laboratoriów potrafią dochodzić do jakichś hipotez i później je znakomicie sprawdzać eksperymentalnie. I ludzie będą się różnić w zakresie swojej całości w proporcjach tych trzech rodzajów uzdolnień, ale myślę, że jakiś ślad przynajmniej każdego z nich powinien

nosić w sobie każdy z nauczycieli akademickich. Bo inaczej będzie mu bardzo trudno przenieść do nauczania, to co jest w praktyce i to co jest w teorii. Bardzo dziękuję.

Doc. dr hab. Marcin Łyskanowski

Mój uczony przyjaciel doc. Marek Sanecki mnie tu wprowadził w nastrój nostalgii czy jak woli prof. Wardaszkó "zespół wypalenia" 50-latków, ale chciałbym tak powiedzieć, że kiedyś czytałem w "Krytyce Lekarskiej" taki artykuł dr Kramsztyka, że uczą nas nabłonków, a nie uczą nas praktyki czyli nihil novi sub jove, są to dyskusje, które w kółko i w kółko powtarzały się. Kiedy ja kończyłem naszą znakomitą uczelnię, akademię w Warszawie, to po wyjściu zacząłem pracować na Nowolipiu jako lekarz rejonowy i posadzono mnie na dwa tygodnie przy starszym koledze, żebym się uczył praktycznego leczenia. Polegało to na tym, że dr Leopold Pawłowski pokazywał mi gdzie mam przyłożyć słuchawkę tudzież jaką mam wypisać receptę. I stosowali to wówczas ze wszystkimi młodymi lekarzami, którzy przychodzili do pracy w rejonie. Tak to było i tak to sobie dzisiaj przypomniałem, czyli znów powtórzę że to nihil novi, ten problem jest w kółko taki sam i w taki sam sposób walcowany i walcowany. Jestem na konferencji tego typu już chyba 10-tej czy 12-tej i też spotykam się ze znakomitymi oratorami czego przykładem są moi obydwa poprzednicy, którzy cudownie mówią, ja tak pięknie nie mówię, ale chciałbym powiedzieć jeszcze dodatkowo, że my powinniśmy wreszcie usłyszeć projekt jakiegoś programu, tzn. konkretny projekt nauczania, a może byłoby tak, że jeśli kiedyś było możliwe wprowadzenie oddziału pediatrycznego i sanitarno-epidemiologicznego ponieważ potrzeby takie

w Polsce istniały, to może by zrobić teraz czterostopniowy, czteropodstopniowy system nauczania dla praktyków i przyszłych naukowców, może w ten sposób by to dało się w jakiś sposób połączyć: szkołę zawodową plus szkołę wyższą plus potrzeby naszego społeczeństwa, inaczej nie widzę możliwości dalszego roztrząsania tych problemów. Tak, jak tu jesteśmy, każdy z nas uważa, że jego przedmiot jest niebywale potrzebny, mój, bo musi lekarz myśleć, musi mieć rozwinięty intelekt, nie może być lekarzem głupim etc. Mógłbym zaraz dać tysiące argumentów, że historia medycyny jest niebywale ważna i na pewno byście Państwo się z tym zgodzili, bo bym tak to tu przedstawił. Ale siedzący obok mój przyjaciel, również by przedstawił pogląd, że zdrowie publiczne to jest po prostu podstawa medycyny i każdy inny kolega mówiłby, że jego przedmiot jest niebywale potrzebny dla wszystkich, dla całego społeczeństwa. I tak byłoby z każdą specjalnością. W związku z tym wydaje mi się, że chyba potrzebne jest tutaj co innego, omówienie konkretnego programu tzn. łączenie praktycyzmu z nauką, inaczej będziemy mieli taki sam co roku wylew młodzieży, który ma naszpikowaną mózgownicę szeregiem rzeczy i sklecić to dopiero im pomaga lekarz praktyk w przychodni czy gdzie indziej, który go chce uczyć, bo jeżeli nie chce, to go nie nauczy.

Sprawa druga to jest kwestia postaw moralnych i sprawa przykładu. Kiedyś przed dwunastu laty mój ówczesny szef powiedział słuchaj, ty czytasz i piszesz, to będziesz uczył etyki lekarskiej. My musimy tutaj wywołać "proces przeciwko miastu", "przeciwko uczelni", my musimy tu stworzyć uczelnię przykładową" itd., no był to też znakomity orator, najlepszy z nas wszystkich. Skutek był taki, że zaczęliśmy mówić o tym,

co mi się nie podobało w akademii w zakresie deontologii. Studenci podali przykłady, które trafiły, dzięki pani prof. Wardaszko, na szczęście na Radę Wydziału wraz z problemem, że taki a taki "bierze" za zabieg tyle i tyle. Pamiętam to. Pamiętam, jak studenci mówili o tym i nie wiedziałem jak zareagować na to i w jaki sposób, kiedy mi podawano wówczas nazwiska!

Jesteśmy we własnym gronie i nie musimy w tej chwili wspominać o tym, ale jaki był skutek? Skutek był taki, że mój mistrz przyszedł do mnie i pyta: co ty wyrabiasz i co ty robisz na tejże akademii? Czy ty chcesz natychmiast opuścić mój znakomity Instytut i Akademię? Ja powiedziałem nie, to ten zdecydował: "ty kochany mów o historii deontologii, o pięknych przykładach z historii, tym się zajmij, niech cię nie interesują inne sprawy". Od tej pory przestałem się tym problemem interesować i wychodzę dobrze, mam samych przyjaciół i to mnie bardzo cieszy. A studentów już deontologii nie uczę, robią to inni, więc w związku z tym nie ma problemu.

Ale ja Państwu zasygnalizowałem problem, o którym my wiemy, mówić nie chcemy, nie będziemy mówić ponieważ wszyscy chcemy mieć spokój tudzież zapewnioną karierę. Tzn. każdy po prostu chciałby kiedyś zostać profesorem, a jak będzie za dużo poruszał spraw tego typu, to oczywiście będzie miał kłopoty do końca życia, no i tak będzie przez cały czas. I my o tym w kółko nie mówimy, to się też nie ukaże prawdopodobnie w naszym kwartalniku, i tak będzie kółko w kółko biegło i biegło i tak będziemy sobie gadali i gadali.

Dziękuję uprzejmie.

Dr med. Jerzy Dotka

Jestem adiunktem Kliniki Chirurgii Ogólnej Instytutu Chirurgii Akademii Medycznej w Poznaniu. Dydaktyką w klinice zajmuję się od ponad 15 lat. Jestem także członkiem zespołu dydaktycznego przy Instytucie oraz Zakładu Pedagogiki przy AM w Poznaniu, który to zakład organizuje m.in. coroczne konferencje naukowe poświęcone wybranym zagadnieniom nauczania medycyny i wychowania w akademiach medycznych.

W związku z ograniczeniem czasu wystąpienia, chciałbym podzielić się swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi niektórych tylko punktów tematycznych dzisiejszej konferencji.

Odnosnie zagadnienia pierwszego dotyczącego uzasadnienia opinii o tym, że nauczanie studentów medycyny nie przylega do potrzeb jakie stawia przed nimi praca po ukończeniu studiów, chciałbym postawić pytanie: kto te opinie wyraża - urabia? Uważam, że odpowiedzi na to pytanie należy szukać w ocenie opinii społeczeństwa, kierowników poradni rejonowych czy dyrektorów ZOZ - których zresztą na tej konferencji nie ma, jak również studentów, czy absolwentów akademii medycznych.

Wydaje mi się, że opinia społeczna opiera się głównie na ocenie "styku "służba zdrowia" - pacjent, czego nie można utożsamiać z opinią o umiejętnościach zawodowych lekarzy. Jest to raczej pogląd na stopień zadowolenia chorych z warunkami, w których zaspokajane są ich potrzeby zdrowotne. Nie dysponując dokładniej opracowanymi danymi na ten temat nie chciałbym szerzej tego zagadnienia poruszać. Przedstawili to zresztą bardzo wnikliwie p. dr Tulczyński i p. dr Modlińska w obszernym opracowaniu działalności jednej z poradni rejonowych.

Chciałbym natomiast wyrazić niektóre aktualne opinie studentów IV roku wydz. lekarskiego, którzy odrabiają zajęcia programowe w naszej klinice, studentów V i VI r. będących na dwutygodniowych praktykach wakacyjnych oraz lekarzy stażystów, łączące się w czwartym punktem naszej konferencji, a mianowicie z etapem rozbudowy nauczania związanego bezpośrednio z pracą w lecznictwie otwartym. Wszyscy oni wypowiedzieli się o niedostatecznym przygotowaniu do samodzielnej pracy w poradniach ogólnych i pogotowiu ratunkowym, jak również w niesieniu doraźnej pomocy - szczególnie w przypadkach zagrażających życiu.

Wnioski nasuwały się następujące:

- wprowadzić szkolenie w lecznictwie otwartym na każdym roku, rozpoczynając od III roku studiów, kosztem ograniczenia niektórych przedmiotów podstawowych /wymieniano np. higienę, socjologię, psychologię, nauki społeczne/ lub szpitalnych praktyk wakacyjnych,
- dwugodzinny pobyt w stacji pogotowia ratunkowego w ramach dwutygodniowych zajęć z anestezjologii jest stanowczo za krótki i często nie pozwala nawet na jeden wyjazd karetką do nagłego wezwania. Moja propozycja zmierza do tego, ażeby w ramach wszystkich obowiązkowych trzymiesięcznych cykli stażu, każdy student przepracował dwa tygodnie w pogotowiu ratunkowym,
- w związku z rozwojem wypadkowości, zajęcia z pomocy doraźnej i reanimacji powinny być wprowadzone do programów nauczania corocznie już od I lub II roku studiów. Jestem pewny, że większość studentów-medyków od IV roku włącznie jest gorzej przygotowana w tym zakresie niż ich rówieśnicy przeszkoleni na różnych kursach organizowanych przez organizacje społeczne, młodzieżowe, czy przedstawicieli kontroli ruchu drogowego.

W środowisku poznańskim próbą wyjścia naprzeciw potrzebie prowadzenia dydaktyki w lecznictwie otwartym było wydzielenie jednej z poradni rejonowych w dzielnicy Winogrady, poprzez obsadzenie jej nauczycielami akademickimi. Istnieje potrzeba wydzielenia takich poradni również dla niższych lat studiów. Odzwierciedleniem stałego dążenia do doskonalenia form i treści nauczania chirurgii, którą to dziedzinę reprezentują, powołano i zorganizowano w ramach Instytutu Chirurgii w 1975 roku dwa zespoły nauczania poza klinikami w szpitalach poznańskich, szesnaście punktów dydaktycznych w wybranych szpitalach terenowych oraz dwa w ambulatoriach chirurgicznych pogotowia ratunkowego. W realizacji uprządkowania kształcenia dążymy do tego, ażeby każdy student po zakończeniu ćwiczeń z chirurgii, niezależnie od uzyskania wiedzy o najważniejszych jednostkach chorobowych posiadał umiejętność rozpoznawania i badania ostrych schorzeń chirurgicznych, udzielania pierwszej pomocy oraz wykonania podstawowych zabiegów wchodzących w zakres tzw. małej chirurgii.

Odnośnie sposobów polepszenia kontaktów studentów z kadrą nauczającą /3 punkt. konferencji/ mam następujące spostrzeżenia. Pomijając negatywny stosunek wielu studentów do studiów i do nauczających, stale aktualny pozostaje dobór odpowiednich kandydatów na nauczycieli akademickich, którzy poza predyspozycjami naukowymi chcą i lubią pracować z młodzieżą. Najlepszą formą kontaktu, o czym już tu mówiono, jest praca w STN-ach oraz na obozach społeczno-naukowych. Wiadomo jednak, że z tego rodzaju kontaktów nie mogą i nie korzystają wszyscy studenci.

Chciałbym również zwrócić uwagę na niewykorzystane w pełni możliwości płynące z praktyk wakacyjnych, pomijając potrzebę ich weryfika-

cji dla niektórych lat studiów. Praktyki te są, lub powinny być cennym uzupełnieniem form rozwijania umiejętności praktycznych, kształtowania nawyków oraz być dobrą okazją do polepszenia kontaktów z kadrami nauczającą. Podstawowym warunkiem spełnienia tego celu jest jednak nadanie większej rangi tej działalności dydaktycznej, gdyż opierając się na danych ankietowych z 1980 r. przeprowadzonych wśród wybranych grup studentów od II do V roku wydziału lekarskiego AM w Poznaniu, poza pozytywnymi ocenami na poszczególne pytania- wiele było zastrzeżeń co do organizacji pracy oraz stosunku niektórych lekarzy do studentów. Chodzi więc o pełne zaangażowanie osób prowadzących te zajęcia - od wyznaczonego asystenta organizatora pracy - do pełnomocnika do spraw praktyk. Dziękuję.

Prof. Kamiński

Zasad udzielania pierwszej pomocy uczymy od pięciu lat na II roku z dobrym wynikiem i nie potrzeba do tego ani specjalnych zarządzeń ani szczególnych zdolności. Studenci II roku uczą się doskonale, są zadowoleni. Sprawę można załatwić w Uczelni.

Dr n.hum. Bronisław Pokrzycki

Mimo, że przygotowałem się do dyskusji obszernej, niemniej ten kto zabiera głos ostatni, to właściwie ma przegląd tego co wszyscy powiedzieli, ewentualnie nie ma już nic do powiedzenia. Wobec tego moja propozycja jest jedna, zresztą jej myśl przewodnia dotyczy potrzeby podnoszenia kwalifikacji dydaktycznych nauczycieli rozpoczynających pracę

w naszej uczelni. Proszę Państwa, myślny dużo mówili, pan profesor Szczerbań powiedział o potrzebach, o potrzebie dnia jutrzejszego. Jakie one będą? Pewne powtórzą się, z dnia dzisiejszego, ale pewne będą inne, jeśli kształcenie jest podstawowym naszym elementem, zaspokoi, rozwinie myślenie absolwenta, to w rezultacie te potrzeby będą spełniane, będą zaspokajane. Takie będą Rzeczypospolite, jakie ich dzieci chowanie, tak Zamoyski i Staszic powiedzieli i tak musimy to uznać za pewnik. Proszę Państwa, a jak wygląda nasze kształcenie? Pod względem merytorycznym nie zabieram głosu. Dobrzy fizjologowie, dobrzy anatomici, histolodzy, biolodzy itd., ale z punktu widzenia przygotowania dydaktycznego można powiedzieć, że nie jest dostateczne przygotowanie naszej młodej kadry. Po pierwsze, mówię na podstawie 3-letniej pracy w Studium Doskonalenia Dydaktycznego, które prowadziliśmy w naszym Zakładzie Dydaktyki oraz na podstawie badań nad studentami kierunku stomatologicznego, które przeprowadziłem i twierdzę też na podstawie myśli prof. Suchodolskiego, który wskazuje, że przy tych samych podręcznikach, przy jednakowej organizacji, przy jednakowym wyposażeniu uczelni instancją ostateczną jest nauczyciel i teraz właśnie jeśli on będzie przygotowany dydaktycznie poprawnie, dobrze, to w rezultacie efekty kształcenia prawdopodobnie będą lepsze.

Proszę Państwa, konferencje: w Gdańsku, na którą pan prof. Kamiński był zaproszony /piękny jej tytuł "Człowiek stwarza siebie/, odbywająca się w tej chwili w Poznaniu /"Kontrola i ocena"/ i nasza dotycząca "kształcenia studentów", pozostaną w dalszym ciągu w sferze werbalizmu, w mowie, a chodzi o to, żeby zacząć działać. Rozpocznijmy,

przemijmy to błędne koło, od rozpoczęcia kształcenia dydaktycznego nauczycieli naprawdę dobrych, dlatego, że młodzi asystenci, jeśli chodzi o piramidę tworzą główną podstawę ilościową pracowników uczelni, ponieważ jest ich najwięcej. Starszych asystentów mniej, adiunktów jeszcze mniej. Na samej górze piramidy jest tylko jeden czy dwóch docentów i jeden profesor. Wobec tego, jeśli ci pierwsi, najliczniejsi, zmieniają styl działania, to wobec tego za kilka lat zmieni się proces dydaktyczny, bo istota całej dydaktyki medycznej sprowadza się do procesów a te prowadzą do zmian. Od niewiedzy do wiedzy, do korzystania z tej wiedzy, do rozwoju myślenia, zainteresowań itd. Wobec tego apeluję, nawiązując również do pierwszego punktu niniejszego posiedzenia - potrzeba dydaktycznego doskonalenia nauczycieli jest pilną potrzebą już na dziś.

Prof. B. Kamiński

Nie potrafiłbym podsumować tych obrad, natomiast wydaje mi się, że zawsze sukces konferencji zależy od tego czy przewodniczący czy organizator wie co ona ma osiągnąć. Mnie się wydaje, że ja wiem. W moim przekonaniu to nie wady systemu kształcenia, to nie wady służby zdrowia decydują. Decydują pewne wady, które nie są wcale inherentne, ale dotyczą całego społeczeństwa. W moim przekonaniu nasi absolwenci, młodzi lekarze są nie najlepsi, bo są mało kulturalni. Całe społeczeństwo jest mało kulturalne. Nauczanie kultury studentów jest o tyle trudne, że i nauczyciele nie są zbyt kulturalni, a przynajmniej większość z nich. Sprawa kontaktu z pacjentem, sprawa rozumienia pacjenta, rozmowy

z człowiekiem ciężko chorym czy umierającym, wszystko to są sprawy tzw. kultury osobistej. Nie jest ona tak naprawdę osobista, bo uczy się jej, nabywa od członków rodziny, od otoczenia. To wada, której - zgadzam się z dr Pokrzyckim - trzeba zapobiegać na szczeblu nauczyciela. Nie zgadzam się natomiast z Panem, że rozwiązaniem byłoby nauczanie asystentów dydaktyki. Myśmy próbowali to robić. Niestety dydaktycy-pedagodzy, których angażowaliśmy, uczyli nas historii pedagogiki, bo każdy widzi tylko swój mały wycinek wiedzy. Może jednak warto spróbować od nowa.

Proszę Państwa, żeby pogodzić, to co mówili prof. Szczerbań, z tym co mówił dr Mıldner-Nieckowski, trzeba dwóch rzeczy. Trzeba informować o postępach nauki, a uczyć rzeczy praktycznych. Jedno i drugie wzięte z osobna, czyni szkodę. Nie można wyłącznie nawiązywać się na "wysokie c" i mówić, jak to już przysłowiowo się mówi: "Panie, zobacz Pan ten przypadek, bo takiego drugiego Pan w życiu nie zobaczy". Jak nie zobaczy, to po co mu głowę tym zawracać. Niedobrze jest również, jeśli student zaraz po studium wojskowym żąda: "niech Pan mi to powie w punktach od 1 do 10 co mam robić w zapaleniu wątroby". Jedno i drugie prowadzi na manowce.

Trzeba dużo mówić, o tym, jaka jest nauka, jaka ona jest pokrętna, często trzeba wycofywać się z tzw. niewątpliwych osiągnięć naukowych, jak trudno zbierać te kamyki wiedzy, ale o tym trzeba mówić, natomiast uczyć praktycznych rzeczy. Tutaj całkowicie zgadzam się, że trzeba uczyć jak napisać te dziesięć recept. Państwo pozwolą, że zacytuję tutaj prawdziwą anegdotę. Mam przyjaciela, który jest internistą i kształci lekarzy. Kiedyś zaprzyjaźnił się z nim jeden z kursantów

i powiedział "Pan jest taki miły dla mnie, niech Pan mi powie co panowie dają na serce". Mój przyjaciel zbaraniał i spytał: "Jak to na serce?" A on na to: "Ja jestem prosty lekarz, wie Pan, tu mam 3 recepty na wątrobę, tu na nerki a na serce, wie Pan, nie mam ani jednej". On miał łącznie 10 recept: 2 na wątrobę, 2 na nerki itd. i zupełnie dobrze funkcjonował jako zastępca ordynatora w nie tak znowu małym ośrodku. Trzeba starać się, żeby oni mieli nie 10, ale 20 recept, ale w końcu nie musimy żądać, żeby znali oni całą farmakopeę na wyrywki. Trzeba uczyć rzeczy praktycznych i to nie deprecjonuje nazwy wyższa uczelnia.

Uważam - tu znowu pod adresem rektora Dąbrowskiego - że trzeba komprymować program dydaktyczny. Jego rozbudowa, chwalenie własnego ogonka /jak specjalność nie ma 100 godzin, to czuje się nie dowartościowana/, to jest nieszczęście. Gdyby studia medyczne trwały znowu 5 lat, to kto wie, czy absolwenci nie byłiby lepsi, bo moim zdaniem studenci są bardzo dobrzy na II roku, a potem się stopniowo psują. i nie tylko uczelnia tu winna.

W moim przekonaniu kształcenie studentów nie jest zupełnie złe, wiele można w nim zmienić, ale to nie złe kształcenie sprawia, że absolwenci są nienajlepsi. Sprawia to również zła służba zdrowia, która za dużo wymaga i źle wymaga od absolwentów. Wymaga od nich za dużo na raz, kiedy oni jeszcze nie dojrżeli społecznie, kiedy jeszcze nie mogą spełnić tych oczekiwań.

Nie pretenduję tutaj do żadnego podsumowania, każdy z nas mówi w swoim imieniu. Nadal uważam, mimo że doc. Łyskanowski był już na 12 podobnych konferencjach, że takie konferencje są bardzo potrzebne,

budzą jakieś iskry zmian. Liczę, że kilkaset osób w Polsce przeczyta nasz kwartalnik, pomyśli i może coś z tego dobrego wyniknie.

Chcę Państwu podziękować bardzo za te 3 godziny pracy, zwłaszcza kolegom, którzy przyjechali spoza Warszawy. Mam nadzieję, że tę dyskusję będziemy kontynuować, może w Centrum, może za pół roku.

Mgr farm. Aleksandra Szelągowska

RTĘĆ I JEJ ZDROWOTNE ZNACZENIE W ŚRODOWISKU

I. Rozpowszechnienie rtęci w środowisku

Intensywny rozwój przemysłu i motoryzacji, jak również zwiększająca się chemizacja w każdej dziedzinie gospodarczej działalności człowieka powodują stale narastające zanieczyszczenie środowiska naturalnego różnymi szkodliwymi substancjami. Ścieki, dymy przemysłowe, spaliny oraz pozostałości środków chemicznych stosowanych w agrotechnice i gospodarstwie domowym zanieczyszczają glebę, wodę, powietrze, żywność. W ten sposób do środowiska naturalnego przedostaje się wiele substancji toksycznych. Jedną z takich niebezpiecznych trucizn ze względu na kumulatywne oddziaływanie na organizmy żywe są związki rtęci. Metaliczna rtęć rzadko występuje w przyrodzie, a z rud rtęcionośnych największe gospodarcze znaczenie ma dynober [7, 9, 19].

Paliwa naturalne, jak ropa naftowa, węgiel kamienny i brunatny, zawierają pewne domieszki rtęci, która ułama się do atmosfery przy ich spalaniu [1/ /pewną rolę odgrywa pod tym względem produkcja/. Wzrost produkcji rtęci jest związany z szerokim zastosowaniem tego pierwiastka, w przemyśle i rolnictwie. Do Polski importuje się średnio rocznie 240 ton rtęci. Głównym odbiorcą jest przemysł chemiczny /ok. 80%/. W Polsce stosuje się na skalę przemysłową metody elektrolizy rtęciowej, w 6 zakładach /Oświęcim, Tarnów, Brzeg Dolny, Zgierz k. Łodzi, Jaworzno, Bydgoszcz/, w których zużywa się średnio

x/ Zakład Higieny Środowiska Instytutu Medycyny Społecznej A.M. Warszawa

114 ton rtęci. Pozostałą część zużywa przedsiębiorstwo Polskie Odczynniki Chemiczne. Rtęć stanowi płynną katodę w produkcji chloru i sody kaustycznej metodą elektrolizy rtęciowej. Jest katalizatorem wielu procesów technologicznych, stosuje się ją podczas produkcji farb, powłok ochronnych itd. W przemyśle celulozowym i drzewnym jest używana do impregnacji drewna.

W przemyśle elektrotechnicznym rtęć jest stosowana do wyrobu lamp rtęciowych, prostowników itd. w przemyśle chemicznym do produkcji związków organicznych i nieorganicznych oraz jako katalizator.

W przemyśle farmaceutycznym służy do produkcji amalgamatów stomatologicznych, leków moczopędnych, bakteriobójczych i bakteriostatycznych. Rtęć metaliczną stosuje się do wyrobu aparatów pomiarowych, termometrów, manometrów, barometrów. Ponadto rtęć jest stosowana w przemyśle petrochemicznym, fotograficznym, w złotnictwie do amalgamowania srebra i złota.

W przemyśle kapeluszniczym azotan rtęciowy jest używany do bejcowania skórek zajęczych.

W rolnictwie związki rtęci są szeroko stosowane do walki ze szkodnikami roślin i zaprawiania ziarna siewnego.

Do produkcji grzybobójczych zapraw nasiennych przeznaczają się 2,5 - 12,6% rocznego zużycia rtęci /3, 7, 11, 18, 19/.

II. Charakterystyka toksykologiczna

1. Wchłanianie i wydalenie

Ze względu na różniącą się znacznie charakterystykę toksyczną należy rozpatrywać oddzielnie rtęć metaliczną, nieorganiczne związki

rtęci oraz organiczne związki rtęci.

Metaliczna rtęć i jej związki nieorganiczne mogą być wchłaniane zarówno przez układ oddechowy jak i przez skórę oraz z przewodu pokarmowego [2, 7, 19]. Według wielu autorów przedostanie się rtęci metalicznej do przewodu pokarmowego nie wywołuje objawów zatrucia, gdyż w stanie nie zmienionym wydala się z kałem [7].

Z nieorganicznych związków rtęci najsilniejsze działanie toksykologiczne mają sole rtęci, które ulegają dysocjacji, a przede wszystkim sole rtęciowe $/\text{Hh}^{+2}/$ - chlorek rtęciowy, azotan rtęciowy. Związki rtęciowe $/\text{Hg}^{+}/$ są nietrwałe i łatwo utleniają się do rtęciowych.

Sole dobrze rozpuszczalne w wodzie jak: chlorek rtęciowy /sublimat/, cyjanek, oksycyjanek, azotan rtęciowy wykazują silne działanie trujące. Chlorek i azotan rtęciowy dość łatwo ulegają resorpcji i są prawie całkowicie wiązane przez nerki, a szczególnie przez ich część korową; po 10-15 dniach od wstrzyknięcia szczurom 90% całej ilości metalu zawartej w organizmie znajdowało się w nerkach [7]. Harber i Jennings podawali szczurom sublimat w dawce 0,4 mg Hg na kg. Po 24 godzinach stwierdzali u wszystkich szczurów rozległą martwicę nabłonków kanalików nerkowych.

W zatruciu ostrym solami nieorganicznymi największe stężenia rtęci stwierdza się w nerkach, a w następnej kolejności w wątrobie, śledzionie, krwi, mózgu, kościach. Nieorganiczne związki rtęci nie ulegają przemianom w organizmie. Wydalane są z organizmu z moczem, kałem, przez gruczoły ślinowe, z żółcią, potem i mlekiem [15].

Zatrucia przewlekłe azotanem rtęci zdarzają się przy pracy w przemyśle kapeluszniczym zwykle po 3-4 latach narażenia /azotan rtęciowy jest dwukrotnie mniej toksyczny/. Powodują one nieodwracalne uszkodzenia w ośrodkowym układzie nerwowym: wzmożona pobudliwość nerwowa - nerwica rtęciowa /zmiany nastroju/, upośledzenie pamięci, bezsenność, uczucie znużenia, drżenie mięśniowe powiek, palców, kończyn, trudności mówienia, pisanie. Równolegle rozwijają się objawy ze strony przewodu pokarmowego /zaburzenia trawienia, powiększenie wątroby/, uszkodzenie nerek /białkomocz, krwimocz/, niedokrwistość. Obserwuje się również zmiany w jamie ustnej, takie jak owrzodzenia dziąseł, języka. W kieszonkach dziąseł osadza się czarny rąbek siarczku rtęciowego /7, 15/.

Organiczne związki rtęci dzielą się na pochodne alkilowe, aryłowe, i alkoksyalکیلowe.

Pochodne alkoksyalکیلowe i aryłowe łatwo rozpuszczają się w tłuszczach i dlatego po wniknięciu do organizmu w początkowym okresie zatrucia ulegają kumulacji szybciej niż związki nieorganiczne /4/. W pierwszym etapie biotransformacji ustrojowej ulega rozerwaniu wiązanie między rtęcią a rodnikami, a następnie proces metaboliczny przebiega podobnie jak w przypadku związków nieorganicznych /6/.

Związki alkilortęciowe, których wiązanie Hg-C nie ulega rozerwaniu są w około 95% resorbowane z przewodu pokarmowego w postaci niezmienniczej /14/. Rozmieszczenie związków alkilowych rtęci w organizmie jest inne niż w przypadku par rtęci i jej soli nieorganicznych. Chociaż w obu przypadkach największe stężenie rtęci obserwuje się w nerkach

i wątrobie, to jednak stężenie w mózgu, mięśniach szkieletowych i czerwonych ciałkach krwi jest o wiele większe w przypadku związków organicznych [7, 19]. Obliczono, że biologiczny okres połowicznego zaniku dla całego ustroju wynosi 70-90 dni, a dla krwi 40-70 dni [14].

2. Toksyczność i mechanizm działania

Organiczne związki rtęciowe należą do silnych trucizn. Mogą one powodować zatrucia ostre, podostre i przewlekłe. Charakterystyczne dla zatrucia nieorganicznymi solami rtęci podrażnienia przewodu pokarmowego i silne wymioty rzadko występują w przypadkach związków organicznych.

Dla związków organicznych charakterystyczne są objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego występujące na ogół już po krótkim okresie narażenia, ale niekiedy po kilkumiesięcznym nawet okresie utajenia [18].

Mechanizm toksycznego działania rtęci polega na tym, że rtęć po przedostaniu się do organizmu wiąże grupy SH białek blokując ich aktywność enzymatyczną. Unieczynnienie enzymów może dokonywać się przez zablokowanie grupy prostetycznej jak również przez destrukcję ich czynnych ośrodków [7, 15]. Stwierdzono, że rtęć hamuje aktywność wielu enzymów krwi i erytrocytów oraz mózgu [10].

Najbardziej wrażliwym układem, który ulega uszkodzeniu pod wpływem związków rtęci jest układ nerwowy /szczególnie toksyczne są metylowe związki rtęci typu CH_3Hg^+ /. Zgromadzone w ustroju przenikają przez barierę krew - mózg. Są odporne na biodegradację z uwagi na silne wiązanie między węglem grupy metylowej i rtęcią.

Uszkodzenie mózgu i centralnego układu nerwowego powstałe pod wpływem związków metylortęciowych jest nieodwracalne. Neurotoksyczne działanie rtęci objawia się głównie zaburzeniami wzroku i słuchu, drżeniami mięśniowymi i paraliżem /5/. Badania histopatologiczne wykazały zmiany w układzie nerwowym w postaci zwyrodnienia komórek oraz wzrostu ggleju, zwłaszcza w okolicy jąder podstawy, w mózdziku i korze płatów czołowych, ciemieniowych i potylicznych /16/.

Panuje powszechna zgodność poglądów co do tego, że narządem krytycznym w zatruciu związkami rtęci są nerki /7, 15/. Rtgęć gromadzi się głównie w części korowej nerek, przede wszystkim w kanalikach proksymalnych /17/. Mniejsze ilości rtęci znajdowano w części podkorowej nerek, a nie wykazano jej w ogóle w kłębkach.

Związki rtęci a szczególnie związki metylortęciowe przenikają łatwo przez barierę łożyskową, gromadzą się w tkankach płodu wywierając działanie embriotoksyczne i teratogenne /13, 14/. Zmiany teratogenne w większości dotyczą centralnego układu nerwowego. Stwierdzono niedorozwój mózgu u noworodków matek, które w drugiej połowie ciąży spożyły ryby zawierające organiczne związki rtęci /22/.

Badania dotyczące genetycznie toksycznego oddziaływania rtęci /a szczególnie metylortęci/ na ssaki wskazują, że chromosomy limfocytów ludzkich są uszkodzane nawet przy małych stężeniach rtęci nie powodujących jeszcze występowania objawów klinicznych. Skerfving i wsp. stwierdził znamienne dodatnią korelację pomiędzy procentem pęknięć chromosomów, a poziomem rtęci we krwi ludzi spożywających ryby, zawierające metylortęć /20/.

III. Krążenie rtęci w przyrodzie

Wzrastające zanieczyszczenie środowiska rtęcią jest szczególnie niebezpieczne ze względu na to, że w środowisku zachodzi transformacja nieorganicznych związków rtęci do silnie toksycznych związków metylortęciowych, które są trwale chemicznie i charakteryzują się zdolnością bioakumulacji.

Najniższe ogniwo łańcucha troficznego stanowi plankton roślinny i żywiący się nim plankton zwierzęcy, a najważniejszym czynnikiem rozwoju planktonu roślinnego jest obecność w jego środowisku substancji biogennych, z których przy dostępie światła potrafi on tworzyć substancje organiczne. Już na tym etapie metylowe związki rtęci są włączane w cykl troficzny organizmów wodnych auto- i heterotroficznych. Zarówno plankton zwierzęcy jak i drobna fauna denna /robaki, skorupiaki, małże żywiące się resztkami rozkładających się roślin morskich/ stanowią pożywienie ryb dennych i skorupiaków. Faunę drapieżną stanowią duże okazy ryb planktonożernych, ssaki morskie, ślimaki itp. Ostatnie ogniwa łańcucha troficznego stanowią ptaki wodne i człowiek /21/.

Drugą drogą gromadzenia rtęci w tkankach ryb jest wchłanianie jej z wody poprzez skrzelą. Związki metylortęciowe wykazują duże powinowactwo do grup sulfhydrylowych białek w związku z tym po wnikięciu do organizmu ryb są tam trwale wiązane. Pochodne metylowe rtęci dostają się do organizmu człowieka przez spożycie ryb i przetworów rybnych, jak również z innej żywności pochodzenia morskiego /12/.

Przypuszcza się również, że procesy metylacji mogą przebiegać w organizmach żywych, przy udziale drobnoustrojów obecnych w przewodzie pokarmowym /8/.

IV. Wytyczne profilaktyki środowiskowej

Ze względu na dużą toksyczność związków rtęci konieczna jest szczególna troska o ochronę czystości środowiska, zwłaszcza środowiska pracy, gdzie ludzie narażeni są na działanie mniejszych lub większych stężeń związków rtęci. Szczególnie duże znaczenie w ochronie środowiska i ochronie zdrowia ma oznaczanie poziomu stężeń rtęci w powietrzu atmosferycznym oraz w powietrzu pomieszczeń zakładów przemysłowych. Duże znaczenie w zapobieganiu zatruciom rtęcią odgrywa przede wszystkim zapewnienie dobrych warunków pracy oraz wprowadzenie i przestrzeganie wskazań z zakresu profilaktyki. Pracownicy zakładów muszą być szczegółowo informowani i zobowiązani do przestrzegania zasad higieny, np. powinni oni myć ręce przed każdym posiłkiem. W każdym zakładzie pracy powinny być prowadzone co najmniej raz w roku badania okresowe pracowników. W badaniach okresowych należy zwrócić szczególną uwagę na zmiany w jamie ustnej: owrzodzenia dziąseł, osadzający się w kieszonkach dziąseł czarny rąbek chlorku rtęciowego oraz na wynik badania moczu.

W oświacie zdrowotnej należy przede wszystkim rozwinąć problematykę uświadomienia pracowników w zagadnieniach związanych z etiologią zatruc rtęcią. Powyższe wskazania higieniczne mają na celu walkę z toksycznym zanieczyszczeniem środowiska rtęcią zarówno w zakładach pracy jak i w środowisku urbanizacyjnym, mają za zadanie ochronę zdrowia człowieka pracy.

Przedstawione w artykule fakty wskazują na konieczność dokładnego oczyszczania ścieków przemysłowych zawierających związki rtęci

oraz wprowadzenie ograniczeń co do używania fungicydów rtęciowych powodujących w dużym stopniu skażenie środowiska.

Realizacja powyższych zaleceń pozwoli na uzyskanie lepszych efektów z zakresu higieniczno-zdrowotnej profilaktyki środowiskowej.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson A.A., Anderson I.M.: System stimulation to identify, environmental research needs. Mercury contamination 85-115 w: Toward global equilibrium: collected papers, D.L. Medows and D.H. Medows. Wright - Allen Press, Inc., Cambridge Mass 1973.
2. Berlin M., Nordberg G.F., Serenius F.: On the site and mechanism of mercury vapour resorption in the lung. Arch. Environ. Hlth. 1969, 18, 42.
3. Byrdy S., Foulde S.: Wpływ stosowania zapraw rtęciowych na poziom skażenia środowiska oraz zamierzenia przemysłu chemicznego w zakresie produkcji zapraw. Biul. DOR 1972, 197-209.
4. Clarkson T.W.: Biochemical aspects of mercury poisoning J. Occup. Med. 1968, 10, 351.
5. Dales L.G.: The neurotoxicity of alkyl mercury compounds. Ann. J. Med. 1972, 53, 219.
6. Daniel J.W., Gage J.C., Lefevere P.A.: The metabolism of methoxymethyl mercury salts Biochem. J. 1971, 121, 411.
7. Dutkiewicz T.: Chemia toksykologiczna. PZWL. Warszawa 1968, 288-293, 452, 509,
8. Edwards T. Mc. Bridge B.C.: Biosynthesis and degradation of methylmercury in human faeces. Nature 1975, 253, 462.
9. Eshelman A., Siegel S.M., Siegel B.Z.: Is mercury from Hawaii volcanoes a natural source pollution. Nature, 1971, 233, 471.

10. Ishikura S , Yonana M.: Inhibition of erythrocytes: cholinesterase by organic mercury compounds. J.Hyg. Chem. 1971, 17, 28.
11. Januszkiewicz T.: Problem rtęci w środowisku naturalnym i zmienionym przez człowieka. Wiadomości Ekologiczne 20 z. 3. 1974, 264-285.
12. Jensen S., Jernelöv A.: Biological methylation of mercury in aquatic organisms. Nature, 1969, 223, 753.
13. Khara K.S.: Teragenic effects of methyl mercury in the cat i note on the use of this species as a model for teratogenity studies. Teratology, 1973, 8, 293.
14. Methyl mercury in fish. A. Toxicologic - epidemiologic evaluation of risks. Raport from an Expert Group. Nordisk, Hygienisk. Fidskrift. Suppl. 4, 1971.
15. Pappas E.G., Rosenberg L.A.: Determination of submicrogram quantities of mercury by cold vapor. atomic absorption photometry. JA OAC 49/4/1966, 782-793.
16. Prusiński A.: Choroby zawodowe układu nerwowego. PZWL, Warszawa 1971.
17. Rodin A.E., Crowson C.N.: Mercury nephrotoxicity in the rat. Amer. J. Pathol, 1962, 41, 297.
18. Rusiecki Wł.: Toksykologia środków ochrony roślin. PZWL. Warszawa 1973, 138-144, 435, 513-515.
19. Rusiecki Wł.: Toksykologia współczesna. PZWL Warszawa 1977, 130-136, 435-436, 470-471, 513.

20. Skerfving S., Hansson A., Lindsten K.: Chromosome breakage in human subject. exposed to methyl mercury trough fish consumption. Arch. Environ. Hlth. 1970, 21, 133.
21. Szprengier T.: Problem skażeń rtęcią środowiska biologicznego i zwierząt domowych. Medycyna Wet. 1971, 27, 82.
22. Takencky T., Matsumoto H.: Methods for teratological studies in experimentol animals and man. Ed. Igaku shain. Tokyo 1969.

Dr med. Mieczysław Ziółkowski

Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej AM we Wrocławiu

UWAGI O NAUCZANIU ANATOMII NA STUDIACH LEKARSKICH

Efektywne nauczanie anatomii, dyscypliny medycznej obszernej, pamięciowej i nie łatwej jest aktualną kwestią w środowisku akademickim. O wprowadzaniu nowych metod i unowocześnianiu zajęć z tego przedmiotu mówi się dość wyczerpująco w licznych publikacjach krajowych /1,2,4,7,9,10,11/. Również na ten temat prowadzi się ożywione dyskusje na zjazdach i konferencjach międzynarodowych i krajowych /8/.

Opierając się na wieloletniej obserwacji podczas prowadzenia zajęć w Zakładzie anatomii Prawidłowej, pragnąłbym omówić najczęściej spotykane czynniki, które utrudniając proces dydaktyczny, przyczyniają się do zaniżenia ocen końcowych na egzaminie. Czynniki te mają zdecydowanie ujemny, bezpośredni lub pośredni, wpływ na końcowe efekty nauczania anatomii. Dla pewnego uporządkowania i zrozumienia poruszonego problemu omówię czynniki ujemne oddziałujące na nauczanie anatomii. W grupie pierwszej znajdują się te, które wynikają z trudności ogólniejszych, a więc niezależnych od uczelni, a tym bardziej od zakładu, w którym prowadzone jest nauczanie. Nie są one również zależne od kadry nauczającej, a tym bardziej niezależne od samych studentów. Oto kilka z nich, moim zdaniem najczęściej występujących i najbardziej istotnych:

1. Zmniejszona ilość godzin do 300 w skali rocznej, została jednocześnie w większości ośrodków skomasowana do dwóch semestrów nau-
czania. Stworzyło to niezbyt korzystną sytuację obciążenia studenta prze-
ciennie 10 godzinami zajęć z anatomii w tygodniu, a kadrę nauczającą
zmusza tym samym do dużego wysiłku dydaktycznego. Niejednokrotnie
istnieje konieczność dokonywania zmian w programie, redukcji pew-
nych tematów, pomijania niektórych faktów. Dokonywane z konieczności
cięcia, redukcje i zmiany programowe na ogół korzyści dydaktyce nie
przysparzają.

2. Duża dysproporcja między wygórowaną liczbą studentów z jed-
nej strony, a szczupłą bazą lokalową z drugiej, utrudnia prowadzenie
zajęć, które prowadzone w warunkach ciasnoty stają się uciążliwe, mę-
czące i co najgorsze nieinteresujące. Jak destrukcyjnie działa na proces
pryswajania materiału zmęczenie psychiczne i fizyczne, wyjaśnić nie
trzeba.

3. Deficyt kadry nauczającej, a zwłaszcza zjawisko nagminnego
wykruszania się z grona nauczającego lekarzy medycyny, powodowane
moim zdaniem niezbyt szczęśliwie rozwiązana polityką kadrową, rzutuje
zdecydowanie ujemnie na poziom procesu dydaktycznego.

4. Nie obojętnym w procesie studiowania anatomii jest zaostrza-
jący się niedobór, zwłaszcza w ostatnich latach podręczników i atlasów
anatomicznych.

5. Dotkliwie odczuwany przez prawie wszystkie zakłady niedobór
materiału sekcyjnego, zwłaszcza zwłok ludzkich, zmusza zakłady do zmian
profilu ćwiczeń. Wprowadza się z konieczności więcej zajęć praktycznych
na pojedynczych preparatach, modelach anatomicznych, planszach, tabli-

cach itp. Zuboża to w sposób drastyczny charakter ćwiczeń z anatomii. Ograniczenie samej preparacji zwłok jest niepowetowaną stratą dla samej dydaktyki jak również procesu wychowawczego przyszłych medyków.

Pokażną liczebnie grupę stanowią czynniki zaliczane przeze mnie do grupy drugiej. Wynikają one z niedociągnięć organizacyjnych poszczególnych jednostek nauczających anatomię, z nieumiejętności i brakiem doświadczenia niektórych pracowników naukowo-dydaktycznych. Również powstawać one mogą z niewłaściwego ustawienia się samych studentów do studiów w ogóle, a do uczenia się anatomii w szczególności.

1. Nieudolność prawidłowego adaptowania się studentów w nowym środowisku jakim jest uczelnia wyższa. Zdarzają się, i to nie rzadko, przypadki studentów "zagubionych", osamotnionych, którzy stracili wiarę we własne siły i zdolność samodzielnego pokonywania trudności związanych z nauką. U tych studentów nawet drobne nie istotne niepowodzenia na początku studiów, mogą zaważyć o ich dalszym losie na uczelni. Niewłaściwe wprowadzenie, rozpoczynających studia młodych ludzi w nowe środowisko, a zwłaszcza w specyfikę środowiska zakładu anatomii /sale prosektoryjne, materiał sekcyjny, zwłoki/ może przyczynić się do wręcz szkodliwego oddziaływania tego środowiska.

2. Nieumiejętność właściwego i prawidłowego studiowania, korzystania z odpowiednich i potrzebnych źródeł materiałowych. Student nie zawsze jest zorientowany, którą partią materiału należy dogłębnie przygotować. Bardzo często studenci nie poinformowani uczą się "od deski do deski", obciążając niepotrzebnie pamięć mniej istotnymi szczegółami.

3. Nie wypracowanie przez studenta własnej najlepszej i najbardziej skutecznej metody uczenia się anatomii.

4. Stwarzanie przez niektórych asystentów sztucznej atmosfery strachu w grupie, którą asystent opiekuje się. Powoduje to nawarstwianie się u studentów przekonania o niepowodzeniu i braku szans podczas sprawdzianów, kolokwium czy egzaminów. Niedostateczny i często niewłaściwy kontakt na linii asystent - student, pogłębia obustronną nieufność i utrudnia współpracę.

5. Niedostateczna znajomość języka łacińskiego, jest dodatkową przeszkodą w przyswojeniu ogromnej ilości nazw i terminów anatomicznych w tym języku.

6. Zróżnicowana i bardzo często nieustabilizowana większa część zespołu nauczającego, nie może dawać pełnej gwarancji optymalnego spełniania wymogów dydaktycznych i wychowawczych.

Z przedstawionych czynników powodujących bezpośrednią lub pośrednią szkodę dydaktyce, zdecydowaną ich większość można z powodzeniem wyeliminować. Przede wszystkim te, które wynikają ze złej pracy nauczycieli akademickich na odcinku dydaktycznym i wychowawczym.

Jedną z bardzo istotnych i skutecznych metod poprawy procesu nauczania anatomii jest prowadzona właściwie od samego początku praca wychowawcza z młodzieżą. Asystent prowadzący zajęcia z anatomii w grupie, będący najczęściej opiekunem tej grupy, ma w tym wypadku najlepsze pole oddziaływania na młodzież. Umiejętne wprowadzenie tej młodzieży do warunków uczelni wyższej, do środowiska odmiennego i różniącego się od dotychczasowych warunków szkoły średniej, powinno być jedną

z podstawowych czynności wychowawczych. Stwarza to duże ułatwienie, w prawidłowej adaptacji studenta, uwalnia go od stresów, kompleksów i niuflności do otoczenia, co nie pozostaje bez wpływu na jego właściwy stosunek do nauki.

Studenci na pierwszych zajęciach z anatomii powinni dowiedzieć się o wysokiej randze tej dyscypliny, o jej niepodważalnym znaczeniu otwierającym drogę do studiowania pozostałych dyscyplin medycznych, zwłaszcza dyscyplin zabiegowych. Student powinien poznać w ogólnym chociażby zarysie historię anatomii jako podstawowej ważnej wiedzy medycznej, z uwzględnieniem historii i rozwoju tej nauki w Polsce. Jest bardzo wskazane zapoznać studentów z historycznymi postaciami zasłużonymi w rozwoju anatomii, ze znanymi nazwiskami anatomów polskich ze szczególnym uwzględnieniem anatomów nauczających w jego macierzystej uczelni. Student powinien zrozumieć znaczenie ścisłego powiązania nauki o budowie ciała z naukami o rozpoznawaniu jego schorzeń oraz właściwego sposobu leczenia tych schorzeń. Studenci już na początku zajęć z anatomii winni być przekonani o celowości jej studiowania.

Również bardzo ważnym elementem usprawniającym proces nauczania jest właściwe nastawienie studentów do nauki danego przedmiotu. Anatomia z racji swojej specyfiki, wyróżniającej ją w gronie innych nauk, wymaga tego w szczególności. Każdy wysiłek zmierzający do usprawnienia i udoskonalenia metod dydaktycznych i wychowawczych w pracy z młodzieżą studentką zwłaszcza na roku pierwszym na pewno nie pozostanie w końcowym rozliczeniu bez pomyślnych efektów.

PISMIENNICTWO

1. Gołąb Bogusław: Możliwości poprawy nauczania anatomii w Polsce
Probl. Uczelni i Inst. Med. 1970, V, 4, 51-54.
2. Gołąb Bogusław, Jędrzejewski Kazimierz: Współczesne problemy
nauczania anatomii. Probl. Szkoln. i Nauk Med. 1976,
1. 4, 41-43.
3. Latkowski Bożydar: Niektóre uwagi w sprawie dydaktyki.
Probl. Uczelni i Inst. Med. 1970, V, 2, 11-15.
4. Narkiewicz Olgierd: Unowocześnienie nauczania anatomii w uczel-
niach medycznych - Dydaktyka w Medycynie i Farmacji.
Gdańsk 1975, 1, 18-22.
5. Rożkowski Krzysztof, Badyda Anna, Gogol Fabian: Niektóre uwarun-
kowania efektywności uczenia się w opinii i ocenie stu-
dentów 1 roku Akademii Medycznej - Probl. Szkoln.
i Nauk Med. 1981, 6, 3-4, 73-81.
6. Rożynek Marian, Korobowicz Elżbieta: Możliwości pełnej integracji
nauczania na 1 rok studiów medycznych - Problemy Uczelni
i Instytutów Med. 1960, V, 1, 71-77.
7. Sokołowska - Pituchowa Janina: W sprawie nauczania anatomii -
Probl. Uczelni i Inst. Med. 1971, 3, 39-43.
8. Sokołowska-Pituchowa Janina: Sprawozdanie z narady ekspertów
państw socjalistycznych w sprawie nauczania w wyższych
szkołach medycznych - Probl. Uczelni i Instytutów Medycz-
nych 1970, V, 2, 59-62.
9. Szpruta Bożena: Warunki efektywnego nauczania anatomii - Probl.
Szkoln. i Nauk Med. 1980, V, 4, 15-18.

10. Szuba Zdzisław: Walory pedagogiczne preparacji anatomicznej

Folia Morphol. /Warsz/ 1970, XXIX, 4, 541-546.

11. Woźniak Witold: Integracja nauczania anatomii z naukami klinicz-

nymi - Problemy Uczelni i Instytutów Medycznych 1970,

V, 1, 83-92.

Zakład Histologii i Embriologii. Instytut Biologiczno-Morfologiczny
Akademia Medyczna w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab.n.med. Józef Staszyc

Józef STASZYC

prof.dr hab.n.med.h.c. Stanisław Jarosław Grzycki

Urodzony 22 grudnia 1910 r. w Nazawizowie, pow. Nadwórna, woj. Stanisławów. Syn nauczyciela i kierownika szkoły powszechnej Jarosława i Heleny, Domiceli z d. Żółkiewicz, nauczycielki. Świadectwo dojrzałości otrzymał w 1929 r. w Państw. Gimn. Neoklasycznym w Stanisławowie. Wydział Lek. Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie ukończył w 1936 r., a dyplom lekarza /nr 585/ uzyskał 30.VI.1938 r.

W 1933 r. jako student medycyny zostaje asystentem - demonstratorem przy Katedrze Histologii i Embriologii Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie, a w 1953 r. otrzymuje etat asystenta młodszego. W 1938 r. awansuje na starszego asystenta. W tym okresie kierownikami Zakładu byli: prof. dr Władysław Szymonowicz - badacz zakończeń nerwowych, a następnie prof. dr Bolesław Jałowy, zajmujący się metodami srebrzenia i morfologią skóry. Na stanowisku starszego asystenta pracuje do 1941 r. W latach tych opublikował wspólnie z B. Chrzanowskim trzy prace pt.: "Hormon trzustko-zwrotny przedniego płata przysadki mózgowej a wyspy Langerhansa w trzustce /Pol. Gaz. Lek. XV, 1936/, "Das Pankreotropo Hormon des Rauchspeicheldrüse /Klin. Wochenschrift XVI, 488-491, 1937/, "Wyspy Langerhansa pod wpływem hormonu penkreotro-

powego /Pamięt. XV Zjazdu Lek. i Przyrodn. we Lwowie 1937/39, 391-392/.

Od roku 1941 do sierpnia 1944 r. pracował w VII Szpitalu Powstępczym i w Przychodni Przeciwwenerycznej we Lwowie jako dermatolog i wenerolog.

Zmobilizowany do II armii Wojska Polskiego przybywa do Lublina, gdzie zostaje we wrześniu odkomenderowany do organizowania Wydziału Lekarskiego, tworzącego się Uniw. Marii Curie-Skłodowskiej. Tutaj pełniąc funkcję zastępcy prodziekana Wydziału Lek. otrzymuje zadanie utworzenia Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii dla Wydziałów lekarskiego i weterynaryjnego. Trudne były początki Zakładu organizowanego "z niczego", ponieważ Lublin, ówczesna stolica Polski, był przeludniony i zniszczony, a front przebiegał zaraz poza granicami miasta. Z powierzonych obowiązków wywiązuje się bardzo dobrze. W budynku Gimn. Stanisława Staszica, przy Alejach Racławickich powstaje Katedra i Zakład Histologii i Embriologii. Dekretem KRN z 28.X.1944 r. zostaje mianowany zastępcą profesora i kierownikiem Zakładu, a już 14.XI.1944 r. wygłasza wykład z histologii i Embriologii, oraz rozpoczynają się zajęcia praktyczne.

Pierwszy wykład po latach okupacji niemieckiej, tak bardzo oczekiwany przez młodzież, spragnioną wiedzy i słowa polskiego, płynącego z katedry uniwersyteckiej. Prof. Grzycki pięknie i rzeczowo mówił, ilustrując treść wspaniałymi rysunkami, które wykonywał kredą na tablicy. W 1945 r. opracowuje i wydaje drukiem "Histologię Ogólną i Anatomię Mikroskopową Człowieka część I", odtwarzającą treść wykładów, która cieszyła się dużym uznaniem studentów, lekarzy i biologów, nie tylko

ośrodka lubelskiego. W latach następnych publikuje dalsze tomy.

W 1946 r. /8.V/ na podstawie pracy pt.: "O resorpcji tłuszczów obojętnych i węglowodorów nasyconych - parafiny śródskórnie deponowanych" uzyskuje w Uniw. M. Curie-Skłodowskiej stopień naukowy doktora medycyny. W dwa lata później tj. 29.XI.1948 r. za pracę pt.: "Hemoglobina i jej pochodne a układ siateczkowo-śródbłonkowy skóry ludzkiej" i za całokształt dorobku naukowego zostaje mianowany docentem i otrzymuje veniam legendi z zakresu histologii i embriologii oraz anatomii mikroskopowej.

W 1948 roku Zakład, którym nadal kieruje prof. Grzycki przenoszony z bardzo ciasnych pomieszczeń do Collegium Maius. Tutaj Profesor uruchamia przy Zakładzie nowe pracownie jak Hodowli Tkanki i Fotograficzną, które stworzyły lepsze warunki dalszego rozwoju coraz liczniejszym asystentom. Uchwałą Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej z 27.XI.1954 r. otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a profesora zwyczajnego Akademii Medycznej w Lublinie dekretem Rady Państwa z dnia 15.IX.1962 roku. Jest to okres nowych osiągnięć zarówno Profesora jak i jego asystentów, którzy bronią rozpraw doktorskich.

W 1963 r. prof. Grzycki po raz trzeci organizuje swoją umiłowaną Katedrę w Collegium Medicum. W ramach Zakładu obok już istniejących powstają nowe pracownie jak np.: Cytologii Doświadczalnej z salą operacyjną dla małych zwierząt, Embriologii Doświadczalnej, Histochemii i inne, których potrzebę widział w związku z szybkim rozwojem specjalności klinicznych i nauk podstawowych.

W Zakładzie szkolą się pracownicy naukowcy z innych ośrodków, a współpracownicy wyjeżdżają na stypendia do Czechosłowacji, Francji, Turcji,

Włoch i Związku Radzieckiego. Od 1961 do 1972 r. był prof. Grzycki kierownikiem naukowym Samodzielnej Pracowni Mikroskopii Elektronowej, którą współorganizował w Akademii Medycznej w Lublinie. W 1972 roku /2.VI/ Zakład wchodzi w skład Instytutu Biologiczno-Morfologicznego, którego pierwszym dyrektorem został prof. dr hab. Józef Staszyc. W tym okresie zaopatrzone Zakład w nowoczesne mikroskopy świetlne jak i zestawy fotograficzne.

W latach 1954-1955 był Dziekanem Wydziału Lekarskiego, przyczyniając się znacznie do usprawnienia jego pracy. Jako zasłużony pracownik nauki, przyjaciel młodzieży i dobry organizator był kilkakrotnie powoływany /1955-1962, 1967-1972/ na stanowisko prorektora d/s nauki i nauczania.

Będąc doświadczonym specjalistą dermatologiem przez szereg lat /1951-1964/ pracował w Ambulatorium Akademickim Lubelskiego Ośrodka Naukowego, ciesząc się dużym uznaniem swoich pacjentów, którym nie tylko pomagał, ale i okazywał dużo serca oraz zrozumienia. Interesował się nie tylko warunkami bytowania studentów w akademikach i stancjach, ale również w środowisku domowym.

Śląska Akademia Medyczna w dniu 10.XI.1975 roku nadała prof. Grzyckiemu tytuł doktora honoris causa za zasługi dla rozwoju nauki, kultury i życia społecznego. Wyróżnienie to było uznaniem dla długoletniego trudu człowieka oddanego bez reszty wielkiej sprawie nauki, którą kroczył od 1933 roku, a następnie jako kierownik jednostki naukowej rozwijał i przekazywał od 1944 r. wielu pokoleniom. Swoją postawą również wychowywał i uczył miłości do innego człowieka i ojczyzny.

Był redaktorem sekcji medycznej *Annales Universitatis Marie Curie-Skłodowska* w Lublinie, współredaktorem *Acta Anatomica* w Szwajcarii i redaktorem - wydawcą *Zeitsch. f. mikroskop. Anatomische Forschung*. Berlin. DDR, powołanym przez *Internationale Herausgeber-gremium der Zeitsch. f. mikr. anat. Forschung*. Był członkiem wielu towarzystw naukowych jak np.: Lubelskie Towarzystwo Naukowe, Polskie Towarzystwo Lekarskie, Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Polskie Towarzystwo Zoologiczne, oraz wieloletnim i zasłużonym prezesem Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Anatomicznego i Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Histochemików i Cytochemików.

W pismach krajowych i zagranicznych ogłosił drukiem 103 prac naukowych eksperymentalnych, 30 publikacji i artykułów oraz 5 skryptów, na prawach rękopisu histologii ogólnej i anatomii mikroskopowej. Niektórzy biografowie prof. Grzyckiego podają 160 publikacji, ale autor niniejszego nie mógł do nich dotrzeć. Na stopień doktora medycyny promował 22 lekarzy, a 6 doktorantów na stopień doktora nauk przyrodniczych. Przeprowadził i promował sześciu przewodów habilitacyjnym z zakresu cytologii i histologii. Był recenzentem i opiniodawcą w 22 przewodach doktorskich, 23 przewodach habilitacyjnych oraz 12 wnioskach na profesora nadzwyczajnego i 8 wnioskach na profesora zwyczajnego. Uczniowie Jego są dzisiaj profesorami i kierownikami zakładów naukowych, którzy kontynuują szereg tematów rozpoczętych przez Profesora. Tematami wiodącymi w działalności naukowej prof. Grzyckiego były przede wszystkim prace doświadczalne z zakresu cytofizjologii i histochemii procesu wydzielniczego komórek gruczołowych i neurocytów, ze szczególnym uwzględnieniem współudziału aparatu Golgiego.

Nie mniej poważnymi osiągnięciami są prace dotyczące obserwacji cytochemicznych na komórkach monolajarów wyprowadzonych z tkanki podskórnej i ultramikroskopowe cytoplazmy i karioplazmy w aspekcie działania bodźców pobudzających i hamujących przemianę materii narządu. Bardzo interesujący i pionierski kierunek badań stanowią prace dotyczące refraktometrii tkanek. Należy stwierdzić, że tematyka prac prof. Grzyckiego czy zespołów przez Niego kierowanych miała zawsze silny związek z kliniką, problemami współczesnej medycyny ogólnej i przemysłu farmaceutycznego. Uwzględniała ona zagadnienia zatruc związkami chwasto i owadobójczymi oraz farmaceutika, wpływu środowiska, czy bezpośrednią działalność lekarza i związane z tym problemy jatrogenii. Biorąc pod uwagę dorobek naukowy i jego wpływ na stan wiedzy o histologii oraz duże grono uczniów - samodzielnych pracowników nauki, pogłębiających dociekania naukowe Profesora, można sądzić, o stworzeniu przez Niego szkoły, która w nowoczesnym ujęciu kontynuuje badania rozpoczęte w latach 1933 i 1944.

W uznaniu zasług nadano prof. Grzyckiemu liczne odznaczenia m.in.: Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski, Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Krzyż Zasługi, Odznakę 1000-lecia Państwa Polskiego, Odznakę "Za wzorową pracę w służbie zdrowia", Medal X-lecia Polski Ludowej, Honorową Odznakę Za Zasługi dla Lubelszczyzny, Medal XXX-lecia PRL, Brązowy Medal za Zasługi dla Obronności Kraju, Złotą Odznakę Zasłużonemu w Rozwoju Województwa Katowickiego, Złotą Odznakę Zasłużonemu w Rozwoju Śląskiej Akademii Medycznej, Honorową Odznakę Akademii Medycznej w Lublinie.

Był ożeniony dwukrotnie. Miał dwóch synów. Zmarł 18 maja 1976 roku, pochowany w Lublinie, przy ulicy Lipowej. Pośmiertnie został odznaczony medalem Zasłużony Nauczyciel PRL.

W sali wykładowej Collegium Medicum wmurowano tablicę dla uczczenia pamięci prof. dr hab.n.m.h.c. Stanisława Jarosława Grzyckiego, jako wybitnego lekarza, uczonego i pedagoga, oraz nadano tej sali Jego imię.

DOKUMENTACJA

1. Czerny K.: Akademia Medyczna w Lublinie 1944-1974. s. 58-61.
2. Grzycka K.: Żona prof. Grzyckiego - pracownik naukowy AM w Lublinie i autor niniejszego, posiadają dokumenty, korespondencję i fotografie.
3. Hirszfeld L., Paczkiewicz L., Haueman I., Rowiński K.: Dziesięciolecie Medycyny w Polsce Ludowej 1944-1955. PZWL Warszawa 1954. s. 37-42.
4. Jabłoński L.: Akademia Medyczna w Lublinie 1944-1977. Lublin 1974. s. 5-28.
5. Kowalczyk S.: Akademia Medyczna w Lublinie w XX-lecie Polski Ludowej 1944-1964. Lublin 1964, s. 5-18.
6. Kowalski Z.: 25 lat rozwoju państwowych wyższych uczelni w Lublinie. Lublin 1969. s. 43.
7. Matysiak Wł.: Une vie bien accomplie. Annales UMCS. Lublin 1978. XXXXII /foto./.
8. Staszyc J.: 25 lat w służbie nauki. Sztandar Ludu. Lublin 1969. 39.
9. Strawiński K., Brzęk G., Grzycki S., Mazurkiewicz J.: 15 lat Lubelskiego Ośrodka Uniwersyteckiego. Lublin 1959. s. 6-7.
10. Archiwum Akademii Medycznej w Lublinie: Akta osobowe od 1950 r.
11. Archiwum Uniwersytetu UMCS w Lublinie: Akta osobowe od 1944 do 1950r.
12. Biblioteka Główna Akademii Medycznej w Lublinie: Materiały ikonograficzne i część dokumentacji od 1950 do 1978 r.
13. Kronika Akademii Medycznej w Lublinie: tomy za lata 1962-1963, 1966-1973, 1977, 1979-1980 /fotografie/.

14. Kronika Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii: 1944-1980

/fotografie/.

15. Kurier Lubelski: Lublin 1978, 113 */foto/.*

Andrzej Śródka, Sławomir Maśliński

Profesor Ernest Sym

Ernest Aleksander Teofil Sym urodził się 14.VI.1893 r. w Niepołomicach w rodzinie Antoniego, inżyniera leśnika i Julii z Seppich, z pochodzenia Tyrolki. Szkołę średnią ukończył w 1912 roku we Lwowie, a następnie w latach 1917-1922 studiował chemię w Szkole Politechnicznej we Lwowie, w 1922-1925 - weterynarię w Uniwersytecie Warszawskim, a w 1927-1929 - zoologię w tejże uczelni. Jednocześnie pracował u Z. Szymanowskiego nad zagadnieniami grupy krwi u zwierząt i u St. Przyłęckiego nad enzymami. Od roku 1927 był starszym asystentem w Katedrze Chemii Ogólnej i Fizjologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

W okresie międzywojennym zajmował się głównie kinetyką odczynów katalizowanych przez hydrolazy i esterazy. W badaniach nad zależnością czynności enzymów od ich budowy w pracy "Structure and Enzyme Reactions" /1928/ wraz ze St. Przyłęckim i W. Giedroyciem określili zmianę równowagi reakcji fermentacji glukozy i estrów przez dodanie jonów węgla. W pracy "Les équilibres chimiques dans les systèmes diastasiques" /1928/ badał zmiany rzędowości reakcji i przyczyny różnic w stanach równowagi enzymatycznej, przedstawiając wyniki końcowe w ścisłych równaniach równowagi chemicznej.

W styczniu 1930 roku jako stypendysta Funduszu Kultury Narodowej wyjechał na studia uzupełniające do pracowni Hansa von Eulera-Chelpina w uniwersytecie w Sztokholmie, czołowego wówczas enzymologa na świecie, pod którego kierunkiem badał rozmieszczenie kozymazy w tkankach

/"Cozymazegehalt verschiedener tierischer Gewebe", 1930/ i udział manganu w utlenianiu hydrochinonu /"Studien über die katalytische Wirkung des Mangans bei der Oxydation von Hydrochinon", 1931 r./. W roku 1931 wyjechał do Dahlem koło Berlina, gdzie u K. Neuberga w Kaiser-Wilhelm Institut für experimentelle Therapie und Biochemie pracował nad powstaniem i przemianami metyloglioksalu w mięśniach u zwierząt zmienocieplnych /"Die quantitativen Verhältnisse bei der Bildung und Umwandlung von Methyloglyoksal durch Kaltblütermuskulatur", 1931 r./.

W 1932 roku otrzymał stopień doktora filozofii na podstawie pracy "Badania nad syntetycznym działaniem lipazy..." /1930/, a w 1933 roku habilitował się w zakresie chemii fizjologicznej na podstawie pracy "Działanie esterazy a kataliza kwasowo-zasadowa" /1932/ i rozpoczął wykłady z biochemii ogólnej i enzymologii w Uniwersytecie Warszawskim; w rok później objął Katedrę Chemii Ogólnej i Fizjologicznej, którą kierował do wybuchu wojny. W pracy habilitacyjnej, opierając się na teorii Broenstedta, wysunął Sym oryginalną hipotezę mechanizmu katalizy esterazowej, polegającej na aktywowaniu alkoholu i estru przez ich łączenie się z protonem. Dzięki temu potwierdził teorię aktywowania kwasów organicznych i wody na powierzchni enzymów.

Badając układ "kwas oleinowy - glicerol - woda - lipaza" wykazał, że lipaza gromadzi się na granicy faz "roztwór wodny - kwas oleinowy", opisał dwuetapowość tego procesu oraz oznaczył szybkość reakcji. Określił następnie mechanizm działania esterazy: aktywacja cząsteczek kwasu oleinowego łączącego się z enzymem i estryfikacja cząsteczek glicerolu, zderzających się z aktywną cząsteczką kwasu. Rozwinął też nową metodę syntezy enzymatycznej estrów przy zastosowaniu rozpuszczal-

ników organicznych i wykazał zależność ich wpływu na szybkość reakcji od momentu dipolowego rozpuszczalników. W wydanej w tym czasie pracy "Kinetik der Esterasenwirkung im Verleich zur Skurenkatalise" /1931/ zbadał wpływ stężeń czynników podłoża na przesunięcia stanu równowagi reakcji estryfikacji. W 1932 roku badał też rozkład skrobi pod wpływem amylazy, za pomocą oryginalnej metody kolorymetrycznej. W takich pracach, jak "Lipase and its Action..." /1930/, "Über die Esterasenwirkung" /1933/ i "Einige enzymatische Estersynthesen" /1937/ stwierdził występowanie lipazy i esterazy w trzustce, wątrobie, żołądka i jelitach zwierząt wyższych oraz zdolność do rozkładania przez oba enzymy estrów i tłuszczów nieglicerydowych.

W 1937 roku został profesorem nadzwyczajnym oraz współzałożył Polskie Towarzystwo Fizjologiczne. Rozpoczął pracę w Miejskim Sanatorium w Otwocku, gdzie zajął się badaniami z zakresu metabolizmu prątków gruźlicy /"Stickstoffumsatz der Tuberkulosebacillen", 1937 r./. Badał też w ostatnich latach przed wojną hydrolazy przewodu pokarmowego konia i bydła. Wraz ze St. Przyłęckim w pracy "Über die Wirkung der Pankreas und Leberesterase auf Alkohole, Kohlenhydrate und ihre Ester" /1939/ wykazał, że esterazy trzustki i wątroby nastawione są głównie na jednowodorotlenowe i pierwszorzędne alkohole alifatyczne.

W latach 1940-1944 pracował w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie i wygłaszał referaty na temat przemiany materii prątków gruźlicy w szpitalu dla chorych zakaźnie przy ul. Chocimskiej 5. Brał też czynny udział w tajnych wykładach Uniwersytetu Warszawskiego. Podczas powstania warszawskiego, walcząc w szeregach Armii Krajowej i współpracując z oddziałami Armii Ludowej, stał na czele komórki,

wytwarzającej materiały wybuchowe dla obrońców Warszawy. Był w tych latach szczególnie poszukiwany przez gestapo, z którym współpracował jego brat - Igo, popularny aktor teatralny i filmowy, rozstrzelany następnie z wyroku Armii Krajowej.

Po wyzwoleniu wchodził w skład pięcioosobowej komisji, organizującej Uniwersytet Łódzki. W lutym 1945 został Sym kierownikiem Katedry Chemii Nieorganicznej tej uczelni /od 1946 r. kierował Katedrą Chemii Fizjologicznej Wydziału Farmaceutycznego Akademii Lekarskiej w Gdańsku oraz Oddziałem Biochemii Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej tej uczelni. W obu szkołach wykładał enzymologię, metabolizm bakterii i chemię farmaceutyczną a ponadto w latach 1946-50 - chemię ogólną i nieorganiczną w Politechnice Gdańskiej.

Po wojnie zajmował się głównie metabolizmem /bilansem energetycznym/ prątków gruźlicy; wprowadził m.in. oryginalną metodę obserwowania ogólnej przemiany materii i energii tych drobnoustrojów. Z otrzymanych równań chemicznych określał następnie równania chemizmu ciała prątków i równania procesów oddychania. Wybitnym osiągnięciem naukowym profesora Syma było stwierdzenie braku zdolności fermentacyjnych u prątków zjadliwych typu ludzkiego i bydlęcego oraz duże własności fermentacyjne u szczepów BCG. W ostatnich swych pracach wykazał różnice w przemianie węgla i azotu u prątków wrażliwych i opornych na streptomycynę. Za prace z zakresu biochemii, ważne dla zwalczania gruźlicy, otrzymał w 1950 roku nagrodę państwową II stopnia.

Wykształcił kilku wybitnych naukowców, m.in. Przemysława Szafrąńskiego, znanego badacza biosyntezy białka i Zbigniewa Jedlińskiego, czołowego polskiego chemika-technologa, specjalisty z zakresu polimeryzacji. Był członkiem korespondentem TNW /od 1946 r./ i PAU /od 1950 r./.

Na początku 1950 r. objął Katedrę Chemii Ogólnej AM w Warszawie oraz stanął na czele Działu Chemii Fizjologicznej w Instytucie Gruźlicy tamże. W kilka miesięcy później - 25.VIII.1950 roku - zginął tragicznie w wypadku samochodowym na przedmieściach Warszawy. Ostatnią publikacją profesora Syma - "Metoda badania metabolizmu biosubstancji umieszczonej na granicy faz ciekłej i gazowej" ukazała się już po jego śmierci - w 1951 roku.

W życiu prywatnym cechowała go rzadko spotykana bezpośredniość, życzliwość i pełne zaufanie, jakim obdarzał współpracowników. Jak pisał B. Skarżyński "... wolny od wszelkiego efekciarstwa, cenił tylko jedno - gruntowną, rzetelną wiedzę i osiągnięcia oparte na ścisłym doświadczeniu...". Wielką pasją Syma była muzyka poważna, która wywierała niewątpliwie piętno na jego życiu.

Był patriotą i społecznikiem, czego dowody dał w strasznych latach okupacji i trudnym okresie powojennym. Elegancja i prawość charakteru stwarzały wokół niego czar niezwykły, trudny do oddania słowami, jak trudne do opisania jest "piękno ukryte w dźwiękach symfonii Beethovena" /B. Filipowicz/, które znał świetnie i którym swe życie prywatne poświęcał.

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH

I. DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH, DOKTORA NAUK PRZYRODNICZYCH
NADANYCH UCHWAŁĄ RADY I WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM

AHMED ABBAS OMER: "Histologic features of warst induced by various
human papilloma viruses with special reference to potentially
oncogenic HPVs" - 27.10.1982 r.

Wykonano w Instytucie Wenerologii AM

Promotor: prof. dr med. Stefania Jabłońska

BATOR STANISŁAW: "Model doświadczalny wytwarzania chrząstki w fał-
dzie głosowym psa dla potrzeb fonochirurgii" - 11.05.1983 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii

Promotor: dr hab. med. Grzegorz Janczewski

BILLIP-TOMECKA ZOFIA: "Leczenie zatruc lekami nasennymi i uspokaja-
jącymi metodą diurezy forsowanej" - 27.10.1982 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: prof. dr med. Alfred Siciński

BRONARSKI JANUSZ: "Ocena wydolności mięśnia pośladowego *średniego*
w leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego metodą
Wellera" - 9.02.1983 r.

Wykonano w Klinice Ortopedycznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Witold Szulc

FRACKI STANISŁAW: "Dynamika zmian morfologicznych i czynności
hormonalnych jąder w Zespole Klinefeltera z Kariotypem 47 XXX"
- 23.03.1983 r.

Wykonano w Instytucie Położnictwa i Ginekologii AM

Promotor: dr hab. n. med. Zygmunt Janczewski

FRUBA JOANNA: "Przetoka gardłowa po laryngektomii całkowitej"

/analiza kliniczna materiału Warszawskiej Kliniki Otolaryngologicznej z lat 1970-1979/ - 24.11.1982 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii AM

Promotor: dr hab. med. Janina Więcko

GOMUŁA ANDRZEJ: "Zastosowanie metod submikroskopowych do oceny skuteczności działania preparatów farmakologicznych w leczeniu kamicy dróg moczowych" - 9.03.1983 r.

Wykonano w Klinice Urologicznej AM

Promotor: doc.dr hab. med. Andrzej Borkowski

GÓRALSKI STEFAN: "Badania doświadczalne nad wytrzymałością mechaniczną zespołów jelita cienkiego i powstającymi zrostami otrzewnej, w farmakologicznie wywołanych zaburzeniach układu krzepnięcia" - 9.02.1983 r.

Wykonano w Instytucie Hematologii

Promotor: doc. dr hab. med. Józef Schier

GUTKOWSKA JULIA : "Rola pałeczki Haemophilus influenzae w chorobach górnych dróg oddechowych u dzieci" - 12.01.1983 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM

Promotor: doc. dr med. Ewa Kossowska

HEŁCZYŃSKI LESZEK: "Histoklinika Clomerulonephritis Mesangialis u dzieci z uwzględnieniem morfometrii" - 24.11.1982 r.

Wykonano w Centrum Zdrowia Dziecka

Promotor: doc. dr Bogdan Woźniewicz

JANICKI PIOTR: "Oznaczanie poziomu przeciwciał anti-HBs u ozdrowieńców po wirusowym zapaleniu wątroby typu B" - 9.02.1983 r.
Wykonano w Instytucie Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych AM
Promotor: prof. dr hab. med. W.J. Brzosko

JADZWIKOWSKA-SZLEZYNGIER GRAŻYNA: "Przeszczepy allogeniczne kosteczek słuchowych w operacjach odtwórczych ucha środkowego"
15.06.1983 r.
Wykonano w Instytucie Chirurgii AM
Promotor: dr n.med. Andrzej Kukwa

KALISZUK-MAKLES TATIANA: "Egzamin końcowy z medycyny jako próba oceny efektywności studiów na wydziale lekarskim"
- 15.12.1982 r.
Wykonano w Zakładzie Dydaktyki AM
Promotor: prof. dr med. Wiesław Tysarowski

KORAB-LASKOWSKA MARIA: "Model diagnozy lekarskiej opartej na procedurach wyjaśnienia i sprawdzanie hipotez" - 24.11.1982 r.
Wykonano w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w W-wie
Promotor: prof. dr hab. med. Jan Doroszewski

KRZYMIEN JANUSZ: "Wpływ dożylnego podania papaweryny, fentolaminy i propranololu na przepływ obwodowy u chorych na cukrzycę" -
Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM
Promotor: prof. dr hab. Artur Czyżyk

KSIĘŻYK MAREK: "Zastosowanie elektronicznej techniki obliczeniowej do analizy egzaminów testowych w Akademjach Medycznych -
- 15.06.1983 r.
Wykonano w Zakładzie Dydaktyki AM
Promotor: prof. dr med. Wiesław Tysarowski

KUBIN LESZEK: "Rola przyśrodkowych struktur dolnej części rdzenia przedłużonego w odruchu z chomoreceptorów tętnicznych i w rytmogenezie oddychania" - 27.04.1983 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM

Promotor: doc. dr hab. Janusz Lipski

ŁOJKO BOGDAN: "Ocena kompleksowej pooperacyjnej balneorehabilitacji w chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych" - 27.04.1983 r.

Wykonano w Klinice Ortopedycznej AM

Promotor: dr hab. n. med. Romuald Kreczko

MURAS ALEKSANDRA: "Analiza oddychania u muzyków grających na instrumentach dętych - metodą aerodynamiczną" - 24.11.1982 r.

Wykonano w Szpitalu Bielańskim w Warszawie

Promotor: prof. dr med. Zygmunt Pawłowski

MUSZYŃSKI JACEK: "Badania nad wydzielaniem hormonu wzrostu w różnych postaciach cukrzycy i u ludzi zdrowych po stymulacji L-Dopa" - 24.06.1981 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: prof. dr hab. med. Artur Czyżyk

NEJNO-BORKOWSKA URSZULA: "Wykorzystanie ambulatoryjnej opieki lekarskiej na tle ewolucji potrzeb zdrowotnych mieszkańców Warszawy w latach 1970 - 1979" - 27.04.1983 r.

Wykonano w Instytucie Medycyny Społecznej AM

Promotor: doc. dr hab. Jan Kopczyński

NOWICKA GRAŻYNA: "Zastosowanie metody immunodyszuzji radialnej do oznaczania stężenia apolipoproteiny B w surowicy w różnych typach hiperlipoproteinemii" - 15.12.1982 r.

Wykonano w Instytucie Żywności i Żywnienia w Warszawie

Promotor: prof. dr hab. med. W.B. Szostak

OKNIŃSKA-HOFFMANN Elżbieta: "Kryteria wczesnego rozpoznawania zakażeń uogólnionych u noworodków" - 9.03.1983 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM

Promotor: prof. dr hab. med. Irena Krzeska

REBENDEL HENRYK: "Działanie pola elektromagnetycznego na funkcje fizjologiczne modelowej komórki zwierzęcej" - 15.06.1983 r.

Wykonano w Zakładzie Biologii Ogólnej

Promotor: doc. dr Stanisław Kazubski

SHABAE HUSAIN MOHAMMAD AHMAD: "Ocena przydatności alloplastyki sprężynowej w leczeniu urazowym uszkodzeń kręgosłupa w świetle analizy odległych wyników leczenia" - 15.06.1983 r.

Wykonano w Klinice Ortopedycznej AM

Promotor: doc. dr hab. med. Jerzy Kiwerski

SKARŻYŃSKA MARIA: "Zachowanie się układu krzepnięcia krwi pod wpływem heparyny podanej metodą inhalacji" - 27.10.1982 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: prof. dr hab. Tadeusz Kraska

SKARŻYŃSKI HENRYK: "Stan naczyń limfatycznych błony śluzowej w raku krtani" - 15.06.1983 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii AM

Promotor: doc. dr hab. Andrzej Kukwa

SPYRA STANISŁAW: "Analiza stabilności zespolenia płytkowego odłamów kości piszczelowej" - 9.02.1983 r.

Wykonano w Klinice Ortopedycznej AM

Promotor: dr hab. n. med. Witold Ramotowski

STERNADEL JERZY: "Wpływ śródporodowej analgezji dolarganem na równowagę kwasowo-zasadową krwi kapilarnej noworodków"

- 23.03.1983 r.

Wykonano w Instytucie Położnictwa i Ginekologii AM

Promotor: dr hab. Janina Wójcicka-Jagodzińska

SWOBODA-KOPEC EWA: "Badanie niektórych wykładników odpowiedzi komórkowej in vitro oraz liczebności subpopulacji limfocytów krwi obwodowej i antygenów HLA u chorych na cukrzycę" - 27.10.1982r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: prof. dr hab. med. Artur Czyżyk

SZYŁŁEJKO OLGIERD: "Analiza uwarunkowań niekontrolowanego spożycia leków w populacji warszawskiej w latach 1970-1980" - 15.12.1982 r.

Wykonano w Instytucie Medycyny Społecznej AM

Promotor: doc. dr hab. med. Jan Kopczyński

TAFIL MAŁGORZATA MARIA: "Interakcja pomiędzy odruchami z baroreceptorów i chemoreceptorów tętniczych u ludzi zdrowych i z samistnym ciśnieniem tętniczym" - 15.12.1982 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych

Promotor: prof. dr hab. med. Andrzej Trzebski

TIGAŁONOWA-WALISZEWSKA MAJA: "Ocena mobilizacji in vivo leukocytów wielojądrzastych w łuszczycy" - 27.10.1982 r.

Wykonano w Instytucie Wenerologii AM

Promotor: prof. dr med. Stefania Jabłońska

TUDEK BARBARA: "Badanie właściwości mutagennych ropy naftowej i rozpuszczalników stosowanych w przemyśle petrochemicznym jako ocena zagrożenia środowiska naturalnego człowieka" - 27.04.1983 r.
Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

Promotor: prof. dr hab. Teresa Szymczyk

WARDYN KAZIMIERZ: "Mineralizacja tkanki kosmej w przewlekłej niewydolności nerek" - 25.05.1983 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych

Promotor: prof. dr hab. med. Alfred Siciński

WOJCIK ZDZISŁAW: "Wczesne objawy rokownicze w ostrym zapaleniu trzustki" - 11.05.1983 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii AM

Promotor: prof. dr hab. med. Bruno Szczygieł

ZIELINSKA MARIA: "Badanie właściwości mutagennych tiuramu w układach pro- i eukariotycznych" - 9.03.1983 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

Promotor: prof. dr hab. Teresa Szymczyk

ZIOŁKOWSKI JERZY: "Zdolność dyfuzyjna płuc w wybranych chorobach układu oddechowego u dzieci" - 24.11.1982 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM

Promotor: doc. dr hab. med. Halina Przybylska

II. DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH NADANYCH UCHWAŁĄ RADY II
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO WAM

CISZEWSKI FLORIAN: "Historia reumatologii w Polsce na tle rozwoju
reumatologii światowej" - 3.03.1982 r.

Wykonano w Zakładzie Historii Medycyny i Farmacji AM

Promotor: doc. dr hab. Marcin Łyskanowski

KASEREKA NDAA KAM: "Przebieg porodu i połogu u kobiet rodzących
drogami naturalnymi po uprzednio przebytym cięciu cesarskim"

- 1.12.1982 r.

Wykonano w Instytucie Położnictwa i Ginekologii AM

Promotor: doc. dr hab. Longin Marianowski

LUBISZEWSKA BARBARA: "Ocena naturalnego przebiegu choroby nie-
dokrwiennej serca w oparciu o badania epidemiologiczne i obser-
wacje kliniczne" - 2.03.1983 r.

Wykonano w Instytucie Kardiologii AM

Promotor: doc. dr hab. Jerzy Kuch

RAKOCZY ANDRZEJ: "Wartość badań ultradźwiękowych w diagnostyce
różnicowej guzów trzustki" - 2.03.1983 r.

Wykonano w Instytucie Radiologii AM

Promotor: doc. dr hab. med. Wiesław Graban

RUCINSKI ZBIGNIEW: "Rozwój myśli kardiologicznej w medycynie
polskiej do 1919 roku" - 1.12.1982 r.

Wykonano w Instytucie Matki i Dziecka

Promotor: prof. dr Bolesław Górnicki

PŁUCIŃŁOWSKI OLGIERD: "Badania nad rolą neuronów serotoniner-
gicznych mózgu w zachowaniu agresywnym szczurów" - 1.12.1982 r.

Wykonano w Instytucie Psychoneurologicznym AM

Promotor: prof. dr Wojciech Kostowski

SZCZEPANSKA-PUTZ MAŁGORZATA: "Diagnostyka toksoplazmowej wro-
dzonej w pierwszym roku życia" - 2.03.1983 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM

Promotor: prof. dr hab. med. Marian Wojnarowski

III. DOKTORA NAUK FARMACEUTYCZNYCH NADANYCH UCHWAŁĄ
RADY WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO WAM

BARANOWSKI ANDRZEJ: "Syntezy pochodnych etylenodiaminy o spodzie-
wanym działaniu farmakologicznym" - 1.06.1983 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: prof. dr hab. Jerzy Woliński

DUTKIEWICZ JADWIGA: "Zmiany w układzie pokarmowym zwierząt doświad-
czalnych pod wpływem stosowania leków p-zapalnych poch.
kwasu propinowego" - 29.10.1982 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM

Promotor: doc. dr hab. Witold Gumułka

KWIATKOWSKA BOŻENNA: "Syntezy niektórych pochodnych 8-alkilo-8-aza-
bicyklo /3.2.1./ oktanu" - 29.10.1982 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: doc. dr hab. Bożenna Gutkowska

KOZIOŁ EWA DOROTA: "Syntezy niektórych N-acylowych pochodnych
1,2,3,4,5,6-heksahydro-6-metylo- i 6,11-dimetylo-2,6-metano-3-
benzazocyny" - 29.10.1982 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: doc. dr hab. Bożenna Gutkowska

KARDASZ KRYSTYNA: "Synteza nowych związków o potencjalnym działa-
niu leczniczym w oparciu o 2-acetylocykloheksanon" - 15.12.1982 r.

Wykonano w Politechnice Warszawskiej

Promotor: doc. dr hab. Kazimierz Samuła

OLSZOWSKA OLGA: "Rozmnażanie klonalne *Thymus vulgaris* L. drogą kultur tkankowych in vitro i ocena uzyskanych linii" - 26.01.1983 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: prof. dr hab. Mirosława Furmanowa

RECHOWICZ PRZEMYSŁAW: "Synteza kwasu 2,7-dimetylofuro/2,3f/benzo-furano-3-karboksylowego oraz jego pochodnych o spodziewanym działaniu farmakologicznym" - 28.06.1983 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: prof. dr hab. Teodor Zawadowski

SKUP KRZYSZTOF MIECZYŚLAW: "Synteza niektórych N-acylowych pochodnych 6-metylo- i 6,11-dimetylo-1,2,3,4,5,6-heksahydro-2,6-metano-3--benzazocyny" - 28.06.1983 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: doc. dr hab. Bożenna Gutkowska

STEFANOWICZ JACEK ANDRZEJ: "Syntezy N-arylo-N-/8-/2-fenylloetylo/-8-azabicyklo-/3.2.1/okt-3-ylo/ i N-arylo-N-/8-/2-morfolinoetylo/-8-azabicyklo/3.2.1/-okt-3-ylo/acetamidów i propionamidów o spodziewanym działaniu farmakologicznym" - 28.06.1983 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: doc. dr hab. Bożenna Gutkowska

SUŁKOWSKA ANNA: "Charakterystyki spektroskopowe ¹H NMR radiosensybilizatorów z grupy nitroimidazoli i ich oddziaływań z makrocząsteczkami albumin transportujących" - 16.03.1983 r.

Wykonano w Śląskiej Akademii Medycznej

Promotor: doc. dr hab. Barbara Lubas

IV. DOKTORA HABILITOWANEGO NAUK MEDYCZNYCH NADANYCH
PRZEZ RADĘ I WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ZATWIERDZONYCH
PRZEZ CENTRALNĄ KOMISJĘ KWALIFIKACYJNĄ DS. KADR
NAUKOWYCH PRZY PREZESIE RADY MINISTRÓW

GAJKOWSKI Kazimierz: "Doświadczalne badania wpływu hipertermii
mikrofalowej na mózg prawidłowy i z ogniskiem padaczkowym"
- 24.11.1982 r.

Wykonano w Klinice Neurologicznej WAM w Warszawie

IGNATOWSKA-ŚWITALSKA HANNA - "Prostaglandyny nerkowe w różnych
postaciach nadciśnienia tętniczego" - 12.01.1983 r.

Wykonano w Klinice Chorób Naczyń Instytutu Chorób Wewnętrznych
AM

KOREWICKI JERZY: "Efekty hemodynamiczne i kliniczne kontrolowanych
dożylnych wlewów nitrogliceryny w świeżym zawale serca" -
23.03.1983 r.

Wykonano w Instytucie Kardiologii AM

KORNISZEWSKI LECH: "Znaczenie biopsji cienkoigłowej w rozpoznawaniu
limfocytowego zapalenia tarczycy u dzieci i młodzieży" - 27.04.1983r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii

PASTUSZKO ANNA: "Synaptosomy - metabolizm w warunkach prawidłowych,
anestezji i niedotlenieniu" - 15.06.1983 r.

Wykonano w Centrum Medycyny Doświadczelnej i Klinicznej PAN

PIEKARCZYK JANUSZ: "Ocena zaawansowania raków szczęki w oparciu
o analizę wybranych metod diagnostycznych" - 23.02.1983 r.

Wykonano w Klinice Chirurgii Stomatologii AM

SZELENBERGER WALDEMAR: "Słuchowe potencjały wywołane pnia
mózgu"

Wykonano w Klinice Psychiatrycznej AM

WOŹNIAK MACIEJ: "Fizjopatologia, diagnostyka i leczenie chirurgiczne
wodogłowia o różnej etiologii" - 15.12.1983 r.

V. DOKTORA HABILITOWANEGO NAUK FARMACEUTYCZNYCH
NADANYCH PRZEZ RADĘ WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO
I ZATWIERDZONYCH PRZEZ CENTRALNĄ KOMISJĘ KWALIFIKA-
CYJNĄ DS. KADR NAUKOWYCH PRZY PREZESIE RADY MINISTRÓW

SITKIEWICZ DARIUSZ: "Działanie związków fosforoorganicznych na procesy bioenergetyczne w rozwijającym się i starzejącym mózgu szczura". - 15.12.1982 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

TAUTT JADWIGA: "Badania auksotrofii metioninowej komórek nowotworowych" - 1.06.1983 r.

Wykonano w Instytucie Leków w Warszawie

SZUTOWSKI MIROSŁAW MARIAN: "Badania nad rolą systemu monooksygenaz z udziałem cytochromu P-450 w procesach aktywacji i detoksykacji trucizn" - 19.01.1983 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji

NARUSZEWICZ MAREK: "Hipertrójglicerydemia Endogenna badania nad receptoro-zależnym wpływem frakcji lipoprotein o bardzo niskiej gęstości /VLDL/ i jej form częściowo skatabolizowanych na wewnątrzkomórkowy metabolizm cholesterolu in vitro" - 26.01.1983 r.

Wykonano w Instytucie Żywności i Żywienia.

dr Bronisław Pokrzycki

Zakład Dydaktyki AM w Warszawie

J.- J.Guilbert: Zarys pedagogiki medycznej

PZWL, Warszawa 1983, ss. 348

Nakładem Państwowego Zakładu Wydawnictw Lekarskich ukazała się obszerna praca z zakresu kształcenia medycznego pt. "Zarys pedagogiki medycznej". Z języka angielskiego recenzowaną pracę przetłumaczył zespół pięcioosobowy ^{1/} pod redakcją naukową Stanisława Orzeszyny.

Książka ta wzbogaca bezsprzecznie, skromne jak dotąd, piśmiennictwo o procesach wychowania, nauczania i uczenia się medycznego. Stąd z dużym uznaniem i wdzięcznością należy się odnieść do zespołu, który podjął trud przetłumaczenia tego dzieła na język polski i w takiej też mierze złożyć podziękowanie Państwowemu Zakładowi Wydawnictw Lekarskich za trafny wybór pozycji, która z całą pewnością zainteresuje czytelnika parającego się w dziedzinie edukacji medycznej.

"Zarys..." jest piątym wydaniem i jako praca zbiorowa uwzględniająca krytyczne uwagi oraz sugestie licznych użytkowników poprzednich wydań doczekał się już tłumaczeń na dwanaście języków: angielski, bułgarski, czeski, francuski, hiszpański, malajski, niemiecki, portugalski, rosyjski, węgierski, włoski i polski.

Cel "Zarysu pedagogiki medycznej" i jego adresat określani zostali następująco: "Przestudiowanie niniejszego "Zarysu..." umożliwi Czytelnikowi

1/ Prof.dr W. Tysarowski, prof. dr J. Szczerbań, dr J. Wasyluk,
lek. Z. Węgrzyn, mgr M. Orzeszyna

kowi:

- określić zadania zawodowe, które dostarczą podstawy do wyznaczenia celów kształcenia,
- zaplanować program dydaktyczny,
- skonstruować test i inne sposoby pomiaru" /s. 10/.

Pierwsze wydanie "Zarysu..." wydane w 1969 r. przeznaczone było dla nauczycieli szkół medycznych. Później zaś /1975 r./ przeprowadzona ankieta wśród 200 użytkowników dostarczyła następujących stwierdzeń: "Znikoma mniejszość /10%/ uważała, że "Zarys..." powinien trafić jedynie do uczestników kontrolowanej działalności kształceniowej /warsztaty, seminaria, kursy, itd./ lub być zarezerwowany dla "nauczycieli nauczycieli". Większość jednak uważała, że rozpowszechnianie powinno być jak najszersze i skierowane do wszystkich nauczycieli szkół medycznych na wszystkich poziomach, do administratorów służby zdrowia odpowiedzialnych za nadzór personelu oraz do studentów, tak aby pomóc im w wyciągnięciu maksymalnych korzyści z procesu uczenia się i współuczestniczenia w jego organizacji" /s. 10/. Kolejne badanie opinii nauczycieli różnych zawodów związanych ze zdrowiem, a więc dentystów, pielęgniarek, inżynierów sanitarnych, lekarzy, farmaceutów potwierdziło potrzebę szerokiej dystrybucji omawianej pozycji.

W "Zarysie..." J.J.Guilberta czytelnik z łatwością wyróżnia trzy, różniące się między sobą, części.

Część pierwsza, to rodzaj "wprowadzenia", zawiera ona przedmowę charakteryzującą zawartość treściową omawianego dzieła, skrótowe ujęcie celu "Zarysu...", wskazówki, jak posługiwać się "Zarysem pedagogiki

medycznej" oraz krótką notatkę Dyrektora Generalnego WHO o m.in. technicznym i społecznym przygotowaniu nauczycieli pracowników służby zdrowia a także wypunktowanie szczegółowe zadań w dziedzinie celów kształcenia, planowania ewaluacji, budowy programu i przeprowadzania ewaluacji.

Część druga, najobszerniejsza /rozdziały 1,2,3,4/ zawiera podstawowe zagadnienia z zakresu kształcenia medycznego, tj.: cele kształcenia, planowanie ewaluacji, budowę programu oraz metody i techniki pomiaru dydaktycznego.

Część trzecia /rozdz. 5,6,7/ obejmuje rozdział poświęcony warszatom pedagogicznym a także słowniczek terminów używanych w pedagogice. Omawianą pracę zamyka wykaz piśmiennictwa z odpowiednim podziałem na pozycje dotyczące społecznych potrzeb zdrowotnych i organizacji ochrony zdrowia, psychologii kształcenia, celów kształcenia, programów kształcenia, metod i środków dydaktycznych i pomiaru i oceny. Powyższy wykaz bibliograficzny uzupełniony został kilkunastoma tytułami piśmiennictwa polskiego.

Już na wstępie rodzi się podstawowe pytanie, do jakiego gatunku recenzowaną pracę J.J.Guilberta zaliczyć należy. Czy jest to podręcznik, skrypt, sprawozdanie z badań, czy monografia? Odpowiedź jednoznaczna na powyższe pytanie nie jest łatwa. Po zapoznaniu się z zawartością merytoryczną a także formalną stroną "Zarysu...", wydaje się, że zaklasyfikować go można jako podręcznik dla uczącego się z szerokim wachlarzem ćwiczeń. To znaczy, że uczący miałby jako nauczyciel odpowiedni podręcznik dla siebie. Takie stanowisko pozwala określić też "Zarys..." jako

książkę-poradnik, informator, przewodnik w określonej dziedzinie, a więc jako obszerne vademecum /por. W. Kopaliński: "Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych" s. 793/.

Najcenniejszą jego częścią, a zarazem najobszerniejszą i względnie spójną jest wymieniona wyżej część druga.

Rozdział pierwszy tej części "Cel kształcenia" rozpoczyna się wskazaniem, że: Intencją tego rozdziału jest ukazanie korzyści wynikających z określenia celów kształcenia; udowodnienie, że jeśli ważne są dokładność i jasność celów kształcenia, to jeszcze ważniejszy jest ich ścisły związek z problemami ochrony zdrowia; wreszcie wskazanie, że opieranie się na celach kształcenia zapewni lepszą jakść przygotowania kadr medycznych do wykonywania czynności zawodowych odpowiadających społecznym potrzebom" /s. 1.02/. Na potwierdzenie słuszności powyższego sformułowania przytoczono tezę Mager'a, która brzmi: "Jeśli nie jesteś pewien, dokąd podążasz, to możesz łatwo znaleźć się na błędnej drodze /i nawet nie wiedzieć o tym/".

Autor "Zarysu..." przytacza dwie klasyfikacje celów. Pierwsza obejmuje rodzaje celów: cele ogólne, cele pośrednie i cele szczegółowe, druga - wyróżnia cele w trzech dziedzinach: a/ umiejętności praktyczne, b/ umiejętności komunikowania się, c/ umiejętności intelektualne. Obie wyróżnione klasyfikacje są bardzo szczegółowo zinterpretowane na dalszych stronach publikacji, a także zilustrowane odpowiednio dobranymi przykładami. Rozdział zamykają ćwiczenia przeznaczone dla korzystających z poradnika.

Rozdział drugi poświęcony został ocenie procesu kształcenia. "Planowanie ewaluacji" - to tytuł tego rozdziału, który budzi pewne

kontrowersje. Za pojęciem "ewaluacji" opowiadają się tłumacze w jęz. polskim pisząc: "Ewaluacja jako pojęcie oznaczające wszelkie systemy, metody, kryteria i cele oceny skuteczności procesu nauczania zostało świadomie zachowane w polskim przekładzie z zamiarem przyswojenia go polskiemu czytelnikowi" /s. 2.02/. Wydaje się jednak, że rodzime określenie "kontrola i ocena" staje się bardziej komunikatywne dla czytelnika polskiego tym bardziej, że termin "ewaluacja" nie jest jeszcze ujęty w "Słowniku pedagogicznym" W. Okonia z 1981 r.

Ślusznie już na wstępie rozdziału autor "Zarysu..." zwraca uwagę na ścisły związek między oceną a określeniem celów kształcenia, a także na podstawowe znaczenie wszelkich ocen w ułatwianiu podejmowania decyzji przez osoby odpowiedzialne za system kształcenia /s. 2.02/. Obrazuje to załączona spirala edukacyjna i podkreśla imperatyw: "Pamiętaj, że ewaluacja kształcenia powinna być poprzedzona jasnym i sensownym określeniem jej celów" /s. 2.07/.

Po uwagach dotyczących filozofii i psychologii ewaluacji trafnie wskazuje się, że ewaluacja powinna być kształtująca "... dostarczająca studentowi informacji o jego postępach" /s. 2.15/, gdzie anonimowość ocenianego studenta jest strzeżona przez zastosowanie wybranego kodu. A także o istnieniu podstawowej różnicy między ewoluacją kształtującą a atestującą. Ta ostatnia "- ma chronić społeczeństwo przez niedopuszczenie do praktyki /medycznej/ niekompetentnych pracowników:

- tradycyjnie jest stosowana do uszeregowania studentów w kolejności zasług i uzasadnienia decyzji dotyczących zarówno promocji do następnej klasy, jak i wydania dyplomu;

- jest przeprowadzana rzadziej niż ewaluacja bieżąca: zwykle na końcu cyklu lub okresu zajęć dydaktycznych" /s. 2.16/.

W 4 etapach ewaluacji studenta wyróżnia się: kryteria /akceptowany poziom wykonania/ celów kształcenia, przygotowanie i zastosowanie narzędzi pomiaru, interpretację wyników pomiaru oraz sformułowanie ocen i przyjęcie odpowiednich działań.

Kolejną sprawą, którą autor się zajmuje to klasyfikacja metod ewaluacji wg w/w dziedzin /umiejętności intelektualne, komunikowania się, praktyczne/ oraz zestawienie zalet i wad różnych rodzajów sprawdzianów /egzamin ustny, praktyczny, wypracowanie pisemne, pytanie wielorakiego wyboru/.

Rodział zamykają definicyjne ujęcia cech narzędzi pomiaru /trafność, rzetelność, obiektywność, praktyczność/ oraz podkreślenie, że ewaluacja wymaga pracy zespołowej odpowiednio skoordynowanej w danej instytucji. Por. schemat organizacyjny zależności pomiędzy komisją programową, komisją ocen a jednostkami dydaktycznymi zamieszczony na str. 2.41.

Zdecydowanie koresponduje z rozdziałem II rozdział IV, który stanowi jakby dalszą jego część merytoryczną a zatytułowany: "Metody i techniki pomiaru dydaktycznego". "Zwrócono - w rozdziale tym - uwagę na znaczenie doboru właściwego narzędzia do mierzenia celów kształcenia oraz na konieczność przeprowadzania przez każdego nauczyciela podstawowych obliczeń statystycznych podczas analizy zadań testowych" /s. 4.02/.

Na wstępie rozdziału autor omawia zasady ewaluacji programu, a w szczególności, w jakim stopniu zmiany w programie kształcenia powo-

dują ściślejsze powiązanie nauczania w szkołach medycznych z potrzebami społecznymi, oraz w jakim stopniu wpływają na doskonalenie czynności nauczycieli i na doskonalenie czynności studentów. Dalej czytelnik otrzymuje krótki ale bardzo interesujący podrozdział zatytułowany "Program kształcenia, metody nauczania i nauczyciele w oczach studentów". Jest tu przedstawiony sposób na poznanie opinii studentów o procesie nauczania przy pomocy kwestionariusza z techniką jego konstruowania. Zdecydowana większość tego rozdziału jest poświęcona, w aspekcie praktycznym, następującym kwestiom: sprawdziany praktyczne rzeczywiste lub symulowane, obserwacyjne skale szacunkowe, tradycyjne egzaminy ustne, sprawdzian typu "esej", test wielorakiego wyboru /TWW/ oraz egzamin programowany. W rozdziale tym warto zwrócić uwagę również na krótki, ale bardzo interesujący podrozdział dotyczący testów o względnych i bezwzględnych kryteriach oceny /testy oparte na normach i testy oparte na kryteriach/ oraz ćwiczenie autokontrolne dla użytkownika "Zarysu...".

Rozdział drugi poświęcony został programowi kształcenia. Ten najobszerniejszy rozdział o wyraźnym charakterze pedagogiki progresywistycznej, już na wstępie informuje czytelnika, że celem jego jest ukazanie zmian "...które obecnie występują w procesie kształcenia, a mianowicie tendencję do większego zainteresowania się tym, co student otrzymuje, odbiera i przyswaja, niż tym, co przedstawia, daje lub robi nauczyciel" /s. 3.2/. Obszerną tematykę tego rozdziału otwiera artykuł R.W.Tyler'a z 1951 roku o wyróżniających cechach kształcenia zawodowego. W konkluzji jego czytamy: "Zbudowanie efektywnego programu kształcenia w jakimś zawodzie nie jest łatwe, lecz jest to zadanie wykonalne, jeśli podejździe się do niego inteligentnie, systematycznie i entuzjastycznie"/s.3.12/

Na kolejnych stronach tego rozdziału przytoczono pewną liczbę definicji, wskazówek, których celem jest służyć za punkt wyjścia w dyskusji nad metodologią kształcenia. Dalej zaś autor opisuje funkcje nauczyciela w świetle obecnych koncepcji kształcenia. Oto niektóre z nich: nauczyciel powinien być dostępny dla studiujących, służyć twórczym krytycyzmem w odniesieniu do celów i metod kształcenia, powinien analizować i oceniać problemy zdrowotne, określać cele kształcenia, umieć określać kryteria oceny pracy studenta, przygotowywać pomoce dydaktyczne, rozwijać umiejętności rozwiązywania problemów, pomagać w zrozumieniu podstawowych zasad naukowych, zachęcać do dyscypliny intelektualnej, być wzorem sumienności zawodowej.

Następne obszernie zagadnienie to metody i środki dydaktyczne a także formy organizacyjne w procesie kształcenia. Ujęte one zostały z punktu widzenia zalet i wad. Czytelnik w tej kwestii odczuwa jednak niedosyt spowodowany brakiem poprawnej klasyfikacji tych elementów systemu dydaktycznego.

Cennym zagadnieniem opisanym w tym rozdziale jest technika uczenia się za pomocą zestawów samokształceniowych. Zgodnie z podkreśleniem autora "Zarysu" - "Zestaw samokształceniowy jest dokumentacją zawierającą wszystko, co jest potrzebne uczącemu się w osiągnięciu jednostkowego celu kształcenia, niezależnie od udziału nauczyciela. Wykorzystując takie zestawy, studiujący mogą opanować obszerne części programu kształcenia; nauczyciel pozostaje do ich dyspozycji i udziela porad, jeśli są potrzebne" /s. 3.48/. Zestaw samokształceniowy składa się z: sformułowanego celu, dokumentacji zawierającej publikacje, taśmy magnetofonowe, zestawy

przezroczy, a także narzędzia kontroli umożliwiającego studentowi ocenę postępów w osiągnięciu danego celu kształcenia. /Por. zestaw samokształceniowy na kursie doskonalącym z epidemiologii zorganizowanym przez WHO - s. 3.49 i następne/.

W rozdziale tym godne zainteresowania pozostają jeszcze: koncepcja zintegrowanego nauczania - uczenia się /zalety i ograniczania/ oraz uwagi o wprowadzaniu reformy i innowacji dla zmian w dydaktyce.

W wyróżnionej trzeciej części "Zarysu..." autor zajmuje się warsztatami pedagogicznymi. Warsztaty rozumiane są tu jako spotkania, w czasie których osoby mające duże doświadczenie i piastujące odpowiedzialne funkcje zbierają się wspólnie z ekspertami i konsultantami, aby rozwiązywać występujące w ich pracy problemy, których sami nie mogliby rozwiązać /.../ Cechą charakterystyczną warsztatów jest w pełni aktywne włączenie się każdego uczestnika do pracy grupowej; sens uczestnictwa zawarty jest w pracy i uczeniu się na podstawie praktycznych doświadczeń /s. 5.03/. Jak organizować takie spotkania i jakimi metodami posługiwać się podczas ich trwania i jak je oceniać - to główne myśli tego rozdziału.

Jakie uwagi nasuwają się czytelnikowi po przeczytaniu "Zarysu"? Wydaje się, że oprócz tych, które wyrażone zostały już wyżej, można ująć je następująco. Publikacja z pewnością wnosi wiele interesujących wskazań o charakterze praktycznym w zakresie formułowania celów kształcenia, budowy programu, kontroli i oceny - w dziedzinie edukacji medycznej.

Czytelnik być może więcej oczekiwał w zakresie zawartości merytorycznej książki, której tytuł brzmi: "Zarys pedagogiki medycznej".

Stąd wskazane byłoby uzupełnienie tytułu publikacji podtytułem "poradnik kształcenia medycznego". Zabieg taki usprawiedliwiłyby częściowe braki podstaw naukowych /filozoficznych, psychologicznych, socjologicznych, neurologicznych, etycznych/, które dostrzega czytelnik.

W tekście publikacji spotyka się często zbędne powtórzenia /np. spirala edukacyjna/, które znane są czytelnikowi już z rozdziału pierwszego.

Publikacja, o takim tytule, zbyt mało eksponuje stronę wychowawczą /uczucia/, natomiast wyraźnie ujawnia się w niej to, co określa się popularnie terminem "dydaktyzm".

Język publikacji, jak sądzę, wprowadza nowe terminy niezbyt odpowiednie dla terminologii dydaktycznej przyjętej w naszym kraju. Stąd też taki termin jak "warsztaty pedagogiczne" należy zastąpić pojęciem "seminarium", które to pojęcie zdobyło już sobie prawo obywatelstwa w dydaktyce szkoły wyższej.

Ponadto, autor "Zarysu" skłania się bardziej w kierunku dydaktyki progresytywistycznej /por. str. 3.2/ preferującej proces uczenia się, podczas gdy współczesna dydaktyka pojmuje proces nauczania się jako "...zbiór powiązanych ze sobą czynności uczniów i nauczyciela, warunkujących się wzajemnie i podporządkowanych realizacji wspólnego celu, którym jest wywołanie u dzieci, młodzieży lub osób dorosłych pewnych zamierzonych i względnie trwałych zmian" /Por. Cz. Kupisiewicz: Podstawy dydaktyki ogólnej, PWN 1976, s. 16 i n./.

Niezależnie jednak od wyżej wymienionych uwag krytycznych, które nie przekreślają w całości wartości publikacji, czytelnik polski otrzymał przydatną pozycję z zakresu edukacji medycznej.

CONTENTS

	Str.
Editorial conference on undergraduate teaching in medical schools	1
Bogdan Kamiński	1
Introduction - the aim of the panel	1
Romuald W. Gutt	4
Halina Zaczyńska	16
Jolanta Modlińska - Training the students for the future work at the primary level of health care	17
Discussion	27
Aleksandra Szelągowska - Mercury and its ecological role....	83
Mieczysław Ziółkowski - On teaching anatomy in medical schools	95
Józef Staszyc - Prof.dr hab.n.med. h.c. Stanisław Jarosław Grzycki	102
Andrzej Sródka, Sławomir Maśliński - Prof.Ernest Sym	111
M.D. dissertations defended at the Medical Academy in Warsaw	116
Bronisław Pokrzycki	
J.J. Guilbert: Book reviews: Educational Handbook for Health Personnel	130